





دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی

پایان نامه جهت اخذ مدرک کارشناسی ارشد رشته روانشناسی عمومی

عنوان

مقایسه بازداری (شناختی- رفتاری)، حافظه
کاری (کلامی- غیر کلامی) و توجه پایدار در جانبازان با و بدون اختلال
تسیدگی پس از سانحه

استاد راهنما

دکتر بهرامعلی قنبری هاشم آبادی

استاد مشاور

دکتر علی مشهدی

دانشجو

فاطمه میردورقی

زمستان ۱۳۹۰

اگر قابل تقدیم باشد؛

تقدیم به مولایم حضرت رضا (ع)

که، بمجواری او، زیباترین فصل زندگیم بود

به راستی چه کسی می تواند عظمت و جایگاه بلند تو را دریابد و کدام بیان توانایی و صفی ایشار تو را دارد؟

چه کسی می تواند غم فراق یار را در دل تو و شیفتگی ات نسبت به مقصود را در کنگر کند؟

پس خدایا! نظاره گر باش و بسین که اینان چگونه خالصانه خود را در تو، فانی ساختند و در راه تو همه چیز را فراموش نمودند. در این جهان به آنان سنگیابی ده و در آن جهان آنان را به بهترین پاداش مآشاد کن و با سالار جانبازان محشورشان کردن.

تقدیم به

تامی جانبازان سرافراز میهنم

و

پدر و مادر عزیزم

به پاس محبت های بی دریغ و دعای های خالصانه شان؛

آنان که وجودشان برایم همه عشق است و وجودم برایشان، همه رنج.

مشکر و قدردانی

به مصداق «من لم یسکر المخلوق لم یسکر الخالق» بسی شایسته است از استاد گرانقدر جناب آقای دکتر بهرامعلی قهری هاشم آبادی که

راهبانی این پایان نامه را بر عهده داشتند، تقدیر و تشکر نمایم.

بعینین از استاد محترم جناب آقای دکتر علی مهدی که مشاوره این پایان نامه را عهده دار بودند اما به واقع نقشی فراتر از یک مشاور را برای بنده داشتند،

قدردانی می نمایم.

بر خود لازم می دانم از اساتید بزرگوار سرکار خانم دکتر زهرا طیبی و جناب آقای نادر باقری که داوری این پایان نامه را پذیرفتند و با نقطه نظرات ارزنده خود بر غنای این پژوهش افزودند، تشکر نمایم.

سپاس سیکران از:

تک تک اعضای خانواده ام به پاس مهربانی هاشان؛

استاد بزرگوارم جناب آقای دکتر اسحق اربمند سیاه پوش به پاس راهبانی های پدرانه اش؛

دوستان پر تلاشم خانم هارمضیه دهقانی، حمیده پاک مهر و زهرا بهرامی؛ و تمامی همکلاسی های عزیزم به خاطر تمام محبت ها و صمیمیت هاشان.

در پایان از مسئولین محترم بنیاد شهید خراسان رضوی، و نیز کارکنان زحمت کش مرکز توانبخشی جانبازان اعصاب و وران و مرکز نگهداری جانبازان امام خمینی (ره) که بادر اختیار قرار دادن امکانات لازم، اجرای این پژوهش را ممکن ساختند، سپاسگزاری می نمایم.

فهرست مطالب

صفحه

عنوان

فصل اول: کلیات پژوهش

۲	۱-۱ مقدمه.....
۲	۲-۱ بیان مسأله.....
۷	۳-۱ ضرورت پژوهش.....
۸	۴-۱ هدف پژوهش.....
۹	۵-۱ فرضیه‌ها و سوال پژوهش.....
۹	۱-۵-۱ فرضیه‌های اصلی.....
۹	۲-۵-۱ فرضیه‌های فرعی.....
۹	۳-۵-۱ سوال پژوهش.....
۱۰	۶-۱ تعریف عملیاتی متغیرهای پژوهش.....

فصل دوم: ادبیات پژوهش

۱۲	۱-۲ اختلال تنیدگی پس از سانحه.....
۱۲	۱-۱-۲ تاریخچه.....
۱۷	۲-۱-۲ انجمن روانپزشکی آمریکا.....
۱۸	۳-۱-۲ توصیف و خصایص بالینی PTSD بر اساس DSM.....
۱۹	۴-۱-۲ توصیف نشانگان هفده گانه PTSD بر اساس DSM-IV-TR.....
۲۲	۵-۱-۲ تشخیص.....
۲۶	۶-۱-۲ انواع فرعی و زیر گروه‌های PTSD.....
۲۶	۱-۶-۱-۲ اختلال فشار روانی حاد.....
۲۶	۲-۶-۱-۲ اختلال تنیدگی پس از سانحه حاد و مزمن.....
۲۶	۳-۶-۱-۲ اختلال تنیدگی پس از سانحه تأخیری.....
۲۷	۴-۶-۱-۲ اختلال تنیدگی پس از سانحه پیچیده.....
۲۷	۵-۶-۱-۲ اختلال تنیدگی پس از سانحه جزئی.....

۲۸	.....۷-۱-۲ شیوع
۲۹	.....۸-۱-۲ تشخیص افتراقی
۳۰	.....۹-۱-۲ سیر و پیش آگهی
۳۰	.....۱۰-۱-۲ اختلالات همبود
۳۱	.....۱۱-۱-۲ سبب شناسی
۳۲	.....۱-۱۱-۱-۲ عوامل روانشناختی
۳۲	.....۱-۱-۱۱-۱-۲ نظریه روان تحلیل گری
۳۳	.....۲-۱-۱۱-۱-۲ نظریه رفتاری
۳۳	.....۳-۱-۱۱-۱-۲ نظریه شناختی
۳۴	.....۴-۱-۱۱-۱-۲ نظریه پردازش هیجانی
۳۵	.....۵-۱-۱۱-۱-۲ نظریه واکنش به فشار روانی
۳۶	.....۲-۱۱-۱-۲ عوامل اجتماعی فرهنگی
۳۶	.....۳-۱۱-۱-۲ عوامل زیستی
۳۷	.....۱۲-۱-۲ ساختارهای مغزی در گیر در PTSD
۳۸	.....۱-۱۲-۱-۲ هیپوکامپ
۳۹	.....۲-۱۲-۱-۲ کرتکس پیش پیشانی
۴۰	.....۳-۱۲-۱-۲ آمیگدال
۴۱	.....۲-۲ کنش های اجرایی
۴۲	.....۱-۲-۲ کنش های اجرایی و کرتکس پیش پیشانی
۴۳	.....۲-۲-۲ کنش های اجرایی و اختلال تنیدگی پس از سانحه
۴۴	.....۱-۲-۲-۲ بازداری
۴۹	.....۲-۲-۲-۲ حافظه کاری
۵۶	.....۳-۲-۲-۲ توجه پایدار
۵۹	.....۳-۲-۲ کنش های اجرایی و افسردگی
۶۰	.....۳-۲ جمع بندی

فصل سوم: روش پژوهش

- ۶۲.....۱-۳-۱ روش پژوهش
- ۶۲.....۲-۳ جامعه آماری، نمونه و روش نمونه گیری
- ۶۳.....۳-۳ مواد و روش ها
- ۶۳.....۱-۳-۳ ابزارهای پژوهش
- ۶۳.....۱-۳-۳ پرسشنامه اطلاعات جمعیت شناختی
- ۶۳.....۲-۳-۳ پرسشنامه افسردگی بک (ویرایش دوم)
- ۶۴.....۳-۳-۳ پرسشنامه می سی سی پی
- ۶۴.....۴-۳-۳ آزمون استروپ کلاسیک
- ۶۶.....۵-۳-۳ آزمون برو- نه- برو
- ۶۷.....۶-۳-۳ آزمون فراخنای ارقام (مستقیم- معکوس)
- ۶۹.....۷-۳-۳ آزمون عملکرد پیوسته
- ۷۱.....۲-۳-۳ شیوه اجرا
- ۷۲.....۴-۳ روش تجزیه و تحلیل داده ها

فصل چهارم: یافته های پژوهش

- ۷۴.....۱-۴ یافته های توصیفی پژوهش
- ۷۴.....۱-۴-۱ اطلاعات جمعیت شناختی
- ۷۷.....۲-۴-۱ شاخص های توصیفی نمرات افسردگی و شدت اختلال PTSD
- ۷۸.....۳-۴-۱ شاخص های توصیفی عملکرد آزمودنیهای دو گروه در آزمون های عصب روانشناختی
- ۸۱.....۲-۴ یافته های مربوط به فرضیه ها و سوال پژوهش
- ۸۱.....۱-۲-۴ نتایج مربوط به آزمون فرضیه های پژوهش
- ۸۱.....۱-۲-۴ نتایج مربوط به فرضیه اول پژوهش
- ۸۳.....۲-۲-۴ نتایج مربوط به فرضیه دوم پژوهش
- ۸۵.....۳-۲-۴ نتایج مربوط به فرضیه سوم پژوهش
- ۸۶.....۴-۲-۴ نتایج مربوط به فرضیه چهارم پژوهش
- ۸۸.....۲-۲-۴ نتایج مربوط به سوال پژوهش

فصل پنجم: بحث و نتیجه گیری

۹۳.....	۱-۵ فرضیه اول.....
۹۵.....	۲-۵ فرضیه دوم.....
۹۶.....	۳-۵ فرضیه سوم.....
۹۸.....	۴-۵ فرضیه چهارم.....
۱۰۱.....	۵-۵ سوال پژوهش.....
۱۰۳.....	۶-۵ تبیین نهایی.....
۱۰۵.....	۷-۵ محدودیت های پژوهش.....
۱۰۶.....	۸-۵ پیشنهادهایی برای پژوهش های آتی.....

منابع و مأخذ

۱۰۸.....	منابع فارسی.....
۱۱۱.....	منابع انگلیسی.....

پیوست ها

۱۲۳.....	پیوست الف) پرسشنامه اطلاعات جمعیت شناختی.....
۱۲۴.....	پیوست ب) پرسشنامه افسردگی بک (ویرایش دوم).....
۱۲۸.....	پیوست ج) پرسشنامه می سی سی پی.....
۱۳۰.....	چکیده انگلیسی.....

فهرست جداول

صفحه	عنوان
۲۴.....	جدول ۱-۲: ملاک‌های تشخیصی DSM-IV-TR برای اختلال تنیدگی پس از سانحه.....
۷۴.....	جدول ۱-۴: فراوانی و درصد آزمودنی‌های دو گروه به تفکیک سطح تحصیلات.....
۷۵.....	جدول ۲-۴: فراوانی و درصد آزمودنی‌های دو گروه به تفکیک مدت زمان حضور در جبهه.....
۷۵.....	جدول ۳-۴: فراوانی و درصد آزمودنی‌های دو گروه به تفکیک درصد جانبازی.....
۷۶.....	جدول ۴-۴: فراوانی و درصد آزمودنی‌های دو گروه به تفکیک تعداد فرزندان.....
۷۶.....	جدول ۵-۴: فراوانی و درصد آزمودنی‌های دو گروه به تفکیک سطح تحصیلات همسر.....
۷۷.....	جدول ۶-۴: شاخص‌های آمار توصیفی نمرات افسردگی آزمودنی‌های دو گروه.....
	جدول ۷-۴: شاخص‌های آمار توصیفی شدت اختلال PTSD در گروه مبتلا به PTSD.....
	۷۷.....
۷۸.....	جدول ۸-۴: میانگین و انحراف معیار عملکرد آزمودنی‌های دو گروه در آزمون استروپ کلاسیک.....
۷۹.....	جدول ۹-۴: میانگین و انحراف معیار عملکرد آزمودنی‌های دو گروه در آزمون برو/ نه برو.....
۷۹.....	جدول ۱۰-۴: میانگین و انحراف معیار عملکرد آزمودنی‌های دو گروه در آزمون فراخنای ارقام شنیداری.....
۸۰.....	جدول ۱۱-۴: میانگین و انحراف معیار عملکرد آزمودنی‌های دو گروه در آزمون فراخنای ارقام دیداری.....
۸۰.....	جدول ۱۲-۴: میانگین و انحراف معیار عملکرد آزمودنی‌های دو گروه در آزمون عملکرد پیوسته.....
۸۱.....	جدول ۱۳-۴: نتایج تحلیل کوواریانس چند متغیری جهت مقایسه عملکرد دو گروه در آزمون استروپ کلاسیک.....
۸۲.....	جدول ۱۴-۴: نتایج آزمون‌های اثرات بین آزمودنی‌ها بر عملکرد دو گروه در مؤلفه‌های آزمون استروپ کلاسیک.....
۸۳.....	جدول ۱۵-۴: نتایج تحلیل کوواریانس چند متغیری جهت مقایسه عملکرد دو گروه در آزمون برو- نه برو.....
۸۴.....	جدول ۱۶-۴: نتایج آزمون‌های اثرات بین آزمودنی‌ها بر عملکرد دو گروه در مؤلفه‌های آزمون برو- نه برو.....
۸۵.....	جدول ۱۷-۴: نتایج تحلیل کوواریانس چند متغیری جهت مقایسه عملکرد دو گروه در آزمون فراخنای ارقام.....
۸۶.....	جدول ۱۸-۴: نتایج آزمون‌های اثرات بین آزمودنی‌ها بر عملکرد دو گروه در مؤلفه‌های آزمون فراخنای ارقام.....
۸۷.....	جدول ۱۹-۴: نتایج تحلیل کوواریانس چند متغیری جهت مقایسه عملکرد دو گروه در آزمون عملکرد پیوسته.....
۸۷.....	جدول ۲۰-۴: نتایج آزمون‌های اثر بین آزمودنی‌ها بر عملکرد دو گروه در مؤلفه‌های آزمون عملکرد پیوسته.....
	جدول ۲۱-۴: ضرایب همبستگی بین مؤلفه‌های بازداری (شناختی- رفتاری)، حافظه کاری (کلامی- غیر کلامی) و توجه پایدار با شدت اختلال تنیدگی پس از سانحه.....
	۸۹.....
	جدول ۲۲-۴: نتایج تحلیل رگرسیون سلسله مراتبی جهت پیش بینی شدت اختلال تنیدگی از طریق متغیرهای پیش بین.....
	۹۰.....

چکیده

اهداف: پژوهش حاضر از یک سو با هدف مقایسه بازداری (شناختی - رفتاری)، حافظه کاری (کلامی - غیر کلامی) و توجه پایدار در جانبازان با و بدون اختلال تنیدگی پس از سانحه؛ و از سوی دیگر بررسی نقش این کارکردهای شناختی در شدت اختلال صورت گرفت. **روش:** در این پژوهش علی مقایسه ای، جامعه آماری عبارت از کلیه جانبازانی بود که طی مدت پژوهش در مرکز بازتوانی جانبازان و مرکز توانبخشی امام خمینی (ره) شهر مشهد حضور داشتند. از این جامعه، با روش نمونه گیری در دسترس ۴۴ جانباز در قالب دو گروه مبتلا و غیر مبتلا به PTSD انتخاب شدند و با استفاده از آزمون استروپ، آزمون برو/ نرو، آزمون فراخنای ارقام (شنیداری - دیداری)، آزمون عملکرد پیوسته، پرسشنامه اطلاعات جمعیت شناختی، پرسشنامه افسردگی بک (ویرایش دوم) و پرسشنامه می سی سی پی مورد ارزیابی قرار گرفتند. **یافته‌ها:** نتایج حاصل از تحلیل های کوواریانس چندمتغیری نشان داد به طور کلی در سازه بازداری شناختی، بازداری رفتاری، حافظه کاری کلامی، حافظه کاری غیر کلامی و توجه پایدار تفاوت معناداری بین جانبازان مبتلا و غیر مبتلا به PTSD وجود دارد. همچنین، نتایج تحلیل رگرسیون به روش سلسله مراتبی حاکی از آن بود که تنها بازداری شناختی و توجه پایدار قادر به پیش بینی شدت اختلال PTSD می باشند. **نتیجه گیری:** بر اساس یافته های این پژوهش، عملکرد ضعیف تر افراد مبتلا به اختلال تنیدگی پس از سانحه در آزمون های عصب روانشناختی بیانگر نارسایی آن ها در بازداری شناختی - رفتاری، حافظه کاری کلامی - غیر کلامی و توجه پایدار می باشد. بنابراین، نارسایی در این کنش های اجرایی را می توان تبیینی برای علائم اختلال تنیدگی پس از سانحه دانست.

کلید واژه‌ها: اختلال تنیدگی پس از سانحه، بازداری شناختی - رفتاری، حافظه کاری کلامی - غیر کلامی، توجه پایدار.

فصل اول

کلیات پژوهش

۱-۱ مقدمه

امروزه عوارض روانی ناشی از جنگ به عنوان یکی از مباحث مهم روان‌پزشکی در جهان مطرح می‌باشند و در این میان اختلال تنیدگی پس از سانحه ۱ (PTSD) به عنوان یکی از اختلالات روانی مهم و ناتوان کننده، پس از وقوع جنگ‌ها در جوامع مختلف بروز کرده و آثار زیان باری را بر افراد این جوامع تحمیل کرده است (نورائی، ۱۳۸۵). اختلال تنیدگی پس از سانحه که در اتیولوژی آن تنیدگی نقش اساسی دارد و جنگ یکی از عوامل مهم در ایجاد آن به شمار می‌رود، در سال‌های اخیر در کشور ما نیز مورد توجه قرار گرفته و می‌توان گفت، در حال حاضر یکی از معضلات بهداشتی جامعه ما به شمار می‌رود. با توجه به اهمیت این موضوع پرداختن به مطالعاتی در جهت شناخت عوامل اثر گذار بر شدت و دوام علائم اختلال مذکور ضروری به نظر می‌رسد. همچنین علم روان‌پزشکی در مورد اختلال تنیدگی پس از سانحه همواره به دنبال علائمی بوده است که کمتر توسط فرد بتوانند مورد تقلید واقع شوند، به عبارتی علائمی که ظاهراً ارتباط مستقیم با تروما نداشته باشند. این‌ها علائمی خواهند بود که در تفکیک بیماری از تمارض و بهره جویی، نقش عمده ایفا می‌کنند. از جمله این علائم می‌توان به مشکلات شناختی مانند نارسایی در مؤلفه‌های کنش‌های اجرایی ۲ اشاره کرد. از آنجایی که بررسی این مؤلفه‌ها از طریق آزمون‌های عصب روانشناختی صورت می‌گیرد و هدف این آزمون‌ها برای بیمار نامشخص است، در نتیجه فرد بدون هر گونه سوگیری به این آزمون‌ها پاسخ خواهد داد و تا حد زیادی میزان دقیق مشکل تعیین می‌شود.

۲-۱ بیان مسئله

جنگ به عنوان یک تنیدگی بزرگ که به افراد شرکت کننده در آن وارد می‌شود در بعضی از آن‌ها منجر به بیماری‌های روانی جدی می‌شود (مفیدی، ۱۳۷۷)، زیرا رزمندگان در مراحل مختلف نبرد با دشمن، تنیدگی‌های زیادی را تجربه کرده و خواه ناخواه واکنش‌های گوناگونی به این تنیدگی‌ها نشان داده‌اند به طوری که دچار بیماری‌های جسمی و روانی مختلفی گردیده‌اند (نوربالا و نریمانی، ۱۳۷۴).

1. Post Traumatic Stress Disorder

2. executive functions

شایع ترین اختلال در بین رزمندگان جنگ، اختلال تنیدگی پس از سانحه می باشد (لی، ویلانت، توری و الدر، ۱۹۹۵، به نقل از کرنیک و همکاران، ۲۰۰۷؛ نوربالا و نریمانی، ۱۳۷۴). در سال های اخیر روان-پزشکی به طور جدی به کنکاش در این بیماری پرداخته است، اما این تلاش نه صرفاً به خاطر سودجویی افراد از این برجسب تشخیصی و گرفتن حمایت های مادی از سویی و تأثیر این اختلال بر سلامت عمومی است، بلکه اختلال تنیدگی پس از سانحه کلید حل معمای تأثیر علت شناسی عوامل محیطی بر مغز انسان است (مفیدی، ۱۳۷۷). در واقع این اختلال یکی از محدود اختلال هایی است که تنیدگی در ایجاد آن تأثیر مستقیم دارد (مفیدی، ۱۳۸۳).

انجمن روان پزشکی آمریکا (۲۰۰۵، به نقل از برسن و همکاران، ۳، ۲۰۰۹) اختلال تنیدگی پس از سانحه را نوعی اختلال اضطرابی تعریف می کند که به دنبال تجربه یک رویداد تنیدگی زا با ماهیت تهدید آمیز یا بسیار فاجعه بار در فرد ایجاد می شود و با علائمی از قبیل یادآوری های مکرر ۴ و مزاحم واقعه در رؤیاها و افکار زمان بیداری ۵، اجتناب ۶ از موقعیت های برانگیزاننده خاطره ضربه، کرختی هیجانی ۷ و برانگیختگی شدید ۸ همراه است.

رویکردهای نظری در مورد این اختلال دامنه وسیعی از نظریات را از روان تحلیل گری گرفته تا رفتارگرایی در بر می گیرد، اما در سال های اخیر گرایش شدیدی به مدل های عصب روانشناختی برای علت شناسی و تبیین اختلال تنیدگی پس از سانحه پدید آمده است (بروین و هولمز، ۹، ۲۰۰۳). در توجیه علائم اختلال تنیدگی پس از سانحه، امروزه رویکردهای عصب روانشناختی نشان می دهند که افراد مبتلا به این اختلال در سه ناحیه مغزی دچار نارساکنش وری می باشند. این سه ناحیه عبارتند از: کرتکس پیش

-
- 1.Lee, Vaillant,Torrey& Elder
 - 2.Krnic
 - 3.Bressan
 - 4.reexperiencing
 - 5.flashback
 - 6.avoidance
 - 7.numbing
 - 8.arousal
 - 9.Brewin & Holmes

پیشانی، هیپوکامپ و آمیگدال (تانو ۱، ۲۰۰۳؛ بونه، گریلون، ویتینگام، نامیستر و چارنی ۲، ۲۰۰۴؛ سودیک، سودیک، آنتیویک، بریتویک و آوکوسیک ۳، ۲۰۰۷؛ نات و مالیزیا ۴، ۲۰۰۴). از آنجایی که کرتکس پیش پیشانی در کنش‌های اجرایی نقش دارد، بنابراین مطالعات متعدد نشان می‌دهند که افراد مبتلا به PTSD بدلیل نارسا کنش وری کرتکس پیش پیشانی، نقایص کلی در کنش‌های اجرایی دارند (برمنر ۵ و همکاران، ۱۹۹۳، آناگنوستاراس ۶ و همکاران، ۱۹۹۹، به نقل از وبر ۷ و همکاران، ۲۰۰۵؛ سگان، پیل، ترملی و بویل رایس ۸، ۱۹۹۵، به نقل از هال ۹ و همکاران، ۲۰۰۳؛ لسکین ۱۰، ۲۰۰۷؛ لاگارد، دایون و برانت ۱۱، ۲۰۱۰؛ تاملی، هامی و استین ۱۲، ۲۰۰۴). بازداری یکی از مهم‌ترین کنش‌های اجرایی است که به دلیل نارسایی در کارکرد کرتکس پیش پیشانی افراد مبتلا به PTSD دچار نارسایی می‌باشد (بروین و بتون ۱۳، ۲۰۰۲؛ کاربون ۱۴ و همکاران، ۲۰۰۸). بازداری به توانایی شخص در ممانعت از برخی پاسخ‌های شناختی یا رفتاری گفته می‌شود (شافر و کیپ ۱۵، ۲۰۰۷) و شامل دو نوع بازداری شناختی و رفتاری می‌باشد (هارنیشفیگر ۱۶، ۱۹۹۵). در اثر ناتوانی افراد مبتلا به PTSD در بازداری از ورود اطلاعات نامربوط به حافظه، ظرفیت حافظه با این اطلاعات پر شده در نتیجه این افراد در نظم دهی حافظه با مشکل مواجهه هستند (وسترلینگ، بریلی، کانستین و ساتکر ۱۷، ۱۹۹۸؛ یهادا ۱۸ و همکاران، ۱۹۹۵، به نقل از

-
1. Tanev
 2. Bonne, Grillon, Vythilingam, Neumeister, & Charney
 3. Šodić, Antičević, Britvić, Ivkošić
 4. Nutt & Malizia
 5. Bremner
 6. Anagnostaras
 7. Weber
 8. Seguin, Phil, Tremblay & Boulerice
 9. Hull
 10. Leskin
 11. LaGarde, Doyon & Brunet
 12. Twamley, Hamia, Steina
 13. Berwin & Beaton
 14. Carrion
 15. Shaffer & Kipp
 16. Harnishfeger
 17. Vasterling, Brailey, Constans & Sutker
 18. Yehuda

باستامنت، ملمن، دیوید و فاینس ۱، (۲۰۰۱) و ظرفیت حافظه کاری نیز در آن‌ها محدود می‌باشد (بروین و بتون، ۲۰۰۲)، همچنین مشکل در بازداری در این افراد منجر به احساس وقوع مجدد رویداد آسیب‌زا (وسترلینگ و همکاران، ۱۹۹۸)، سوگیری توجه برای محرک‌های هیجانی مربوط به رویداد مذکور (مک‌نالی، امیر و لپکه ۲، ۱۹۹۶)، علائم بیش‌برانگیختگی (لاک‌دا، هاردن، یوربیک و کشاوان ۳، ۲۰۰۳) و بروز بروز افکار ناخواسته و کابوس‌ها (کلب ۴، ۱۹۸۷؛ به نقل از کانگارتنام و آسبجورسن ۵، ۲۰۰۷) می‌شود. در واقع بروز افکار ناخواسته به این دلیل است که فرد مبتلا به PTSD در توقف افکار ناخواسته و عدم توجه به اطلاعات نامربوط ناتوان است (کانگارتنام و آسبجورسن، ۲۰۰۷). یکی دیگر از مشکلات اصلی افراد مبتلا به PTSD که ناشی از نارسایی بازداری است، ناتوانی در جلوگیری از فوران خشم می‌باشد. به عبارت دیگر افراد مبتلا به PTSD در بازداری از خشم ناتوانند (جوئانویک ۶ و همکاران، ۲۰۱۰؛ کانو و یوین ۷، ۲۰۰۱). به گونه‌ای که مطالعات مختلف نشان می‌دهد این افراد نسبت به افراد عادی و افراد افسرده سطح بالاتری از پرخاشگری را نشان می‌دهند (بیدل ۸ و همکاران، ۲۰۰۲، چمتاب ۹ و همکاران، ۱۹۹۴، به نقل از هال و همکاران، ۲۰۰۳). از آنجایی که بازداری یکی از کنش‌های کورتکس پیش‌پیشانی محسوب می‌شود (وندرمولن ۱۰، ۲۰۰۰) و در افراد مبتلا به PTSD این ناحیه از مغز دچار نارساکنشوری شده است (بیلیس ۱۱ و همکاران، ۲۰۰۲) مطالعات نشان می‌دهد افزایش برانگیختگی و پرخاشگری ناشی از بدکنشی کورتکس پیش‌پیشانی می‌باشد (لیشمن ۱۲، ۱۹۹۸ و داماسیو ۱۳، ۱۹۹۴، به نقل از هال و همکاران، ۲۰۰۳).

-
1. Bustamante, Mellman, David, D., Fins
 2. McNally, Amir, & Lipke
 3. Lacerda, Hardan, Yorbik & Keshavan
 4. Kolb
 5. Kanagaratnam & Asbjørnsen
 6. Jovanovic
 7. Cano & Vivian
 8. Biddle
 9. Chemtob
 10. Van der Molen
 11. Bellis
 12. Lishman
 13. Damasio

یکی دیگر از مؤلفه‌های کنش‌های اجرایی که در افراد مبتلا به PTSD با نارسایی جدی همراه است، حافظه کاری می‌باشد (گیلبرسون، گارویتس، لاسکو، آر و پیتمن ۱، ۲۰۰۱؛ برمنر و همکاران، ۱۹۹۳، به نقل از باستامنت و همکاران، ۲۰۰۱؛ مک نالی ۲، ۱۹۹۷؛ وسترلینگ و بریلی، ۲۰۰۵، به نقل از کارلوزی، ریسه-ملانکون و توماس ۳، ۲۰۱۰؛ گالتلی، کلارک، مک فرنال و وبر ۴، ۲۰۰۱؛ لاگارد و همکاران، ۲۰۱۰). حافظه کاری عبارت است از ذخیره و دست‌کاری اطلاعات برای یک دوره زمانی کوتاه (میاک و شاه ۵، ۱۹۹۹؛ بدلی ۶، ۲۰۰۲). مطالعات متعددی نشان می‌دهد که مهم‌ترین علائم اختلال تنیدگی پس از سانحه با مشکلات حافظه رابطه دارد. از این علائم می‌توان به تجربه مجدد واقعه در رؤیا و افکار زمان بیداری، مشکل در یادآوری جنبه‌های مهمی از رویداد تجربه شده و مشکل در تمرکز (کاتسین ۷ و همکاران، ۲۰۰۶؛ جلینک ۸ و همکاران، ۲۰۰۶؛ باستامنت و همکاران، ۲۰۰۱)، مشکلات اساسی در تصمیم‌گیری درست و اعمال سازگارانه، گسستگی و فقدان جهت‌یابی (کافمن ۹، ۲۰۰۲؛ به نقل از وبر و همکاران، ۲۰۰۵) اشاره کرد که معیارهای مهمی برای تشخیص این اختلال نیز به شمار می‌روند.

همچنین افراد مبتلا به PTSD در نگهداری توجه یا به عبارتی در توجه پایدار ۱۰ که یکی دیگر از مؤلفه‌های مهم کنش‌های اجرایی می‌باشد نیز مشکل دارند (کاسو و هانسن ۱۱، ۲۰۰۶؛ شاکارد، مک کاب و زیمسکی ۱۲، ۲۰۰۸؛ موتی پارا-چاوان ۱۳، ۲۰۰۷؛ گیلبرسن، گارویتس، لاسکو، اورر و پیتمن ۱۴، ۲۰۰۱، به نقل از کاناگارتنم و آسبجورسن، ۲۰۰۷؛ وسترلینگ و همکاران، ۱۹۹۸)، به گونه‌ای که مشکلات توجه

-
1. Gilbertson, Gurvits, Lasko, Orr & Pitman
 2. Mc Nally
 3. Carlozzi, Reese-Melancon & Thomas
 4. Galletly, Clark, McFarlane & Weber
 5. Miyake & Shah
 6. Baddeley
 7. Cottencin
 8. Jelinek
 9. Kaufman
 10. Sustain Attention
 11. Koso, Hansen
 12. Shucard, McCabe, Szymanski
 13. Motipara-Chavan
 14. Gilbertsen, Gurvits, Lasko, Orr, Pitman

در این افراد را ناشی از افزایش برانگیختگی در آنان می‌دانند (کیمبل ۱ و همکاران، ۲۰۰۰، به نقل از شاکارد و همکاران، ۲۰۰۸). توجه عبارت است از متمرکز کردن ذهن روی یک محرک خاص در محیط و توجه پایدار بیانگر حفظ توجه روی یک مجموعه از محرک‌ها یا روی یک تکلیف برای دوره‌ای طولانی می‌باشد (شاکارد و همکاران، ۲۰۰۸).

بنابراین، بر اساس پیشینه مطرح شده به نظر می‌رسد یکی از مشکلات اساسی که افراد مبتلا به اختلال تنیدگی پس از سانحه با آن درگیر هستند، نارسایی‌های شناختی می‌باشد که این نارسایی‌ها در ایجاد و تداوم علائم تشخیصی اختلال مذکور نقش مهمی ایفا می‌کنند. اما با توجه به اینکه در زمینه مشکلات شناختی افراد مبتلا به PTSD ناشی از جنگ پژوهش‌های متعددی در خارج از کشور صورت گرفته و در این زمینه برای بازماندگان جنگ تحمیلی که به این اختلال مبتلا شده‌اند پژوهش‌های چندانی در کشور ما صورت نگرفته، لازم دانستیم به این مهم پردازیم. زیرا اختلال PTSD آثار و پیامدهای دراز مدتی دارد، به طوری که عوارض مختلف آن بویژه در زمینه‌های شناختی تا سال‌ها باقی مانده و عملکرد کلی فرد و اطرافیان او را تحت تأثیر قرار می‌دهد. لذا، پژوهش حاضر با هدف مقایسه بازداری، حافظه کاری و توجه پایدار در جانبازان مبتلا به PTSD و جانبازان غیر PTSD؛ و همچنین پیش بینی شدت اختلال PTSD از طریق این کنش‌های اجرایی انجام گرفت، و بی تردید نتایج این پژوهش در کنار نتایج پژوهش‌های مشابه می‌تواند در دست‌یابی به ابعاد مختلف مشکلات شناختی مؤثر بوده و زمینه ساز پژوهش‌های مداخله‌ای و در نهایت درمان‌های کارآمد جهت کنترل علائم این اختلال شود.

۳-۱ ضرورت پژوهش

آسیب‌های روانی ناشی از جنگ یکی از مسائل دامنه دار در جریان جنگ‌های جدید بوده است و معمولاً مشکلات جسمی جنگ تا حدودی قابل جبران است؛ ولی مسائل روانی نه تنها گریبان گیر فرد بلکه خانواده و اجتماع خواهد بود. به گونه‌ای که اختلال در عملکرد خانواده یکی از تأثیرات مهم اختلال تنیدگی پس از سانحه می‌باشد. یادآوری ناگهانی حادثه دردناک موجب خشم و عصبانیت می‌شود و خود

فرد مبتلا را به وحشت می‌اندازد. همچنین یادآوری صحنه‌های جنگ در خواب به صورت کابوس‌های شبانه و رؤیا سبب برخاستن با داد و فریاد می‌شود و با ایجاد ترس و وحشت در اطرافیان، فضایی پر از رعب و وحشت را ایجاد می‌کند. فرد مبتلا احساس دوست داشته شدن نمی‌کند و مشکل در بروز احساسات عاطفی، موجب کاهش بروز احساسات اعضای خانواده می‌شود. فرد از لحاظ اجتماعی کناره گیر شده و تنها هیجانی که معمولاً نشان می‌دهد، خشم است. همچنین وی احساس می‌کند حضور و موجودیت ندارد و به علت رفتارهای تدافعی نسبت به سایر اعضای خانواده پرخاشگرانه برخورد می‌کند. خشونت و تهاجم نسبت به همسر موجب دوری عاطفی بیشتر با همسر و گاهی موجب مشکلات قانونی می‌شود. در فرزندان افراد مبتلا به این اختلال مجموعه علائمی مانند پرخاشگری، افت تحصیلی، اشکال در تمرکز، احساس دوست داشته نشدن، مراقب والدین بودن، و مصرف دارو و الکل مشاهده می‌شود. همچنین فرد مبتلا به واسطه حالت تهییج و انزوایی که دارد به اعضای خانواده احساس تهی بودن از هیجان را تحمیل می‌کند. بی روح بودن فضای خانه، وجود فاصله عاطفی زیاد از یکدیگر، بیدار ماندن در شب، گذراندن ساعات زیاد در مقابل تلویزیون، عدم توجه به دیگران، انزوا و گوشه گیری زیاد مشاهده می‌شود (علی پور و لرستانی، ۱۳۸۴؛ هارت، ۱۳۸۳). با توجه به آنچه گفته شد و اثرات سوئی که این اختلال به دنبال دارد باید هر چه بیشتر در جهت شناخت عواملی که باعث تداوم علائم این اختلال می‌شوند، کوشید.

اما علت پرداختن به کنش‌های اجرایی در این پژوهش، اینست که در دهه‌های اخیر در زمینه ارتباط علائم PTSD و کنش‌های اجرایی پژوهش‌های زیادی صورت گرفته به گونه‌ای که اغلب علائم و پیامدهای این اختلال که در بالا بدان اشاره شد را می‌توان بر اساس نارسایی در کنش‌های اجرایی تبیین کرد. به عبارت دیگر این نارسایی‌ها به نوعی یکی از عوامل مهم در تداوم علائم اختلال مذکور می‌باشند، که از این علائم می‌توان به یادآوری مکرر رویداد آسیب‌زا در قالب کابوس‌ها و فلاشبک‌ها، فوران خشم، مشکل در تمرکز و بیش برانگیختگی اشاره کرد. اما به دلیل اینکه فقدان پژوهشی در این زمینه در کشورمان احساس شد، این مطالعه صورت گرفت تا در صورت تأیید فرضیه‌های مطرح شده، این پژوهش

به عنوان مقدمه و مبنایی برای پژوهش‌های مداخله‌ای آتی نظیر آموزش حافظه کاری، آموزش کنترل توجه قرار گیرد. در واقع انجام چنین پژوهش‌هایی در راستای تدوین برنامه‌های درمانی ضروری به نظر می‌رسد.

۱-۴ هدف پژوهش

هدف این پژوهش ابتدا مقایسه بازداری (شناختی-رفتاری)، حافظه کاری (کلامی- غیر کلامی) و توجه پایدار جانبازان مبتلا و غیر مبتلا به PTSD بود. سپس، در این پژوهش به پیش بینی شدت اختلال PTSD در افراد مبتلا به این اختلال از طریق کنش‌های شناختی مذکور نیز پرداخته شد.

۱-۵ فرضیه‌ها و سوال پژوهش

۱-۵-۱ فرضیه‌های اصلی

(۱) بازداری شناختی جانبازان مبتلا به PTSD به طور معناداری ضعیف‌تر از جانبازان غیرمبتلا به PTSD است.

(۲) بازداری رفتاری جانبازان مبتلا به PTSD به طور معناداری ضعیف‌تر از جانبازان غیرمبتلا به PTSD است.

(۳) حافظه کاری جانبازان مبتلا به PTSD به طور معناداری ضعیف‌تر از جانبازان غیرمبتلا به PTSD است.

(۴) توجه پایدار جانبازان مبتلا به PTSD به طور معناداری ضعیف‌تر از جانبازان غیرمبتلا به PTSD است.

۱-۵-۲ فرضیه‌های فرعی

(۱) حافظه کاری کلامی جانبازان مبتلا به PTSD به طور معناداری ضعیف‌تر از جانبازان غیر مبتلا به PTSD است.