

رابطه سندرم شناختی-توجهی با اضطراب و افسردگی در بیماران سوختگی: نقش میانجی سبک

های مقابله با استرس

فاطمه سندی^۱، پروین احتشام زاده^۲، پرویز عسگری^۲، موسی کافی^۳

۱. گروه روانشناسی، پردیس علوم و تحقیقات خوزستان، دانشگاه آزاد اسلامی، اهواز، ایران، ۲. گروه روانشناسی، واحد اهواز، دانشگاه آزاد

اسلامی، اهواز، ایران، ۳. استاد روانشناسی، دانشگاه گیلان

(تاریخ وصول: ۹۵/۱۰/۱۴ - تاریخ پذیرش: ۹۶/۰۸/۱۷)

The relationship Cognitive Attentional Syndrome (CAS), with anxiety and depression in burned patients: the mediating role of coping stylesFatemeh Sendi¹, * Parvin Ehteshamzadeh², Parviz Asgary², Mosa Kafie³

1. Department of psychology, Khozestan Science and Research Branch, Islamic Azad University, Ahvaz, Iran,

2. Department of psychology, Ahvaz Branch, Islamic Azad University, Ahvaz, Iran, 3. Department of psychology, University of Guilan.

(Received: Jun. 03, 2017- Accepted: Nov. 08, 2017)

Abstract

Introduction: The purpose of this study investigated the relationship between Cognitive Attentional Syndrome (CAS), anxiety and depression attention to the mediating role of coping styles in burned patients. **Method:** 170 patients from Rasht Burn Center entered the research through random sampling and surveys of mental disorders SCL-90-R, CAS-1 scale, coping styles scal CISS (Enderl & Parker, 1990), was completed. The research method was correlation and the proposed model through structural equation modeling (SEM) were analyzed. To test the mediating effects bootstrap method was used. **Results:** The results showed positive and significant impact CAS on depression and anxiety symptoms. The findings revealed a significant negative impact problem-focused coping style on anxiety and depressive symptoms in patients. Emotion-focused coping had positive significant effect on symptoms of anxiety and depression. The mediating role of problem-focused and emotion-focused coping styles in the relationship between CAS with anxiety and depression were also confirmed. **Conclusion:** According to results, Meta-cognitive structures like CAS & coping style structure are very important In the area of rehabilitation and Psychological well-being in burn patients That should be considered.

keywords: Cognitive Attentional Syndrome (CAS), anxiety, depression, coping styles

چکیده

مقدمه: پژوهش حاضر باهدف بررسی رابطه سندرم شناختی-توجهی با اضطراب و افسردگی با توجه به نقش میانجی گرانه سبک های مقابله با استرس در بیماران سوختگی انجام شد. روش: تعداد ۱۷۰ نفر از بیماران سوختگی مرکز سوانح سوختگی و جراحی ترمیمی رشت از طریق نمونه گیری تصادفی انتخاب و وارد پژوهش شدند و پرسشنامه های اختلالات روان شناختی SCL-90-R، مقیاس سندرم شناختی-توجهی CAS-1، مقیاس مقابله با موقعیت تنش زا CISS (اندلر و پارکر، ۱۹۹۰) را تکمیل کردند. داده ها از طریق الگویابی معادلات ساختاری (SEM) تحلیل شد. جهت آزمون اثرهای واسطه ای در مدل پیشنهادی از روش بوت استرپ استفاده شد. یافته ها: نتایج نشان داد سندرم شناختی-توجهی بر علائم اضطراب و افسردگی بیماران سوختگی تاثیر معنادار و مثبت دارد. همچنین یافته ها نشان دهنده ی تاثیر منفی و معنادار سبک مقابله مساله مدار و تاثیر مثبت و معنادار سبک مقابله هیجان مدار بر علائم اضطراب و افسردگی در بیماران بود. نقش میانجی سبکهای مقابله ای مساله مدار و هیجان مدار در رابطه بین سندرم شناختی-توجهی و علائم اضطراب و افسردگی بیماران نیز تایید شد. نتیجه گیری: سازه های فراشناختی مانند سندرم شناختی-توجهی و سبک مقابله ای در حیطه توانبخشی و بهزیستی روانی بیماران سوختگی بسیار حائز اهمیت هستند که باید مورد توجه قرار گیرد.

واژگان کلیدی: سندرم شناختی-توجهی، اضطراب، افسردگی، سبک های مقابله با

استرس

مقدمه

آسیب سوختگی^۱ اولین و مهمترین صدمه پوستی و مشکل بهداشتی شایع جهان می باشد که همه روزه زندگی مردم را از نظر جانی، روانی مالی و اجتماعی درگیر می کند (پانکورست و پاکاناوالا^۲، ۲۰۰۲). مبتلایان به سوختگی به هنگام حادثه وقایع بسیار ترسناکی را تجربه می کنند و تجارب درمانهای دردناک بیمارستان نیز بر ترس آنها می افزاید. بیمار و خانواده ممکن است احساس خشم، گناه و ناامیدی شدیدی را تجربه کنند. کابوسهای شبانه و یادآوری حادثه آزار دهنده است و همین امر باعث میشود که هریک از بیماران تجارب ناراحت کننده و متفاوتی را تحمل نمایند (لبلیسی آدام باگیس تاریم و نویان^۳، ۲۰۰۶). پژوهشها نشان داده است سوختگی روی بهزیستی روانی افراد تاثیر می گذارد و موجب احساس طرد، اضطراب، افسردگی، اضطراب اجتماعی و اختلال استرس پس از سانحه^۴ در فرد می شود بطوریکه با گذشت سالها از حادثه سوختگی تنشهای ناشی از آن همچنان ادامه دارد (لوستی شاملو گاوزیک، مارچ و دوپ^۵، ۲۰۱۶؛ هوبس^۶، ۲۰۱۵؛ یابانگلو، یاگموردور تاسکیتونا و کاراکابالی^۷، ۲۰۱۲). اسکار^۸ و آسیب دیدگی های ناشی از سوختگی موجب بدشکلی ظاهری می گردد و به دنبال آن افسردگی در این بیماران شایع بوده و مشکلات ناشی از تصویر ذهنی و فقدان اعتماد به

نفس قابل توجه می باشد (اوتواتر، اسماعیل، مالیلوا، تمو و بمباتی^۹، ۲۰۱۳). در واقع پژوهش ها شواهدی فراهم نموده است که از جمله تغییر ظاهر بیمار می تواند تاثیر رفتاری عاطفی و شناختی عمیق روی افراد داشته باشد (والکر^{۱۰}، ۲۰۰۵؛ به نقل از نصری و یلان^{۱۱}، ۱۳۹۴). نتایج مرور ادبیات پژوهش توسط آتو و پوندزکرنیش^{۱۱} (۲۰۱۵) نیز نشان داده است اختلالات روانی اندوه و پریشانی بعد از سوختگی سازگاری منفی در طولانی مدت در این بیماران را پیش بینی می کند.

یکی از مهمترین عوامل در پیدایش و تداوم اختلالات روانی در افراد حادثه دیده محتوا و سبک فکری افراد است. در دیدگاه فراشناختی^{۱۲} اختلال روانی بر اثر فعال سازی سبک فکری خاص و زهرآگینی بوجود می آید که به آن سندرم شناختی-توجهی^{۱۳} گویند. سندرم شناختی^{۱۳} توجهی را میتوان سبک فکری تکراری تعریف کرد که به شکل نگران اندیشی یا اندیشناکی توجه معطوف به تهدید و مکانیسمهای مقابله ای نا کارآمد بروز میکند، این سندرم پیامدهایی دارد که منجر به تداوم هیجانهای منفی و تقویت افکار منفی می شود. سندرم شناختی^{۱۳} توجهی باعث حفظ پردازش مبتنی بر تهدید یا همان قفل شدگی در رویداد آسیب زا می شود. از آنجاکه نشخوارهای فکری و نگرانیها همواره دارای سوگیری هستند توجه فرد را بر اطلاعات منفی متمرکز می کنند و بدین وسیله موجب ادراک تحریف شده ای از خود و جهان می گردند و

1- burn

2 - paankhurst & Pakanawala

3 - Leblebici, Adam, Bagis, Tarim & Noyan

4 - Post-traumatic stress disorder

5 - Logsetty, Shamlou, Gawaziul, March & Doupe

6 - Hobbs

7 - Yabanglu, Yagmurdur, Taskintuna & Karakayali

8 - scar

9 - Outwater, Ismail, Mgalilwa, Temu & Mbembati

10 - Walker

11 - Attoe & Ponds-Cornish

12 - Metacognitive

13 - Cognitive Attentional Syndrome (CAS)

جستجوی اطلاعات و راهبردها ایجاد پاداش های جایگزین تمرکز در مساله گشایی صورت پذیرد. سبک مقابله هیجان مدار که فرد به واسطه آنها سعی می کند آرامش خود را که به علت فشار روانی بهم خورده است مجددا کسب کند و از روشهای تنظیم خلق و عواطف رفتارهای عیب جویانه اشتغال ذهنی و خیال پردازی استفاده می شود. نهایتا راهبردهای اجتنابی مستلزم فعالیتها و تغییرات شناختی است که هدف آنها اجتناب از موقعیت استرس زا است که ممکن است به صورت رفتارهای روی آوردن و درگیر شدن در یک فعالیت تازه و یا به شکل روی آوردن به اجتماع و افراد دیگر ظاهر شود (ویلتینک ساییک و توین^۵ ۲۰۱۰). مقابله یکی از متغیرهایی است که به صورت گسترده در چارچوب روانشناسی سلامت مطالعه شده است. پژوهشها نشان داده اند بیماریهای استرس محور اختلالات روانشناختی و سلامت عمومی پایین تر بیشتر درکسانی مشاهده می شود که پیوسته از شیوه های مقابله هیجانی و یا اجتنابی استفاده می کنند (گاستمس-کارنیسر و کالدرون^۶ ۲۰۱۲؛ نوربالا بهرامی احسان و علی پور ۱۳۹۳؛ غضنفری و قدم پور ۱۳۸۷) اما سبک مقابله مساله محور نشانه های بیماری و اختلالات روانشناختی را کاهش و سلامت عمومی را افزایش می دهد (گاستمس-کارنیسر و کالدرون ۲۰۱۲؛ برکل، ۲۰۰۹؛ احتشام زاده صبری نظرزاده و معمارباشی اول ۱۳۹۲). دراین راستا نتایج مرور ادبیات پژوهش دربررسی تحقیقات گوناگون توسط آتو و پوندزکرنیش (۲۰۱۵) نشان داد که سبکهای مقابله بطور قوی با

یا موجب فعال سازی و تداوم احساس تهدید شده و ازاین رو اضطراب و افسردگی را برای مدت طولانی تداوم می بخشند. نگرانی و اندیشناکی باعث فعال سازی و تداوم احساس تهدید می شوند و این کار اضطراب و افسردگی را به حالتی ماندگار تبدیل می کند درصورتی که بدون اندیشناکی و نگرانی، اضطراب و افسردگی به حالتی گذرا تبدیل می شوند. نتایج پژوهشهای بسیاری برنقش مولفه های سندرم شناختی^۱ توجهی در ایجاد اختلالهای روانشناختی صحه می گذارند (فرگوس، والتینر، مک گراس، گبیر- لانسوی و جنسیس^۱، ۲۰۱۳؛ سلمان و حسنی ۲۰۱۳؛ ۲۰۱۳؛ اولاتونجی و ولیزکی-تیلور، ساچو و سیسیلسکی^۲ ۲۰۱۱؛ کاواجا و مک ماهون^۳ ۲۰۱۱؛ یلماز جنکوز و ولز^۴ ۲۰۱۱).

همانطورکه خاطر نشان گردید، مبتلایان به سوختگی درهنگام حادثه، ترس و وحشت شدیدی را تجربه می کنند آنها در رویارویی و مقابله با این تجارب دردناک، پاسخهای رفتاری متفاوتی از خود نشان می دهند که حاکی از محتوا و سبک فکری و یادگیریهای قبلی آنها می باشد. اندلر و پارکر (۱۹۹۰) « مدل تعاملی اضطراب استرس و سبک مقابله » را بر اساس پژوهش خود که درباره بررسی فرآیند کلی رفتارهای مقابله ای بود مطرح کردند آنها سه سبک مقابله را در افراد متمایز کردند: سبک مقابله مساله مدار که فرد سعی می کند برای برطرف کردن فشار روانی کار یا فعالیتی انجام دهد. این نوع مقابله می تواند در قالبهای

1 - Fergus Valentiner, McGrath, Gier-Lonsway & Jencius

2 - Olatunji, Wolitzky-Taylor, Sawchuk & Ciesielski Ciesielski

3 - Khawaja & Mc mahon

4 - Yilmaz, Gencoze & Wells

5 - Wilthink, Subic & Twin

6 - Gustems-Carnicer & Calderon

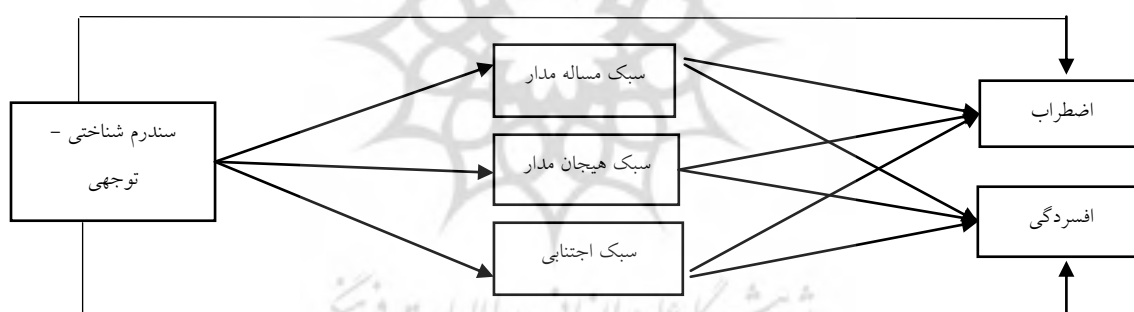
فاطمه سندی و همکاران: رابطه سندرم شناختی-توجهی با اضطراب و افسردگی در بیماران سوختگی: نقش میانجی ...

به عنوان مثال بنا به گفته بعضی صاحب نظران، بیماران دچار سوختگی پس از ترخیص، بیشتر از راهبرد اجتنابی استفاده می کنند (ویلبراند^۱، ۲۰۰۳) درحالیکه لیبر^۲ (۲۰۰۸) نتیجه گرفت که راهبردهای مبتنی بر هیجان در این افراد کاربرد بیشتری دارد. لذا با توجه به خلا اطلاعاتی در این زمینه پژوهش حاضر بر آن است تا گامی در راستای افزایش آگاهی های لازم در این خصوص برداشته و تأثیرات عامل فراشناختی سندرم شناختی- توجهی را با میانجی گری سبکهای مقابله براضطراب و افسردگی بیماران مبتلا به سوختگی بررسی نماید.

سازگاری روانشناختی در بیماران سوختگی مرتبط است خصوصا مقابله اجتنابی با سازگاری منفی روانشناختی و مقابله مساله مدار با سازگاری مثبت روانشناختی در این بیماران رابطه دارد.

علیرغم پیامدهای منفی بسیار زیاد سوختگی به این حوزه مطالعاتی در ایران کمتر پرداخته شده است. مطالعات روانشناختی نیز در این مورد با کاستی های بسیاری همراه است و هنوز اطلاعات ما در مورد وضعیت روانشناختی و شخصیتی این بیماران بسیار ناقص است.

هدف پژوهش حاضر آزمون مدل زیر می باشد.



نمودار ۱. الگوی پیشنهادی پژوهش حاضر

1- Willbrand
2 - Liber

روش

حداکثر نمره چهار) قرار می گیرد. ضریب پایایی آن به روش بازآزمایی ۰/۹۷ است. این آزمون برای ارزیابی میزان سایکوپاتولوژی به کرات در جمعیت‌های مختلف ایرانی مورد استفاده قرار گرفته است. در بررسی که در ایران جهت ارزیابی پایایی و اعتبار این مقیاس صورت گرفته این مقیاس از پایایی و اعتبار قابل قبولی برخوردار بوده است که نشان دهنده این است که می تواند به عنوان ابزار غربالگری یا تشخیصی اختلال های روانی در ایران به کار برده شود (عبداللهیان فیاضی بردبار رضایی . . غنی ۱۳۸۲). دروگاتیس ریکلز و راک^۲ (۱۹۷۶) ضریب روایی همزمان ابعاد نه گانه این آزمون را با پرسشنامه چندوجهی مینه سوتا (MMPI) به استثنای مقیاس وسواس اجباری بین ۰/۳۶ تا ۰/۷۳ گزارش کرده اند که همگی در سطح ۱٪ معنادار بوده است. در پژوهش حاضر پایایی پرسشنامه با محاسبه ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۸ بدست آمد.

۲) مقیاس مقابله با موقعیت تنش زا (CISS): این مقیاس توسط اندرل و پارکر در سال ۱۹۹۰ به منظور بررسی انواع روشهای مقابله با استرس طراحی شده است و دارای ۴۸ سوال می باشد. پاسخ هر سوال در یک طیف پنج درجه ای از هرگز (۱) تا خیلی زیاد (۵) مشخص می شود. سوالات مقیاس در سه زیرمقیاس سبک مساله مدار- سبک هیجان مدار- سبک اجتنابی تقسیم شده اند. اعتبار این پرسشنامه از نوع اعتبار سازه می باشد عبارات زیرمقیاسهای آزمون از طریق محاسبه همبستگی هریک از عبارات با کل عبارات زیرمقیاس موردنظر اثبات شده است.

روش پژوهش حاضر از نوع پیمایشی و همبستگی می باشد در طرح تحقیق حاضر از الگویابی معادلات ساختاری با استفاده از نرم افزار AMOS/18 استفاده شد. روابط واسطه‌ای الگوی نهایی نیز با استفاده از بوت استراپ^۱ نرم افزار AMOS/18 آزموده شدند. جامعه آماری پژوهش ۳۰۰ بیمار بستری در مرکز سوانح سوختگی و جراحی ترمیمی ولایت رشت می باشد براساس جدول مورگان، تعداد ۱۷۰ بیمار (۸۲ زن و ۸۸ مرد) به روش نمونه گیری تصادفی که در بازه زمانی چهار ماه از اردیبهشت تا مرداد ۱۳۹۴ انتخاب و وارد پژوهش شدند. کلیه نمونه ها درامنه سنی ۱۸ تا ۶۶ سال قرارداشتند حداقل تحصیلات بیماران مقطع ابتدایی و حداکثر تحصیلات کارشناسی ارشد بود. این بیماران سابقه اختلالات روانی نداشتند با رضایت نامه و آگاهانه وارد پژوهش شدند.

ابزارهای مورد استفاده در تحقیق حاضر عبارتند از:

۱) چک لیست نشانه های اختلالات روانشناختی SCL-90-R: این مقیاس آزمونی شناخته شده در مطالعات سایکوپاتولوژی است. ۹۰ سوال این آزمون علائم مختلف اختلالات روانی شامل ۹ زیرمقیاس شکایات جسمانی (خودبیمارانگاری)، وسواس-جبری، حساسیت در روابط متقابل، افسردگی، اضطراب، پرخاشگری، هراس، افکارپارانوئیدی و روانپریشی را دربرمی گیرد. پاسخهای ارائه شده به هریک از مواد آزمون در یک مقیاس ۵ درجه ای هیچ، به ندرت، تا حدی، زیاد، و به شدت با (حداقل نمره صفر و

1. Bootstrap

2 - Derogatis, Rickles & Rock

یافته‌ها

یافته‌های توصیفی مربوط به میانگین، انحراف معیار و ضرایب همبستگی بین متغیرهای پژوهش در جدول ۱ نشان داده شده است. با توجه به جدول ۱، میانگین و انحراف معیار متغیرهای پژوهش در نمونه‌ی بیماران، در متغیرهای سندرم شناختی-توجهی ۴۳۹/۸۶ و ۱۴۷/۴۹، سبک مقابله مسأله‌مدار ۲۴/۰۸ و ۲/۲۳، سبک مقابله هیجان‌مدار ۲۳/۶۸ و ۲/۶۸، سبک مقابله اجتنابی ۱۹/۸۸ و ۳/۴۰، اضطراب ۱۳/۴۴ و ۲/۷۴ و در افسردگی ۱۹/۶۲ و ۴/۸۶ می‌باشد.

میزان همبستگی مشاهده شده بدین شرح است: مقابله مسأله‌مدار = ۰/۴۸، مقابله هیجان‌مدار = ۰/۴۱، مقابله اجتنابی = ۰/۴۵ (کاسوی اندلر، سدلر، دیری^۱، ۲۰۰۷). جعفرنژاد (۱۳۸۳) پایایی را برای سه سبک به ترتیب ۰/۸۳، ۰/۸۰، ۰/۷۲ به دست آوردند. پایایی این پرسشنامه در پژوهش حاضر ضریب آلفای کرونباخ برای سبک مسأله‌مدار ۰/۷۹، سبک هیجان‌مدار ۰/۷۶ و برای سبک اجتنابی ۰/۸۲ به دست آمد.

۳) مقیاس سندرم شناختی-توجهی (CAS-1): که مقیاسی ۱۶ ماده‌ای است که به منظور ارزیابی فعال شدن نشانگان شناختی-توجهی ایجاد شده است. دو سوال اول آن به ترتیب، میزان فراوانی نگرانی بیمار و میزان توجه وی را بر موارد تهدید کننده می‌سنجد. شش ماده‌ی بعدی با فراوانی راهبردهایی که افراد برای مقابله با احساسات و افکار منفی به کار می‌برند ارتباط دارد. پاسخ به این ۸ ماده براساس مقیاس ۸ درجه‌ای لیکرتی از صفر تا ۸ صورت می‌گیرد. هشت ماده بعدی میزان اعتقاد فرد به هریک از باورهای فراشناختی درباره نشانگان شناختی-توجهی را براساس مقیاس صفر تا ۱۰۰ درجه بندی می‌کند. نمرات کلی مقیاس نشانگان شناختی-توجهی در آخر از مجموع تمام ۱۶ ماده با یکدیگر به دست می‌آید. کسب نمرات بالاتر در این مقیاس نشانه فعال سازی بیشتر نشانگان شناختی-توجهی می‌باشد. پایایی این مقیاس در پژوهش سلمانی و حسنی (۱۳۹۲) با استفاده از آلفای کرونباخ ۰/۸۵ به دست آمد. در پژوهش حاضر نیز ضریب آلفای کرونباخ ۰/۷۲ به دست آمده است.

¹ - Cosway, Endler, Sadler & Deary

جدول ۱. یافته های توصیفی و ضرایب همبستگی بین متغیرهای پژوهش

متغیرها	میانگین	انحراف معیار	۱	۲	۳	۴	۵	۶
۱ سنדרم شناختی/توجهی	۴۳۹/۸۶	۱۴۷/۴۹	-					
۲ سبک مقابله مسأله مدار	۲۴/۰۸	۲/۲۳	-۰/۷۱۲**	-				
۳ سبک مقابله هیجان مدار	۲۳/۶۸	۲/۶۸	۰/۷۶۲**	-۰/۶۳۶**	-			
۴ سبک مقابله اجتنابی	۱۹/۸۸	۳/۴	۰/۲۳۷**	-۲۹/۰۹**	۰/۲۲۹**	-		
۵ اضطراب	۱۳/۴۴	۲/۷۴	۰/۶۹۳**	-۰/۶۴۱**	۰/۷۰۴**	۰/۰۳۰	-	
۶ افسردگی	۱۹/۶۲	۴/۸۶	۰/۷۴۵**	-۰/۶۳۶**	۰/۶۸۶**	۰/۲۱۶**	۰/۷۰۹**	-

* P < / * P < /

شاخص توکر - لویس (TLI)، شاخص برازندگی تطبیقی (CFI) و شاخص برازندگی هنجار شده (NFI) نیز در جدول ۳ گزارش شده است. در این شاخصها برازش ۰/۹ به بالا قابل قبول قلمداد می شوند. شاخص مناسب دیگر، شاخص میانگین مربعات خطای برآورد (RMSEA) است که براساس آن مقدار کمتر از ۰/۰۸ قابل قبول است و برای مدل های بسیار خوب ۰/۰۵ و کمتر در نظر گرفته می شود (کادکو برون^۱، ۱۹۹۳؛ به نقل از برسو، سالانو و شائوفلی^{۱۱}، ۲۰۰۷).

همانگونه که در جدول ۱ مشاهده می شود همبستگی همه متغیرها در سطح $p < /$ معنادار است. بجز همبستگی بین سبک مقابله اجتنابی با اضطراب ($p < ۰/۰۱$ ، $r = ۰/۰۳۰$) که معنی دار نمی باشد.

جهت آزمودن الگوی پیشنهادی رابطه ی بین سنדרم شناختی-توجهی با اضطراب و افسردگی با میانجی-گری سبکهای مقابله مسأله مدار، هیجان مدار و اجتنابی، از روش الگویابی معادلات ساختاری (SEM) استفاده شد. برازندگی الگوی پیشنهادی براساس ترکیبی از سنجه های برازندگی از جمله مجذور خی^۲، جهت تعیین کفایت برازش الگوی پیشنهادی باداده ها مورد استفاده قرار گرفتند که در جدول ۳ گزارش شده است. همچنین شاخصهای مهم دیگر مانند شاخص نیکویی برازش (GFI) شاخص نیکویی برازش تعدیل شده^۴ (AGFI) شاخص برازندگی افزایشی (IFI)

6- Tucker - Lewis index
7- comparative fit index
8- normed fit index
9- root ° mean ° square error of approximation
10- Cudeck & Browne
11- Bresno, Salanova & Schoufeli

1- structural equation modeling (SEM)
2 - Chi - square
3- goodness ° of - fit
4- adjusted goodness ° of - fit
5- incremental fit index

جدول ۲. برازش مدل پیشنهادی با داده‌ها براساس شاخص‌های برازندگی

مدل	df	χ^2/df	GFI	AGFI	IFI	TLI	CFI	NFI	RMSEA
مدل پیشنهادی	۴	۸/۰۹	۰/۹۴	۰/۶۹	۰/۹۵	۰/۸۳	۰/۹۵	۰/۹۵	۰/۲۱
مدل اصلاح شده	۵	۶/۴۸	۰/۹۴	۰/۷۵	۰/۹۶	۰/۸۶	۰/۹۵	۰/۹۵	۰/۱۸
مدل نهایی	۳	۲/۲۰	۰/۹۹	۰/۹۱	۰/۹۹	۰/۹۷	۰/۹۹	۰/۹۵	۰/۰۸

جدول ۳ الگوی ساختاری، مسیرها و ضرایب استاندارد آن‌ها را در الگوی پژوهش حاضر نشان می‌دهد. به غیر از مسیر سبک مقابله اجتنابی به افسردگی، سایر ضرایب مسیرهای مستقیم در الگوی نهایی معنی دار هستند.

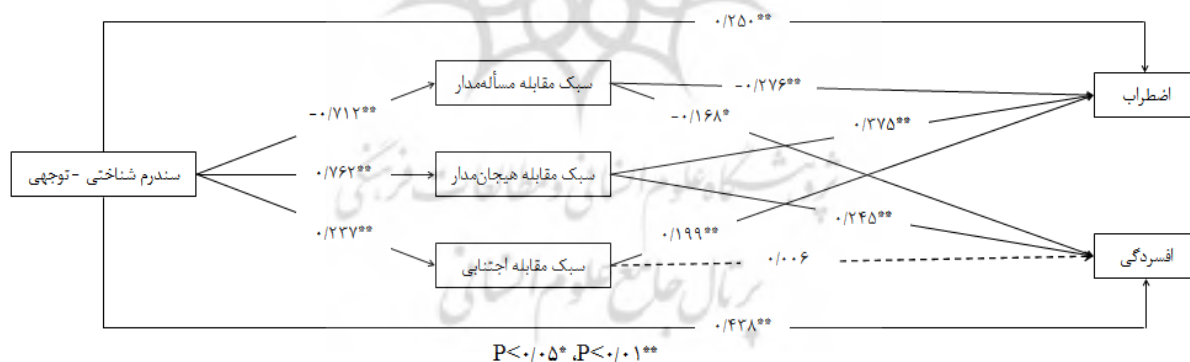
نتایج اولیه نشان دادند با وجود اینکه مقادیر برخی شاخص‌های برازندگی همچون GFI IFI CFI و NFI نشان دهنده برازش قابل قبول الگوی پیشنهادی با داده‌ها هستند، اما مسیر سبک مقابله اجتناب مدار به افسردگی غیر معنی دار می‌باشد. پس از حذف مسیر غیر معنی دار، نتایج نشان داد با وجود اینکه مقادیر برخی شاخص‌های برازندگی همچون مقادیر GFI IFI CFI و NFI نشان دهنده برازش قابل قبول الگوی پیشنهادی با داده‌ها هستند اما سایر شاخص‌های برازش همچون شاخص هنجار شده مجذور کای (χ^2/df)، AGFI TLI و RMSEA نشان دادند که الگو نیازه به بهبود دارد. گام بعدی ارتقای الگوی پیشنهادی از طریق همبسته کردن خطاهای مسیر (اضطراب به افسردگی) و (سبک مسأله مدار به هیجان-مدار) بود. بنابر اظهارات شابروک^۱ (۱۹۹۰) می‌توان انتظار داشت موارد اختلال (خطا) برای دو متغیر وقتی دارای علل مشترک باشند که در الگو منظور نگردیده‌اند، همپراش باشند (به نقل از ارشدی، ۱۳۸۶). همانگونه که نتایج مندرج در جدول ۲ نشان می‌دهد، الگوی نهایی پژوهش از برازش نسبتاً خوبی برخوردار است.

¹ - Shabrock

جدول ۳. الگوی ساختاری، مسیرها و ضرایب استاندارد آن‌ها در الگوی پژوهش حاضر

سطح معنی داری	β	مسیر	سندرم شناختی - توجهی
۰/۰۰۱	-۰/۷۱۲	سبک مقابله مسأله‌مدار	
۰/۰۰۱	۰/۷۶۲	سبک مقابله هیجان‌مدار	
۰/۰۰۲	۰/۲۳۷	سبک مقابله اجتنابی	
۰/۰۰۲	۰/۲۵۰	اضطراب	
۰/۰۰۱	۰/۴۳۸	افسردگی	
۰/۰۰۱	-۰/۲۷۶	اضطراب	
۰/۰۱۷	-۰/۱۶۸	افسردگی	
۰/۰۰۱	۰/۳۷۵	اضطراب	
۰/۰۰۱	۰/۲۴۵	افسردگی	
۰/۰۰۱	۰/۱۹۹	اضطراب	
۰/۹۰۳	۰/۰۰۶	افسردگی	

نمودار ۲ الگوی نهایی پژوهش حاضر را به همراه ضرایب استاندارد مسیرها نشان می‌دهد.



نمودار ۲. الگوی پیشنهادی پژوهش حاضر به همراه ضرایب استاندارد مسیرها

استرپ برای مسیره‌ای واسطه‌ای الگوی پیشنهادی پژوهش حاضر را می‌توان در جدول ۴ مشاهده نمود.

یک فرض زیربنایی الگوی پیشنهادی پژوهش حاضر وجود چند مسیر غیرمستقیم یا واسطه‌ای است. برای تعیین معنی‌داری هر یک از روابط واسطه‌ای و اثر غیرمستقیم متغیر مستقل بر متغیرهای وابسته از طریق متغیرهای میانجی از روش بوت استرپ^۱ استفاده گردید. نتایج بوت

1- bootstrap

جدول ۴. نتایج بوت استرپ برای مسیرهای واسطه‌ای

سطح معنی داری	حد بالا	حد پایین	متغیر	
۰/۰۰۱	- ۰/۳۰۹	- ۰/۱۲۷	۰/۲۱۲	سندرم شناختی - توجهی سبک مقابله مسأله‌مدار اضطراب
۰/۰۰۳	- ۰/۲۴۰	- ۰/۰۷۲	۰/۱۵۳	سندرم شناختی - توجهی سبک مقابله مسأله‌مدار افسردگی
۰/۰۰۱	۰/۴۲۰	۰/۲۲۱	۰/۳۱۹	سندرم شناختی - توجهی سبک مقابله هیجان‌مدار اضطراب
۰/۰۰۱	۰/۳۱۳	۰/۱۱۹	۰/۲۱۵	سندرم شناختی - توجهی سبک مقابله هیجان‌مدار افسردگی
۰/۰۰۸	۰/۰۱۰	۰/۰۷۲	۰/۰۳۳	سندرم شناختی - توجهی سبک مقابله اجتنابی اضطراب
۰/۳۳۶	۰/۰۳۶	- ۰/۰۰۸	۰/۰۱۰	سندرم شناختی - توجهی سبک مقابله اجتنابی افسردگی

همانطور که در جدول ۴ نشان داده شده است تمامی مسیرهای واسطه‌ای به استثنای مسیر سندرم شناختی توجهی-مقابله اجتنابی-افسردگی معنادار است. به عبارت دیگر سبکهای مقابله مسأله‌مدار و هیجان‌مدار در رابطه میان سندرم شناختی-توجهی با اضطراب و افسردگی نقش میانجی گرانه دارند اما سبک مقابله اجتنابی تنها در رابطه میان سندرم شناختی-توجهی با اضطراب نقش میانجی گرانه ایفا می‌کند.

نتیجه‌گیری و بحث

نتایج پژوهش حاضر نشان داد سندرم شناختی-توجهی بر سبک مقابله مسأله‌مدار بیماران سوختگی تاثیر منفی و معنادار دارد. تاثیر منفی سندرم شناختی-توجهی بر سبک مقابله مسأله‌مدار در بیماران همسو با پژوهشهای اسپادا، نیکوویس، مونتا و ولز^۱، (۲۰۰۸)؛ متیوس هلیارد و کمبل^۲ (۱۹۹۹)؛ نولن-هوکسما^۳ (۱۹۹۱)؛ حق شناس، نوری، مرادی، و صرامی (۱۳۹۲) است. همان طور که نولن-هوکسما (۱۹۹۱)

بیان می‌کند نشخوار فکری و نگرانی می‌تواند در فرآیند حل مسأله تداخل ایجاد کند زیرا دردسترس پذیری افکار منفی را بیشتر کرده و فرد را در برابر اختلالات روانشناختی آسیب پذیر می‌کند. زمانی که نگرش افراد در زمینه حوادث زندگی و میزان توانایی خود برای مقابله با این حوادث منفی باشد، نوعی گرایش شناختی منفی در ذهن شکل می‌گیرد که تمایل بر بزرگ‌نمایی تهدیدها و اثرات احتمالی آنها دارد در صورت شکل‌گیری چنین نگرشی، فرد خود را قربانی منفعل رویدادهای ناگوار زندگی در نظر گرفته و انگیزه و حتی تمایلی برای استفاده از راهکارهای مفید مانند حل مسأله نشان نمی‌دهد. کاهش تلاش برای حل مسائل رنج آور زندگی، پیامدهای منفی این حوادث را نمایان ترمی سازد و باورهای تهدیدآمیز بودن جنبه‌های مختلف زندگی در فرد تقویت می‌شود. این چرخه باطل می‌تواند به همین ترتیب ادامه یابد.

همچنین نتایج نشان داد سندرم شناختی-توجهی بر سبک مقابله هیجان‌مدار و اجتناب‌مدار در بیماران سوختگی تاثیر مثبت و معنادار دارد. رابطه مثبت سندرم شناختی-توجهی و سبک مقابله هیجان‌مدار و

1 - Spada, Nikcoevic, Moneta & Wells
2 - Matthews, Hillyard & Cambell
3 - Nolen-Hoeksema

اجتناب مدار در پژوهشهای اسپادا و همکاران (۲۰۰۸)؛ ولز (۲۰۰۰)؛ ولز متیوس و هلیارد (۱۹۹۹) نیز تایید شده است. پس از آنکه بیمار درگیر نشخوار فکری نگرانی و سوگیری توجه شد و در دور باطل سندرم شناختی-توجهی به دام افتاد، دستخوش هیجانهای منفی و آزار دهنده ای می گردد و برای خلاص شدن از این شرایط و به منظور نظم جویی هیجان دست به روشهای مقابله ای مثل اجتناب یا استفاده از مواد و الکل می زند (پاردون ۱۹۹۹). بنابراین در افراد دارای سوگیری های منفی نسبت به توانایی های خود و احتمال وقوع حوادث منفی، این احتمال وجود دارد که هرگونه توجه شناختی نسبت به حادثه سوختگی، آنها را بشدت برانگیخته نموده و این حادثه را غیرقابل تحمل در نظر گیرند. نتایج پژوهش حاضر نیز نشان داد که بیماران سوختگی برای رهایی از اثرات دردناک روانی و جسمی سوختگی، به میزان بیشتری از برون ریزی هیجانی غمگینی و خشم به صورت، ناامیدی و گریه و پرخاشگری استفاده می کنند، یا راهکارهای اجتنابی مانند انکار، استفاده از الکل، داروهای آرامبخش و سوء مصرف مواد را بکار میبرند. یافته های مطالعه حاضر حاکی از آن است که سندرم شناختی-توجهی بر علائم اضطراب و افسردگی در بیماران سوختگی تاثیر مثبت و معنادار دارد. در این زمینه نتایج پژوهشهای زیادی نشان داده است نمرات افراد در مقیاسهای نشخوار فکری و نگرانی پیش بینی کننده افسردگی و اضطراب آنها است (فرگوس و همکاران ۲۰۱۳ ؛ سلمانی و حسنی ۲۰۱۳؛ اولاتونجی و همکاران ۲۰۱۱؛ کاواجا و مک ماهون ۲۰۱۱ ؛ یلماز و همکاران ۲۰۱۱ ؛ دوپوی و لاندوکیور ۲۰۰۸). نتایج پژوهش جانسون و هوفارت

(۲۰۱۶) نشان داد فراشناخت درمانی با اصلاح سبکهای پردازش فکری ناسودمند در کاهش علائم افسردگی و اضطراب تاثیر معناداری دارد. در تبیین این نتیجه می توان اظهار کرد بعد از آنکه دوره های افراطی غمگینی و بی علاقتی به عنوان پاسخهای موقعیتی به عوامل برانگیزاننده در حوادث ناگوار (مانند سوختگی) شکل می گیرد با فعال شدن اندیشناکی و الگوهای پاسخ دهی ناموثر افسردگی در بیماران تداوم می یابد و تشدید می شود. باورهای فراشناختی مثبت باعث تداوم غم اندیشی درباره علل و معنای علائم و اوضاع و احوال (واقعه سوختگی) می شوند یا تقویت می یابند. این باورها در تداوم اندیشناکی و رفتارهای مقابله ای ناموثر نقش دارند زیرا بیمار معتقد است که کنترل چندانی ندارد. زمانی که باورهای فراشناختی منفی فعال می شوند فرد نگران اندیشی را به صورت عمل منفی ارزیابی می کند یعنی درباره نگرانی نگران می شود و همین امر موجب افزایش اضطراب و احساس ناتوانی برای مقابله می شود. نگرانی و اندیشناکی باعث فعال سازی و تداوم احساس تهدید می شوند و این کار اضطراب و افسردگی را به حالتی ماندگار در این بیماران تبدیل می کند (ولز ۲۰۰۹ ترجمه اکبری و همکاران ۱۳۹۱).

از دیگر یافته های پژوهش حاضر تاثیر منفی و معنادار سبک مقابله مساله مدار بر علائم اضطراب و افسردگی در بیماران سوختگی است. نتایج پژوهشهای پیشین همسو با نتایج پژوهش حاضر نشان داد هرچه فرد راهبرد مقابله مساله مدار را در مقابله با استرس و حوادث بیشتر به کار برد از سلامت روانی بالاتری برخوردار است و نشانه های جسمانی اضطراب اختلال در عملکرد اجتماعی و افسردگی کمتری نشان

می کند. بیماری و حوادث به عنوان وضعیت استرس زا واکنشی را به همراه دارد که شامل پاسخهای هیجانی جسمانی و روانی می باشد این امر سبب فشار روانی شده و بیماران در پی آن هستند که این شرایط استرس زا را کنترل اداره و یا با آن کنار آمده و زندگی کنند (لپندمان و مک آتی ۱۹۹۹). عدم توانایی مقابله موثر و درست با بیماری و حوادثی چون سوختگی باعث می شود که بیمار تنها با تکیه بر جو احساسی و هیجانی محیط و بدون توجه به راه حل‌های منطقی ممکن تصمیم گیری کند. اگر فرد مجهز به آن دسته از مهارت‌های مقابله ای مناسب و کارآمد نباشد در برابر اختلالات روانشناختی آسیب پذیری بیشتری از خود نشان می‌دهد. (ویچیانسون بوگی آنگر متز و نوین رودریگز^۲، ۲۰۰۹؛ گروو، فوست، میرو، سالدانا و بادوس^۳، ۲۰۰۴).

همچنین نتایج نشان دادند سبک مقابله اجتنابی بر علائم اضطراب در بیماران سوختگی تاثیر مثبت و معنادار دارد این یافته همسو با نتایج پژوهشهای دیگر است. نتایج پژوهش ریان (۲۰۱۳) نشان داد استفاده بیشتر از سبک مقابله اجتنابی به طور معناداری با میزان اضطراب و استرس بالاتر و رضایت از زندگی پایین تری مرتبط است. نتایج پژوهش انجام شده توسط ویلبراند (۲۰۰۱) نیز نشان داد که راهبرد مقابله ای اجتنابی با وضعیت سلامت جسمی روانی و اجتماعی ضعیف بیماران سوختگی مرتبط است. نتیجه پژوهش کیدال^۴ (۲۰۰۵) نشان داد که سبک مقابله اجتنابی با پیامدهای بد ناشی از سوختگی همراه است. در تبیین

خواهد داد (گاستمس-کارنیسر و کالدرون ۲۰۱۲؛ برکل ۲۰۰۹؛ صفوی بیات و همکاران ۱۳۸۸؛ غضنفری و قدم پور ۱۳۸۷). نتایج مرور ادبیات پژوهش توسط آتو و پوندز کرنیش (۲۰۱۵) نشان داد که سبک‌های مقابله به طور قوی با سازگاری روانشناختی در بیماران سوختگی مرتبط است خصوصا مقابله اجتنابی با سازگاری منفی روانشناختی و مقابله مساله مدار با سازگاری مثبت روانشناختی در این بیماران رابطه دارد. می توان این تبیین را مطرح کرد که استفاده از شیوه مقابله مساله مدار فرد را هدفمند می کند و معمولا زمانی بیمار از آن استفاده می کند که عامل استرس زا به عنوان یک عامل قابل کنترل و رام شدنی ادراک و ارزیابی شود بیمار سوختگی برای برطرف کردن فشار روانی یا به حداقل رساندن آن کار یا فعالیتی انجام می‌دهد در نتیجه به سوی برنامه های خودمراقبتی کاهش محرومیت کاهش تضعیف روحیه و افزایش مشارکت در مراقبت از خود سوق پیدا کند (گری ۲۰۰۰). بر این اساس راههای مقابله با مشکل مستقیما بررسی می شوند و معمولا با یافتن راه حل های مناسب برای مشکل رضایت روانشناختی حاصل می شود.

نتایج پژوهش حاضر نشان داد سبک مقابله هیجان مدار تاثیر مثبت و معنادار بر علائم اضطراب و افسردگی دارد. یافته های این پژوهش با نتایج سایر تحقیقات در این زمینه همخوانی دارد (گاستمس-کارنیسر و کالدرون ۲۰۱۲؛ براس ۲۰۰۷؛ بامباردیر و دامیکو^۱، ۱۹۹۰). نتایج پژوهش غضنفری و قدم پور (۱۳۸۷) نشان داد افزایش استفاده از راهبرد هیجان مدار با افزایش علائم اضطراب و افسردگی مطابقت

² - Wichianson, Bugi, Unger, Metz & Nguyen-Rodriguez

³ - Grau, Bugi, Unger, Metz & Bados

⁴ - Kildal

¹ - Bambardier & Damico

این یافته می توان گفت هرچقدر در مواجهه با استرس شیوه ها و رفتارهای مقابله مناسبتری به کار رود استرس و آسیب ناشی از آن کمتر می شود. مقابله اجتنابی از راهبردهای سازش نیافته مقابله محسوب می شود. راهبردهای سازش نیافته معمولاً به ایجاد حلقه معیوب افزایش اضطراب و نگرانی منجر میشوند. استفاده از مقابله اجتنابی با احساس تنش و اضطراب بیشتر در همان زمان و آینده ارتباط بیشتری دارد (خدایاری فرد و پرند ۱۳۸۵).

یافته ها حاکی از آن است که سبک مقابله اجتنابی بر علائم افسردگی بیماران تاثیر معناداری ندارد. این یافته با پژوهشهای محمدی فر احمدخان شیرازی و محمدی (۲۰۱۲)؛ بوتیر (۲۰۰۷)؛ کاسوی و همکاران (۲۰۰۰) همسو است. اما نتایج برخی تحقیقات رابطه مثبت بین مقابله اجتنابی و اختلالات روانی از قبیل افسردگی را تایید کرده اند (ویندال و همکاران ۲۰۰۷)؛ بامباردیر و دامیکو ۱۹۹۰). این یافته را می توان به این صورت تبیین نمود از آنجا که نمونه پژوهش حاضر مشتمل بر زنان و مردان بود، و مردان بیش از زنان در شرایط مواجهه با مشکلات زندگی به احتمال بیشتری از راهکارهای اجتنابی مانند مصرف مواد و الکل استفاده می کنند، این احتمال وجود دارد که معنی دار نشدن این فرضیه تحت تاثیر عوامل جنسیتی قرار گرفته باشد.

نتایج بررسی آزمون بوت استراپ نشان داد که سندرم شناختی-توجهی از طریق سبک مقابله مساله مدار بر علائم اضطراب و افسردگی بیماران سوختگی اثر معنادار و منفی دارد. تاثیر میانجی سبک مقابله مساله مدار بر اختلالات روانی در پژوهشها تایید شده است. (سان جوان و ماگالارس ۲۰۱۵)؛ را و تراستی ۲۰۱۵؛

فیستیمون و باردونکون ۲۰۱۰)؛ حق شناس و همکاران (۱۳۹۲). بطور کلی می توان گفت سبک مقابله مساله مدار به عنوان یک متغیر میانجی با مدیریت موثر استرس و استفاده از مهارتهای شناختی و ریشه یابی برای حل مشکل در موقعیتهای استرس زا و حوادث غیرمترقبه مانند سوختگی میزان تهدید درماندگی و نگران اندیشی ناشی از واقعه سوختگی را کاهش داده و منجر به بهزیستی روانی و کاهش اختلالات روانی از قبیل اضطراب و افسردگی در بیماران می شود.

همچنین نتایج آزمون بوت استراپ نشان داد سندرم شناختی-توجهی از طریق سبک مقابله هیجان مدار بر علائم اضطراب و افسردگی بیماران سوختگی اثر معنادار و مثبت دارد. سندرم شناختی-توجهی از طریق سبک مقابله اجتنابی نیز بر علائم اضطراب در بیماران اثر معنادار و مثبت دارد اما بر علائم افسردگی اثر معناداری ندارد. نقش واسطه ای سبکهای مقابله ای ناسازگارانه هیجان مدار و اجتنابی در افزایش اختلالات روانی از قبیل اضطراب و افسردگی در پژوهشهای گوناگون تایید شده است (سان جوان و ماگالارس ۲۰۱۵)؛ شگری، مرادی، ولیزاده، سنگری و غنایی ۱۳۸۴)؛ جعفری امید، و اسفندیاری، (۱۳۹۲). در تبیین این یافته می توان اظهار کرد که سندرم شناختی-توجهی از طریق نگران اندیشی توجه معطوف به تهدید و رفتارهای مقابله ای ناکارآمد و ناسازگارانه (مانند مقابله هیجان مدار و اجتنابی) در شرایط استرس زا و حوادثی از قبیل سوختگی فرد را از درگیری مستقیم و موثر با مشکل باز می دارد و توانمندی او برای حل مشکل را کاهش می دهد. این وضعیت باعث اختلال در انسجام فکری و آشفتگی هیجانی می شود و منجر به افزایش اختلالات روانی

پژوهش حاضر با محدودیتهایی نیز مواجه بوده است از جمله طولانی بودن نسبی پرسشهای آزمونها و خستگی ناشی از آن که ممکن است انگیزه و دقت آزمودنیها را تحت تاثیر قرار داده باشد. اندک بودن بررسیهای انجام شده در این زمینه در ایران و جهان و محدودیت دسترسی به این منابع، یافتن منابع لازم برای مقایسه یافته های این پژوهش را دشوار ساخت.

در بیمار می شود. رفتارهای مقابله ای مثل اجتناب و مصرف مواد یا الکل در بیماران برای تنظیم هیجانی و شناختی آنها نیز مساله ساز هستند زیرا این رفتارها فرصت کشف این مساله را از آنها دریغ می دارند که آنها می توانند با این موقعیت استرس زا و هیجانات آن بدون ایجاد خطر کنار بیایند.



منابع

- احتشام زاده پروین؛ صبری نظرزاده، راشین؛ و معمارباشی اول، مژگان. (۱۳۹۲). رابطه بین احساس انسجام و عملکرد شغلی با میانجی گری سلامت روان و راهبردهای مقابله. *مجله روش ها و مدل های روانشناختی* سال سوم شماره ۱۳ ۸۵-۹۷.
- ارشدی، نسرين. (۱۳۸۶). *طراحی و آزمودن الگویی از پیشایندها و پیامدهای مهم انگیزش شغلی در کارکنان شرکت ملی مناطق نفت خیز جنوب اهواز*. پایان نامه دکترای روانشناسی صنعتی و سازمانی، دانشگاه شهید چمران اهواز.
- جعفری الف؛ امیدی مجد م؛ و اسفندیاری ز. (۲۰۱۳). رابطه بین ویژگی های شخصیت و راهبردهای مقابله با استرس شغلی در پرستاران. *فصلنامه مدیریت پرستاری*. ۱(۴) ۳۶-۴۴.
- جعفرنژاد پ. (۱۳۸۳). بررسی میان پنج عامل بزرگ شخصیت، سبک های مقابله ای و سلامت روانی در دانشجویان کارشناسی. *مجله روانشناسی و علوم تربیتی*، سال ۳۵، شماره ۱، ۷۴-۵۱.
- حق شناس ز؛ نوری ر؛ مرادی ع؛ و صرامی غ. (۱۳۹۲). ارزیابی سبک های مقابله و باورهای فراشناختی در دانشجویان با اضطراب امتحان: بررسی نقش واسطه ای سبک های مقابله. *فصلنامه روانشناسی شناختی* دوره ۱ شماره ۲ ۳۰-۴۰.
- خدایاری فرد م؛ و پرند، الف. (۱۳۸۵). *استرس و روش های مقابله با آن*. تهران: انتشارات دانشگاه تهران.
- سلمانی بهزاد؛ و حسنی جعفر. (۱۳۹۲). نشانگان شناختی/توجهی و راهبردهای نظم جویی شناختی هیجان: فرآیندهای فراتشخیصی یا وابسته به تشخیص در اختلال های خلقی و اضطرابی. *مجله روان شناسی بالینی*، سال ۵، شماره ۳(۱۹)، ۹۱-۱۰۴.
- شکری الف؛ مرادی الف؛ ولیزاده ف؛ سنگری الف؛ و غنایی ر. (۱۳۸۴). نقش ویژگی های شخصیت و راهبردهای مقابله در سلامت روانی دانشجویان. ۷(۱) ۲۸-۳۸.
- صفوی بیات زهرا؛ قاسمی مریم؛ محتشمی جمیله؛ نادری نادره؛ و اکبرزاده علیرضا. (۱۳۸۸). بررسی همبستگی راهبردهای مقابله ای به کارگرفته شده پس از ترخیص و وضعیت سلامت بیماران دچار سوختگی مراجعه کننده به بیمارستان های سوختگی و ترمیمی شهر تهران. *نشریه علمی-پژوهشی دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی*، دوره ۱۹، شماره ۶۷، ۴۷-۳۶.
- عبداللهیان الف؛ فیاضی بردبار م؛ رضایی ج؛ و غنی م. (۱۳۸۲). مشکلات روانشناختی دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی مشهد. *مجله دانشگاه علوم پزشکی مشهد*، شماره ۸، ۱۸-۱۱.
- غضنفری ف؛ و قدم پور ع. (۱۳۸۷). بررسی رابطه راهبردهای مقابله ای و سلامت روانی در ساکنین شهر خرم آباد. *فصلنامه اصول بهداشت روانی* سال دهم شماره ۳۷ ۴۷-۵۴.
- نصری صادق؛ و یلان محبوبه. (۱۳۹۴). مقایسه استرسورها و شیوه های مقابله در بیماران مبتلا به بیماری های پوستی و افراد بهنجار. *فصلنامه*

روانشناسی سلامت دانشگاه پیام نور تهران شماره
شماره ۱۵-۱۵
۱۷ ۶۵-۷۷

روانشناسی سلامت دانشگاه پیام نور تهران
شماره ۱۵-۱۵

-ولز آدرین.(۲۰۰۹). فراشناخت درمانی برای
اضطراب وافسردگی. ترجمه مهدی اکبری وهمکاران
۱۳۹۱. تهران: انتشارات ارجمند.

-نوربالا فاطمه؛ بهرامی احسان هادی؛ و علی پور
احمد. (۱۳۹۳). اثر پیش بین سبک های مقابله ای
اجتناب و جبران افراطی بر سلامت عمومی. فصلنامه

References

-Attoe, C., & Pounds- cornish, E. (2015).
Psychosocial adjustment following
burns:An integrative literature review. *J
Burns*, Article in press.

-Bambardier, CH., & Damico, C. (1990).
The relationship of appraisal and coping to
chronic illness and adjusment. *Behav Res
Ther*, 28, 297-304.

-Berkel, H. (2009). *The Relationship
between Personalty, Coping styles and
Stress, Anxiety and Depression*.
Unpublished Doctoral dissertation,
University of Canterbury.

-Bouteyre, E., Maurel, M., & Bernaudl, J.
(2007). Daily hassles and depressive
symptoms among first year psychology
students in France:the role of coping and
social support. *Stress and health*, 23, 93-
99.

-Breso, E., Salanova, M., & Schaufeli, W.
B. (2007). In search of the third
dimension of burnout: Efficacy or
inefficacy. *Applied Psychology*, 56(3),
460-478.

-Cosway, R., Endler, N., Sadler, A.J., &
Deary, L.J. (2007). The coping inventory
for stressful situations: factoria structure
and associations with personality traits and
psychological health. *J Appl Biobehav Res*,
5, 121-43.

-Derogatis, L. R., Rickels, K., & Rock, A.
F. (1976). The SCL-90 and the MMPI~ A
step in the validation of a new self- report
scale. *J Psychiatry*, 128, 280° 289.

-Dupuy, J.B., & Ladouceur, R. (2008).
Cognitive processes of generalized anxiety
comorbid generalized anxiety disorder and
major deoressive disorder. *J Anxiety
Disord*, 22, 505-14.

-Fergus, T.A. , Valentiner, D.P., McGrath,
P.B., Gier-Lonsway, S., & Jencius, S.
(2013). The cognitive attentional
syndrome: Examining relations with mood
and anxiety symptoms and distinctiveness
from psychological inflexibility in a
clinical sample. *Psychiatry Res*, 210(1),
215-9.

-Fitzsimmons, E. E., & Bardone-cone, A.
N. (2010). Coping and social support as
potential of the relation between anxiety
and eating symptomatology. *Eating
behavior*, 10, 10-19.

-Gray, M. (2000). Coping behavior and life
style in hemodialysis patients. *J Med Sci*,
13(3), 167-73.

-Grau, E., Fuste, A., Miro, A., Saldana C,
& Bados, A. (2004). coping style and
vulnerability to eating disoeders in
adolescent boys. *European eating
disorders review*, 12(1), 61-7.

- Gustems-Carnicer, J. & Calderón, C. (2012). Coping strategies and psychological well-being among teacher education students Coping and well-being in students, *European Journal of Psychology of Education*, 28(4).
- Hobbs, K. (2015). Which factors influence the development of post-traumatic stress disorder in patients with burn injuries? A systematic review of the literature. *J Burns*, 41, 421-430.
- Khawaja, N.G, & McMahon, J. (2011). The relationship of meta-worry and intolerance of uncertainty with pathological worry. *anxiety and depression*, 28, 165-80.
- Kildal, M., et al. (2005). Coping strategies, injury characteristics and long-term outcome after burn injury. *International Journal of the Care of the Injured*, 36, 511-518.
- Leblebici, B., Adam, M., Bagis, S., Tarim, A.M, Noyan, T., & Akman, M.N. (2006). Quality of life after burn injury: the impact of joint contracture. *J Burn Care Res*, 27, 864-8.
- Liber, J.M., et al. (2008). Coping style, personality and adolescent adjustment 10 years post ° burn. *J Burns*. 34 (2), 775-782.
- Lindeman, C.A, & McAthie M. (1999). *Fundamental of contemporary nursing practice*. First ed. Philadelphia: WB. Saunders, 911-13.
- Logsetty, S., Shamlou, A., Gawaziuk, J., March, J., Doupe, M., Chateau, D., ... & Khan, S. (2016). Mental health outcomes of burn: A longitudinal population-based study of adults hospitalized for Burns. *J Burn*, 42 (4), 738-744.
- Mohammady far, M., Ahmed khan, M., Shirazi, M., & Mohamadi arya, A. (2012). Coping strategies in relation to mental health. *J of subcontinent researches*, 11, 71-92.
- Nolen-Hoeksema, S. (1991). Responses to depression and their effects on the duration of depressive episodes. *J Abnorm Psychol*. 100, 569-82.
- Olatunji, B.O., Wolitzky-Talor, K.B., Sawchuk, C.N., & Ciesielski, B.G. (2011). Worry and the anxiety disorders: meta-analytic synthesis of specificity to GAD. *Appl Prev Psychol*, 14, 1-24.
- Outwater, A.H, Ismail, H., Mgalilwa, L., Temu, M.J, & Mbembati, N.A. (2013). Burns in Tanzania: morbidity and mortality, causes and riskfactors,a review. *J Burn Trauma*. 3(1), 18-29.
- Pankhurst, B., & Pakanawala, T. (2002). *Burn Trauma Management and Nursing Care*. 2edition. London whirr publishers.
- Peck, M.D. (2011). "Epidemiology of burns throughout the world. Part I: Distribution and risk factors". *Burns: journal of the International Society for Burn Injuries*, 37 (7), 1087° 100.
- Purdon, C. (1999). Thought suppression and psychopathology. *Behav Res Ther*, 37, 1029-54.
- Ra, Y., & Trusty, J. (2015) . Coping Strategies for Managing Acculturative Stress Among Asian International Students. *International Journal for the Advancement of Counselling*, 37, 313-29.
- Ryan, K. (2013). *How problem focused and emotion focused coping affects college students percieved stress and life satisfaction*. Thesis of bachelor, Department of psychology. DBS school of Arts Dublin.

- Sanjuan, P., & Magallares, A. (2015). Coping strategies as mediator variables between explanatory styles and depressive symptoms. *anales de psicología*. 31, 447-451.
- Somerfield, M.R., & McCrae, R.R. (2000). Stress and coping research, *American psychologist*, 55, 620-625.
- Spada, M. M., Nikcoevic, A. V., Moneta, G. B., & Wells, A. (2008). Metacognition, perceived stress and negative emotion. *Personality and Individual Differences*, 44, 1172-1181.
- Wells, A. (2000). *Emotional disorders and metacognition: Innovative cognitive therapy*. Chichester. UK: Wiley.
- Wichianson, J.R., Bughi, S.A., Unger, J.B., Metz, D., & Nguyen-Rodriguez, S.T. (2009). Perceived stress, coping and night-eating in college students. *Stress and health*, 25(3), 235-40.
- Wijndaele, K., Matton, L., Duvinneaud, N., Lefevre, J., De Bourdeaudhuij, I., & Duquet, W. (2007). Association between leisure time physical activity and stress, social support and coping: A cluster-Analytical approach. *Psychology of sport and exercise*, 8, 4, 425-440.
- Willbrand, M. (2003). *Coping, personality and cognitive process in burn injured patients*. Thesis of doctor of philosophy. Faculty of Medicine. Uppsala University. Sweden.
- Wilthink, J., Subic, C., & Twin, L. (2010). Repressive coping style and its relation to psychosocial distress in males with erectile dysfunction. *Journal of sexual medicine*, 7, 2120-2129.
- Yabanglu, H., Yagmurdur, M., Taskintuna, N., & Karakayali, H. (2012). Early period psychiatric disorders following burn trauma and the importance of surgical factors in the etiology. *Trauma and Emergency surgery*. 18, 436-440.
- Yilmaz, E.A., Gençoze, T., & Wells, A. (2011). The temporal precedence of metacognition in the development of anxiety and depression symptoms in the context of life stress: A prospective study." *Journal of Anxiety Disorder*, 25, 389-396.