

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ



دانشگاه اصفهان

دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی

گروه روان‌شناسی

پایان‌نامه کارشناسی ارشد رشته روان‌شناسی عمومی

**اثر بخشی مدیریت استرس به شیوه شناختی - رفتاری بر علائم سوگ و اختلال**

**استرس پس از سانحه دختران نوجوان داغ‌دیده مهاجر افغانی**

استاد راهنما:

دکتر مهرداد کلانتری

استاد مشاور:

دکتر احمد عابدی

پژوهشگر:

فهمیه‌السادات حسینی پور

مهرماه ۱۳۹۱

کلیه حقوق مادی مترتب بر نتایج مطالعات، ابتکارات و نوآوری‌های ناشی از تحقق موضوع این پایان‌نامه متعلق به دانشگاه اصفهان می‌باشد.



دانشگاه اصفهان

دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی

گروه روان‌شناسی

پایان‌نامه کارشناسی ارشد رشته روان‌شناسی عمومی  
خانم فهیمه‌السادات حسینی‌پور  
تحت عنوان

اثربخشی مدیریت استرس به شیوه شناختی - رفتاری بر علائم سوگ و اختلال  
استرس پس از سانحه دختران نوجوان داغ‌دیده مهاجر افغانی

در تاریخ ۱۳۹۱/۰۷/۲۹ توسط هیأت داوران زیر بررسی و با درجه عالی به تصویب نهایی رسید.

۱- استاد راهنمای پایان نامه دکتر مهرداد کلاتری با مرتبه علمی دانشیار امضا

۲- استاد مشاور پایان نامه دکتر احمد عابدی با مرتبه علمی استادیار امضا

۳- استاد داور داخل گروه دکتر کریم عسگری با مرتبه علمی استادیار امضا

۴- استاد داور خارج از گروه دکتر امیر قمرانی با مرتبه علمی استادیار امضا

امضا مدیر گروه

## تقدیر و تشکر

از استاد محترم جناب آقای دکتر مهداد کلاسنری و آقای دکتر احمد جلدی که با اشارات و راهنمایی‌های خود به عنوان استاد راهنما نقش به‌سزائی در هدایت این پژوهش داشتند کمال سپاسگزاری را دارم. همچنین از کلیدی عزیزان شاغل در موسسه‌ی خیریه امام محمد باقر (ع) شهر قم که با مساعدت خود راه این پژوهش را بر بنده هموار کردند سپاسگزارم.

تقدیم بہ:

ساحت مقدس پیامبر اکرم (ص) کہ بخاطر یتیم بودن در پناہ لطف الہی قرار گرفت

و بہ ساحت مقدس امیر المؤمنین (ع) کہ یاور یتیمان بود۔

## چکیده

هدف از این مطالعه بررسی و مقایسه اثربخشی مدیریت استرس به شیوه شناختی - رفتاری بر علائم سوگ و اختلال استرس پس از سانحه دختران نوجوان داغدیده مهاجر افغان ساکن استان قم است. این تحقیق از نوع تحقیقات شبه تجربی با طرح پیش‌آزمون - پس‌آزمون با گروه کنترل است. جامعه آماری این مطالعه شامل کلیه نوجوانان دختر ۱۸-۱۲ ساله داغدیده مهاجر افغانی تحت سرپرستی موسسه خیریه امام محمدباقر (ع) در شهرستان قم در سال ۹۰-۹۱ بود که بر اساس مقیاس تاثیر وقایع کودکان (GRIES-8) و پرسشنامه سوگ کودکان (دیرگرو و همکاران، ۲۰۰۱) مورد ارزیابی قرار گرفتند و نمرات این دو پرسشنامه به عنوان خط پایه در نظر گرفته شد. افرادی که دارای بالاترین نمرات بودند به عنوان افراد مورد پژوهش انتخاب شدند و به صورت تصادفی به دو گروه آزمایش و کنترل ( $n_1=n_2=8$ ) تقسیم شدند. گروه آزمایشی ده جلسه مداخله درمانی را دریافت نمود. اطلاعات بدست آمده از گروه‌ها توسط نرم افزار SPSS-16 مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. نتایج آزمون تحلیل کواریانس نشان می‌دهد که تفاوت معنی‌داری بین گروه آزمایش و گروه کنترل در نمرات سوگ و نمرات کلی PTSD و مولفه اجتناب وجود دارد ( $p < 0.05$ ). میزان تاثیر مداخلات درمانی در متغیرهای اجتناب و نمره کل به ترتیب: ۶۵ درصد؛ ۷۷ درصد و متغیر سوگ: ۶۶ درصد می‌باشد. در کل می‌توان نتیجه گرفت که این مداخله درمانی موثر بوده و از آن می‌توان در مراکز درمانی جهت کاهش علائم سوگ و اختلال استرس پس از سانحه استفاده کرد.

**واژگان کلیدی:** مدیریت استرس، سوگ، اختلال استرس پس از سانحه، نوجوان داغدیده

## فهرست مطالب

صفحه

عنوان

### فصل اول: کلیات پژوهش

۱-۱	مقدمه	۱
۲-۱	بیان مسئله پژوهش	۲
۳-۱	اهمیت و ارزش پژوهش	۵
۴-۱	اهداف پژوهش	۵
۱-۴-۱	هدف اصلی	۵
۲-۴-۱	اهداف فرعی	۵
۵-۱	فرضیه‌های پژوهش	۶
۱-۵-۱	فرضیه اصلی	۶
۲-۵-۱	فرضیه‌های فرعی	۶
۶-۱	متغیرهای پژوهش	۶
۷-۱	تعریف اصطلاحات و مفاهیم	۷
۱-۷-۱	تعاریف نظری (مفهومی)	۷
۲-۷-۱	تعاریف عملیاتی	۸

### فصل دوم: مبانی نظری و پیشینه پژوهش

۱۰	مقدمه	۱۰
۱-۲	پیشینه نظری	۱۱
۱-۱-۲	اختلال استرس پس از سانحه (PTSD)	۱۱
۱-۱-۱-۲	تاریخچه اختلال استرس پس از سانحه	۱۲
۲-۱-۱-۲	ملاکهای تشخیصی PTSD بر اساس DSM_IV_TR	۱۴
۳-۱-۱-۲	تشخیص افتراقی و پیش آگاهی	۱۶
۴-۱-۱-۲	شیوع، سیر و الگوی خانوادگی	۱۷
۵-۱-۱-۲	PTSD در کودکان	۱۹
۶-۱-۱-۲	فرایندهای روانشناختی و PTSD	۱۹



۲۲	..... PTSD و حافظه ۱-۶-۱-۱-۲
۲۴	..... PTSD و توجه ۲-۶-۱-۱-۲
۲۵	..... PTSD و تجزیه ۳-۶-۱-۱-۲
۲۷	..... PTSD و واکنش‌های شناختی-هیجانی و PTSD ۴-۶-۱-۱-۲
۲۹	..... PTSD و باورها ۵-۶-۱-۱-۲
۳۰	..... PTSD و راهبردهای مقابله‌ای شناختی و PTSD ۶-۶-۱-۱-۲
۳۱	..... PTSD در عقاید مذهبی و خانوادگی و نقش حمایت‌های اجتماعی- خانوادگی و عقاید مذهبی در PTSD ۷-۱-۱-۲
۳۱	..... PTSD و مدل‌های کنونی در زمینه تبیین و سبب‌شناسی PTSD ۸-۱-۱-۲
۳۴	..... مدل زیست شناختی ۱-۸-۱-۱-۲
۴۰	..... مدل شناختی- رفتاری ۲-۸-۱-۱-۲
۴۲	..... نظریه پردازش هیجانی ۳-۸-۱-۱-۲
۴۴	..... مدل فراشناختی ۴-۸-۱-۱-۲
۴۵	..... PTSD کلی به سبب‌شناسی PTSD ۹-۱-۱-۲
۴۵	..... پیشینه پژوهش ۱۰-۱-۱-۲
۴۵	..... PTSD درمان دارویی PTSD ۱-۱۰-۱-۱-۲
۴۶	..... PTSD درمان دارویی PTSD ۱-۱-۱۰-۱-۱-۲
۴۶	..... PTSD درمان دارویی PTSD ۲-۱-۱۰-۱-۱-۲
۴۸	..... PTSD درمان دارویی PTSD ۳-۱-۱۰-۱-۱-۲
۴۸	..... PTSD درمانی PTSD ۱۱-۱-۱-۲
۴۹	..... PTSD معرفی اجمالی درمان‌های رفتاری PTSD ۱-۱۱-۱-۱-۲
۵۴	..... PTSD از رفتار درمانی PTSD ۱۲-۱-۱-۲
۵۵	..... PTSD از رفتار درمانی PTSD ۱۳-۱-۱-۲
۵۵	..... داغدیدگی ۲-۲
۵۷	..... سوگواری و سوگواری و داغدیدگی ۱-۲-۲
۵۸	..... داغدیدگی در کودکی و نوجوانی ۲-۲-۲
۵۸	..... نظریه‌های موجود در زمینه داغدیدگی ۳-۲-۲
۵۸	..... نظریه زیست‌شناسی ۱-۳-۲-۲

۵۹	..... نظریه روان تحلیلی: فقدان شیء عاطفی
۶۰	..... نظریه رفتارگرایی
۶۱	..... نظریه کردارشناختی
۶۱	..... تعریف نوجوانی
۶۲	..... ماهیت نوجوانی
۶۴	..... مراحل نوجوانی
۶۵	..... نوجوانی و عدم تعادل روانی
۶۷	..... تحولات هیجانی در دوران نوجوانی
۶۸	..... شکل‌گیری هویت در دوران نوجوانی
۶۹	..... تحولات شناختی در دوران نوجوانی
۷۳	..... نقش و اهمیت خانواده در سلامت روان
۷۴	..... نظریه‌های روان‌شناختی در باب نقش پدر
۷۶	..... تحقیقات مربوط به محرومیت از پدر
۷۶	..... درمان شناختی- رفتاری
۷۸	..... تاریخچه و مفاهیم نظری
۸۱	..... دوره‌ی درمان شناختی- رفتاری
۸۱	..... پیشینه پژوهش
۸۲	..... تحقیقات انجام گرفته در خارج از کشور
۸۳	..... تحقیقات انجام گرفته در داخل کشور
۸۳	..... پیشینه پژوهش درمان شناختی- رفتاری PTSD
۸۳	..... معرفی اجمالی درمان‌های شناختی- رفتاری PTSD
۸۵	..... پژوهش‌های خارجی از درمان شناختی- رفتاری PTSD
۹۱	..... پژوهش‌های داخلی از درمان شناختی- رفتاری PTSD
۹۲	..... نتیجه‌گیری

## فصل سوم: روش پژوهش

۱-۳	مقدمه	۹۳
۲-۳	طرح کلی پژوهش	۹۳
۳-۳	متغیرهای پژوهش	۹۴
۴-۳	جامعه آماری	۹۴
۵-۳	حجم نمونه و روش نمونه‌گیری	۹۵
۶-۳	ابزارهای پژوهش	۹۶
۱-۶-۳	پرسشنامه سوگ کودکان (TGIF) (دیرگرو و همکاران ۲۰۰۱)	۹۶
۲-۶-۳	مقیاس تأثیر حوادث کودکان (CRIES-R-8)	۹۶
۳-۶-۳	پرسشنامه اطلاعات عمومی	۹۷
۷-۳	شیوه اجرای پژوهش	۹۷
۸-۳	محتوای جلسات درمانی	۹۸
۱-۸-۳	محتوای جلسات درمانی مدیریت استرس به شیوه شناختی- رفتاری	۹۸
۹-۳	روش‌های تجزیه و تحلیل آماری داده‌ها	۱۰۱

## فصل چهارم: نتایج پژوهش

۱-۴	پیشگفتار	۱۰۲
۲-۴	یافته‌های توصیفی مربوط به متغیرهای جمعیت شناختی	۱۰۲
۳-۴	توصیف داده‌های مربوط به متغیرهای وابسته	۱۰۴
۴-۴	پیش فرضهای آماری جهت آزمون‌های پارامتریک	۱۰۸
۱-۴-۴	پیش فرض نرمال بودن توزیع نمرات گروه‌های نمونه در جامعه	۱۰۸
۲-۴-۴	پیش فرض تساوی واریانسهای گروه‌ها در جامعه	۱۰۹
۳-۴-۴	تعیین و کنترل متغیرهای همگام و ناخواسته	۱۱۰
۱-۳-۴-۴	ضرایب همبستگی متغیرهای پژوهش	۱۱۰
۵-۴	بررسی استنباطی داده‌های مربوط به متغیرهای فرضیه‌ها	۱۱۱
۱-۵-۴	تحلیل کواریانس	۱۱۱

## فصل پنجم: بحث و نتیجه‌گیری

۱-۵ خلاصه پژوهش .....	۱۱۷
۲-۵ بحث در یافته‌های پژوهش .....	۱۱۸
۱-۲-۵ فرضیه‌های پژوهش .....	۱۱۹
۲-۲-۵ نتیجه‌گیری .....	۱۱۹
۳-۵ محدودیت‌های پژوهش .....	۱۱۹
۴-۵ پیشنهادها .....	۱۱۹
۱-۴-۵ پیشنهادهایی برای پژوهشگران آتی .....	۱۱۹
۲-۴-۵ پیشنهادهای کاربردی .....	۱۲۰
پیوست ۱ .....	۱۲۱
پیوست ۲ .....	۱۴۱
پیوست ۳ .....	۱۴۲
پیوست ۴ .....	۱۴۳
منابع و مأخذ .....	۱۴۸

## فهرست شکل‌ها

صفحه

عنوان

- شکل (۱-۲): مدل شناختی در مورد تداوم PTSD ..... ۳۹
- شکل (۲-۲): عوامل مطرح در سبب‌شناسی اختلال استرس پس از سانحه ..... ۴۵
- شکل (۱-۴): مقایسه‌ی میانگین متغیرهای جمعیت شناختی شرکت‌کنندگان در پژوهش در گروه  
آزمایش و کنترل ..... ۱۰۳
- شکل (۲-۴): مقایسه میانگین نمرات PTSD در پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری در دو گروه  
آزمایش و کنترل ..... ۱۰۴
- شکل (۳-۴): مقایسه میانگین نمرات افکار مزاحم در پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری در دو گروه  
آزمایش و گواه ..... ۱۰۵
- شکل (۴-۴): مقایسه میانگین نمرات اجتناب پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری در دو گروه آزمایش و  
کنترل ..... ۱۰۶
- شکل (۵-۴): مقایسه میانگین نمرات سوگ پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری در دو گروه آزمایش و  
گواه ..... ۱۰۸
- شکل (۶-۴): میانگین تعدیل شده نمرات سوگ پس‌آزمون دو گروه آزمایش و گواه ..... ۱۱۲
- شکل (۷-۴): میانگین تعدیل شده نمرات PTSD پس‌آزمون دو گروه آزمایش و گواه ..... ۱۱۳
- شکل (۸-۴): میانگین تعدیل شده نمرات سوگ پیگیری دو گروه آزمایش و گواه ..... ۱۱۴
- شکل (۹-۴): میانگین تعدیل شده نمرات PTSD پیگیری دو گروه آزمایش و گواه ..... ۱۱۶

## فهرست جدول‌ها

صفحه

عنوان

- جدول (۱-۲): میزان تأثیر داروها بر علائم PTSD در یک پژوهش در ایران..... ۴۷
- جدول (۱-۳): سیمای کلی طرح پژوهش..... ۹۴
- جدول (۱-۴): میانگین، انحراف استاندارد و واریانس متغیرهای جمعیت شناختی شرکت‌کنندگان در پژوهش در گروه آزمایش و کنترل..... ۱۰۳
- جدول (۲-۴): میانگین و انحراف معیار نمرات پیش آزمون، پس‌آزمون و پیگیری PTSD در دو گروه آزمایش و گواه..... ۱۰۴
- جدول (۳-۴): مقایسه میانگین و انحراف معیار نمرات افکار مزاحم در گروه آزمایش و کنترل، در مراحل پیش آزمون، پس‌آزمون و پیگیری..... ۱۰۵
- جدول (۴-۴): مقایسه میانگین و انحراف معیار نمرات اجتناب در گروه‌های آزمایش و کنترل، در مراحل پیش آزمون، پس‌آزمون و پیگیری..... ۱۰۶
- جدول (۵-۴): مقایسه میانگین و انحراف معیار نمرات PTSD و مولفه‌های آن در گروه آزمایش و کنترل، در مراحل پیش آزمون، پس‌آزمون و مرحله پیگیری..... ۱۰۷
- جدول (۶-۴): مقایسه میانگین و انحراف معیار نمرات سوگ پیش آزمون، پس‌آزمون و پیگیری در دو گروه آزمایش و گواه..... ۱۰۷
- جدول (۷-۴): نتایج آزمون شاپیرو-ویلک در مورد پیش فرض نرمال بودن توزیع..... ۱۰۹
- جدول (۸-۴): نتایج آزمون لوین در بررسی تساوی واریانس‌های گروه‌ها در جامعه..... ۱۰۹
- جدول (۹-۴): میزان همبستگی و ضریب معناداری متغیرها..... ۱۱۰
- جدول (۱۰-۴): نتایج تحلیل مانکوا در متغیر سوگ در گروه آزمایش و کنترل بعد از کنترل متغیر مداخله‌گر (پیش‌آزمون)، در مرحله پس‌آزمون..... ۱۱۱
- جدول (۱۱-۴): نتایج تحلیل مانکوا در متغیر علائم کلی PTSD در گروه آزمایش و کنترل بعد از کنترل متغیر مداخله‌گر (پیش‌آزمون)، در مرحله پس‌آزمون..... ۱۱۲
- جدول (۱۲-۴): نتایج تحلیل مانکوا در متغیر سوگ در گروه آزمایش و کنترل بعد از کنترل متغیر مداخله‌گر (پیش‌آزمون)، در مرحله پیگیری..... ۱۱۴
- جدول (۱۳-۴): نتایج تحلیل مانکوا در متغیر PTSD در گروه آزمایش و کنترل بعد از کنترل متغیر مداخله‌گر (پیش‌آزمون)، در مرحله پیگیری..... ۱۱۵

## فصل اول

### کلیات پژوهش

#### ۱-۱ مقدمه

از دست دادن پدر یا مادر و یا هر دو به دلایل مختلف از جمله جدایی، طلاق و مرگ در دوران کودکی عامل مهم و زمینه‌ساز آسیب‌شناسی روانی در بزرگسالی قلمداد شده است. کندلر<sup>۱</sup> و همکاران (1996)، معتقدند که از دست دادن فرد محبوب بویژه عضوی از خانواده، یکی از تجربیات بسیار دردناک است که بشر در طول زندگی خود از آن رنج می‌برد. بالبی<sup>۲</sup> (1980)، می‌گوید: از دست دادن عزیزان در خردسالی می‌تواند افراد را حساس نموده و آنها را بیشتر مستعد ناراحتی‌هایی کند که در آینده تجربه خواهند کرد.

رافائل<sup>۳</sup> (1987)، معتقد است: داغدیدگی نمونه‌ی کاملی از "از دست دادن" است که به مثابه حالت و واکنش نسبت به مرگ یا از دست دادن کسی که فرد قبلاً به او وابستگی داشته است، می‌باشد. پارکینسن<sup>۴</sup> (1993)، عقیده دارد که داغدیدگی یک تجربه‌ی دردناک است که به علائمی از سوگواری منجر می‌شود که این علائم شبیه علائم "اختلال تنیدگی پس‌ضربه‌ای" هستند. همچنین در مورد ارتباط داغدیدگی با اختلال تنیدگی

---

1- Kendler

2- Bowlby, J.

3- Rafael, B.

4- Parkinson

پس ضربه‌ای، شات<sup>1</sup> و همکاران (1991)، نظر دارند که علائم "اختلال تنیدگی پس ضربه‌ای" با داغدیدگی همپوشی دارند.

براون و هریس<sup>2</sup> (1987)، عقیده دارند که از دست دادن پدر یا مادر به مثابه‌ی یک عامل مستعد سازنده و زمینه‌ساز است بیش از آنکه عامل آشکارساز و برانگیزنده باشد. برخی از روانشناسان داغدیدگی را در بستر تحقیقات مربوط به تنیدگی مطالعه می‌کنند (هلمز و راهه<sup>3</sup>، 1967؛ دورن وند و دورن وند<sup>4</sup>، 1978). این رویکرد با بوجود آمدن طبقه‌ای از اختلال که مخصوصاً با ضربه زنده و آشکار گشته است یعنی اختلال تنیدگی پس از ضربه مورد تایید قرار گرفته است. بعلاوه این اختلال، تنیدگی ناشی از دست دادن را نیز که در اثر بلایای طبیعی یا بشری و یا با مضمون نظامی است، پوشش می‌دهد. این پژوهش در پی آن است که کار آمدی و اثر بخشی رویکرد درمانی مدیریت استرس به شیوه شناختی- رفتاری را بر علائم سوگم و استرس پس از ضربه دختران نوجوان داغدیده مهاجر افغان تحت سرپرستی موسسه خیریه امام محمدباقر (ع) در شهرستان قم مورد بررسی قرار دهد.

## ۱-۲ بیان مسئله پژوهش

خانواده از نهادهای پویا و پایدار جامعه است و سلامت آن نشانگر سلامت جامعه و اعضای آن می‌باشد. سلامت خانواده و اعضای آن هنگامی تضمین می‌شود که پدر و مادر- هر دو- سرپرستی و پرورش فرزندان را دارا باشند. نوجوانانی که یک یا هر دو والد خود را از دست می‌دهند، در برابر آسیب‌های اجتماعی ترد و شکننده می‌شوند، لذا عدم حضور هر یک از والدین در محیط خانواده تعادل آن را برهم‌زده و آثاری سوء بر رشد طبیعی فرزندان می‌گذارد (بلک بی<sup>5</sup>، هوکان ای<sup>6</sup>، 1995).

کودکان به دلایل مختلف والدین خود را از دست می‌دهند، مرگ طبیعی، مرگ ناگهانی، تصادف (بیرانت<sup>7</sup> و همکاران 2004، استالارد<sup>8</sup> و اسمیت<sup>9</sup>، 2007)، جنگ، سیل، زلزله، سونامی، آتشفشان، طوفان، ایدز (کلور<sup>10</sup> و همکاران، 2007، ژائو<sup>11</sup> و همکاران، 2007)، قتل، خودکشی و اعدام. هر نوع فقدان تأثیر خاص خودش را دارد که از بقیه فقدان‌ها متفاوت است (بلک دی<sup>12</sup>، 1987).

- 
- 1- Schut
  - 2- Brown, G. W. & Harris
  - 3- Holmes, T. H. & Rahe
  - 4- Dohrenwend, B. S. & Dohrenwend
  - 5- Black B
  - 6- Hocan A
  - 7- Bryant
  - 8- Stallard
  - 9- Smith
  - 10- Cluver
  - 11- Zhao
  - 12- Black D



پدر نقش مهمی در خانواده داشته و حضور وی در رشد عاطفی - اجتماعی کودکان بسیار موثر است. پدرانی که ارتباط مثبت و موثری با کودکانشان داشته، زمان بیشتری را با آنها می‌گذرانند و ارتباط گرم و نزدیک با آنها دارند، دارای فرزندان با مشکلات رفتاری کمتر، رفتار اجتماعی قابل قبول‌تر (هارت<sup>1</sup>، هوزا<sup>2</sup>، پلهم<sup>3</sup>، 2007) و احساس کفایت تحصیلی و پیشرفت تحصیلی بالاتری هستند (آماتو<sup>4</sup>، گیلبرت<sup>5</sup>، 1999). لذا از دست دادن پدر طی این سالها می‌تواند لطمات جبران ناپذیری بر سلامت روانی کودکان وارد سازد. مساله فقدان پدر طی دهه‌های اخیر توجه بسیاری از محققین علوم تربیتی و روان‌شناسی را جلب کرده، به طوری که در خلال سالهای 1974 تا 1998 حدود 345 مقاله در این خصوص در مجلات روان‌شناختی منتشر شده است (نیسی، نجاریان، پور فرجی، 1380). بنابراین می‌توان گفت که این مسئله کارکرد طبیعی و بهنجار خانواده را تهدید می‌کند. در خانواده‌ای که پدر وجود ندارد یا نقش خود را به درستی ایفا نمی‌کند، فرزندان تصویر درستی از پدر ندارند تا خود را با آن همانند سازند (احمدی، 1374).

سوگواری در قبال مرگ، فرایندی طبیعی و لازم در بزرگسالان است که اکثر مردم آن را تجربه می‌کنند اگرچه ممکن است مردم غالباً فاقد حمایت‌های لازم برای حل و فصل کردن درد ماتم‌زدگی فرد باشند. داغدیدگی حالت سوگ مربوط به فرد مورد علاقه است. در DSM-IV-TR، داغدیدگی یک اختلال روانی محسوب نمی‌شود، بلکه در طبقه اختلالات اضافی که ممکن است کانون توجه بالینی باشند، منظور شده است. طول مدت داغدیدگی طبیعی متغیر است؛ در کودکان طول مدت آن تا حدودی به نظام حمایتی مناسب بستگی دارد. (سادوک و سادوک، 1388).

افغانستان از جمله کشورهایی است که بیش از سه دهه است که جنگ را تجربه می‌کند و در این میان بیشترین مهاجر را در کشورهای دیگر دارد. این در حالی است که بیش از یک میلیون در این جنگ کشته شده‌اند و بر این اساس، بیش از چند برابر این افراد کشته شده، افرادی سوگوار عزیزان از دست رفته خود شدند. در این مواقع واکنش سوگ امری طبیعی، ولی آنچه مشکل داغدیدگان را مضاعف می‌کند و آنان را بسوی آسیب روانشناختی جدی رهنمون می‌سازد، در معرض تروما بودن و شاهد کشته شدن عزیزان خود بودن است. متأسفانه بسیاری از داغدیدگان افغانستان در معرض تهاجم بوده‌اند. به خصوص در زمان حمله طالبان، داغدیدگان شاهد کشته شدن عزیزان خود در بدترین وضعیت بوده‌اند. این افراد دچار استرس پس از سانحه (PTSD) شده‌اند.

- 
- 1- Hurt
  - 2- Hoza
  - 3- Pelham
  - 4- Amato
  - 5- Gilbreth

اختلال استرس پس از سانحه آخرین گروه اختلالات اضطرابی است که در آن نشانه‌های مرضی روانشناختی به دنبال یک رویداد فشارزا و غیر قابل تحمل از قبیل جنگ، زلزله، حوادث رانندگی، بمباران، وحشت و زندگی در اردوگاه‌های اسیران جنگی رخ می‌دهد. در همین راستا تحقیقات نشان می‌دهد که عوامل فشارزا می‌تواند پیامدهایی مانند کاهش سلامت و خلق را در پی داشته باشد.

علاوه بر این عوامل در کودکان از دست دادن حمایت خانوادگی و اجتماعی مانند فوت والدین با شدت نشانه‌های اختلال پس از سانحه ارتباط داشته است.

جنگ یکی از فجایع انسانی است که عوارض متعدد روانی- اجتماعی دارد. در طبقه‌بندی باید فجایع طبیعی (مانند زلزله، طوفان، سیل و...) را از فجایع انسانی (مانند جنگ، قتل و...) تفکیک کرد. توجه به وضعیت روانی کودکان و خانواده بعد از فجایع از مسائل اساسی هر جامعه‌ای است که باید مورد توجه قرار گیرد (رافائل<sup>1</sup>، ترجمه طالبی نژاد و کلانتری، 1372). عوارض روانی ناشی از جنگ در طبقه‌بندی‌های بین‌المللی اختلالات روانی تحت عنوان اختلال استرس پس از سانحه مطرح شده است (انجمن روانپزشکان آمریکا، 2000). اختلال استرس پس از سانحه به شکل‌های گوناگون از جمله اضطراب، افسردگی، جسمی‌سازی و اختلال در روابط بین فردی بروز می‌کند (کاپلان و سادوک، ترجمه پورافکاری، 1386).

یکی از شیوه‌های کاهش اضطراب مدیریت استرس به شیوه شناختی- رفتاری می‌باشد. مدیریت استرس چندین مکانیزم دارای حمایت تجربی که تصور می‌شود بر استرس و بهبود سلامت کلی و کیفیت زندگی اثر می‌گذارد را ترکیب می‌کند. این مداخله بر افزایش مهارت‌های مقابله از طریق به کار گرفتن حمایت‌های اجتماعی، کاهش مقابله‌های اجتماعی و منفعل، افزایش مقابله رفتاری و شناختی فعال و کاهش اضطراب و افسردگی تاکید می‌کند. طی چند دهه اخیر پدیده مهاجرت موجب شده است که بررسی سلامت روانی مهاجران دامنه‌ی گسترده‌تری پیدا کند. گذشته از اینکه مهاجرت به خودی خود موجب بروز اختلال‌های روانپزشکی می‌گردد، عواملی مانند وضعیت بد اقتصادی، تفاوت‌های گویشی و فرهنگی، جدایی از بستگان و عللی که موجب مهاجرت می‌شوند در افزایش آن نقش عمده‌ای دارند. مهاجران در کشورهای میزبان اغلب از خدمات چشمگیری در زمینه‌ی بهداشت روانی برخوردار نیستند (استوار، کلافی، 1378). بنا بر آنچه گفته شد این پژوهش در پی آن است که کارآمدی و اثربخشی رویکرد درمانی مدیریت استرس به شیوه شناختی- رفتاری را بر علائم سوگ و استرس پس از ضربه دختران نوجوان داغ‌دیده مهاجر افغان تحت سرپرستی موسسه خیریه امام محمدباقر(ع) در شهرستان قم مورد بررسی قرار دهد.

## ۱-۳ اهمیت و ارزش پژوهش

هیچ لفظی برای شرح وضعیت احساسی و ذهنی افرادی که تراژدی جنگ را تجربه کرده‌اند وجود ندارد. علی‌الخصوص کودکانی که در طول جنگ با تجربیات فراموش نشدنی ناشی از تروما و وجود بی‌رحمی‌ها در میان سختی‌ها و ترس از مرگ زندگی کرده‌اند. کودکان بخش مکمل و حاشیه‌ای درگیری‌های جنگی هستند. آنها مفقود می‌شوند، از خانواده جدا می‌افتند، مهاجرت می‌کنند، یتیم می‌شوند، شکنجه می‌شوند، مورد سوء استفاده‌های جنسی قرار می‌گیرند، ربوده می‌شوند. اغلب آنها از گرسنگی می‌میرند و یا همراه با خاطرات تروماتیک خود با هزاران نفر دیگر در اردوگاه‌های جنگ زدگان زندگی می‌کنند.

امروزه میلیون‌ها کودک و نوجوان، به واسطه‌ی عدم حضور یکی از والدین، بخصوص پدر، در معرض خطر سوق به سوی انواع انحرافات قرار دارند. تحقیقات نشان داده‌اند که این نوجوانان بیش از نوجوانان خانواده‌های دو والدینی بیولوژیکی افت یا ترک تحصیلی دارند. بدون توجه به سطح ترومای روانشناختی، پرواضح است که تجربیات تروماتیک ناشی از جنگ اثرات تضعیف‌کننده‌ای بر عملکرد کاری کودک برای آسایش یا زندگی طبیعی دارد. مداخله اولیه در جهت پیشگیری از مشکلات آینده‌ای که تروما در زندگی افراد ایجاد می‌کند، می‌باشد.

از سویی دیگر رشد سریع جمعیت، مشکلات اقتصادی، بی‌ثباتی سیاسی، درگیری‌های قومی و نژادی، جنگ و بیکاری در کشورهای رو به رشد باعث شده است که جمعیت مهاجران و پناهندگان در سال‌های اخیر، به شدت افزایش یابد. تامین بهداشت روانی مهاجران و پناهندگان نیازمند دانستن اطلاعاتی در زمینه مشکلات بهداشت روانی آنها می‌باشد. بررسی وضعیت سلامت روانی آنها می‌تواند در زمینه برنامه‌ریزی‌های بهداشت عمومی در پیشگیری اولیه برای نیازهای بهداشت روانی و پناهندگان کمک کند.

## ۱-۴ اهداف پژوهش

### ۱-۴-۱ هدف اصلی

۱- تعیین اثربخشی مدیریت استرس به شیوه شناختی - رفتاری بر علائم سوگ و PTSD دختران نوجوان مهاجر داغ‌دیده افغانی

### ۱-۴-۲ اهداف فرعی

۱- تعیین اثربخشی مدیریت استرس به شیوه شناختی - رفتاری بر علائم سوگ دختران نوجوان مهاجر داغ‌دیده افغانی (مرحله پس‌آزمون)

2- تعیین اثربخشی مدیریت استرس به شیوه شناختی - رفتاری بر علائم PTSD دختران نوجوان مهاجر داغدیده افغانی (مرحله پس آزمون)

3- تعیین اثربخشی مدیریت استرس به شیوه شناختی - رفتاری بر علائم سوگ دختران نوجوان مهاجر داغدیده افغانی (مرحله پیگیری)

4- تعیین اثربخشی مدیریت استرس به شیوه شناختی - رفتاری بر علائم PTSD دختران نوجوان مهاجر داغدیده افغانی (مرحله پیگیری)

## ۱-۵ فرضیه‌های پژوهش

### ۱-۵-۱ فرضیه اصلی

1- مدیریت استرس به شیوه شناختی - رفتاری بر علائم سوگ و PTSD دختران نوجوان مهاجر داغدیده افغانی موثر است.

### ۱-۵-۲ فرضیه‌های فرعی

1- مدیریت استرس به شیوه شناختی - رفتاری بر میزان علائم سوگ دختران نوجوان مهاجر داغدیده افغانی موثر است (مرحله پس آزمون).

2- مدیریت استرس به شیوه شناختی - رفتاری بر میزان علائم PTSD دختران نوجوان مهاجر داغدیده افغانی موثر است (مرحله پس آزمون).

3- مدیریت استرس به شیوه شناختی - رفتاری بر میزان علائم سوگ دختران نوجوان مهاجر داغدیده افغانی موثر است (مرحله پیگیری).

4- مدیریت استرس به شیوه شناختی - رفتاری بر میزان علائم PTSD دختران نوجوان مهاجر داغدیده افغانی موثر است (مرحله پیگیری).

## ۱-۶ متغیرهای پژوهش

### الف) متغیرهای مستقل

متغیر مستقل در این پژوهش عبارت بود از: درمان شناختی - رفتاری مدیریت استرس (CBSM)، پروتکل این روش درمانی در پیوست آورده شده است.

### ب) متغیرهای وابسته