



The Role of Resilience, Mentalization and Alexithymia in Predicting Symptoms of Post-traumatic Stress Disorder and Post-traumatic Growth in COVID-19 Survivors

Seyed Mahdi Nikbagha¹, Mahya Ramezani², Maryam Karkavandi Talkhoonche³,
Mahdis shahini^{4*}

1- Master of Educational Psychology, Tehran North Branch, Islamic Azad University, Tehran, Iran.

2- Master of General Psychology, Azad Shahr Branch, Islamic Azad University, Golestan, Iran.

3- Master of Clinical Psychology, Shiraz Branch, Islamic Azad University, Shiraz, Iran.

4. Master of General Psychology, Gorgan Branch, Islamic Azad University, Gorgan, Iran.

Corresponding Author: Mahdis shahini, Master of General Psychology, Gorgan Branch, Islamic Azad University, Gorgan, Iran.

E-mail: mahdisshahini89@gmail.com

Received: 5 Dec 2022

Accepted: 5 May 2023

Abstract

Introduction: In addition to causing psychological problems, traumatic events can also bring positive changes. Therefore, in order to investigate the significant difference in people's reactions to traumatic life experiences, it is very important to know the important psychological mechanisms; therefore, the present study was conducted with the aim of investigating the role of resilience, mentalization, and alexia in predicting the symptoms of post-traumatic stress disorder and post-traumatic growth in COVID-19 Survivors.

Methods: The method of this research is a descriptive correlation. The statistical population of this research included people who survived the corona disease in Kermanshah city. For this purpose, 380 of these people were selected by convenience sampling method and answered the post-traumatic growth questionnaire (PTGI), PCL-C questionnaire, resilience scale, Reflective Functioning Questionnaire, and Toronto alexithymia Scale.

Results: The results showed that there is a negative and significant relationship between resilience, the confidence component of mentalization, and post-traumatic stress disorder ($P < 0.01$). There is a positive and significant relationship between resilience, the confidence component of mentalization, and post-traumatic growth ($P < 0.01$). There is a positive and significant relationship between Alexithymia and post-traumatic stress disorder ($P < 0.01$). There is a negative and significant relationship between Alexithymia and post-traumatic growth ($P < 0.01$). The results of multiple regression analysis also revealed that 683.9% of the variance of post-traumatic disorder and 74.8% of the variance of post-traumatic growth are explained by resilience, mentalization, and Alexithymia.

Conclusions: The results of the research showed that it is important to focus on two dimensions of negative and positive reactions to corona disease and the role of important mechanisms involved in it. In other words, the findings showed that resilience, mentalization, and alexithymia can predict symptoms of post-traumatic stress disorder and post-traumatic growth in COVID-19 Survivors.

Keywords: Resilience, Mentalization, Alexithymia, Post-traumatic Stress Disorder, Post-traumatic Growth, Corona disease.



نقش تاب‌آوری، ذهنی‌سازی و ناگویی هیجانی در پیش‌بینی علائم اختلال استرس پس از سانحه و رشد پس از سانحه در افراد بهبود یافته از بیماری کوید ۱۹

سیدمهدی نیک بقا^۱، محیا رضانی^۲، مریم کرکوندی طالخونچه^۳، مهدیس شاهینی^{۴*}

۱- کارشناس ارشد روانشناسی تربیتی، واحد تهران شمال، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران.

۲- کارشناس ارشد روانشناسی عمومی، واحد آزاد شهر، دانشگاه آزاد اسلامی، گلستان، ایران.

۳- کارشناس ارشد روانشناسی بالینی، واحد شیراز، دانشگاه آزاد اسلامی، شیراز، ایران.

۴- کارشناس ارشد روانشناسی عمومی، واحد گرگان، دانشگاه آزاد اسلامی، گرگان، ایران.

نویسنده مسئول: مهدیس شاهینی، کارشناسی ارشد روانشناسی عمومی، واحد گرگان، دانشگاه آزاد اسلامی، گرگان، ایران.
ایمیل: mahdisshahini89@gmail.com

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۲/۲/۱۵

تاریخ دریافت: ۱۴۰۱/۹/۱۴

چکیده

مقدمه: رویدادهای آسیب‌زا علاوه بر ایجاد مشکلات روان‌شناختی می‌تواند تغییرات مثبتی را نیز به همراه داشته باشد. لذا جهت بررسی تفاوت قابل توجه در واکنش افراد به تجربیات آسیب‌زای زندگی، شناخت مکانیسم‌های روان‌شناختی مهم اهمیت به سزایی دارد؛ از این رو پژوهش حاضر با هدف بررسی نقش تاب‌آوری، ذهنی‌سازی و ناگویی هیجانی در پیش‌بینی علائم اختلال پس از سانحه و رشد پس از سانحه در افراد بهبود یافته از بیماری کوید ۱۹ انجام شد.

روش کار: روش این پژوهش از نوع توصیفی-همبستگی می‌باشد. جامعه آماری این پژوهش شامل افراد بهبود یافته از بیماری کرونا در شهر کرمانشاه بودند. به این منظور تعداد ۳۸۰ نفر از این افراد به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند و به پرسشنامه رشد پس از سانحه (PTGI)، پرسشنامه PCL-C، مقیاس تاب‌آوری، پرسشنامه کنش‌وری تاملی و مقیاس ناگویی هیجانی تورنتو پاسخ دادند. پس از گردآوری پرسشنامه‌ها، داده‌های جمع‌آوری شده با استفاده از ضریب همبستگی پیرسون و تحلیل رگرسیون چندگانه به شیوه همزمان تحلیل شد.

یافته‌ها: نتایج نشان داد که بین تاب‌آوری، مولفه اطمینان ذهنی‌سازی با اختلال پس از سانحه رابطه منفی و معناداری وجود دارد ($P < 0/01$). بین تاب‌آوری، مولفه اطمینان ذهنی‌سازی با رشد پس از آسیب رابطه مثبت و معناداری وجود دارد ($P < 0/01$). بین ناگویی هیجانی با اختلال پس از سانحه رابطه مثبت و معناداری وجود دارد ($P < 0/01$). بین ناگویی هیجانی با رشد پس از آسیب رابطه منفی و معناداری وجود دارد ($P < 0/01$). نتایج تحلیل رگرسیون چندگانه نیز آشکار کرد که $683/9$ درصد واریانس اختلال پس از سانحه و $74/8$ درصد از واریانس رشد پس از آسیب به وسیله تاب‌آوری، ذهنی‌سازی و ناگویی هیجانی تبیین می‌شود.

نتیجه‌گیری: نتایج پژوهش نشان داد که تمرکز بر دو بعد از واکنش‌های منفی و مثبت نسبت به بیماری کرونا و نقش مکانیسم‌های مهم دخیل در آن اهمیت دارد. به عبارت دیگر یافته‌ها نشان داد که تاب‌آوری، ذهنی‌سازی و ناگویی هیجانی توان پیش‌بینی علائم اختلال استرس پس از سانحه و رشد پس از سانحه در افراد بهبود یافته از بیماری کوید ۱۹ را دارند. **کلیدواژه‌ها:** تاب‌آوری، ذهنی‌سازی، ناگویی هیجانی، اختلال استرس پس از سانحه، رشد پس از سانحه، بیماری کرونا.

می‌شود (۱۰). تاب‌آوری این احتمال را توضیح می‌دهد که یک فرد می‌تواند بر رویدادهای بسیار استرس‌زا غلبه کند و علی‌رغم تحمل سختی‌ها از نظر روانی سالم بماند (۱۱). بنابراین بر مبنای تئوری روان‌شناسان وجودی (Existential) می‌توان اظهار داشت که، پدیده کرونا و مشکلات ناشی از آن، رنج‌ها و فرصت‌هایی رشد هستند و تجربه چنین رویداد آسیب‌زایی به سبب تاب‌آوری می‌تواند نوعی تمرین باشد که در آن افراد می‌توانند معنای زندگی را زیر سوال ببرند (۱۲). رشد پس از سانحه (PTG) نیز به صورت تغییر روان‌شناختی مثبت پس از تجارب دشوار زندگی بیان می‌شود و این تغییرات مثبت می‌تواند در بعد درون فردی و روابط بین‌فردی نمایان شود (۱۳). به علاوه پژوهش‌های مختلفی نیز در این باره صورت گرفته است (۹، ۱۱، ۱۲). بنابراین در نظر گرفتن نقش تاب‌آوری در درک پیامدهای ناشی از بیماری کووید-۱۹ (از جمله PTSD و PTG) در عموم مردم بسیار مهم است.

علاوه بر تاب‌آوری، ذهنی‌سازی (Mentalization) یکی دیگر از ابعاد معنا‌دار در تعیین راهبردهای افراد برای سازگاری با واقعیت و رویدادهای آسیب‌زا مانند کووید-۱۹ است. ذهنی‌سازی یک فعالیت ذهنی خاص است که به ادراک و تفسیر رفتار انسان بر حسب حالات روانی برانگیخته شده توسط نیات - مانند نیازها، خواسته‌ها، احساسات، باورها و اهداف مربوط می‌شود (۱۴، ۱۵). توانایی ذهنی‌سازی افراد را قادر می‌سازد تا با دیگران تعامل داشته باشند، حالات ذهنی خود و دیگران را به درستی درک کنند و واقعیت‌های درونی و بیرونی را بدون تحریف تشخیص دهند (۱۶). زمانی که افراد مضطرب و در معرض موقعیت‌های ناامن یا تهدیدکننده مانند کووید-۱۹ قرار می‌گیرند، ممکن است به حالت‌های پیش ذهنی (Prementalizing modes) بازگردند و توانایی خود را برای درک دیدگاه دیگران از دست بدهند. برخی نویسندگان فرض می‌کنند به دلیل فروپاشی ذهنی‌سازی به دلیل پیامدهای شدید سلامت روان ناشی از کووید-۱۹ و متعاقباً افزایش آسیب‌پذیری در برابر رنج روانی، نیاز به بررسی دقیق‌تر این بعد دارد (۱۴). برخی پژوهش‌ها نشان داده‌اند که ذهنی‌سازی به عنوان یک عملکرد محافظ - از طریق ارتقاء، انعطاف‌پذیری در برابر تأثیر استرس و تهدیدها - عمل می‌کند (۱۴، ۱۷، ۱۸). درواقع می‌توان گفت که ذهنی‌سازی، خودکنترلی و تاب‌آوری افراد آسیب‌دیده ناشی از کووید-۱۹ را بالا می‌برد، نگرانی، ترس

سازمان جهانی بهداشت (World Health Organization) (WHO) اپیدمی کووید ۱۹ (COVID-19) (کرونا ویروس) را به عنوان یک وضعیت اضطراری بهداشت عمومی با اهمیت بین‌المللی در سال ۲۰۲۰ اعلام کرد (۱). پیامدهای سلامت روان مرتبط با کووید ۱۹ عمدتاً در میان جمعیت عمومی و نیروی کار پزشکی مورد مطالعه قرار گرفته است (۲، ۳)، اکثر مطالعات موجود میزان بالایی از افسردگی، اضطراب و علائم استرس پس از سانحه (Posttraumatic Stress Syndrome) را در میان بیماران مبتلا به کووید ۱۹ نشان دادند (۴، ۵، ۶). شواهد حاکی از ارتباط بین بیماری کووید-۱۹ با استرس پس از سانحه است (۶)، با این حال همین مطالعات و یافته‌های مشابه نیز تغییرات مثبتی را در طول کووید-۱۹ نشان دادند (۶، ۷). مطالعات کشف کردند که سه چهارم نمونه‌های آنها رشد پس از سانحه (Post-traumatic growth) را در طول همه‌گیری نشان داد و دریافتند که استرس پس از سانحه در اولین نقطه زمانی، پیش‌بینی‌کننده رشد پس از سانحه در زمان دوم (بعدی) بود (۴، ۷). این واقعیت که هم PTSD و هم PTG در طول کووید-۱۹ تجربه شده است، نشان از اهمیت در نظر گرفتن مکانیسم‌های مقابله‌ای مهم برای درک هر گونه آسیب یا مزایایی بالقوه است.

تحقیقات نشان داده است که هم در کارکنان مراقبت‌های بهداشتی و هم در در جمعیت عمومی، استفاده از راهبردهای مقابله‌ای سازگار در طول همه‌گیری، به کاهش نمره علائم PTSD کمک می‌کند، در حالی که مکانیسم‌های مقابله‌نا سازگار کمترین کمک را در این زمینه نشان داده و با نمرات PTSD بالاتر همراه است. به عنوان مثال برخی یافته‌ها نشان داده که نشخوار فکری (Rumination) در طول کووید-۱۹، پیش‌بینی‌کننده کلیدی برای PTSD است (۷، ۹). همچنین برخی مکانیسم‌ها از جمله تاب‌آوری (Resilience) ممکن است در طول کووید-۱۹، منجر به رشد پس از سانحه (PTG) در افراد شود. در واقع PTG تغییرات روان‌شناختی مثبت را در نتیجه مبارزه با یک بحران بزرگ زندگی یا رویداد آسیب‌زا (مانند کووید-۱۹) توضیح می‌دهد (۷). با این حال، مواجهه با ناملایمات و پیامدهای ناشی از کرونا، همیشه باورها را متزلزل نمی‌کند یا افراد را مجبور به مبارزه نمی‌کند، بلکه می‌تواند به آنها اجازه دهد تا به سادگی به بازسازی و به نوعی به وضعیت روانی قبل برگردند، که این امر تحت عنوان تاب‌آوری شناخته

و دید بدبینانه در پاسخ به کووید-۱۹ را کاهش می دهد، آنها را در برابر برخی از پریشانی های روان شناختی از جمله علائم PTSD محافظت می نماید و به نوعی به رشد پس از سانحه کمک می نماید و تغییر روان شناختی مثبت پس از تجارب دشوار را به همراه دارد (۱۹). همچنین ممکن است که ضعف در ذهنی سازی فرد را در برابر شرایط تروماتیک (Traumatic) و استرسزا آسیب پذیر می سازد. تا به امروز، نقش ذهنی سازی در تأثیرگذاری بر سازگاری افراد با این بیماری همه گیر به ندرت بررسی شده است.

مطالعه اخیر نشان داده است که ناگویی هیجانی (Alexithymia) یکی دیگر از مکانیسم هایی است که افراد را در طول کووید-۱۹ در برابر مشکلات سلامت روان آسیب پذیرتر می سازد (۲۰). این متغیر روان شناختی متشکل از دشواری در شناسایی احساسات، دشواری در توصیف احساسات و جهت گیری فکری بیرونی است. این مشخصه ها که سازه ناتوانی هیجانی را تشکیل می دهند، بیانگر نقایصی در پردازش شناختی و تنظیم هیجانات هستند (۲۰). بر اساس فرضیه استرس - الکسی تایمیا (Stress-alexithymia hypothesis)، فقدان آگاهی عاطفی منجر به مقابله ناکارآمد می شود و قرار گرفتن در معرض عوامل استرس زا را طولانی تر می کند و مستعد مشکلات سلامت روان می شود (۲۱). در همین راستا، تحقیقات قبلی ارتباط قابل توجهی بین ناگویی هیجانی و علائم استرس پس از سانحه (PTSS)، افسردگی و علائم اضطراب پیدا کرده است (۲۲، ۲۳، ۲۴، ۲۵). انتظار می رود که ناگویی هیجانی، خطر مشکلات سلامت روان (مانند PTSD)، در افرادی که سطوح بالای استرس را در طول بیماری کووید-۱۹ تجربه می کنند، افزایش دهد. درواقع آشفتگی هیجانی، ظرفیت افراد برای سازگاری با موقعیت استرس آمیز را کاهش می دهد. این نوع پردازش هیجانی معیوب، می تواند منجر به تمرکز و تقویت و سوءتعبیر از احساس های جسمانی (به ویژه در بیماری کووید-۱۹) شود که با برانگیختگی همراه است و هم یک آمادگی برای پریشانی و درماندگی روان شناختی یا تجربه حالات هیجانی منفی ایجاد می کند و منجر به مشکلات روان شناختی هم چون علائم PTSD می شود (۲۶). اما برعکس ناگویی هیجانی، افرادی که توانایی شناخت احساسات خود را دارند و حالت های هیجانی خود را به گونه ای موثر ابراز می کنند، بهتر می توانند با مشکلات زندگی روبه رو شوند و در سازگاری با محیط و دیگران

موفق ترند. همچنین این افراد به سبب آگاهی عاطفی و مقابله کارآمد، احتمالاً مستعد تجربه تغییرات مثبت بعد از تجارب آسیب زا - مانند تجربه بیماری کووید-۱۹- هستند. به طور کلی تجربه PTSD و PTG در طول کووید-۱۹، نشان از اهمیت در نظر گرفتن مکانیسم های مقابله ای مهم جهت درک چگونگی تغییرات مثبت و منفی افراد پس از بیماری کووید-۱۹ است (۲۷، ۲۸، ۲۹). به علاوه با توجه به کمبود مطالعات در زمینه عوامل موثر در شکل گیری استرس پس از سانحه و رشد پس از سانحه در ایران در دوران همه گیری کووید-۱۹، لذا مطالعه حاضر با هدف بررسی نقش تاب آوری، ذهنی سازی و ناگویی هیجانی در پیش بینی علائم اختلال استرس پس از سانحه و رشد پس از سانحه در افراد بهبود یافته از بیماری کووید ۱۹ صورت گرفت.

روش کار

این مطالعه توصیفی از نوع همبستگی در سال ۱۴۰۱ بر روی ۳۸۰ نفر از افراد بهبود یافته از ویروس کرونا و یا ترخیص شده از بیمارستان های شهر کرمانشاه که واجد شرایط پژوهش بودند و جهت شرکت در مطالعه رضایت داشتند، انجام شد. در این مطالعه روش نمونه گیری به صورت در دسترس انجام شد. میانگین سه پژوهش پیشین حجم نمونه پژوهش را تعیین نموده است (۳۰، ۳۱، ۳۲). شیوه انجام پژوهش به صورت میدانی بود، بدین صورت که پژوهشگران، پرسشنامه ها را بین افرادی که از این بیماری بهبود یافته و یا از بیمارستان ترخیص شده بودند، توزیع نمودند. ملاک های ورود به مطالعه عبارت بودند از: افرادی که در یک مقیاس ۵ درجه ای، بیماری ویروس کرونا را تجربه ای استرس زا (در مقیاس ۴ و ۵) می دانستند، دامنه سنی بین ۱۸ تا ۶۰ سال، عدم مشکلات شناختی و سایر بیماری جدی زمینه ای، سکونت در شهر کرمانشاه و داشتن حداقل سواد سبک است. معیار خروج از پژوهش نیز عبارت بودند از: شرکت کنندگانی که سطح استرس خود را پایین تر از ۴ گزارش نمودند، و تکمیل ناقص پرسشنامه ها. تجزیه و تحلیل داده ها با استفاده از آزمون همبستگی پیرسون و تحلیل رگرسیون چندگانه از طریق نرم افزار SPSS انجام شد. برای جمع آوری داده ها از پرسشنامه های زیر استفاده شد.

پرسشنامه رشد پس از سانحه Post-traumatic growth
(PTGI questionnaire): تدسچی و کالهون (Tedeschi)

مقیاس تاب‌آوری (Resilience scale): این مقیاس را کانر و دیویدسون (۳۷) با هدف اندازه‌گیری توانایی سازگاری با تنش و آسیب تهیه کردند. این ابزار یک مقیاس ۲۵ گویه‌ای است که تاب‌آوری را در اندازه‌های ۵ درجه‌ای لیکرت از صفر تا ۴ می‌سنجد و در ارزیابی میزان توانمندی تاب‌آوری نمونه‌های بالینی و بهنجار و نیز بررسی اثربخشی درمان استفاده می‌شود (۳۸). نسخه فارسی این مقیاس توسط جوکار (۳۹) تهیه شده است. ضریب آلفای کرونباخ ۰/۷۸ و پایایی برابر ۰/۷۳ بود. در پژوهش حق رنجبر و همکاران (۴۰) نیز پایایی پرسشنامه با استفاده از آزمون ضریب آلفای کرونباخ مورد آزمون قرار گرفت که آلفای کرونباخ ۰/۸۴ برای این پرسشنامه به دست آمد.

پرسشنامه کنش‌وری تاملی (Reflective Functioning Questionnaire): این پرسشنامه خودگزارش‌دهی ۲۶ ماده‌ای در قالب یک پژوهش سه مرحله‌ای ساخته شد و نتایج تحلیل عاملی، دو عامل اطمینان و عدم اطمینان در مورد حالات ذهنی خود و دیگران را نشان داد (۴۱). این پرسشنامه در طیف لیکرت هفت درجه‌ای از کاملاً ناموافق (۱) و کاملاً موافق (۷)، و برای زیر مقیاس عدم اطمینان به صورت معکوس نمره‌گذاری می‌شود. هنجارسازی این مقیاس در جامعه ایرانی انجام شده است. تحلیل عاملی اکتشافی این پرسشنامه در جامعه ایرانی نیز دو عامل اطمینان و عدم اطمینان را نشان داد، روای همگرایی آن از طریق همبسته کردن زیرمقیاس‌های آن با مقیاس ذهن آگاهی، پرسشنامه دلبستگی بزرگسال و مقیاس بیمارستانی اضطراب و افسردگی قابل قبول گزارش شد. همچنین پایایی آن با استفاده از آلفای کرونباخ برای عامل اطمینان ۰/۸۸ و برای عامل عدم اطمینان ۰/۶۶ بود (۴۲).

مقیاس ناگوویی هیجانی تورنتو (Toronto alexithymia Scale): پرسشنامه ناگوویی هیجانی تورنتو توسط باگبی (Bagby) و همکاران (۴۳) برای سنجش ناگوویی هیجانی افراد طراحی شد و دارای ۲۰ سوال بود. این ابزار دارای سه مولفه دشواری در شناسایی احساسات (هفت سوال)، دشواری در توصیف احساسات (پنج سوال) و تفکر عینی (هشت سوال) بود. نمره‌گذاری پرسشنامه به صورت لیکرت ۵ درجه‌ای از نمره ۱ (کاملاً مخالف) تا نمره ۵ (کاملاً موافق) بود. دامنه نمرات این پرسشنامه بین ۲۰ تا ۱۰۰ در نظر گرفته شد. به این صورت که نمره بین ۲۰ تا ۴۰ نشان‌دهنده ناگوویی پایین فرد بود، نمره ۴۰ تا ۶۰ بیانگر

(Calhoun & (۳۳) پرسشنامه رشد پس از سانحه را تهیه کرده‌اند. این پرسشنامه، یک ابزار خودگزارشی است که ۲۱ سوال دارد و برای سنجش و ارزیابی پیامدهای مثبت تجربه شده توسط افرادی که ترومایی را تجربه کرده‌اند، طراحی شده است. آزمودنی باید پاسخ‌های خود را در یک طیف لیکرت شش درجه‌ای (من این تغییر را به خاطر تاثیر تروما نمی‌دانم = ۰ تا من این تغییر را به میزان خیلی زیادی به عنوان تاثیر تروما می‌دانم) مشخص کند. این پرسشنامه از ۵ خرده مقیاس تشکیل شده است: ۱) ارتباط با دیگران (۲ امکانات جدید (۳ قدرت فردی (۴ تغییرات روحی و (۵ ارزش زندگی. ضریب آلفای کلی پرسشنامه، مطابق با پژوهش تدسچی و کالهن (Tedeschi & Calhoun) (۳۳)، ۰/۹۰ و ضریب آلفای هر یک از خرده مقیاس‌ها در دامنه ۰/۶۷ تا ۰/۸۵ برآورد شد. همچنین مطابق با همین پژوهش، همسانی درونی ۰/۷۶ و ضریب بازآزمایی ۰/۷۹ گزارش شد. در ایران، در پژوهش سید محمودی و دیگران (۳۴)، ضریب آلفای کرونباخ برای کل پرسشنامه ۰/۹۲ و برای هر یک از خرده مقیاس‌ها در دامنه ۰/۶۶ تا ۰/۹۰ به دست آمد. نتایج تحلیل عاملی با استفاده از چرخش واریمکس چهار عامل به دست آمد که ۶۲ درصد واریانس مقیاس کل را تبیین کرد. این عوامل عبارت از احساس قدرت درونی، تغییر در اهداف و اولویت‌ها، احساس نزدیکی و صمیمیت با دیگران و تلاش برای حفظ روابط با دیگران. همچنین روایی پرسشنامه در این پژوهش مطلوب گزارش شد. جهت سنجش روایی در این پژوهش از ضریب همبستگی پیرسون استفاده شده که ضرایب آن برای مولفه‌های عاطفه مثبت ۰/۵۱، عاطفه منفی ۰/۲- و خوش‌بینی ۰/۲۴ گزارش شد.

پرسشنامه PCL-C questionnaire (PCL-C): شامل ۱۷ گویه در مقیاس ۵ درجه‌ای لیکرت از ۱ (هرگز) تا ۵ (همیشه) است. امتیاز کلی بین ۱۷ تا ۸۵ متغیر است. برای این ابزار نقطه برش وجود ندارد. بنابراین نتایج به صورت میانگین و انحراف معیار گزارش می‌شود. در مطالعه‌ای که بر روی سربازان جنگ ویتنام انجام شد، ضرایب همسانی درونی ۰/۹۷ و ۰/۹۶ برای کل مقیاس و ضرایب ۰/۹۳، ۰/۹۲ و ۰/۹۲ برای نشانگان B، C، D و ضریب ۰/۹۶ به عنوان ضریب بازآزمایی به فاصله دو یا سه روز گزارش شده است (۳۵). اعتبار روایی این پرسشنامه در ایران به وسیله گودرزی در دانشگاه شیراز انجام شد و داده‌های به دست آمده از اجرای این فهرست ضریب آلفای کرونباخ برابر ۰/۹۳ بود (۳۶).

ناگویی متوسط فرد و نمره بالاتر از ۶۰ نشان‌دهنده ناگویی بالا در فرد بود (۴۳). ویژگی‌های روانسنجی این پرسشنامه در پژوهش‌هایی بررسی و تایید شده است. در مطالعه بشارت (۴۴) روایی همزمان پرسشنامه بر حسب همبستگی با ابزارهای بهزیستی روانشناختی و درماندگی روانشناختی بررسی و مورد تایید قرار گرفت. همچنین ضرایب آلفای کرونباخ برای ناگویی هیجانی کل و سه خرده زیر مقیاس ۴۲/ تا ۸۵/ محاسبه شد که نشانه همسانی درونی خوب پرسشنامه بود (۴۵). پایایی بازآزمایی پرسشنامه در دو نوبت با فاصله چهار هفته از ۷۰/ تا ۷۷/ برای ناگویی هیجانی کل به دست آمد و ابعاد آن تایید شد (۴۴).

یافته‌ها

تعداد آزمودنی‌ها در این پژوهش ۳۸۰ نفر بودند. ۸۱ نفر (۲۱/۳ درصد) سیکل، ۶۰ نفر (۱۵/۸ درصد) دیپلم، ۱۴۵ نفر (۳۸/۲ درصد) فوق دیپلم و ۹۴ نفر (۲۴/۷ درصد) لیسانس

و بالاتر بودند. میانگین سن افراد ۳۹/۲۳ و انحراف معیار سن ۱۰/۳۲۶ بود. در این پژوهش قبل از اجرای ضریب همبستگی پیرسون و رگرسیون چندگانه پیش فرض‌های آن بررسی شدند. توزیع نمرات متغیرهای پژوهش با ۹۵ درصد اطمینان طبیعی است. از آنجایی که سطوح معناداری آماره‌های نرمال بودن بزرگتر از ۰/۰۵ بودند ($P > 0/05$). مقدار آماره ی دوربین واتسون بین ۱/۵ الی ۲/۵ قرار داشت که نشان دهنده ی استقلال خطاها است. بررسی مفروضه عدم همخطی چندگانه با ضریب تحمل و تورم واریانس نشان داد که هیچ کدام از مقادیر آماره تحمل کوچکتر از حد مجاز ۰/۱ و هیچ کدام از مقادیر عامل تورم واریانس بزرگتر از حد مجاز ۱۰ نمی باشند. بنابراین بر اساس دو شاخص ذکر شده وجود همخطی چندگانه در متغیرهای پیش بین مشاهده نشد. (جدول ۱) تعداد، میانگین و انحراف معیار و آماره‌های نرمال بودن شامل چولگی و کشیدگی را نشان می دهد.

جدول ۱: میانگین، انحراف معیار، چولگی و کشیدگی متغیرهای پژوهش

متغیرهای پژوهش	میانگین	انحراف معیار	چولگی	کشیدگی
تصور از شایستگی فردی	۱۸/۳۷	۶/۱۶۷	۰/۵۵۵	-۱/۶۰۰
تحمل عاطفه منفی	۱۳/۳۱	۳/۲۹۷	۰/۵۷۶	-۱/۳۷۸
پذیرش مثبت تغییر	۸/۸۹	۳/۱۵۶	۰/۵۵۵	-۱/۲۷۰
کنترل	۶/۷۴	۳/۲۸۱	۰/۳۰۶	-۱/۶۵۴
تاثیرات معنوی	۳/۷۱	۲/۲۹۵	۰/۳۱۰	-۱/۶۳۹
نمره کل تابآوری	۵۱/۰۲	۱۷/۴۳۶	۰/۴۹۰	-۱/۶۷۹
کنش وری تاملی-اطمینان	۱۸/۱۵	۷/۱۵۸	۰/۳۰۳	-۱/۷۵۳
کنش وری تاملی-عدم اطمینان	۱۵/۳۶	۷/۲۳۸	-۰/۳۰۷	-۱/۷۰۲
دشواری در شناسایی احساسات	۱۵/۷۴	۴/۹۸۰	-۰/۰۵۹	-۰/۷۵۵
دشواری در توصیف احساسات	۱۴/۷۳	۵/۴۶۳	۰/۰۹۸	-۱/۱۴۱
تفکر عینی	۱۶/۲۲	۶/۴۵۲	۰/۳۲۸	-۱/۱۱۴
نمره کل ناگویی هیجانی	۴۶/۶۹	۱۶/۳۴۵	۰/۱۷۵	-۱/۱۳۱
اختلال استرس پس از سانحه	۳۵/۴۶	۲۱/۷۴۹	۰/۶۶۲	-۱/۱۵۷
رابطه با دیگران	۱۶/۳۳	۸/۳۰۷	۰/۰۴۰	-۱/۵۵۲
اولویتها و اهداف جدید	۱۲/۲۰	۶/۲۴۹	۰/۱۴۹	-۱/۵۶۱
قدرت درونی	۹/۴۰	۴/۵۵۵	۰/۱۱۱	-۱/۵۳۳
تغییرات معنوی	۵/۲۴	۲/۸۷۲	-۰/۰۶۷	-۱/۶۵۰
ادراک ارزش زندگی	۷/۸۷	۳/۹۷۳	-۰/۱۸۸	-۱/۸۳۲
نمره کل رشد پس از آسیب	۵۱/۰۵	۲۴/۷۱۲	-۰/۰۴۵	-۱/۶۹۸

سیدمهدی نیک بقا و همکاران

سانحه در افراد بهبود یافته از بیماری کووید ۱۹ از ضریب همبستگی پیرسون استفاده شده است که نتایج آن در جدول ۲ آمده است.

بعد از بررسی یافته های توصیفی در جدول ۱ و پیش فرض های همبستگی پیرسون و رگرسیون چندگانه در ابتدا برای بررسی رابطه بین تاب‌آوری، ذهنی‌سازی و ناگویی هیجانی با علائم اختلال استرس پس از سانحه و رشد پس از

جدول ۲: نتایج ماتریس همبستگی پیرسون بین متغیرهای پژوهش

متغیرهای پژوهش	۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷	۸	۹	۱۰	۱۱	۱۲
۱- اختلال استرس پس از سانحه	۱											
۲- رشد پس از آسیب	-۰/۶۶۴**	۱										
۳- تصور از شایستگی فردی	-۰/۵۷۹**	۰/۵۱۱**	۱									
۴- تحمل عاطفه منفی	-۰/۶۱۳**	۰/۵۵۸**	۰/۷۳۱**	۱								
۵- پذیرش مثبت تغییر	-۰/۵۵۹**	۰/۴۷۳**	۰/۶۶۱**	۰/۷۹۶**	۱							
۶- کنترل	-۰/۵۵۸**	۰/۴۶۹**	۰/۶۴۲**	۰/۷۶۵**	۰/۷۰۱**	۱						
۷- تأثیرات معنوی	-۰/۶۶۱**	۰/۵۷۰**	۰/۷۱۸**	۰/۷۳۵**	۰/۷۹۱**	۰/۷۲۶**	۱					
۸- اطمینان	-۰/۷۰۳**	۰/۵۷۶**	۰/۷۴۵**	۰/۷۴۷**	۰/۷۳۰**	۰/۷۶۵**	۰/۷۳۹**	۱				
۹- عدم اطمینان	۰/۶۵۳**	-۰/۵۵۰**	-۰/۷۴۹**	-۰/۷۱۹**	-۰/۸۱۵**	-۰/۷۶۰**	-۰/۷۳۲**	-۰/۷۲۳**	۱			
۱۰- دشواری در شناسایی احساسات	۰/۵۴۴**	-۰/۵۷۴**	-۰/۲۱۷*	-۰/۲۶۷**	-۰/۲۵۰**	-۰/۱۶۱*	-۰/۲۹۳**	-۰/۳۸۶**	۰/۳۰۰**	۱		
۱۱- دشواری در توصیف احساسات	۰/۵۹۳**	-۰/۶۶۱**	-۰/۲۶۴*	-۰/۲۹۵**	-۰/۲۹۸**	-۰/۲۳۹*	-۰/۳۳۱**	-۰/۳۷۱**	۰/۳۵۲**	۰/۷۱۱**	۱	
۱۲- تفکر عینی	۰/۵۹۵**	-۰/۶۹۹**	-۰/۲۱۵*	-۰/۲۶۶**	-۰/۲۶۹**	-۰/۱۷۶*	-۰/۳۱۵*	-۰/۳۴۵**	۰/۲۸۵**	۰/۷۹۹**	۰/۷۰۱**	۱

** معنادار در سطح ۰/۰۱

* معنادار در سطح ۰/۰۵

تحمل عاطفه منفی ($r=0/558$ و $P<0/01$)، پذیرش مثبت تغییر ($r=0/473$ و $P<0/01$)، کنترل ($r=0/469$ و $P<0/01$)، تأثیرات معنوی ($r=0/570$ و $P<0/01$) و اطمینان ($r=0/576$ و $P<0/01$) با رشد پس از آسیب رابطه مثبت و معناداری وجود دارد. بین عدم اطمینان ($r=-0/550$ و $P<0/01$)، دشواری در شناسایی احساسات ($r=-0/574$ و $P<0/01$)، دشواری در توصیف احساسات ($r=-0/661$ و $P<0/01$) و تفکر عینی ($r=-0/669$ و $P<0/01$) با رشد پس از آسیب رابطه منفی و معناداری وجود دارد. از آنجایی که بین متغیرهای پژوهش رابطه معناداری وجود دارد این امر ادامه تحلیل را امکان پذیر می سازد، لذا برای پیش بینی اختلال استرس پس از سانحه و رشد پس از آسیب بر اساس تاب‌آوری، ذهنی‌سازی و ناگویی هیجانی از رگرسیون چندگانه استفاده می شود که نتایج آن در جدول ۳ آمده است.

بر اساس (جدول ۲) نتایج ماتریس ضریب همبستگی پیرسون نشان داد بین اختلال استرس پس از سانحه و رشد پس از آسیب ($r=0/664$ و $P<0/01$) رابطه منفی و معناداری وجود دارد. بین تصور از شایستگی فردی ($r=-0/579$ و $P<0/01$)، تحمل عاطفه منفی ($r=-0/613$ و $P<0/01$)، پذیرش مثبت تغییر ($r=-0/559$ و $P<0/01$)، کنترل ($r=-0/558$ و $P<0/01$)، تأثیرات معنوی ($r=-0/661$ و $P<0/01$) و اطمینان ($r=-0/703$ و $P<0/01$) با اختلال استرس پس از سانحه رابطه منفی و معناداری وجود دارد. بین عدم اطمینان ($r=0/653$ و $P<0/01$)، دشواری در شناسایی احساسات ($r=0/544$ و $P<0/01$)، دشواری در توصیف احساسات ($r=0/593$ و $P<0/01$) و تفکر عینی ($r=0/595$ و $P<0/01$) با اختلال استرس پس از سانحه رابطه مثبت و معناداری وجود دارد. بین تصور از شایستگی فردی ($r=0/511$ و $P<0/01$)،

جدول ۳: خلاصه ضرایب رگرسیون چندگانه اختلال پس از سانحه بر اساس تاب‌آوری، ذهنی‌سازی و ناگویی هیجانی

پیش بینی کننده ها	β	t	Sig	تولرانس	VIF	دوربین-واتسون
عدد ثابت	-	۵/۸۳۶	۰/۰۰۱	-	-	
تصور از شایستگی فردی	-۰/۵۳۷	-۳/۱۶۷	۰/۰۰۲	۰/۱۳۰	۹/۴۰۷	
تحمل عاطفه منفی	-۰/۱۳۳	-۳/۴۶۲	۰/۰۴۵	۰/۱۰۴	۹/۶۵۳	
پذیرش مثبت تغییر	-۰/۵۴۷	-۴/۸۳۹	۰/۰۰۱	۰/۱۶۷	۹/۸۸۰	
کنترل	-۰/۲۳۶	-۲/۳۱۸	۰/۰۲۱	۰/۱۸۳	۹/۰۲۲	
تاثیرات معنوی	-۰/۳۱۴	-۲/۷۸۴	۰/۰۰۶	۰/۱۶۸	۸/۸۱۳	۲/۰۶۸
اطمینان	-۰/۷۰۸	-۷/۳۴۵	۰/۰۰۱	۰/۱۵۶	۷/۷۴۶	
عدم اطمینان	۰/۲۶۸	۶/۶۸۰	۰/۰۲۷	۰/۱۸۶	۹/۶۳۸	
دشواری در شناسایی احساسات	۰/۵۲۲	۵/۴۷۶	۰/۰۰۱	۰/۱۹۵	۸/۵۶۰	
دشواری در توصیف احساسات	۰/۳۵۵	۴/۰۰۹	۰/۰۰۱	۰/۱۱۰	۹/۱۰۲	
تفکر عینی	۰/۵۴۹	۶/۶۷۸	۰/۰۰۱	۰/۱۲۷	۷/۸۶۳	

$$R=۰/۸۲۶؛ R^2=۰/۶۸۳؛ R^2 \text{ تعدیل شده} = ۰/۶۷۴؛ F = ۷۹/۳۳۰.**$$

**معنادار در سطح ۰/۰۱

مناسب بودن مدل رگرسیونی ارائه شده است. بر اساس نتایج تاب‌آوری، ذهنی‌سازی و ناگویی هیجانی می‌توانند اختلال استرس پس از سانحه را پیش‌بینی کنند و قویترین متغیر پیش‌بین اطمینان با ضریب بتای ۰/۷۰۸- است. در جدول ۴ ضرایب رگرسیون چندمتغیره پیش‌بینی رشد پس از آسیب بر اساس تاب‌آوری، ذهنی‌سازی و ناگویی هیجانی آمده است.

با توجه (جدول ۳) نتایج نشان داد که ضریب همبستگی چندگانه بین تاب‌آوری، ذهنی‌سازی و ناگویی هیجانی با اختلال استرس پس از سانحه برابر ۰/۸۲۶ است. بر اساس مقدار ضریب تعیین ۶۸/۳ درصد از واریانس اختلال استرس پس از سانحه بر اساس تاب‌آوری، ذهنی‌سازی و ناگویی هیجانی تبیین شود. نتایج تحلیل واریانس یک راهه نشان داد که مقدار F به دست آمده برابر ۷۹/۳۳۰ است که در سطح آلفای کوچکتر از ۰/۰۵ معنی دار است و نشان دهنده

جدول ۴: خلاصه ضرایب رگرسیون چندگانه رشد پس از آسیب بر اساس تاب‌آوری، ذهنی‌سازی و ناگویی هیجانی

پیش بینی کننده ها	β	t	Sig	تولرانس	VIF	دوربین-واتسون
عدد ثابت	-	۳/۰۶۸	۰/۰۰۲	-	-	
تصور از شایستگی فردی	۰/۷۳۷	۶/۲۰۵	۰/۰۰۱	۰/۱۳۰	۹/۴۰۷	
تحمل عاطفه منفی	۰/۲۵۷	۳/۱۶۸	۰/۰۰۲	۰/۱۰۴	۹/۶۵۳	
پذیرش مثبت تغییر	۰/۷۵۰	۹/۴۲۹	۰/۰۰۱	۰/۱۶۷	۹/۸۸۰	
کنترل	۰/۱۹۸	۲/۱۸۶	۰/۰۲۹	۰/۱۸۳	۹/۰۲۲	
تاثیرات معنوی	۰/۲۶۱	۲/۵۹۶	۰/۰۱۰	۰/۱۶۸	۸/۸۱۳	۲/۰۳۶
اطمینان	۰/۵۸۲	۵/۲۸۷	۰/۰۰۱	۰/۱۵۶	۷/۷۴۶	
عدم اطمینان	-۰/۷۵۳	-۳/۲۵۳	۰/۰۰۸	۰/۱۸۶	۹/۶۳۸	
دشواری در شناسایی احساسات	-۰/۷۱۲	-۹/۳۹۰	۰/۰۰۱	۰/۱۹۵	۸/۵۶۰	
دشواری در توصیف احساسات	-۰/۴۰۴	-۵/۱۲۳	۰/۰۰۱	۰/۱۱۰	۹/۱۰۲	
تفکر عینی	-۰/۷۴۷	-۱۲/۹۲۴	۰/۰۰۱	۰/۱۲۷	۷/۸۶۳	

$$R=۰/۸۶۵؛ R^2=۰/۷۴۸؛ R^2 \text{ تعدیل شده} = ۰/۷۴۲؛ F = ۱۰۹/۷۱۷**$$

**معنادار در سطح ۰/۰۱

موقعیت‌های جدید را تسهیل و امکان‌پذیر می‌سازد. فرض بر این است که برای دستیابی به سطح قابل قبولی از رشد پس از سانحه، ابتدا باید تاب‌آوری و بازگشت به عملکرد سالم قبل از تروما داشته باشیم تا رشد کنیم و به سمت عملکرد مؤثرتر حرکت کنیم. بنابراین، از آنجایی که رشد پس از سانحه به صورت تغییر روان‌شناختی مثبت پس از تجارب دشوار زندگی بیان می‌شود و این تغییرات مثبت می‌تواند در بعد درون فردی و روابط بین‌فردی نمایان شود (۱۳)؛ لذا تاب‌آوری این احتمال را توضیح می‌دهد که یک فرد به واسطه تغییرات در بعد درون فردی و روابط بین‌فردی می‌تواند بر رویدادهای بسیار استرس‌زا غلبه کند و علی‌رغم تحمل سختی‌ها از نظر روانی سالم بماند (۱۱). به علاوه از آنجایی که تاب‌آوری شاخصی از سازگاری خوب به دنبال شرایط ناگوار همانند بلایا و تجربه آسیب‌زا است، و همچنین به سبب اینکه تجارب تروماتیک و استرس‌زایی همانند تجربه بیماری کرونا باعث هیجانات منفی می‌شوند، لذا نبود تاب‌آوری می‌تواند بیش واکنشی فیزیولوژیک نسبت به محرک‌های هیجانی، ناتوانی در تنظیم هیجان‌ها، عدم انطباق با تجارب آسیب‌زا، گسست و درماندگی را به همراه داشته باشد و به نوعی احتمالاً در ایجاد و یا تشدید علائم اختلال استرس پس از سانحه موثر باشد. همچنین مطالعه ای نشان داده است که دو عامل روان‌شناختی، از دست دادن/بهبود منابع و تاب‌آوری، به طور قابل توجهی با علائم PTSD مرتبط بودند، این یافته نشان داد، بازماندگانی که از دست دادن منابع بیشتری را در ارتباط با کارکردهای زندگی روزمره و روابط بین فردی و کاهش تاب‌آوری تجربه کرده‌اند، علائم PTSD بیشتری را گزارش نموده‌اند (۴۷). همچنین تجربه بستری شدن در بیمارستان و تجربه پس از بستری شدن می‌تواند به عنوان منابع مستمر استرس، ایفای نقش کنند و می‌توانند علائم PTSD را تقویت و طولانی کنند. و بالاخره در نبود تاب‌آوری، شدت بیماری و علائم جسمی پس از ترخیص، عوامل خطر قابل توجهی برای PTSD در میان بازماندگان COVID-19 هستند؛ از این رو تمرکز بر مولفه تاب‌آوری در کمک به این بیماران حائز اهمیت است و هر چند نیاز به تحقیقات تجربی دقیق‌تر در آینده ضروری به نظر می‌رسد.

نتایج دیگر یافته‌های پژوهش نشان داد که بین ذهنی‌سازی (اطمینان) با رشد پس از آسیب رابطه مثبت و معنی‌دار و با علائم اختلال استرس پس از سانحه رابطه

با توجه (جدول ۴) نتایج نشان داد که ضریب همبستگی چندگانه بین تاب‌آوری، ذهنی‌سازی و ناگویی هیجانی با رشد پس از آسیب برابر ۰/۸۶۵ است. بر اساس مقدار ضریب تعیین ۷۴/۸ درصد از واریانس رشد پس از آسیب بر اساس تاب‌آوری، ذهنی‌سازی و ناگویی هیجانی تبیین شود. نتایج تحلیل واریانس یک راهه نشان داد که مقدار F به دست آمده برابر ۱۰۹/۷۱۷ است که در سطح آلفای کوچکتر از ۰/۰۵ معنی‌دار است و نشان دهنده مناسب بودن مدل رگرسیونی ارائه شده است. بر اساس نتایج تاب‌آوری، ذهنی‌سازی و ناگویی هیجانی می‌توانند رشد پس از آسیب را پیش‌بینی کنند و قوی‌ترین متغیر پیش‌بین متغیر اطمینان با ضریب بتای ۰/۷۵۳ است.

بحث

پژوهش حاضر با هدف بررسی نقش تاب‌آوری، ذهنی‌سازی و ناگویی هیجانی در پیش‌بینی علائم اختلال استرس پس از سانحه (PTSS) و رشد پس از سانحه (PTG) در افراد بهبود یافته از بیماری کووید-۱۹ انجام شد. نتایج ضرایب همبستگی نشان داد که بین تاب‌آوری با رشد پس از آسیب رابطه مثبت و معنی‌دار و با علائم اختلال استرس پس از سانحه رابطه منفی و معنی‌دار وجود دارد. نتایج این یافته‌ها به صورت مستقیم و غیرمستقیم با پژوهش‌های وال (Wall) و همکاران (۷)، اوزگوچ (Özgüç) و همکاران (۹)، راتر (Rutter) (۱۱)، تدسکی (Tedeschi) و همکاران (۱۲) و زنگ (Zang) و همکاران (۴۷) هم‌راستا است. در تبیین این رابطه می‌توان گفت که تاب‌آوری یکی از عوامل مهم در تجربه و مدیریت بیماری‌های همراه در بازماندگان کووید-۱۹ است (۴۶). براین اساس، بیمارانی که از کووید-۱۹ بهبود یافته‌اند و تاب‌آوری نشان داده‌اند به طور مؤثرتری در دوره درمان شرکت کردند؛ زیرا آمادگی بیشتری برای پذیرش دوره‌های طبیعی بیماری خود دارند. بیماران با سطوح بالاتر PTG تاب‌آوری بالاتری گزارش کردند. آنها هنگام توضیح این رابطه بیان کردند که استرس یکی از عوامل مهمی است که از رشد PTG در افراد جلوگیری می‌کند. به علاوه، تاب‌آوری از فرد در برابر استرس محافظت می‌کند و زمینه را برای پیشرفت و تعالی در موقعیت‌های استرس‌زا هموار می‌کند (۴۶). تاب‌آوری مفهومی است که برای توصیف ویژگی‌های شخصیتی به کار می‌رود که سازگاری با عوامل استرس‌زا در زندگی، تعدیل انگیزه‌ها و سازگاری با

منفی و معنی‌دار وجود دارد. همچنین بین ذهنی‌سازی (عدم اطمینان) با رشد پس از آسیب رابطه منفی و معنی‌دار و با علائم اختلال استرس پس از سانحه رابطه مثبت و معنی‌دار وجود دارد. نتایج این یافته‌ها با پژوهش‌های بتمن و فوناگی (Bateman & Fonagy) (۱۶)، چانا (Chana) و همکاران (۱۷)، دبا (Doba) و همکاران (۱۸) و لویتن (Luyten) و همکاران (۱۹) به صورت مستقیم و غیرمستقیم همسو است. در تبیین این یافته‌ها می‌توان گفت که نقص در توانایی ذهنی‌سازی با شیوع بالاتر پریشانی و اختلال در تنظیم هیجان (Emotion regulation) همراه است به علاوه افرادی که از علائم PTSD رنج می‌برند، فروپاشی در ذهنی‌سازی را تجربه می‌کنند. درمان ذهنی‌سازی نیز منجر به کاهش نشانه‌های PTSD می‌شود. زمانی که افراد مضطرب و در معرض موقعیت‌های تروماتیک، ناامن یا تهدیدکننده مانند کوئید-۱۹ قرار می‌گیرند، ممکن است به حالت‌های پیش ذهنی بازگردند و توانایی خود را برای درک دیدگاه دیگران و تنظیم حالات هیجانی خویش را از دست بدهند. انگیزتگی هیجانی به واسطه تجارب استرس‌زا مثل تجربه بیماری کرونا باعث عدم تعادل معنی‌دار در ذهنی‌سازی می‌شود. به عبارتی حالت غیرذهنی‌سازی که ارتباط نزدیکی با بدتنظیمی هیجانی دارد، هم ارزی روانی است که در این حالت هیجانات بیش از حد واقعی احساس می‌شوند و تجربه رویدادهای درونی مثل افکار و احساسات عینی‌تر به نظر می‌رسند (تنگی نفس مساوی با خفگی و مرگ)؛ لذا عدم ذهنی‌سازی باعث می‌شود که خاطرات این افراد به صورت خودکار و ضمنی و نه صریح بیان شوند (۱۷). اما وجود ظرفیت ذهنی‌سازی باعث افزایش همدلی، تنظیم هیجان، کاهش تکانش‌گری، افزایش خودمهارگری و بهبود روابط بین فردی می‌شود (۱۶) و به نوعی تجارب و خاطرات تروماتیک تاملی‌تر و صریح‌تر و نه به صورت خودکار و ضمنی بیان می‌شود. درواقع می‌توان گفت که در صورتی که تجارب آسیب‌زا (مثل تجربه بیماری کرونا) توسط فردی تجربه شده باشد، خودکنترلی، تجارب ذهنی و نه عینی، و خودمهارگری و تنظیم هیجان در نتیجه ذهنی‌سازی در مسیر تکاملی و تحولی می‌تواند از شکل‌گیری پیامدهای روان‌شناختی مثل علائم استرس پس از سانحه ناشی از تجارب استرس‌زا تا حدی جلوگیری نماید. در تبیین دیگر می‌توان گفت که حمایت، همدلی و ارتباط، عامل محافظی در برابر PTSD است، ذهنی‌کردن نیز

اغلب مترادف با توانایی همدلی با افراد دیگر است، این امر به ویژه در حرفه‌هایی که شامل کمک به دیگران می‌شود، ویژگی مهمی است. درواقع ذهنی‌سازی توانایی ایجاد روابط بین فردی مثبت و رضایت‌بخش را امکان‌پذیر می‌سازد، به تجربه درونی و دنیای بیرون معنا می‌بخشد، و عملکرد رضایت‌بخش بین فردی را ارتقا می‌دهد، جایی که فرد می‌تواند هویت خود را حفظ کند در عین حال با دیگران ارتباط برقرار کند (۱۶). همچنین وجود ظرفیت ذهنی‌سازی، به نوبه خود تاب‌آوری افراد تروماتیز را بالا می‌برد و آنها را در برابر پریشانی‌های روان‌شناختی از جمله علائم PTSD محافظت می‌نماید و به نوعی به رشد پس از سانحه کمک می‌نماید و تغییر روان‌شناختی مثبت پس از تجارب دشوار را به همراه دارد (۱۹)، از این رو فرد دارای تجربه ترومای کوئید-۱۹، به جای گسست (Dissociation) ذهنی، گوشه‌گیری، تکانش‌گری و برانگیختگی، به واسطه ذهنی‌سازی و توانایی درک حالات ذهنی خود و دیگران، به نوع دوستی، همدلی و کمک به هم نوعان روی آورده و تغییرات روان‌شناختی مثبتی در آنها در بعد درون فردی و روابط بین فردی نمایان می‌گردد.

همچنین نتایج ضرایب همبستگی نشان داد که بین ناگویی هیجانی با رشد پس از آسیب رابطه منفی و معنی‌دار و با علائم اختلال استرس پس از سانحه رابطه مثبت و معنی‌دار وجود دارد. این یافته‌ها با نتایج پژوهش‌های پیکاردی (Picardi) و همکاران (۲۳)، کنگ (Kang) و همکاران (۲۴)، پولاتوس (Pollatos) و همکاران (۲۵)، دی گوخت و هایزر (De Gucht & Heiser) (۲۶) همسو است. برای تبیین این یافته‌ها می‌توان به رابطه ناگویی هیجانی و آسیب‌شناسی روانی توجه نمود. همچنین می‌توان گفت که ابعاد فرعی ناگویی هیجانی احتمالاً مربوط به همبستگی‌های عصبی مختلف است و مشکلات مربوط به شناسایی و توصیف هیجانات به ویژه در طول تجربه کوئید-۱۹، با پریشانی‌های روان‌شناختی (مثل PTSD) مرتبط است. این امکان وجود دارد که در طول کوئید-۱۹، ناتوانی در شناسایی هیجانات از روی احساسات بدنی ممکن است منجر به مشکلاتی در ارزیابی و تنظیم هیجانات شود و این افراد را در برابر استرس مزمن و بیماری‌های روانی آسیب‌پذیرتر کند. برخی از پژوهش‌ها رابطه آگاهی هیجانی با برانگیختگی روان‌شناختی سیستم‌های بیولوژیکی مرتبط با هیجان‌ها را تایید نموده‌اند (۲۵، ۲۶). افراد دارای ناگویی

از سانحه در افراد بهبود یافته از بیماری کووید ۱۹ نقش به سزایی دارد. با توجه به اینکه محتویات مطالعات علمی انجام شده در طول فرآیند همه‌گیری کرونا عموماً بر اثرات منفی همه‌گیری متمرکز بوده است. لذا تمرکز بر هر دو بعد منفی و مثبت همه‌گیری با لحاظ نمودن نقش مکانیسم‌های مهم ضرورت دارد. درواقع یافته‌های تحقیقاتی دیگری نیز وجود دارد که نشان می‌دهد رویدادهای آسیب‌زا تنها باعث واکنش‌های منفی نمی‌شوند. برعکس، تغییرات مثبتی را می‌توان در افرادی که در معرض تروما قرار دارند، تجربه کرد. بنابراین اهمیت این مطالعه در این موضوع است که تاب‌آوری، ذهنی‌سازی و ناگویی هیجانی از جمله مکانیسم‌های دخیلی هستند که می‌توانند در هر دو بعد منفی و مثبت پیامدهای روان‌شناختی کرونا (PTSD، PTG) نقش داشته باشند. البته پژوهش حاضر نیز با محدودیت‌هایی همراه بود که از جمله آن استفاده از مقیاس‌های خودگزارشی بود. همچنین تمایزدهی تجربه کرونا به عنوان یک تجربه استرس‌زا از سایر تجارب استرس‌زا در طول زندگی تقریباً غیرممکن به نظر می‌رسد و هر چند ملاک‌های ورود و خروج نیز در این زمینه تا حدودی لحاظ گردید. پیشنهاد می‌گردد که پژوهش به شیوه‌ای گسترده‌تر در سرتاسر کشور انجام شود و به علاوه شیوه گردآوری داده‌ها دقیق‌تر صورت گیرد و در آخر نیز پیشنهاد می‌شود که از متغیرهای موجود در این پژوهش استفاده نموده و به علاوه متغیرهای دیگری در پژوهش‌های آتی وارد گردد تا گام مهمی جهت طراحی مداخلات درمانی موثر جهت درمان پیامدهای روان‌شناختی کرونا و اهتمام به رشد پس از آسیب، برداشته شود.

سیاسگذاری

از تمامی افراد شرکت‌کننده که در این پژوهش همکاری داشته‌اند، صمیمانه تقدیر و تشکر می‌کنیم.

تضاد منافع

بین نویسندگان هیچ تضاد منافی وجود ندارد.

هیجانی، در شناسایی این فرایند ناتوانند. نداشتن آگاهی از هیجان‌ها منجر به تشدید برانگیختگی هیجانی می‌شود. اگر این وضعیت به طول انجامد، منجر به فشار بر سیستم‌های ایمنی، غده هیپوفیز (Pituitary gland)، آدرنال (Adrenal) و سیستم‌های خودمختار (Autonomous system) می‌شود. تداوم تحریکات روی این سیستم‌ها نیز، ناراحتی فیزیکی و روان‌شناختی را به همراه دارد (۲۵). به عبارت دیگر آشفتگی هیجانی، ظرفیت افراد برای سازگاری با موقعیت استرس‌آمیز را کاهش می‌دهد. این نوع پردازش هیجانی معیوب، می‌تواند منجر به تمرکز و تقویت و سوءتعبیر از احساس‌های جسمانی شود که با برانگیختگی همراه است و هم یک آمادگی برای پریشانی و درماندگی روان‌شناختی یا تجربه حالات هیجانی منفی ایجاد می‌کند و سرانجام منجر به مشکلات روان‌شناختی همچون علائم PTSD می‌شود (۲۶). درواقع افرادی که قادر به شناسایی هیجانات منفی و تنظیم آن نیستند، مشکلات زیادی را در زمینه سازگاری بهتر با شرایط استرس‌زا تجربه می‌کنند، علاوه بر این دشواری در شناسایی و توصیف هیجان با متغیرهایی نظیر رفتارهای غیرانطباقی بیماری، برانگیختگی، حساسیت بالا، گسست، فلش‌بک‌ها، احساس گناه (Guilt) و راهبردهای مقابله‌ای ناسالم برای تنظیم هیجان منفی ارتباط دارد که این به نوبه خود سازگاری مناسب را به ویژه در افراد دارای علائم استرس پس از سانحه تحت تاثیر قرار می‌دهد. اما آگاهی و پردازش هیجانی ظرفیت افراد برای مقابله با شرایط استرس‌زا را بالاتر می‌برد، از تشدید و برانگیختگی هیجانی و فشار بر سیستم‌های خودمختار جلوگیری می‌کند. به نوعی راهبردهای مقابله‌ای و هیجانی سازگارتر مانع از احساس ضعف و درماندگی افراد در شرایط استرس‌زا می‌شود. لذا این امر یکی از عواملی است که زمینه را برای رسیدن به رشد پس از رویدادهای استرس‌زایی چون ابتلا به بیماری‌های مزمن فراهم می‌سازد.

نتیجه‌گیری

به طور کلی تاب‌آوری، ذهنی‌سازی و ناگویی هیجانی در پیش‌بینی علائم اختلال استرس پس از سانحه و رشد پس

References

1. Wu Z, McGoogan JM. Characteristics of and important lessons from the coronavirus disease 2019 (COVID-19) outbreak in China: summary of a report of 72 314 cases from the Chinese Center for Disease Control and Prevention. *Jama*. 2020 Apr 7; 323(13):1239-42. <https://doi.org/10.1001/jama.2020.2648>
2. Carmassi C, Foghi C, Dell'Oste V, Cordone A, Bertelloni CA, Bui E, Dell'Osso L. PTSD symptoms in healthcare workers facing the three coronavirus outbreaks: What can we expect after the COVID-19 pandemic. *Psychiatry research*. 2020 Oct 1; 292:113312. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2020.113312>
3. Vindegaard N, Benros ME. COVID-19 pandemic and mental health consequences: Systematic review of the current evidence. *Brain, behavior, and immunity*. 2020 Oct 1; 89:531-42. <https://doi.org/10.1016/j.bbi.2020.05.048>
4. Bo HX, Li W, Yang Y, Wang Y, Zhang Q, Cheung T, Wu X, Xiang YT. Posttraumatic stress symptoms and attitude toward crisis mental health services among clinically stable patients with COVID-19 in China. *Psychological medicine*. 2021 Apr; 51(6):1052-3. <https://doi.org/10.1017/S0033291720000999>
5. Nie XD, Wang Q, Wang MN, Zhao S, Liu L, Zhu YL, Chen H. Anxiety and depression and its correlates in patients with coronavirus disease 2019 in Wuhan. *International Journal of Psychiatry in Clinical Practice*. 2021 Jun 1; 25(2):109-14. <https://doi.org/10.1080/13651501.2020.1791345>
6. Zhao Q, Hu C, Feng R, Yang Y. Investigation of the mental health of patients with novel coronavirus pneumonia. *Chinese Journal of Neurology*. 2020:E003-.
7. Wall CL, Carson J, Brown G. COVID-19 Relates to Both PTSD and PTG in a Non-clinical Population, Why?. *Journal of Loss and Trauma*. 2023 Jan 2;28(1):61-73. <https://doi.org/10.1080/15325024.2022.2068264>
8. McKinney AA, Melby V. Relocation stress in critical care: a review of the literature. *Journal of clinical nursing*. 2002 Mar 1; 11(2):149-57. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2702.2002.00577.x>
9. Özgüç S, Tanrıverdi D, Güner M, Kaplan SN. The Examination of Stress Symptoms and Posttraumatic Growth in the Patients Diagnosed with Covid-19. *Intensive and Critical Care Nursing*. 2022 Jun 2:103274. <https://doi.org/10.1016/j.iccn.2022.103274>
10. Yao ZF, Hsieh S. Neurocognitive mechanism of human resilience: A conceptual framework and empirical review. *International journal of environmental research and public health*. 2019 Dec; 16(24):5123. <https://doi.org/10.3390/ijerph16245123>
11. Rutter, M. Resilience, competence, and coping. *Child Abuse Neglect*. 2007. 31, 205-209. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2007.02.001>
12. Tedeschi RG, Park CL, Calhoun LG, editors. *Posttraumatic growth: Positive changes in the aftermath of crisis*. Routledge; 1998. <https://doi.org/10.4324/9781410603401>
13. Joseph S. Growth following adversity: Positive psychological perspectives on posttraumatic stress. *Psihologijske teme*. 2009 Dec 15; 18(2):335-44.
14. Tanzilli A, Cibelli A, Liotti M, Fiorentino F, Williams R, Lingardi V. Personality, Defenses, Mentalization, and Epistemic Trust Related to Pandemic Containment Strategies and the COVID-19 Vaccine: A Sequential Mediation Model. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 2022 Nov 1; 19(21):14290. <https://doi.org/10.3390/ijerph192114290>
15. Tanrıverdi D, Savas E, Can G. Posttraumatic growth and social support in Turkish patients with cancer. *Asian Pacific Journal of Cancer Prevention*. 2012; 13(9):4311-4. <https://doi.org/10.7314/APJCP.2012.13.9.4311>
16. Bateman AW, Fonagy PE. *Handbook of mentalizing in mental health practice*. American Psychiatric Publishing, Inc.; 2012.
17. Chana SM, Wolford-Clevenger C, Faust A, Hemberg J, Ramaswamy M, Cropsey K. Associations among betrayal trauma, dissociative posttraumatic stress symptoms, and substance use among women involved in the criminal legal system in three US cities. *Drug and alcohol dependence*. 2021 Oct 1; 227:108924. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2021.108924>
18. Doba K, Saloppé X, Choukri F, Nandrino JL. Childhood trauma and posttraumatic stress symptoms in adolescents and young adults: the mediating role of mentalizing and emotion regulation strategies. *Child*

- Abuse & Neglect. 2022 Oct 1; 132:105815. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2022.105815>
19. Luyten P, Mayes LC, Nijssens L, Fonagy P. The parental reflective functioning questionnaire: Development and preliminary validation. *PloS one*. 2017 May 4; 12(5):e0176218. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0176218>
20. Osimo SA, Aiello M, Gentili C, Ionta S, Cecchetto C. The influence of personality, resilience, and alexithymia on mental health during COVID-19 pandemic. *Frontiers in Psychology*. 2021 Feb 24; 12:630751. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.630751>
21. Lemche E, Brammer MJ, David AS, Surguladze SA, Phillips ML, Sierra M, Williams SC, Giampietro VP. Interoceptive-reflective regions differentiate alexithymia traits in depersonalization disorder. *Psychiatry Research: Neuroimaging*. 2013 Oct 30; 214(1):66-72. <https://doi.org/10.1016/j.psychresns.2013.05.006>
22. Kano M, Fukudo S. The alexithymic brain: the neural pathways linking alexithymia to physical disorders. *BioPsychoSocial medicine*. 2013 Dec; 7(1):1-9. <https://doi.org/10.1186/1751-0759-7-1>
23. Picardi A, Fagnani C, Gigantesco A, Toccaceli V, Lega I, Stazi MA. Genetic influences on alexithymia and their relationship with depressive symptoms. *Journal of psychosomatic research*. 2011 Oct 1; 71(4):256-63. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2011.02.016>
24. Kang JI, Namkoong K, Yoo SW, Jhung K, Kim SJ. Abnormalities of emotional awareness and perception in patients with obsessive-compulsive disorder. *Journal of affective disorders*. 2012 Dec 10; 141(2-3):286-93. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2012.04.001>
25. Pollatos O, Werner NS, Duschek S, Schandry R, Matthias E, Traut-Mattausch E, Herbert BM. Differential effects of alexithymia subscales on autonomic reactivity and anxiety during social stress. *Journal of psychosomatic research*. 2011 Jun 1; 70(6):525-33. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2010.12.003>
26. De Gucht V, Heiser W. Alexithymia and somatisation: a quantitative review of the literature. *Journal of psychosomatic research*. 2003 May 1; 54(5):425-34. [https://doi.org/10.1016/S0022-3999\(02\)00467-1](https://doi.org/10.1016/S0022-3999(02)00467-1)
27. Chamberlain SR, Grant JE, Trender W, Hellyer P, Hampshire A. Post-traumatic stress disorder symptoms in COVID-19 survivors: online population survey. *BJPsych open*. 2021 Mar; 7(2). <https://doi.org/10.1192/bjo.2021.3>
28. Janiri D, Carfi A, Kotzalidis GD, Bernabei R, Landi F, Sani G, COVID GA, Post-Acute Care Study Group. Posttraumatic stress disorder in patients after severe COVID-19 infection. *JAMA psychiatry*. 2021 May 1; 78(5):567-9. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2021.0109>
29. Rossi R, Socci V, Talevi D, Mensi S, Niolu C, Pacitti F, Di Marco A, Rossi A, Siracusano A, Di Lorenzo G. COVID-19 pandemic and lockdown measures impact on mental health among the general population in Italy. *Frontiers in psychiatry*. 2020:790. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2020.00790>
30. koochaki Z, Karimi S. Relationship Between Covid-19 Anxiety and Quality of Life with the Mediating Role of Sleep Quality in People with Diabetes. *J Diabetes Nurs* 2021; 9 (3):1660-1673
31. Akbari Chermahini, S., Molaei Yasavoli, M. Predicting COVID-19 Anxiety Based on Cognitive Emotion Regulation Strategies and Demographic Components. *Research in Cognitive and Behavioral Sciences*, 2020; 10(1): 169-182.
32. Sajjadi MS, Askarizadeh Gh. Role of Mindfulness and Cognitive Emotion Regulation Strategies on Predicting the Psychological Symptoms of Medical Students. *Educ Strategy Med Sci* 2015; 8 (5):301-308
33. Tedeschi RG, Calhoun LG. The Posttraumatic Growth Inventory: Measuring the positive legacy of trauma. *Journal of traumatic stress*. 1996 Jul; 9(3):455-71. <https://doi.org/10.1002/jts.2490090305>
34. S.M, S., R, C., M, N. Psychometric Properties of Posttraumatic Growth Inventory in an Iranian Sample. *Psychological Methods and Models*, 2013; 3(vol 3/ no 12): 93-108.
35. Weathers FW, Litz BT, Herman DS, Huska JA, Keane TM. The PTSD Checklist (PCL): Reliability, validity, and diagnostic utility. In annual convention of the international society for traumatic stress studies, San Antonio, TX 1993 Oct 24 (Vol. 462).
36. Goodarzi MA. Evaluating validity and reliability of mississippi post-traumatic stress disorder scale. *Journal of psychology* 2003; 7:153-178.

37. Connor KM, Davidson JR. Development of a new resilience scale: the Connor-Davidson Resilience Scale (CD-RISC). *Depress Anxiety*. 2003; 18(2):76-82. <https://doi.org/10.1002/da.10113>
38. Campbell-Sills L, Cohan SL, Stein MB. Relationship of resilience to personality, coping, and psychiatric symptoms in young adults. *Behaviour research and therapy*. 2006 Apr 1; 44(4):585-99. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2005.05.001>
39. Jowkar, B. The mediating role of resilience in the relationship between general and emotional intelligence and life satisfaction. *Contemporary Psychology*. 2008; 2(2), 3-12.
40. Hagh Ranjbar, F., Kakavand, A. R., Borjali, A., & Bermas, H. Resiliency and life quality in mothers of children with mental retardation. *Journal of Health Psychology*. 2011; 1(1), 177-87.
41. Fonagy P, Luyten P, Moulton-Perkins A, Lee YW, Warren F, Howard S, Ghinai R, Fearon P, Lowyck B. Development and validation of a self-report measure of mentalizing: The reflective functioning questionnaire. *PLoS One*. 2016 Jul 8; 11(7):e0158678. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0158678>
42. Drogar, E., Fathi-Ashtiani, A., ashrafi, E. Validation and Reliability of the Persian Version of the MentalizationQuestionnaire. *Journal of Clinical Psychology*, 2020; 12(1): 1-12.
43. Michael Bagby R, Parker JDA, Taylor GJ. The twenty-item Toronto Alexithymia scale: I. Item selection and cross-validation of the factor structure. *Journal of Psychosomatic Research*. 1994; 38(1):23-32. [https://doi.org/10.1016/0022-3999\(94\)90005-1](https://doi.org/10.1016/0022-3999(94)90005-1)
44. Besharat MA, Masoodi M, Gholamali Lavasani M. [Alexithymia and psychological and physical vulnerability (Persian)]. *Thoughts and Behavior in Clinical Psychology*. 2015; 9(34):47-56.
45. Besharat MA. Reliability and factorial validity of a Farsi version of the 20-item Toronto Alexithymia Scale with a sample of Iranian students. *Psychological Reports*. 2007; 101(1):209-20. <https://doi.org/10.2466/PRO.101.5.209-220> <https://doi.org/10.2466/pr0.101.1.209-220>
46. Deldadeh Mehraban E, Farhangi A, Abolghasemi S. The Relationship of Mental Health and Resilience with Posttraumatic Growth through the Mediating of Defensive Styles in the COVID-19 Survivors. *Caspian Journal of Health Research*. 2022 Oct 10; 7(4):201-8. <https://doi.org/10.32598/CJHR.7.4.427.1>
47. Zang Y, Gallagher T, McLean CP, Tannahill HS, Yarvis JS, Foa EB, Strong Star Consortium. The impact of social support, unit cohesion, and trait resilience on PTSD in treatment-seeking military personnel with PTSD: The role of posttraumatic cognitions. *Journal of psychiatric research*. 2017 Mar 1; 86:18-25. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2016.11.005>