



Modeling Structural Relationships between Trauma Experience and Peritraumatic Dissociation in People with Earthquake Trauma Experience: The Mediating Role of Experiential Avoidance

Farshad Ahmadi¹, Mohammad Ali Goodarzi^{2*}, Mohammad Reza Taghavi³,
Mahdi Imani⁴

1- PhD Candidate in Clinical Psychology, Shiraz University, Shiraz, Iran.

2- Professor, Department of Clinical Psychology, Shiraz University, Shiraz, Iran.

3- Professor, Department of Clinical Psychology, Shiraz University, Shiraz, Iran.

4- Assistant Professor, Department of Clinical Psychology, Shiraz University, Shiraz, Iran.

Corresponding author: Mohammad Ali Goodarzi, Professor, Department of Clinical Psychology, Shiraz University, Shiraz, Iran.

Email: goodarzimohammadali@gmail.com

Received: 18 July 2022

Accepted: 21 Nov 2022

Abstract

Introduction: Earthquake trauma has a wide range of psychological consequences in the affected areas. In addition, the role of Peritraumatic dissociation - as one of the consequences of trauma and the shaping factor of psychological problems - is still unknown. Therefore, the aim of the present study was to Modeling Structural Relationships between Trauma experience and Peritraumatic dissociation with the mediation of experiential avoidance.

Methods: The research method was correlation using structural equation analysis. The statistical population of the study included people with experience of earthquake trauma living in the Kermanshah region (Sarpol Zahab and Salas Babajani cities), among whom 323 people were selected by taking into account the exclusion and inclusion criteria as convenience sampling. Research tools include Traumatic Exposure Severity Scale (TESS), Peritraumatic Dissociative Experiences Questionnaire (PDEQ), and Acceptance and Action Questionnaire (AAQ-II). For data analysis, the Structural equation method was used in SPSS (version 24) and LISREL.

Results: The results showed that the tested model has a good fit. Also, the results of the correlation matrix showed that the relationship between the intensity of trauma experience with peritraumatic dissociation (0.17) and experiential avoidance (0.20) is significant at the 0.01 level, and the relationship between experiential avoidance and peritraumatic dissociation is 0.23, which is significant at the 0.01 level. In addition, the results of the direct and indirect effect of the variables in the model showed that the direct path of the intensity of trauma experience variable to the peritraumatic dissociation variable is not significant ($t = 1.729$, $\beta = 0.17$), the direct path of the experiential avoidance variable to the peritraumatic dissociation variable is significant ($\beta=0.151$, $t=2.466$) and the direct path of the trauma experience variable to the experiential avoidance variable is significant ($t=3.063$, $\beta=0.315$). Also, the indirect effect of the trauma experience variable on the peritraumatic dissociation variable through experiential avoidance is significant ($b=0.096$, $p<0.05$).

Conclusions: Considering experiential avoidance as a mediator of the relationship between the severity of trauma experience (earthquake) and peritraumatic dissociation, can help to clarify and further explain the role of peritraumatic dissociation - as a mechanism that forms many psychological problems.

Keywords: Severity of trauma experience, Peritraumatic dissociation, Experiential avoidance, Earthquake trauma.



مدل یابی روابط ساختاری بین تجربه تروما با تجزیه پس از تروما در افراد دارای تجربه ترومای زلزله: نقش میانجی اجتناب تجربه‌ای

فرشاد احمدی^۱، محمد علی گودرزی^{۲*}، محمدرضا تقوی^۳، مهدی ایمانی^۴

۱- کاندیدای دکتری روانشناسی بالینی، دانشگاه شیراز، شیراز، ایران.

۲- استاد، گروه روانشناسی بالینی، دانشگاه شیراز، شیراز، ایران.

۳- استاد، گروه روانشناسی بالینی، دانشگاه شیراز، شیراز، ایران.

۴- استادیار، گروه روانشناسی بالینی، دانشگاه شیراز، شیراز، ایران.

نویسنده مسئول: محمدعلی گودرزی، استاد، گروه روانشناسی بالینی، دانشگاه شیراز، شیراز، ایران.

ایمیل: goodarzimohammadali@gmail.com

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۱/۸/۳۰

تاریخ دریافت: ۱۴۰۱/۴/۲۷

چکیده

مقدمه: ترومای زلزله، طیف گسترده‌ای از پیامدهای روان شناختی گوناگون در مناطق آسیب‌دیده را به دنبال دارد. به علاوه نقش تجزیه پس از تروما - به عنوان یکی از پیامدهای تروما و عامل شکل‌دهنده مشکلات روان‌شناختی - هنوز ناشناخته باقی مانده است؛ از این رو، هدف از پژوهش حاضر مدل یابی روابط ساختاری بین تجربه تروما با تجزیه پس از تروما با میانجی‌گری اجتناب تجربه‌ای بود.

روش کار: روش پژوهش همبستگی با استفاده از تحلیل معادلات ساختاری بود. جامعه آماری پژوهش شامل افراد دارای تجربه ترومای زلزله ساکن منطقه کرمانشاه (شهر سرپل ذهاب و ثلاث باباجانی) بودند که از بین آنها تعداد ۳۲۳ نفر با لحاظ نمودن ملاک‌های ورود و خروج به صورت نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند. ابزارهای پژوهش عبارتند از: پرسشنامه شدت مواجهه تروماتیک، پرسش‌نامه‌ی تجربه‌ی گسستگی بعد از تروما و پرسشنامه پذیرش و عمل - نسخه دوم. برای تحلیل داده‌ها از روش معادلات ساختاری در نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۴ و نرم‌افزار لیزرل استفاده شد.

یافته‌ها: نتایج نشان داد که مدل آزمون شده از برازش مناسبی برخوردار است. همچنین نتایج ماتریس همبستگی نشان داد که میزان رابطه بین شدت تجربه تروما با تجزیه پس از تروما (۰/۱۷) و اجتناب تجربه‌ای (۰/۲۰) در سطح ۰/۰۱ معنی‌دار است و میزان رابطه بین اجتناب تجربه‌ای و تجزیه پس از تروما نیز ۰/۲۳ است که این رابطه در سطح ۰/۰۱ معنی‌دار می‌باشد. به علاوه نتایج اثر مستقیم و غیرمستقیم متغیرها در مدل نشان داد که مسیر مستقیم متغیر شدت تجربه تروما به متغیر تجزیه پس از تروما معنی‌دار نیست ($\beta = 0.17, t = 1.729$)، مسیر مستقیم متغیر اجتناب تجربه‌ای به متغیر تجزیه پس از تروما معنی‌دار است ($\beta = 0.151, t = 2.466$) و مسیر مستقیم متغیر تجربه تروما به متغیر اجتناب تجربه‌ای معنی‌دار است ($\beta = 0.315, t = 3.063$). همچنین اثر غیرمستقیم متغیر تجربه تروما بر متغیر تجزیه پس از تروما از طریق اجتناب تجربه‌ای معنی‌دار است ($b = 0.096, p < 0.05$).

نتیجه‌گیری: در نظر گرفتن اجتناب تجربه‌ای به عنوان میانجی رابطه بین شدت تجربه تروما (زلزله) و تجزیه پس از تروما، می‌تواند به روشن‌سازی و تبیین بیشتر نقش تجزیه پس از تروما - به عنوان مکانیسم شکل‌دهنده بسیاری از مشکلات روان‌شناختی - کمک کند.

کلیدواژه‌ها: شدت تجربه تروما، تجزیه پس از تروما، اجتناب تجربه‌ای، ترومای زلزله.

مقدمه

از دوران ماقبل تاریخ همواره مردان، زنان و کودکان در معرض انواع حوادث تروماتیک از جمله سوءاستفاده جسمی، جنسی، تجربه جنگ و بلایای طبیعی گوناگون بوده‌اند (۱). زلزله یکی از متداولترین بلایای طبیعی در سراسر دنیا است که اغلب به طور غیر منتظره اتفاق می‌افتد، بر شماری از مردم تاثیر می‌گذارد و منجر به ویرانی در مقیاسی وسیع می‌شود (۲، ۳). کشور ایران به دلیل قرار گرفتن بر روی کمربند زلزله آلپ هیمالیا، هر از گاه در معرض آسیب و بحران این بلایای طبیعی قرار دارد (۴). ایران طی سالیان گذشته، چند زمین لرزه بزرگ و ویرانگر را تجربه کرده است. در شب ۱۲ نوامبر ۲۰۱۷ ساعت ۴۸:۲۱ زمین لرزه ای با قدرت ۷/۳ ریشتر در نزدیکی مرز ایران و عراق در منطقه شمال غربی ایران رخ داد. این زمین لرزه ۶۳۰ کشته، ۹۳۸۸ زخمی و ۷۰۰۰۰ بی‌خانمان به دنبال داشت. در استان کرمانشاه ایران تنها در شهرستان سرپل و ذهاب که زیر مجموعه استان کرمانشاه است ۵۹۹ نفر جان خود را از دست دادند (۵). ترومای زلزله علاوه بر خسارت‌های فیزیکی، مادی و جانی طیف گسترده ای از پیامدهای روان شناختی در مناطق آسیب‌دیده را به دنبال دارد. این آشفتگی‌های روانی می‌تواند حتی در اثر مواجهه متوسط (ملایم) در معرض زلزله اتفاق بیفتد (۶).

تحقیقات گسترده‌ای در مورد پیامدهای روان‌شناختی پس از زلزله انجام شده است، زیرا پریشانی‌های روان‌شناختی مرتبط با این تجربیات، چالش‌هایی را برای خدمات بهداشت روان ایجاد می‌نماید (۷، ۸، ۹، ۱۰، ۱۱) و اخیراً در ایران و پس از زلزله سرپل ذهاب کرمانشاه در سال ۱۳۹۶، این پیامدها و چالش‌ها نمود یافته است (۴، ۱۱، ۱۲). از متداول‌ترین واکنش‌های روان‌شناختی به ترومای زلزله می‌توان به شکل‌گیری علائم PTSD (۱۳، ۱۴)، مصرف مواد (۷، ۱۵) و افسردگی (۸، ۱۱، ۱۲) اشاره نمود. از دیگر پیامدهای مهم پس از ترومای زلزله، گسستگی پس از تروما است که خود این پدیده می‌تواند عامل خطر مهمی برای شکل‌گیری مشکلات روان‌شناختی یاد شده باشد (۵، ۱۶، ۱۷، ۱۸، ۱۹). بسیاری از محققان و پژوهش‌ها، گسستگی (تجزیه) را به عنوان یک پاسخ متداول به تروما می‌دانند (۱۶، ۱۷، ۱۸، ۲۰). مدل گسستگی تاکید می‌کند که افراد آسیب دیده می‌توانند با جدا کردن آگاهی از تجربه، پریشانی خود را مدیریت کنند. این مدل بیان می‌کند که پاسخ‌های تجزیه‌ای پس

از تروما (به طور بالقوه شامل فراموشی تجزیه‌ای، بی‌حسی عاطفی و مسخ شخصیت) نشان‌دهنده راهبردی است که برای کاهش آگاهی از احساسات نفرت‌انگیز استفاده می‌شود (۱). تجزیه (گسستگی) به یک فرایند ذهنی اشاره دارد که به موجب آن فرد از احساسات، افکار، خاطرات و هویت خود جدا می‌شود. در واقع، گسستگی یک پاسخ متداول به تروماست. اگر واقعه‌ای آسیب‌زا با دیگر تجربیات افراد نتواند مرتبط شود؛ نتیجه تروما، گسستگی خواهد بود (۱۸). نوعی از واکنش‌های تجزیه‌ای که به طور ویژه در طول بلافاصله پس از رویداد آسیب‌زا پدیدار می‌شوند، تجزیه پس از تروما نامیده می‌شوند. تجزیه پس از تروما در سال‌های اخیر توجه زیادی را به خود جلب نموده است؛ زیرا نشان داده‌اند که یک عامل خطر مهم برای ایجاد PTSD و سایر علائم روان‌شناختی است (۲۱، ۲۲، ۲۳). فرض بر این است که تجزیه پس از تروما به سبب پریشانی شدید تروماتیک (یعنی ترس، درماندگی یا وحشت ناشی از تروما) رخ می‌دهد و ممکن است جهت تنظیم عواطف بد پس از تروما عمل نماید (۱۶). برخی محققان معتقدند که رابطه شدت تروما و تجزیه پس از تروما که خود عامل شکل‌گیری بسیاری از مشکلات روان‌شناختی است، هنوز ناشناخته باقی مانده است. برخی از پژوهش‌ها آن را عامل مهمی پس از تجربه تروما می‌دانند و معتقدند که این پدیده می‌تواند عامل شکل‌گیری بسیاری از مشکلات روان‌شناختی باشد (۵، ۲۴). اما برخی دیگر استدلال مخالفی دارند و معتقدند که تجزیه پس از تروما ممکن است رمزگذاری مواد تروما را محدود کند و بنابراین باید از فرد در برابر مشکلات روان‌شناختی بعدی محافظت کند (۲۳). بنابراین، پژوهش‌ها تاکید دارند که تحقیقات آینده باید از همبستگی بین مولفه مهم تجزیه با سایر سازه‌ها که ماهیت تجزیه‌ای دارند - مانند، ناگویی هیجانی، برانگیختگی هیجانی، درماندگی و اجتناب - جهت روشن شدن ماهیت و کارکرد تجزیه پس از تروما، استفاده نمایند (۱).

در شمار قابل توجهی از پژوهش‌ها و نظریه‌ها فرض شده است که اجتناب در ایجاد و حفظ علائم روان‌شناختی در بین بازماندگان تروما موثر است (۲۵، ۲۶، ۲۷، ۲۸، ۲۹، ۳۰). از آنجایی که تجزیه پس از تروما ممکن است در خدمت اجتناب یا تغییر جنبه‌های ناخوشایند یک رویداد تروماتیک باشد تا به فرد اجازه دهد که با این تجارب کنار بیاید، هیز و همکاران (۲۶) پیشنهاد نموده‌اند که تجزیه پس از

بهتری از این سازه و متعاقباً پیامدهای روان‌شناختی ناشی از تروما زلزله، صورت گیرد (۱). انتظار می‌رود افراد واجد صفت اجتناب تجربه‌ای، هنگام تجربه ترومای زلزله گرایش بیشتری به تجزیه پس از تروما داشته باشند. همچنین، با توجه به این که ایران یکی از مناطق زلزله‌خیز جهان است و طی چند قرن گذشته، چند زمین‌لرزه بزرگ و ویرانگر را تجربه کرده است، لذا کاوش مولفه‌های مهم جهت فهم چگونگی شکل‌گیری پیامدهای روان‌شناختی پس از زلزله حائز اهمیت فراوان است. از این‌رو، پژوهش حاضر با هدف بررسی رابطه بین تجربه تروما با تجزیه پس از تروما در افراد دارای تجربه ترومای زلزله با نقش میانجی اجتناب تجربه‌ای صورت گرفت.

روش کار

پژوهش حاضر در قالب یک طرح همبستگی روابط مستقیم و غیرمستقیم بین متغیرهای پژوهش را مورد بررسی قرار خواهد داد. پژوهش حاضر از نظر هدف، بنیادی و از نظر نحوه گردآوری اطلاعات توصیفی و از نوع همبستگی و به طور مشخص مبتنی بر معادلات ساختاری است. جامعه آماری پژوهش حاضر شامل تمامی افراد دامنه سنی ۱۸ تا ۵۰ سال دارای تجربه ترومای زلزله ساکن در منطقه کرمانشاه (شهر سرپل ذهاب و ثلاث باباجانی) است. پیشینه مبانی نظری موجود نشان می‌دهد که در استفاده از روش مدل معادلات ساختاری هیچ راهبرد دقیقی جهت تعیین حجم نمونه وجود ندارد. اما به زعم بسیاری از پژوهشگران حداقل حجم نمونه لازم ۲۰۰ می‌باشد (۳۳). از آنجایی که احتمال ریزش برخی پرسشنامه‌ها به علت ناقص بودن پاسخنامه‌ها وجود دارد، جهت کاهش خطا و افزایش تعمیم‌پذیری بیشتر نتایج، تعداد بیش از ۱۰۰ نفر انتخاب و در مجموع حجم نمونه ۳۲۳ نفر انتخاب شد. بنابراین، از بین افراد دارای تجربه ترومای زلزله داوطلب واجد شرایط ساکن مناطق زلزله‌زده کرمانشاه با استفاده از روش نمونه‌گیری در دسترس ۳۲۳ بیمار انتخاب شد. ملاک‌های ورود و خروج از پژوهش نیز شامل موارد زیر بود. ملاک‌های ورود: سکونت در شهرهای زلزله‌زده استان کرمانشاه (سرپل ذهاب، ثلاث باباجانی) در زمان وقوع زلزله در ۱۲ نوامبر ۲۰۱۷، تسلط کافی به زبان فارسی و دامنه سنی بین ۱۸ تا ۵۰ سال. ملاک‌های خروج: تکمیل ناقص پرسشنامه‌های پژوهش و افرادی که (از طریق مصاحبه) قبل و بعد از زلزله (قبل از ۱۷

تروما نوعی اجتناب تجربی است (۲۵). در راستای تناسب این فرمول‌بندی، وانگر و لاینهان (۱۶) فرض نموده‌اند که کارکرد اصلی تجزیه‌ی پس از تروما تنظیم جنبه‌خاصی از تروما (مثل محرک‌ها و عواطف ناخوشایند) است که در جهت تلاش برای سازگاری با تجربه رخ می‌دهد. اجتناب تجربی نوعی عدم تمایل نسبت به برقراری تماس با تجارب شخصی (حساسیت‌های بدنی، هیجان‌ها، افکار، خاطره‌ها و زمینه‌های رفتاری) و تلاش کردن برای اجتناب از تجربه‌های دردناک و یا وقایعی است که موجب فراخواندن این تجارب می‌شوند (۲۶). عملکرد اجتناب تجربی، موجب کنترل یا به حداقل رساندن تاثیر تجارب آزارنده می‌شود و آرامش کوتاه‌مدت ایجاد می‌کند که در نتیجه این عمل، به شکل منفی رفتار تقویت می‌شود (۳۱). براساس نظر هیز و همکارانش (۲۵، ۲۶) تلاش برای فاصله گرفتن از تجارب درونی منجر به مشکلات روانی و رفتاری از جمله مصرف مواد، افسردگی، اضطراب، خودکشی و رفتارهای پرخطرگانه می‌شود. از این‌رو، مشکلات روانی و رفتاری بازماندگان تروما ممکن است محصول جانبی فرایند اجتناب تجربی باشد. بنابراین، با توجه به این که تجزیه نوعی اجتناب تجربی در نظر گرفته شده است، انتظار می‌رود که اجتناب تجربه‌ای بتواند نقش مهمی را در روشن‌سازی تجزیه پس از تروما به عنوان یک مولفه ناهشیار داشته باشد - که تاریخچه شکل‌گیری آن به خلسه‌های تجزیه‌ای، تسخیر روح، مراسم‌های مذهبی و به عبارتی آغاز مطالعه گسستگی به هیپنوتیزم و کارهای شاکو، فروید و ژانت برمی‌گردد و از آن زمان تا کنون با عناوین مختلف در ادبیات روان‌کاوی و روان‌شناسی به کار برده شده است (۱۸). پژوهش‌های مختلف از جمله مارکس و اسلون (۲۸) و کومپلا و همکاران (۳۲) نشان دادند که اگر چه تجزیه پس از تروما و اجتناب تجربه‌ای هر کدام عامل مهمی در آغاز شکل‌گیری مشکلات روان‌شناختی هستند و هر کدام نقش منحصر به فردی را در پیامدهای روان‌شناختی ایفا می‌کنند، اما گزارش شده است که با گذشت مدت زمانی از تروما، این مولفه اجتناب تجربه‌ای است که عامل مهم و پایداری در حفظ مشکلات روان‌شناختی است.

علیرغم تحقیقات موجود و حمایت نظری قابل توجه، رابطه بین شدت تجربه تروما با تجزیه پس از تروما هنوز مشخص نیست، لذا نیاز به گنجاندن سازه‌هایی که ماهیت تجزیه‌ای دارند مانند اجتناب تجربه‌ای ضرورت دارد تا درک

سالگی و ۳ سال اخیر) تاریخچه‌ای از تروماهای شدید مثل سواستفاده جنسی، عاطفی، بیماری شدید، تجاوز، خشونت و مرگ عزیزان تجربه نموده‌اند.

پرسشنامه شدت مواجهه تروماتیک (ویژه زمین لرزه) (TESS): پرسشنامه قرار گرفتن در معرض زمین لرزه به وسیله نسخه فارسی آن اندازه‌گیری می‌شود. نسخه اصلی این پرسشنامه شامل ۲۴ گویه با ۵ مقیاس فرعی می‌باشد (۳۴). نسخه فارسی این پرسشنامه توسط نوبخت، اوجاق و داله (۳۵) بر روی نمونه ایرانی هنجاریابی شده است و شامل ۲۱ گویه با چهار خرده مقیاس نیازمند بودن/ آسیب به خانه و کالا (سوالات ۲، ۷، ۳، ۵، ۴، ۱، ۶)، آسیب مربوط به شخص (۱۰، ۸، ۱۱، ۱۲، ۹)، آسیب به افراد مهم زندگی (۱۶، ۱۵، ۱۳، ۱۴، ۱۷) و مواجهه با صحنه‌های دلخراش (۲۰، ۱۹، ۲۱، ۱۸) است. در نسخه فارسی، از شرکت کنندگان خواسته شد تا با استفاده از مقیاس لیکرت ۵ درجه‌ای از ۱ (اصلا) تا ۵ (بسیار زیاد) هر مورد را مشخص نمایند که چقدر برای آنها ناراحت کننده بوده است. مقیاس پریشانی TESS با جمع رتبه‌بندی‌ها از ۱ تا ۵ محاسبه می‌شود. نشان داده شده است که TESS هم در نسخه اصلی (۳۴) و هم در نسخه فارسی (۳۵) از روایی و همسانی درونی خوبی برخوردار است. جهت بررسی روایی همگرای پرسشنامه، همبستگی معنی‌دار ۰/۲۳ و ۰/۳۸ بین امتیاز کل TESS و مقیاس تجدید نظر شده استرس پس از تروما (IES-R) در نمونه‌های کرمانشاه و سرپل ذهاب به ترتیب کمتر از همبستگی ۰/۴۷ بود که توسط الال و اسلید (۳۴) یافت شد. اما همبستگی خرده مقیاس‌های TESS و نمرات IES-R در هر دو نمونه بیشتر از همبستگی‌های یافت شده در یک مطالعه مشابه در ترکیه است (۳۶). همچنین همبستگی معنی‌داری بین TESS و نمره تجارب تجزیه‌ای ۲ (DES-II) در مطالعه لاور و همکاران (۳۷) یافت شد؛ لذا مطابقت این یافته‌ها نشان از روایی مطلوب این پرسشنامه است. به علاوه نمره به‌دست‌آمده (α برابر ۰/۹۲)، نشان از همسانی درونی مطلوب مقیاس TESS می‌باشد.

پرسشنامه ی تجربه ی گسستگی بعد از تروما (PDEQ): گسستگی پس از تروما توسط پرسشنامه تجارب گسستگی پس از تروما اندازه‌گیری می‌شود که تجربیات و واکنش‌های تجزیه‌ای را در طول و بلافاصله پس از یک رویداد آسیب‌زا ارزیابی می‌کند (۳۸) (به نقل از نوبخت و همکاران (۵)). PDEQ یک معیار خودگزارشی است و شامل

۱۰ مورد است که در مقیاس لیکرت ۵ درجه‌ای از ۱ (اصلا درست نیست) تا ۵ (بسیار درست) رتبه‌بندی می‌شود. نسخه فارسی این مقیاس با روایی خوب، همسانی درونی و پایایی توسط نوبخت و همکاران مورد هنجاریابی قرار گرفت (۳۵). جهت بررسی روایی، همبستگی این پرسشنامه با مقیاس بازنگری شده استرس پس از تروما (IES-R) در دو نمونه کرمانشاه و سرپل ذهاب ($I=0/55$ و $I=0/62$) بدست آمد (۳۵) که بالاتر از همبستگی به دست آمده ($I=0/46$) توسط بیرمز و همکاران (۳۹) در یک نمونه قربانیان سیل در ایتالیا بود. همچنین همبستگی بین PDEQ و مقیاس تجارب تجزیه‌ای ۲ (DES-II) در هر دو نمونه ($I=0/34$ و $I=0/43$) مشابه یافته‌های یک مطالعه قبلی بود (۴۰). همبستگی‌های معنی‌دار بین این پرسشنامه با IES-R و DES-II و مطابقت آن با همبستگی‌های یافت شده با مطالعات قبلی نشان می‌دهد که نسخه‌های فارسی این پرسشنامه از روایی مطلوبی برخوردار است. به علاوه برای اندازه‌گیری اعتبار PDEQ، نمره (α برابر ۰/۸۸) به دست آمد، که این مقدار نشان از همسانی درونی مطلوب این ابزار است.

پرسشنامه پذیرش و عمل - نسخه دوم (AAQ-II): این پرسشنامه توسط باند و همکاران (۴۱) تدوین شده است و یک نسخه ۱۰ سوالی از پرسشنامه اصلی (AAQ-I) که به وسیله هیز و همکاران (۴۲) ساخته شده بود. پرسشنامه پذیرش و عمل - نسخه دوم، همسو با نظریه زیربنایی‌اش، برای سنجش انعطاف‌پذیری روان‌شناختی، به ویژه در ارتباط با اجتناب تجربه‌ای و تمایل به درگیری در عمل با وجود افکار و احساس‌های ناخواسته تدوین شده و براساس میزان توافق در یک مقیاس لیکرت ۷ درجه‌ای نمره‌گذاری می‌شود. نمرات بالاتر در یک مقیاس نشان‌دهنده انعطاف‌پذیری روان‌شناختی پایین‌تر و اجتناب تجربی بالاتر است. یافته‌های پژوهشی پایایی، روایی و اعتبار سازه رضایت بخشی را برای این ابزار گزارش داداند: میانگین ضریب آلفا ۰/۸۴ و پایایی بازآزمایی در فاصله ۳ و ۱۲ ماهه به ترتیب ۰/۸۱ و ۰/۷۹. به دست آمد (باند و همکاران، (۴۱)؛ به نقل از عباسی و همکاران، (۴۳). عباسی و همکاران (۴۳) نیز در پژوهشی، همسانی درونی و اعتبار همگرای قابل قبولی را برای نسخه فارسی نشان دادند. ضریب آلفای کرونباخ پرسشنامه برابر ۰/۸۹ و ضریب تنصیف برابر ۰/۸۳ گزارش شد. همچنین جهت بررسی روایی همگرا، اجتناب تجربی با افسردگی، اضطراب، مشکل در تنظیم هیجان و شاخص‌های

یافته‌ها

در پژوهش حاضر که به دنبال تعیین نقش واسطه‌ای اجتناب تجربه ای در رابطه‌ی بین تجربه تروما با تجزیه پس از تروما بود تعداد ۳۲۳ نفر مورد بررسی قرار گرفتند که نمونه ی پژوهش حاضر از نظر جنسیت متشکل از ۱۵۲ نفر (۴۷/۱ درصد) زن و ۱۷۱ نفر (۵۲/۹ درصد) مرد بودند. نمونه ی پژوهش از نظر وضعیت تاهل متشکل از ۱۹۵ نفر (۶۰/۴ درصد) مجرد و ۱۲۸ نفر (۳۹/۶ درصد) متاهل بودند. از نظر تحصیلات ۵ نفر (۱/۵ درصد) دارای تحصیلات ابتدایی، ۳۴ نفر (۱۰/۵ درصد) دارای تحصیلات راهنمایی، ۱۱۲ نفر (۳۴/۷ درصد) دارای تحصیلات دیپلم، ۱۱۴ نفر (۳۵/۳ درصد) دارای تحصیلات کاردانی و ۵۸ نفر (۱۸ درصد) دارای تحصیلات کارشناسی بودند. در پژوهش حاضر همچنین میانگین و انحراف استاندارد سنی شرکت کنندگان به ترتیب برابر با ۲۸/۸۳ و ۷/۳۳ بود.

پیش از تحلیل داده‌ها مفروضه‌های نرمال بودن و عدم هم‌خطی بررسی شد که نتایج آن در ادامه بیان می‌شود. شاخص‌های کجی و کشیدگی برای بررسی مفروضه‌ی نرمال بودن توزیع سه متغیر تجربه تروما ($Ku=۳/۲۷۴$ ، $Sk=۰/۰۹۳$)، اجتناب تجربه ای ($Sk=۰/۵۶۵$)، چو و بنتلر (۱۹۹۵) نقطه برش $±۳$ را برای مقدار چولگی مناسب می‌دانند. برای شاخص کشیدگی نیز به طور کلی مقادیر بیش از $±۱۰$ در پژوهش‌های چندمتغیری مشکل‌افزین است (۴۴). مقادیر بدست آمده برای چولگی و کشیدگی متغیرها حاکی از تحقق پیش فرض نرمال بودن دارد. برای بررسی مفروضه‌ی عدم هم‌خطی از آماره‌های عامل تورم واریانس (VIF) و شاخص تحمل استفاده شد که با توجه به اینکه هیچ یک از مقادیر مربوط به شاخص تحمل کمتر از $۰/۴۰$ و هیچ یک از مقادیر مربوط به عامل تورم واریانس بیشتر از ۱۰ نمی‌باشد، بر این اساس می‌توان نسبت به مفروضه عدم هم‌خطی نیز اطمینان حاصل کرد. در جدول زیر شاخص‌های گرایش مرکزی و پراکندگی و همچنین همبستگی متغیرهای پژوهش ارائه شده است.

ناراحتی در پرسشنامه سلامت روان رابطه معنی‌داری را نشان داد که نشان از روایی مطلوب این پرسشنامه است. به این ترتیب، از این پرسشنامه جهت سنجش گرایش به اجتناب تجربی در افراد استفاده می‌شود.

شیوه انجام پژوهش بدین صورت بود که پس از گرفتن معرفی‌نامه از دانشگاه شیراز و انجام هماهنگی‌های لازم با معاونت بهداشتی دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه و با کسب مجوزهای لازم نسبت به اجرای مطالعه اقدام شد. اجرای مطالعه و گردآوری یافته‌های پژوهش از بین ساکنان شهرهای درگیر در زلزله آبان ماه ۱۳۹۶ استان کرمانشاه با توجه به ملاک‌های ورود و خروج ذکر شده صورت گرفت. شیوه گردآوری اطلاعات و داده‌ها در این پژوهش میدانی بود. بدین نحو که پژوهشگر شخصاً اقدام به گردآوری داده‌ها از گروه نمونه کرد. پیش از اجرای آزمون‌ها، با تشریح اهداف و مزایای اجرای پژوهش حاضر برای گروه نمونه و با اطمینان از عدم خستگی ذهنی و جسمی شرکت کنندگان، شیوه اجرای هر آزمون برای آن‌ها توضیح داده و با پرسش، از درک درست آزمودنی‌ها اطمینان حاصل شد. اجرای آزمون‌ها در یک اتاق ساکت و به دور از محرکات مزاحم دیداری- شنیداری به صورت انفرادی برای هر آزمودنی توسط پژوهشگر انجام شد. برای اجرای ملاحظات اخلاقی در این پژوهش کدهای اخلاقی مطرح شده توسط انجمن روان‌پزشکی آمریکا مورد توجه قرار گرفت. بر این اساس نکات زیر در مورد آزمودنی‌های شرکت‌کننده در پژوهش حاضر رعایت شد: احترام به اصل رازداری آزمودنی‌ها به طوری که جهت محرمانه بودن، آزمودنی‌ها کدگذاری شده و اسامی آن‌ها حذف شد، ارائه اطلاعات کافی در مورد چگونگی پژوهش به تمامی شرکت‌کنندگان، تشریح فرآیند، اهداف، مدت زمان صرف شده، زبان‌ها و فواید احتمالی شرکت در پژوهش، کسب رضایت آگاهانه کتبی فارغ از هرگونه اجبار، تهدید، تطمیع و اغوا، خروج از پژوهش در هر مرحله از اجرا در صورت عدم رضایت و ارائه تدابیر و تمهیدات لازم جهت آسایش آزمودنی‌ها. داده‌های پژوهش حاضر نیز با استفاده از روش پیشرفته آماری مدل‌یابی معادلات ساختاری SEM، با استفاده نرم افزار لیزرل (LISREL) مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

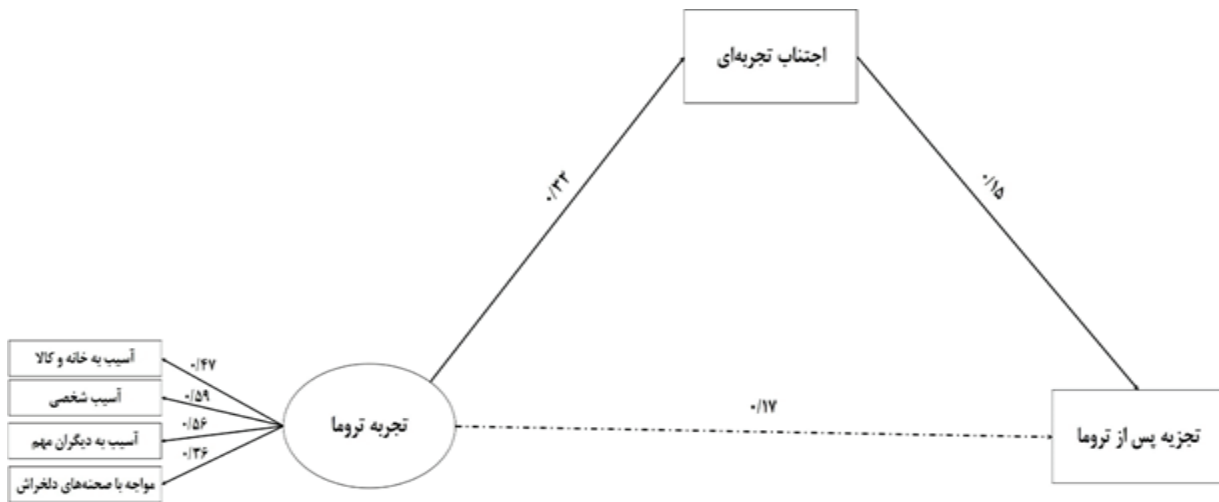
جدول ۱. شاخص‌های توصیفی و ماتریس همبستگی متغیرهای پژوهش

متغیر	M	SD	۱	۲	۳
۱- تجزیه پس از تروما	۶۵/۹۳	۷/۸۲	۱		
۲- اجتناب تجربه ای	۳۵/۵۹	۵/۹۳	**۰/۲۳۳	۱	
۳- تجربه تروما	۲۷/۳۳	۳/۹۴	**۰/۱۷۳	**۰/۲۰۵	۱

** P < ۰/۰۱ * P < ۰/۰۵

پس از تروما دارای رابطه مستقیم و معنی دار و میزان آن برابر با ۰/۲۳ است. در ادامه برای بررسی اثرهای مستقیم و واسطه‌ای از روش مدل‌سازی معادلات ساختاری استفاده شد که نتایج آن در قالب شکل ۱ و جداول اثرات مستقیم و غیر مستقیم ارائه می‌شود.

همانطور که مندرجات جدول ۱ نشان می‌دهد متغیر تجربه تروما با تجزیه پس از تروما دارای رابطه مستقیم و معنی دار دارد که میزان این رابطه برابر با ۰/۱۷ است که این رابطه در سطح ۰/۰۱ معنی دار می‌باشد. متغیر تجربه تروما با اجتناب تجربه ای دارای رابطه مستقیم و معنی دار و میزان آن برابر با ۰/۲۰ است. متغیر اجتناب تجربه ای با تجزیه



شکل ۱. ضرایب مسیر استاندارد متغیرهای پژوهش در مدل اصلی

نشان می‌دهد شاخص‌های برازش مدل ساختاری نشانگر برازش خوب مدل است. همه شاخص‌ها در محدوده پذیرش مدل قرار دارند. بنابراین، ساختار مدل فرضی پژوهش مورد تایید می‌باشد.

در شکل ۱ مسیرهای معنی دار به صورت ممتد و مسیره‌ای غیرمعنی دار به صورت خطوط غیرممتد نشان داده شده‌اند. در ادامه شاخص‌های برازش مدل ساختاری در جدول ۲ نشان داده شده است. همان‌گونه که مندرجات این جدول

جدول ۲: شاخص‌های برازش مدل ساختاری

شاخص برازندگی	دامنه قابل پذیرش	مقدار
خی دو (χ^2)	-	۳/۸۲۱
نسبت خی دو به درجه آزادی	کمتر از ۳	۱/۲۷۴
شاخص برازندگی تطبیقی (CFI)	بزرگتر از ۰/۹۰	۰/۹۹۵
شاخص برازندگی فزاینده (IFI)	بزرگتر از ۰/۹۰	۰/۹۹۵
شاخص نیکویی برازش (GFI)	بزرگتر از ۰/۹۰	۰/۹۹۶
ریشه دوم برآورد واریانس خطای تقریب (RMSEA)	کمتر از ۰/۰۸	۰/۰۲۹
ریشه دوم میانگین مربعات باقی‌مانده (SRMR)	کمتر از ۰/۰۸	۰/۰۲۱

می توان به تایید یا رد اثرات مستقیم و غیرمستقیم متغیرهای پژوهش در تجزیه پس از تروما پرداخت.

در ادامه نتایج جدول ۳ و ۴ اثرات مستقیم و واسطه ای متغیرهای پژوهش را نشان می دهد و بر اساس آن

جدول ۳. بررسی روابط مستقیم متغیرها در مدل تحقیق

متغیر مستقل	متغیر وابسته	ضرایب غیر استاندارد	ضرایب استاندارد	خطای استاندارد	t	p
تجربه تروما	تجزیه پس از تروما	۰/۳۴۳	۰/۱۷	۰/۱۹۸	۱/۷۲۹	۰/۰۸۴
اجتناب تجربه ای	تجزیه پس از تروما	۰/۱	۰/۱۵۱	۰/۰۴۱	۲/۴۶۶	۰/۰۱۴
تجربه تروما	اجتناب تجربه ای	۰/۹۶	۰/۳۱۵	۰/۳۱۳	۳/۰۶۳	۰/۰۰۲

با توجه به جدول ۳ در مواردی که آماره T خارج از بازه (۰/۹۶+ و ۰/۹۶-) قرار دارد یا سطح معنی داری کمتر از ۰/۰۵ است دو متغیر با یکدیگر ارتباط معنادار دارند. همان طور که می توان مشاهده کرد مسیر مستقیم متغیر تجربه تروما به متغیر اجتناب تجربه ای معنی دار است ($\beta=0/151, t=2/466$). مسیر مستقیم متغیر تجربه تروما به متغیر اجتناب تجربه ای معنی دار است ($\beta=0/315, t=3/063$).

با توجه به جدول ۳ در مواردی که آماره T خارج از بازه (۰/۹۶+ و ۰/۹۶-) قرار دارد یا سطح معنی داری کمتر از ۰/۰۵ است دو متغیر با یکدیگر ارتباط معنادار دارند. همان طور که می توان مشاهده کرد مسیر مستقیم متغیر تجربه تروما به متغیر تجربه ای معنی دار نیست

جدول ۴. بررسی روابط غیرمستقیم متغیرها در مدل تحقیق

متغیر مستقل	متغیر میانجی	متغیر وابسته	ضریب غیر استاندارد	حد پایین	حد بالا	p
تجربه تروما	اجتناب تجربه ای	تجزیه پس از تروما	۰/۰۹۶	۰/۰۱۴	۰/۳۰۱	۰/۰۲

تجربیات ناراحت کننده تداخل دارد (۱۶، ۱۸). رفتار تجزیه ای برای جلوگیری از دسترسی به احساسات، افکار و خاطرات ناخواسته عمل می کند. همچنین، در مبانی نظری روان کاوی و روان تحلیل گران معاصر نیز تجزیه، نتیجه تروما معرفی شده است. انسان در بسیاری از موارد زندگی به سادگی مجهز نیستند تا همه تجربیات خود را آگاهانه تجربه کنند. با این حال، برای مدیریت این اتفاقات ناگوار زندگی با دفاعهای بسیار پیشرفته مجهزند تا به آنها کمک کند که از شرایط غیر قابل تحمل روانی فرار کنند. لذا تجزیه دسترسی به احساسات، افکار و خاطرات تهدید آمیز را بالقوه محدود می کند به گونه ای که افراد آگاهی از تجربیات درونی و مالکیت تجربه احساسات، افکار، آرزوها و امیال خود را از دست می دهند (۱۸). بنابراین، افراد از تجارب درونی خود فاصله می گیرند، این همان مفهومی است که هیز و همکارانش (۲۶) تحت عنوان اجتناب تجربی از آن یاد می کنند. به عبارت دیگر، تجزیه را نوعی اجتناب تجربه ای تلقی می کنند. اجتناب تجربی به ارزیابی های منفی افراطی از احساسات، افکار خصوصاً ناخواسته و عدم تمایل به تجربه کردن این رویدادها و تلاش عمدی برای کنترل یا فرار از آنها اطلاق می گردد. اجتناب تجربی در افراد مواجه شده با تروما (آسیب) به عنوان یک عاملی به کار می رود که از روبه رو شدن با نشانه های یادآور رویدادهای آسیب زا

برای تعیین اثر غیرمستقیم از روش بوت استرپ با ۲۰۰۰ بار فرایند نمونه گیری استفاده گردید که با توجه به جدول ۴ می توان مشاهده کرد که اثر غیرمستقیم متغیر تجربه تروما بر متغیر تجربه پس از تروما از طریق اجتناب تجربه ای معنی دار است ($b=0/096, p<0/05$).

بحث

پژوهش حاضر با هدف بررسی رابطه بین تجربه تروما با تجزیه پس از تروما در افراد دارای تجربه ترومای زلزله با نقش میانجی اجتناب تجربه ای صورت گرفت. نتایج نشان داد که بین شدت تجربه تروما با تجزیه پس از تروما و اجتناب تجربه ای رابطه مستقیم معنی داری وجود دارد. علاوه بر این، بین اجتناب تجربه ای و تجزیه پس از تروما رابطه مستقیم و معنی داری وجود دارد. نتایج این پژوهش با پژوهش های شماری از پژوهش های دیگر همسوست (۵، ۱۶، ۱۷، ۲۱، ۲۲، ۲۶، ۲۷، ۲۸، ۲۹). در تبیین این یافته ها می توان مطرح کرد که گسستگی (تجزیه) یک پاسخ متداول به تروما است. محققان تروما را منشا تجزیه می دانند. آنها معتقدند که تجزیه با جلوگیری از دسترسی درون گرایانه به محتویات غیرقابل تحمل روانی، فرار ذهنی از پریشانی را امکان پذیر می سازد و نکته مهم این است که این راهبرد مقابله ای ناسازگار تلقی می شود؛ زیرا با پردازش هیجانی سازگارانه

محافظت می‌کند و این اجتناب از نشانه‌های یادآور حوادث آسیب‌زا باعث می‌شود که آنها دچار اضطراب نشوند. علاوه بر این، اجتناب تجربی را به عنوان شکلی از اعمال و رفتارهایی به کار می‌برند که از افکار آزاردهنده ناشی از رویدادهای آسیب‌زا اجتناب شود و یکی از راه‌های این اجتناب ممکن است گسستگی باشد. لذا عملکرد اجتناب تجربی، موجب کنترل یا به حداقل رساندن تاثیر تجارب آزارنده می‌شود و آرامش کوتاه‌مدت ایجاد می‌کند که در نتیجه این عمل، به شکل منفی رفتار تقویت می‌شود (۲۶)؛ بنابراین مشکلات روانی و رفتاری بازماندگان تروما ممکن است محصول جانبی فاصله‌گیری و عدم آگاهی از تجربیات درون‌روانی ناشی از تجزیه پس از تروما و اجتناب تجربه‌ای باشد (۲۸، ۳۲).

در بخش دیگر، نتایج ضرایب مسیر استاندارد متغیرهای پژوهش نشان داد که کل اثر شدت تجربه تروما بر روی تجزیه پس از تروما از طریق اجتناب تجربه‌ای است. به عبارت دیگر، اثر غیرمستقیم متغیر تجربه تروما بر متغیر تجزیه پس از تروما از طریق اجتناب تجربه‌ای معنی‌دار است. نتایج این پژوهش را می‌توان با نتایج شماری از پژوهش‌های دیگر (۱۶، ۲۶، ۲۸، ۳۲) به طور مستقیم و غیرمستقیم استنباط نمود. در تبیین این یافته‌ها می‌توان اظهار داشت که تئوری‌ها و پژوهش‌های پیشین نشان داده که این صرفاً حوادث تروماتیک و شدت آنها نیستند که منجر به پیامدهای روان‌شناختی می‌شوند بلکه تجربیات و واکنش‌های پایدار افراد نسبت به واقعه هستند که روند ترمیم و یکپارچگی را مختل می‌نمایند (۲۰). برخی پژوهش‌ها نشان داده‌اند، علاوه بر مکانیسم‌هایی همانند شدت قرار گرفتن در معرض زلزله و حمایت‌های دریافتی (۶) برخی پریشانی‌های روان‌شناختی پس از زلزله و ویژگی‌های شخصیتی (مانند اجتناب و برانگیختگی) نقش مهمی در پیدایش انواع پیامدهای روان‌شناختی دارند (۵). لذا تجزیه پس از تروما به عنوان یکی از پیامدهای تروما، نوعی اجتناب تجربی تلقی می‌شود (۲۶) و شدت ترومای زلزله می‌تواند از طریق اجتناب تجربه‌ای در پیدایش تجزیه پس از تروما نقش مهمی ایفا کند. در واقع تجزیه پس از تروما به عنوان یک حالت گذرا حین و یا پس از تروما تلقی می‌شود، فرض بر این است که افرادی که صفت پایدار اجتناب تجربه‌ای دارند، بعد از ترومای زلزله گرایش بیشتری به گسستگی پس از تروما دارند. به عبارت دیگر

تجزیه در مدل‌های روان‌تحلیلی به عنوان یک مکانیسم دفاعی است که به موجب آن افراد تحت استرس، عواطف و رفتار را از جریان عادی هشیاری جدا می‌کنند لذا هنگامی که افراد در معرض حوادث وسیع زندگی قرار می‌گیرند به عنوان دفاعی در برابر تروما مورد استفاده قرار می‌گیرد. لذا افراد تروماتایز با این مکانیسم سعی در اجتناب از خاطرات و احساسات مرتبط با رویداد دارند (۱۸). در واقع گسستگی پس از تروما در پاسخ به واکنش‌های هیجانی پری‌تروماتیک شدید مانند ترس، درماندگی و وحشت رخ می‌دهد و از فرد در برابر ترس، درماندگی، وحشت و تجارب هیجانی ناخوشایند محافظت می‌کند (۲۳). لذا این تعریف تجزیه با تعریف اجتناب تجربه‌ای در مدل هیز و همکاران (۲۶) به صورت - نوعی عدم تمایل نسبت به برقراری تماس با تجارب شخصی (حساسیت‌های بدنی، هیجان‌ها، افکار، خاطره‌ها و زمینه‌های رفتاری) و تلاش کردن برای اجتناب از تجربه‌های دردناک و یا وقایعی که موجب فراخواندن این تجارب می‌شوند - هم‌پوشی فراوان دارد. این هم‌پوشی می‌تواند به روشن شدن گسستگی پس از تروما به عنوان یک مفهوم ناهشیار و به علاوه در زمینه نحوه کارکرد خودکار آن کمک فراوانی بکند. بنابراین می‌توان بیان نمود که هر جقدر فرد توانایی روبه‌رو شدن با واقعیت‌های هیجانی و تجارب شخصی خود را نداشته باشد و سعی کند از آنها اجتناب نماید، احتمال اینکه از گسستگی پس از تروما به عنوان یکی از مکانیسم‌های اجتنابی استفاده کند، بیشتر است. همچنین گسستگی پس از تروما وقتی به کرات اتفاق می‌افتد، می‌تواند به اجتناب تجربه‌ای و اجتناب از تجارب هیجانی ناخوشایند نیز کمک نماید. بنابراین نکته مهم یافته‌های این پژوهش این است که اجتناب تجربه‌ای به عنوان یک صفت می‌تواند در شروع گسستگی پس از تروما نقش مهم ایفا کند و به علاوه می‌توان چنین استنباط کرد که اجتناب تجربه‌ای احتمالاً در حفظ و رشد گسستگی پس از تروما به عنوان یک حالت گذرا و حتی در تبدیل شدن آن به گسستگی مداوم نقش برجسته‌ای داشته باشد. در مورد چگونگی این امر می‌توان گفت که برخی استدلال می‌کنند که گسستگی پری‌تروماتیک ممکن است رمزگذاری مواد تروما را محدود کند و بنابراین باید از فرد در برابر مشکلات روان‌شناختی بعدی محافظت کند. اما در عوض، تجزیه مداوم ممکن است منعکس‌کننده اجتناب مداوم از خاطرات

تجربیات بسیار خصوصی‌شان می‌شود. در واقع مولفه‌های بکار برده شده در این مدل این نکته را یادآوری می‌کنند که درمان‌های تثبیت‌شده مبتنی بر این مولفه‌ها برای بازماندگان تروما ممکن است مؤثر باشد نه به این دلیل که ترس بیمارگونه را خاموش می‌کند یا سایر تجربیات خصوصی ناخواسته را تغییر می‌دهد، بلکه به این دلیل که به بیماران می‌آموزد چگونه با رویدادهای خصوصی که قبلاً از آنها اجتناب شده است، تماس برقرار کند و آنها را تجربه و پذیرش (تحمل) کنند. در واقع این نوع دیدگاه به تجارب خود در زندگی می‌تواند، میزان گرایش افراد به گسستگی در شرایط تروماتیک بعدی را کاهش دهد. در این پژوهش اجتناب تجربه‌ای جهت روش نمودن نقش گسستگی پس از تروما در مدل حاضر گنجانده شده است اما به سبب اینکه گسستگی پس از تروما مولفه ناهشیار است و از ابزار خودگزارشی جهت ارزیابی آن استفاده شده است؛ لذا باید با احتیاط بیشتری به نتایج پژوهش حاضر تکیه نمود و به علاوه نیاز به تحقیقات بیشتری در این زمینه وجود دارد.

نتیجه‌گیری

در مجموع نتایج به دست آمده نشان داد که گسستگی پس از تروما و اجتناب تجربه‌ای پیامدهای تروما هستند. به علاوه مشکلات روانی بازماندگان تروما ممکن است محصول جانبی این مکانیسم‌ها و نحوه واکنش‌های افراد به تروما هستند. همچنین نتایج نشان داد که با گنجاندن مولفه اجتناب تجربه‌ای به عنوان نقش واسطه‌ای در تحلیل می‌توان درک عمیق‌تری از گسستگی پس از تروما - به عنوان یک مولفه مبهم و ناهشیار - را بهبود بخشید؛ لذا این امر ما را در موقعیت بهتری برای ارزیابی رابطه بین تجزیه و سایر پدیده‌های روان‌پزشکی قرار خواهد داد. با تعاریف دقیق‌تر و اندازه‌گیری گسستگی، محققان می‌توانند تصویر پیچیده‌ای از همبودی بین گسستگی و سایر اشکال پریشانی مرتبط با تروما را باز نمایند. به علاوه می‌توان در آینده مداخلاتی برای بازماندگان ترومای (زلزله) جهت کاهش اجتناب تجربه‌ای و گسستگی پس از تروما - که مکانیسم‌های اصلی سبب‌ساز مشکلات روان‌شناختی هستند - انجام داد. به علاوه یافته‌های پژوهش حاضر این پتانسیل را دارند که به طور قابل توجهی به بررسی ادبیات گسستگی پس از تروما و اجتناب تجربه‌ای به عنوان عوامل خطر پیامدهای روان‌شناختی پس از تروما کمک نمایند. البته

هیجانی و افزایش مشکلات روان‌شناختی بعدی باشد (۲۳). بنابراین با اجتناب مداوم، گسستگی پری‌تروماتیک هم ایجاد می‌شود و هم احتمال دارد که به ایجاد گسستگی پایدار (مداوم) کمک کند، لذا این نیز به نوبه خود به پیامدهای روان‌شناختی آسیب‌زا کمک می‌کند (۱) البته باید اظهار داشت که در این زمینه نیاز به تحقیقات بیشتری در آینده وجود دارد. در مجموع بر مبنای یافته‌های این پژوهش می‌توان پیش‌بینی نمود که افرادی که به سبب سیر تحول خود در زندگی، ویژگی‌های اجتناب تجربه‌ای را دارند و به عبارتی توانایی روبه رو شدن با واقعیت هیجانی و ظرفیت تحمل و پذیرش افکار و تجارب آزردهنده و خصوصی خود را ندارند، گرایش بیشتری دارند تا از گسستگی پس از تروما به عنوان یکی از راه‌های اجتناب استفاده کنند و به علاوه احتمالاً می‌توان استنباط نمود که وجود اجتناب تجربه‌ای می‌تواند پیش‌آگهی تبدیل شدن گسستگی پس از تروما به گسستگی مداوم باشد که این پدیده نیز به نوبه خود می‌تواند منبع اکثر آسیب‌های روانی مانند PTSD، مصرف مواد، افسردگی تلقی شود (۱۳، ۱۶، ۱۷، ۲۶). از این رو می‌توان بیان کرد که اجتناب تجربی به عنوان یک مفهوم پاتولوژیک به طور آشکار و ناآشکار در میان اکثر سیستم‌های درمانی شناخته شده است (۳۰)، به عبارت دیگر اجتناب تجربی دارای ساختاری است که محققان آن را به عنوان یک عامل واسطه‌ای بین آسیب‌شناسی روانی و تاریخچه‌ای از حوادث قبلی پیشنهاد می‌کنند و به عنوان مفهومی مشترک شناخته می‌شود. به طور کلی این مفهوم مشترک به عنوان گرایش پایدار افراد به مخفی نمودن احساسات و افکار ناخوشایند و سرکوب آنها، عدم تمایل به تجربه کردن این رویدادها و تلاش عمدی برای کنترل یا فرار آنها، باعث افزایش بسامد آنها شده و پریشانی‌های عاطفی بیشتری را موجب می‌شود (۲۶) و متعاقباً افراد در شرایط تروماتیک بعدی به صورت خودکار و ناهشیار گرایش بیشتری به گسستگی پس از تروما - به عنوان جنبه‌ای از اجتناب تجربه‌ای - دارند. در ادامه نیز احتمالاً اجتناب تجربه‌ای در حفظ گسستگی و حفظ مشکلات روانی پس از تروما نقش مهمی را ایفا می‌کند. اما مداخلات برای حل مشکلات روانی برای بازماندگان تروما (زلزله) باید باعث کنار گذاشتن تمام تلاش‌ها برای کنترل افکار، احساسات، خاطرات و احساسات ناخواسته خود شود، زیرا همین رویکرد به زندگی است که در واقع منجر به درهم‌تنیدگی بیشتر با

سابقه تروما پرداخته شود. این امر ممکن است نویدبخش بهبود تلاش‌های درمانی و درک پدیدارشناسانه مشکلات روان‌شناختی مرتبط با تروما باشد.

سپاس‌گزاری

نویسندگان از جمعیت زلزله‌زده سرپل ذهاب و ثلاث باباجانی که در این پژوهش همکاری داشته‌اند، نهایت تقدیر و تشکر را دارند.

تضاد منافع

بین نویسندگان هیچ‌گونه تضاد منافی وجود ندارد. این مقاله برگرفته از رساله دکتری نویسنده اول در رشته روانشناسی بالینی دانشگاه شیراز است. پژوهش حاضر دارای تأیید نامه کد اخلاقی با شناسه اخلاق IR.SUMS.REC.1400.813 از دانشگاه علوم پزشکی شیراز می باشد.

References

1. Matthew J. Friedman, Paula P. Schnurr, Terence M. Keane. Handbook of PTSD: science and practice (3rd ed.). Guilford press; 2021 August 5.
2. Priebe S, Marchi F, Bini L, Flego M, Costa A, Galeazzi G. Mental disorders, psychological symptoms and quality of life 8 years after an earthquake: findings from a community sample in Italy. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*. 2011 Jul; 46(7):615-21. <https://doi.org/10.1007/s00127-010-0227-x>
3. Ehring T, Razik S, Emmelkamp PM. Prevalence and predictors of posttraumatic stress disorder, anxiety, depression, and burnout in Pakistani earthquake recovery workers. *Psychiatry research*. 2011 Jan 30; 185(1-2):161-6. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2009.10.018>
4. Basharpoor S, Aziziaran S, Heidari F. The Causal Modeling Of Post-Traumatic Growth In Earthquake-Stricken Individuals Based On Social Support, Mindfulness, And Rumination With Mediating Role Of Acceptance And Action.
5. Nobakht HN, Ojagh FS, Dale KY. Risk factors of post-traumatic stress among survivors of the 2017 Iran earthquake: the importance of peritraumatic dissociation. *Psychiatry research*. 2019 Jan 1; 271:702-7.

شایان توجه است که نمونه مورد مطالعه شامل افرادی است که ترومای زلزله را تجربه نموده‌اند؛ بنابراین جهت قابلیت تعمیم آن به سایر جمعیت‌ها و تروماهای مختلف باید احتیاط پیشه گرفت و لذا نتایج فقط به آن رویداد آسیب‌زا محدود است. همچنین ابزارهای سنجش، شامل پرسشنامه‌های خودگزارشی هستند. همچنین زمان طولانی بین وقوع آسیب واقعی و شرکت در این مطالعه برای اکثر شرکت‌کنندگان ممکن است بر گزارش‌های گذشته‌نگر آن‌ها از گسستگی پس از تروما تأثیر بگذارد. تحقیقات نشان داده‌اند که یادآوری تجارب تجزیه‌ای، مدت‌ها پس از مواجهه تروما، ممکن است گزارش‌های دقیقی از رفتار تجزیه‌ای واقعی فرد نباشد. همچنین محدودیت‌هایی در زمینه توانایی تمایز عوامل خطر پیش از سانحه و واکنش‌های پس از سانحه نیز وجود دارد. پیشنهاد می‌شود که از مصاحبه‌های بالینی دقیق‌تر جهت بررسی گسستگی پس از تروما استفاده شود و همچنین به بررسی دقیق‌تر نقش اجتناب تجربه‌ای در زمینه مشکلات روان‌شناختی افراد دارای

- <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2018.12.057>
6. Goenjian AK, Khachadourian V, Armenian H, Demirchyan A, Steinberg AM. Posttraumatic stress disorder 23 years after the 1988 Spitak earthquake in Armenia. *Journal of Traumatic Stress*. 2018 Feb; 31(1):47-56. <https://doi.org/10.1002/jts.22260>
7. Kobayashi D, Hayashi H, Kuga H, Kuriyama N, Terasawa Y, Osugi Y, Takahashi O, Deshpande G, Kawachi I. Alcohol consumption behaviours in the immediate aftermath of earthquakes: time series study. *BMJ open*. 2019 Mar 1; 9(3):e026268. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2018-026268>
8. Gao X, Leng Y, Guo Y, Yang J, Cui Q, Geng B, Hu H, Zhou Y. Association between earthquake experience and depression 37 years after the Tangshan earthquake: a cross-sectional study. *BMJ open*. 2019 Aug 1; 9(8):e026110. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2018-026110>
9. Cénat JM, McIntee SE, Blais-Rochette C. Symptoms of posttraumatic stress disorder, depression, anxiety and other mental health problems following the 2010 earthquake in Haiti: A systematic review and meta-analysis. *Journal of affective disorders*. 2020 Aug 1; 273:55-85. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.04.046>
10. Kun P, Han S, Chen X, Yao L. Prevalence and

- risk factors for posttraumatic stress disorder: a cross-sectional study among survivors of the Wenchuan 2008 earthquake in China. *Depression and Anxiety*. 2009 Dec; 26(12):1134-40. <https://doi.org/10.1002/da.20612>
11. Tajeddini K, Eskandari H, Borjali A, Farrokhi N, Delavar A. The Phenomenological Investigation of Perceived Psychological Consequences of Earthquake in Male Survivors. *MEJDS*. 2020; 10:81-81
 12. Bavafa A, Khazaie H, Khaledi-Paveh B, Rezaie L. The relationship of severity of symptoms of depression, anxiety, and stress with sleep quality in earthquake survivors in Kermanshah. *Journal of injury and violence research*. 2019 Jul; 11(2):225. <https://doi.org/10.5249/jivr.v11i2.1203>
 13. Tang B, Deng Q, Glik D, Dong J, Zhang L. A meta-analysis of risk factors for post-traumatic stress disorder (PTSD) in adults and children after earthquakes. *International journal of environmental research and public health*. 2017 Dec; 14(12):1537. <https://doi.org/10.3390/ijerph14121537>
 14. Ozdemir O, Boysan M, Ozdemir PG, Yilmaz E. Relationships between posttraumatic stress disorder (PTSD), dissociation, quality of life, hopelessness, and suicidal ideation among earthquake survivors. *Psychiatry research*. 2015 Aug 30; 228(3):598-605. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2015.05.045>
 15. Movaghar AR, Goodarzi RR, Izadian E, Mohammadi MR, Hosseini M, Vazirian M. The impact of Bam earthquake on substance users in the first 2 weeks: a rapid assessment. *Journal of urban health*. 2005 Sep; 82(3):370-7. <https://doi.org/10.1093/jurban/jti089>
 16. Wagner AW, Linehan MM. Dissociative behavior. 1998.
 17. Chu JA, Dill DL. Dissociative symptoms in relation to childhood physical and sexual abuse. *The American Journal of Psychiatry*. 1990 Jul.
 18. Howell EF, Itzkowitz S. *The dissociative mind in psychoanalysis*. New York: Rowman. 2016. <https://doi.org/10.4324/9781315679211>
 19. Ahmadi, F., Goodarzi, M., Kazemi rezaei, S. The Effectiveness of Intensive Short-Term Dynamic Psychotherapy in dissociative experiences, object relations and delayed reward discounting in patients with substance use disorders and addiction.. *Journal of Clinical Psychology*, 2021; 13(1): 65-78.
 20. Weiss H. The conceptualization of trauma in psychoanalysis: an introduction. *The International Journal of Psychoanalysis*. 2021 Jul 4; 102(4):755-64. <https://doi.org/10.1080/00207578.2021.1932057>
 21. Marmar CR, Weiss DS, Schlenger WE, Fairbank JA, Jordan BK, Kulka RA, Hough RL. Peritraumatic dissociation and posttraumatic stress in male Vietnam theater veterans. *The American journal of psychiatry*. 1994 Jun.
 22. Bremner JD, Brett E. Trauma-related dissociative states and long-term psychopathology in posttraumatic stress disorder. *Journal of Traumatic Stress*. 1997 Jan; 10(1):37-49. <https://doi.org/10.1002/jts.2490100105>
 23. Bryant RA, Friedman MJ, Spiegel D, Ursano R, Strain J. A review of acute stress disorder in DSM-5. *Focus*. 2011 Jul; 9(3):335-50. <https://doi.org/10.1176/foc.9.3.foc335>
 24. Thompson-Hollands J, Jun JJ, Sloan DM. The association between peritraumatic dissociation and PTSD symptoms: The mediating role of negative beliefs about the self. *Journal of Traumatic Stress*. 2017 Apr; 30(2):190-4. <https://doi.org/10.1002/jts.22179>
 25. Hayes SC. *A contextual approach to therapeutic change*. 1987.
 26. Hayes SC, Wilson KG, Gifford EV, Follette VM, Strosahl K. *Experiential avoidance and behavioral disorders: A functional dimensional approach to diagnosis and treatment*. *Journal of consulting and clinical psychology*. 1996 Dec; 64(6):1152. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.64.6.1152>
 27. Marx BP, Sloan DM. The role of emotion in the psychological functioning of adult survivors of childhood sexual abuse. *Behavior Therapy*. 2002 Sep 1; 33(4):563-77. [https://doi.org/10.1016/S0005-7894\(02\)80017-X](https://doi.org/10.1016/S0005-7894(02)80017-X)
 28. Marx BP, Sloan DM. Peritraumatic dissociation and experiential avoidance as predictors of posttraumatic stress symptomatology. *Behaviour research and therapy*. 2005 May 1; 43(5):569-83. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2004.04.004>
 29. Tull MT, Roemer L. Alternative explanations of emotional numbing of posttraumatic stress disorder: An examination of hyperarousal and experiential avoidance. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*. 2003 Sep; 25(3):147-54.

- <https://doi.org/10.1023/A:1023568822462>
30. Foa EB, Steketee G, Grayson JB, Turner RM, Latimer PR. Deliberate exposure and blocking of obsessive-compulsive rituals: Immediate and long-term effects. *Behavior Therapy*. 1984 Nov 1; 15(5):450-72. [https://doi.org/10.1016/S0005-7894\(84\)80049-0](https://doi.org/10.1016/S0005-7894(84)80049-0)
 31. Eifert GH, Forsyth JP, Arch J, Espejo E, Keller M, Langer D. Acceptance and commitment therapy for anxiety disorders: Three case studies exemplifying a unified treatment protocol. *Cognitive and behavioral practice*. 2009 Nov 1; 16(4):368-85. <https://doi.org/10.1016/j.cbpra.2009.06.001>
 32. Kumpula MJ, Orcutt HK, Bardeen JR, Varkovitzky RL. Peritraumatic dissociation and experiential avoidance as prospective predictors of posttraumatic stress symptoms. *Journal of abnormal psychology*. 2011 Aug; 120(3):617. <https://doi.org/10.1037/a0023927>
 33. Kline P. *An easy guide to factor analysis*. Routledge; 2014 Feb 25. <https://doi.org/10.4324/9781315788135>
 34. Elal G, Slade P. Traumatic Exposure Severity Scale (TESS): a measure of exposure to major disasters. *Journal of Traumatic Stress: Official Publication of the International Society for Traumatic Stress Studies*. 2005 Jun; 18(3):213-20. <https://doi.org/10.1002/jts.20030>
 35. Nobakht HN, Ojagh FS, Dale KY. Validity, Reliability and Internal Consistency of Persian Versions of the Childhood Trauma Questionnaire, the Traumatic Exposure Severity Scale and the Peritraumatic Dissociative Experiences Questionnaire. *Journal of Trauma & Dissociation*. 2021 May 27; 22(3):332-48. <https://doi.org/10.1080/15299732.2020.1869640>
 36. Başoğlu M, Kiliç C, Şalcioğlu E, Livanou M. Prevalence of posttraumatic stress disorder and comorbid depression in earthquake survivors in Turkey: an epidemiological study. *Journal of Traumatic Stress: Official Publication of the International Society for Traumatic Stress Studies*. 2004 Apr; 17(2):133-41. <https://doi.org/10.1023/B:JOTS.0000022619.31615.e8>
 37. Laor N, Wolmer L, Kora M, Yucel D, Spirman S, Yazgan Y. Posttraumatic, dissociative and grief symptoms in Turkish children exposed to the 1999 earthquakes. *The Journal of nervous and mental disease*. 2002 Dec 1; 190(12):824-32. <https://doi.org/10.1097/00005053-200212000-00004>
 38. Marmar, C.R., Weiss, D.S., Metzler, T.J., *The peritraumatic dissociative experiences questionnaire*. The Guilford Press; 1997. <https://doi.org/10.1037/t07470-000>
 39. Birmes P, Brunet A, Benoit M, Defer S, Hatton L, Sztulman H, Schmitt L. Validation of the Peritraumatic Dissociative Experiences Questionnaire self-report version in two samples of French-speaking individuals exposed to trauma. *European Psychiatry*. 2005 Mar; 20(2):145-51. <https://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2004.06.033>
 40. Craparo G, Gori A, Mazzola E, Petrucci I, Pellerone M, Rotondo G. Posttraumatic stress symptoms, dissociation, and alexithymia in an Italian sample of flood victims. *Neuropsychiatric disease and treatment*. 2014; 10:2281. <https://doi.org/10.2147/NDT.S74317>
 41. Bond FW, Hayes SC, Baer RA, Carpenter KM, Guenole N, Orcutt HK, Waltz T, Zettle RD. Preliminary psychometric properties of the Acceptance and Action Questionnaire-II: A revised measure of psychological inflexibility and experiential avoidance. *Behavior therapy*. 2011 Dec 1; 42(4):676-88. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2011.03.007>
 42. Hayes SC, Follette VM, Linehan M, editors. *Mindfulness and acceptance: Expanding the cognitive-behavioral tradition*. Guilford Press; 2004 Aug 31.
 43. Abasi, E., Fti, L., Molodi, R., Zarabi, H. Psychometric properties of Persian Version of Acceptance and Action Questionnaire -II. *Psychological Methods and Models*, 2012 3(Vol.2/No.10/Winter 2013): 65-80. <https://doi.org/10.3917/spi.065.0080>
 44. Kline RB. *Principles and practice of structural equation modeling*. Guilford publications; 2015 Nov 3.