

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ



دانشگاه اصفهان

دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی

گروه روان‌شناسی

پایان‌نامه کارشناسی ارشد رشته روان‌شناسی بالینی

**ارائه الکوی ساختاری عوامل خطر سوگ بحران‌زا و رابطه آن با اختلال استرس**

**پس از سانحه در کودکان و نوجوانان داغ‌دیده مهاجر افغانی**

استاد راهنما:

دکتر مهرداد کلانتری

استاد مشاور:

دکتر احمد عابدی

پژوهشگر:

پریناز سجادیان

شهریورماه ۱۳۹۱

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



دانشگاه اصفهان

دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی

گروه روان‌شناسی

پایان‌نامه کارشناسی ارشد رشته‌ی روان‌شناسی بالینی خانم پریناز سجادیان

تحت عنوان

**ارائه الگوی ساختاری عوامل خطر سوگ بحران‌زا و رابطه آن با**

**اختلال استرس پس از سانحه در کودکان و نوجوانان داغ‌دیده**

**مهاجر افغانی**

در تاریخ ۹۱/۶/۱۲ توسط هیات داوران زیر بررسی و با درجه عالی به تصویب نهایی رسید.

۱- استاد راهنمای پایان‌نامه

دکتر مهرداد کلانتری

با مرتبه علمی دانشیار امضا

۲- استاد مشاور پایان‌نامه

دکتر احمد عابدی

با مرتبه علمی استادیار امضا

۳- استاد داور داخل گروه

دکتر حمیدطاهر نشاط‌دوست

با مرتبه علمی استاد امضا

۴- استاد داور خارج از گروه

دکتر مریم فاتحی‌زاده

با مرتبه علمی دانشیار امضا

امضاء مدیر گروه



## پاس اری

یتیمی تراپس اک (ارا الوی ساتری وال گوک ان زاورا. آن با قلال ا مر س ازسا. وکلن و ووان دایده ما اخلی) وی نیات بار  
علی و مرت ۱۰۰۱. م روی و اروح اعا ن مراب قد اعداء جان ال دورای زارو د مر س علا ندان اری مرد.

اون گاه پاس است، از نریلید آوری د :

ان وش پای ص. وی ن کا. ره رشادمای مری دللام و جاشای سی وادی بی ان. فرش آن راجا ووا سا. است و ازان رو ون آن برکاری  
ت. گره ام آوردن ان وش از کاری ن از صا ان. دوتن دا وروآ نیان علا ند و درار وده است.

مان اساید و مردان نی نی دوران نیلات تیبی ازداش آن. دند دیده ام. اساید اما ن آب سی د سر. دا وکلا مری، با غفتی کابرواژه نی  
ر رم تری سی اولن مر ن ان وش را مده رو یان وش، ول رسا رباب و ا و با و ص. اولن طا. ده ورا مان سی س از زره و کارشا  
اروی ان مر ن شا د و و ماهه ار.

اتادار ند ن آب سی د مر ا مد عاری با مرف و و اعا ن ری و باز ون ازان وش رباب روی با ز و اشاری آ و زره ارا در.

اساید مرم داوران مرکارخام م ن زاده و و هیات مرم دا ه با و و خ. یار، ن از ت سی ان ا از مرف انده و ز. سازن ان وش وور  
و باره پاره ای نی سی طبا وش باشایی پنخ. دوتن و بوی ریا ن از اطلاعات ورد میازرا ایلان مر ار و اور.

روما و و ا ان رکاکرم مام دوران زرن دمای مرشان در رام وده و ما و ارشادات و و. سی کارآراشان واره و راه ان مر وده است.

مر بام و خا و وده اش واره گلاره را نی ن طا و ق و ادا ل ورد وق ارداده ورن سان یاری از و لری ی راه را واره ار.

قی اجا و د. وض نی دار ا. پاس 'ما وورا' : مریولی بالیاد بر رویه انی شان آورده شده و کاری و'وق و دعاشان نوی تیل

ان وش نی دا. است ا زدارد. بان حال ا طلی ان و تارات وش طقا مده و نده است.

رجاء واق د اردان ق مترع ضلالت و کلمات زران دایده راحشای ون و دست ارکاران ار مرد.

## قدم

: مرن و مرن باوی مان مرت ز (اس)

: ارواح . مد، زران دا ریده و مان

: رروما و و ا ان د وزم مام ال زرن ازانشو رکاری سی ما و صا آ ن وردار وده ام.

: مر بام اه اضای خاواده اش باشابی اوان واره وق وردکار ن بانند.

## چکیده

هدف از پژوهش حاضر تدوین الگوی ساختاری از عوامل خطر سوگ بحران‌زا و رابطه آن با اختلال استرس پس از سانحه در کودکان و نوجوانان داغ‌دیده مهاجر افغانی بوده است. این پژوهش از نوع توصیفی-همبستگی مبتنی بر معادلات ساختاری است. جامعه آماری این پژوهش کلیه کودکان و نوجوانان داغ‌دیده افغانی تحت پوشش بنیاد خیریه امام محمدباقر (ع) در شهرستان قم بوده‌اند. بدین منظور نمونه‌ای متشکل از ۳۳۵ دختر و پسر افغان از موسسه خیریه امام محمدباقر (ع) در شهرستان قم انتخاب و پرسشنامه‌های ۲۲ سوالی جمعیت‌شناختی محقق ساخته، سوگ در کودکان (دیوگرو و همکاران، ۲۰۰۱) و مقیاس تجدید نظر شده تاثیر وقایع CRIES-8 بر روی آنان اجرا گردید. این مدل با استفاده از نرم‌افزار آماری Amos طراحی گردیده است. نتایج بدست آمده نشان داد که در مجموع مدل اصلاح شده مسیر عوامل خطر سوگ با اختلال استرس پس از سانحه (PTSD) توسط داده‌های گردآوری شده مورد حمایت قرار می‌گیرد و در مجموع مدل مسیر عوامل خطر سوگ با اختلال استرس پس از سانحه (PTSD) به خوبی برازش شده است. نتایج بیانگر آن بودند که در این الگو رابطه جنسیت (-۰/۲۲)، همچنین وضعیت مسکن (۰/۱۶) و وضعیت اقتصادی (-۰/۱۵) و معنادار بوده‌اند و خطر سوگ بر اختلال استرس پس از سانحه (PTSD) (۰/۳۶) و معنادار برآورد شده است.

**واژگان کلیدی:** الگوی ساختاری، عوامل خطر، سوگ بحران‌زا، اختلال استرس پس از سانحه

## فهرست مطالب

صفحه

عنوان

### فصل اول: کلیات پژوهش

مقدمه.....	۱
۱-۱ شرح و بیان مساله پژوهش.....	۲
۲-۱ اهمیت نظری، عملی پژوهش.....	۶
۳-۱ اهداف پژوهش.....	۷
۴-۱ فرضیه‌های پژوهش.....	۷
۵-۱ متغیرهای پژوهش.....	۷
۶-۱ تعاریف اصطلاحات و مفاهیم.....	۸
۱-۶-۱ تعاریف نظری (مفهومی).....	۸
۱-۱-۶-۱ سوگ بحران‌زا.....	۸
۲-۱-۶-۱ عوامل خطر سوگ بحران‌زا.....	۸
۳-۱-۶-۱ اختلال استرس پس از سانحه (PTSD).....	۸
۲-۶-۱ تعاریف عملیاتی.....	۸
۱-۲-۶-۱ سوگ بحران‌زا.....	۸
۲-۲-۶-۱ عوامل خطر سوگ بحران‌زا.....	۸
۳-۲-۶-۱ اختلال استرس پس از سانحه.....	۸

### فصل دوم: پیشینه پژوهش

مقدمه.....	۹
۱-۲ پیشینه نظری.....	۱۱
۱-۱-۲ گفتار اول: سوگ و سوگ.....	۱۱
۱-۱-۲ سوگ، سوگواری، سوگ.....	۱۱
۲-۱-۲ انواع سوگ.....	۱۲
۳-۱-۲ سوگ طبیعی.....	۱۲
۴-۱-۲ دوره‌ی طبیعی سوگ.....	۱۳
۵-۱-۲ تظاهرات سوگ طبیعی.....	۱۴
۱-۵-۱-۲ تظاهرات جسمانی.....	۱۴



۱۵	۲-۵-۱-۱-۲ تظاهرات شناختی
۱۵	۳-۵-۱-۱-۲ تظاهرات هیجانی- عاطفی
۱۶	۴-۵-۱-۱-۲ تظاهرات رفتاری
۱۶	۵-۵-۱-۱-۲ تظاهرات اجتماعی
۱۶	۶-۱-۱-۲ سوگ آسیب شناختی یا پیچیده
۱۷	۷-۱-۱-۲ سوگ پیشاپیش
۱۷	۸-۱-۱-۲ تشخیص افتراقی
۱۸	۱-۸-۱-۱-۲ سوگ بهنجار و سوگ آسیب شناختی
۱۸	۲-۸-۱-۱-۲ سوگ و افسردگی
۱۹	۳-۸-۱-۱-۲ سوگ آسیب شناختی و اختلال استرس پس از سانحه (PTSD)
۲۰	۴-۸-۱-۱-۲ سوگ آسیب شناختی و اختلال اضطرابی
۲۱	۹-۱-۱-۲ انواع فقدان
۲۱	۱-۹-۱-۱-۲ مرگ فرزند
۲۲	۲-۹-۱-۱-۲ مرگ همسر
۲۲	۳-۹-۱-۱-۲ مرگ والدین
۲۴	۱۰-۱-۱-۲ عوامل خطر زای سوگ
۲۴	۱-۱۰-۱-۱-۲ جنسیت
۲۵	۲-۱۰-۱-۱-۲ ترتیب تولد
۲۵	۳-۱۰-۱-۱-۲ دلایل مرگ
۲۵	۴-۱۰-۱-۱-۲ مرگ قابل پیش‌بینی یا ناگهانی
۲۶	۱۱-۱-۱-۲ موضع‌گیری‌های نظری درباره‌ی سوگ
۲۶	۱-۱۱-۱-۱-۲ نظریه روان پویایی
۲۷	۲-۱۱-۱-۱-۲ نظریه‌ی دلبستگی و میان فردی
۲۸	۳-۱۱-۱-۱-۲ نظریه شناختی
۳۰	۴-۱۱-۱-۱-۲ نظریه رفتارگرایی
۳۰	۵-۱۱-۱-۱-۲ نظریه مراحل
۳۲	۶-۱۱-۱-۱-۲ رویکرد سیستم خانواده
۳۲	۷-۱۱-۱-۱-۲ مدل فرایند دو گانه کنار آمدن با فقدان

۳۳	۸-۱۱-۱-۱-۲ مدل مراحل رشد.....
۳۴	۲-۱-۲ گفتار دوم: اختلال استرس پس از سانحه.....
۳۵	۱-۲-۱-۲ تاریخچه اختلال استرس پس از سانحه.....
۳۷	۲-۲-۱-۲ ملاک‌های تشخیصی اختلال استرس از سانحه بر اساس DSM-IV-IR.....
۳۸	۳-۲-۱-۲ ویژگی و اختلالات همراه.....
۳۹	۴-۲-۱-۲ سبب‌شناسی.....
۳۹	۱-۴-۲-۱-۲ ابعاد عوامل فشار زا.....
۴۰	۲-۴-۲-۱-۲ متغیرهای شخصیتی.....
۴۰	۳-۴-۲-۱-۲ متغیرهای محیطی.....
۴۱	۴-۴-۲-۱-۲ پاسخ‌های فرد به آسیب.....
۴۳	۵-۲-۱-۲ شیوع، سیر و الگوی خانوادگی.....
۴۴	۶-۲-۱-۲ تشخیص افتراقی و پیش آگهی.....
۴۵	۷-۲-۱-۲ مشکل طبقه‌ی تشخیصی PTSD.....
۴۵	۸-۲-۱-۲ فرایندهای روان‌شناختی و PTSD.....
۴۵	۱-۸-۲-۱-۲ حافظه و PTSD.....
۴۷	۲-۸-۲-۱-۲ توجه و PTSD.....
۴۸	۳-۸-۲-۱-۲ تجزیه و PTSD.....
۴۹	۴-۸-۲-۱-۲ واکنش‌های شناختی هیجانی و PTSD.....
۵۰	۵-۸-۲-۱-۲ باورها و PTSD.....
۵۱	۹-۲-۱-۲ نقش حمایت‌های اجتماعی و خانوادگی در PTSD.....
۵۱	۱۰-۲-۱-۲ نظریه‌ها و مدل‌های کنونی در تبیین و سبب‌شناسی PTSD.....
۵۲	۱-۱۰-۲-۱-۲ مدل زیست‌شناسی.....
۵۳	۲-۱۰-۲-۱-۲ مدل شناختی-رفتاری.....
۵۷	۳-۱۰-۲-۱-۲ نظریه پردازش هیجانی.....
۵۹	۴-۱۰-۲-۱-۲ مدل فراشناختی.....
۵۹	۱۱-۲-۱-۲ نگرش کلی به سبب‌شناسی PTSD.....
۶۰	۲-۲ بخش دوم: پیشینه پژوهش.....
۶۰	۱-۲-۲ پیشینه پژوهش در داخل از کشور.....

۶۱ ..... ۲-۲-۲ پیشینه پژوهش در خارج از کشور

۷۰ ..... ۳-۲ نتیجه‌گیری

### فصل سوم: روش پژوهش

۷۱ ..... مقدمه

۷۱ ..... ۱-۳ طرح کلی پژوهش

۷۱ ..... ۲-۳ متغیرهای پژوهش

۷۱ ..... ۱-۲-۳ متغیرهای مستقل

۷۱ ..... ۲-۲-۳ متغیرهای وابسته

۷۲ ..... ۳-۳ جامعه آماری

۷۲ ..... ۴-۳ حجم نمونه و روش نمونه‌گیری

۷۲ ..... ۵-۳ ابزارهای پژوهش

۷۲ ..... ۱-۵-۳ پرسشنامه جمعیت‌شناسی ۲۲ سوالی محقق ساخته

۷۲ ..... ۲-۵-۳ پرسشنامه سوگ کودکان (TGIF) دیرگرو و همکاران، (۲۰۰۱)

۷۳ ..... ۳-۵-۳ پرسشنامه مقیاس تجدید نظر شده تاثیر وقایع CRIES-8

۷۳ ..... ۶-۳ شیوه اجرا و تدوین الگو

۷۴ ..... ۷-۳ روش تجزیه و تحلیل داده‌ها

### فصل چهارم: یافته‌های پژوهش

۷۵ ..... ۱-۴ مقدمه

۷۶ ..... ۲-۴ یافته‌های توصیفی

### فصل پنجم: بحث و نتیجه‌گیری

۹۵ ..... ۱-۵ خلاصه پژوهش

۹۵ ..... ۲-۵ بحث در یافته‌های پژوهش

۹۵ ..... ۱-۲-۵ فرضیه‌های پژوهش

۹۹ ..... ۳-۵ نتیجه‌گیری

۱۰۰ ..... ۴-۵ محدودیت‌های پژوهش

۱۰۰ ..... ۵-۵ پیشنهادات پژوهش

۱۰۰ ..... ۶-۵ پیشنهادات کاربردی

صفحه	عنوان
۱۰۱	پیوست ۱
۱۰۲	پیوست ۲
۱۰۳	پیوست ۳
۱۱۰	منابع و مأخذ

## فهرست شکل‌ها

عنوان	صفحه
شکل ۱-۱ مدل مفهومی عوامل خطر سوگ بحران‌زا و رابطه آن با اختلال استرس پس از سانحه	۶
شکل ۱-۲ فرایند تجربه سوگ	۱۳
شکل ۱-۴ توزیع کودکان و نوجوانان داغ‌دیده افغانی بر حسب جنس	۷۶
شکل ۲-۴ توزیع کودکان و نوجوانان داغ‌دیده افغانی بر حسب والد فوت شده	۷۷
شکل ۳-۴ توزیع کودکان و نوجوانان داغ‌دیده افغانی بر حسب دلیل مرگ والد	۷۸
شکل ۴-۴ توزیع کودکان و نوجوانان داغ‌دیده افغانی بر حسب تحصیلات والد فوت شده	۷۹
شکل ۵-۴ توزیع کودکان و نوجوانان داغ‌دیده افغانی بر حسب سرپرست کنونی	۸۰
شکل ۶-۴ توزیع کودکان و نوجوانان داغ‌دیده افغانی بر حسب مشکل جسمانی سرپرست	۸۱
شکل ۷-۴ توزیع کودکان و نوجوانان داغ‌دیده افغانی بر حسب مشکل روانی سرپرست	۸۲
شکل ۸-۴ توزیع کودکان و نوجوانان داغ‌دیده افغانی بر حسب وضعیت مسکن	۸۳
شکل ۹-۴ توزیع کودکان و نوجوانان داغ‌دیده افغانی بر حسب وضعیت اقتصادی	۸۴
شکل ۱۰-۴ مدل مسیر عوامل خطر سوگ با اختلال استرس پس از سانحه (PTSD)	۸۶
شکل ۱۱-۴ مدل اصلاح شده مسیر عوامل خطر سوگ با اختلال استرس پس از سانحه (PTSD)	۹۱
شکل ۱۲-۴ مدل اصلاح شده مسیر عوامل خطر سوگ با اختلال استرس پس از سانحه (PTSD) با ضرایب	۹۳
شکل ۱۳-۴ مدل اصلاح شده مسیر عوامل خطر سوگ با اختلال استرس پس از سانحه (PTSD) با ضرایب استاندارد	۹۴

## فهرست جدول‌ها

عنوان	صفحه
جدول ۱-۴ توزیع کودکان و نوجوانان داغ‌دیده افغانی بر حسب جنس.....	۷۶
جدول ۲-۴ توزیع کودکان و نوجوانان داغ‌دیده افغانی بر حسب والد فوت شده.....	۷۷
جدول ۳-۴ توزیع کودکان و نوجوانان داغ‌دیده افغانی بر حسب دلیل مرگ والد.....	۷۸
جدول ۴-۴ توزیع کودکان و نوجوانان داغ‌دیده افغانی بر حسب تحصیلات والد فوت شده.....	۷۹
جدول ۵-۴ توزیع کودکان و نوجوانان داغ‌دیده افغانی بر حسب سرپرست کنونی.....	۸۰
جدول ۶-۴ توزیع کودکان و نوجوانان داغ‌دیده افغانی بر حسب مشکل جسمانی سرپرست.....	۸۱
جدول ۷-۴ توزیع کودکان و نوجوانان داغ‌دیده افغانی بر حسب مشکل روانی سرپرست.....	۸۲
جدول ۸-۴ توزیع کودکان و نوجوانان داغ‌دیده افغانی بر حسب وضعیت مسکن.....	۸۳
جدول ۹-۴ توزیع کودکان و نوجوانان داغ‌دیده افغانی بر حسب وضعیت اقتصادی.....	۸۴
جدول ۱۰-۴ میانگین و انحراف معیار سن کودک به هنگام فوت مادر یا پدر.....	۸۵
جدول ۱۱-۴ نتایج توصیفی پرسشنامه‌ی سوگ در کودکان.....	۸۵
شکل ۱۲-۴ مدل اصلاح شده مسیر عوامل خطر سوگ با اختلال استرس پس از سانحه (PTSD) با ضرایب غیراستاندارد.....	۸۵
جدول ۱۳-۴ شاخص‌های کلی برازش برای مدل عوامل خطر سوگ با اختلال استرس پس از سانحه (PTSD).....	۸۸
جدول ۱۴-۴ برخی شاخص‌های کلی برازش برای مدل عوامل خطر سوگ با اختلال استرس پس از سانحه (PTSD).....	۸۹
جدول ۱۵-۴ پارامترهای برآورد شده برای مدل مسیر عوامل خطر سوگ با اختلال استرس پس از سانحه (PTSD).....	۹۲

## فصل اول

### کلیات پژوهش

#### مقدمه

سوگ در کودکان و نوجوانان از موضوعات قابل بحث در روانشناسی بالینی کودک می‌باشد که اخیراً بسیار مورد توجه قرار گرفته است. یکی از مسائل اساسی در این زمینه آن است که کودکان داغ‌دیده در معرض چه مشکلات روانشناختی قرار خواهند گرفت؟ سوگ بحران‌زا می‌تواند به اختلال پس از سانحه منجر گردد. داغ‌دیدی حالت سوگ مربوط به فرد مورد علاقه است.

در متن تجدید نظر شده راهنمای تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی<sup>۱</sup>، داغ‌دیدی یک اختلال روانی محسوب نمی‌شود، بلکه در طبقه اختلالات دیگر که ممکن است کانون توجه بالینی باشند، منظور شده است. در DSM-V برای اولین بار اختلالات مرتبط با داغ‌دیدی بعنوان یک طبقه‌ی تشخیصی جدید مطرح شده است. طول مدت داغ‌دیدی طبیعی متغیر است. در کودکان طول مدت آن تا حدودی به نظام حمایتی مناسب بستگی دارد (سادوک و سادوک<sup>۲</sup>، ۱۳۸۸). امروزه مسئله سوگ و داغ‌دیدی مورد توجه پژوهشگران در دانشگاه‌های معتبر جهان قرار گرفته است. یکی از دلایل توجه پژوهشگران به این مسئله این است که غالباً سوگ به شکل علت زیربنایی انواع اختلالات روانی و جنسی متجلی می‌شود. بالبی<sup>۳</sup> (۱۹۸۰)، در تائید این پدیده می‌گوید: "تجربه

---

1- Diagnosis and Statistical Manual of Mental Disorder

2- Sadock & Sadock

3- Bowlby

بالینی و مطالعه شواهد درباره این باور مهم تقریباً شکی بجای نمی‌گذارد که بسیاری از بیماریهای روانپزشکی تجلی ماتم زدگی پاتولوژیک می‌باشد.<sup>۱</sup> بررسی‌های زیادی نشان می‌دهند که مرگ والدین در کودکان پیامدهای منفی زیادی را به همراه دارد که شامل مشکلات سلامت روانی (افسردگی، اضطراب، شکایات بدنی، استرس پس از سانحه، سوگ بحران زنا، کاهش موفقیت تحصیلی و عزت نفس و مرکز کنترل بیرونی می‌باشد (کوهن، مانریو و دبلینگر<sup>۱</sup>، ۲۰۰۶ و داودنی<sup>۲</sup>، ۲۰۰۰ و لوتسکی، آیرز، سندلر و بار<sup>۳</sup>، ۱۹۹۷).

بلک<sup>۴</sup> (۲۰۰۲) اشاره کرده است که در کشورهای غربی بین ۱/۵ تا ۴ درصد کودکان، حداقل یکی از والدین خود را در کودکی از دست داده‌اند. به نظر او در کشورهای در حال توسعه، که تحت تأثیر فاجعه طبیعی، جنگ و درگیری‌های داخلی هستند، این میزان به مراتب بیشتر است. در نتیجه عدم توجه به پدیده سوگ با توجه به نتایج و پیامدهای آن صدمات جبران ناپذیری را در پی خواهد داشت.

## ۱-۱ شرح و بیان مساله پژوهش

سوگواری به دنبال از دست دادن عزیزان، فرآیندی طبیعی و لازم است که همراه با تغییراتی در ابعاد شناختی، هیجانی، جسمانی، رفتاری و اجتماعی در فرد داغ‌دیده دیده می‌شود (وردن<sup>۵</sup>، ۱۹۹۱). حل و فصل آن نیز مستلزم پردازش شناختی و هیجانی فقدان، توسط فرد داغ‌دیده است (هورویتز، ۱۹۹۷ به نقل از هاروی، کارلسون و هاف<sup>۶</sup>، ۲۰۰۱). گاهی افراد مهارت و توانایی و فرصت لازم برای گذراندن فرآیند طبیعی سوگواری ندارند. تجربه سوگ و تنیدگی حاصل از آن از عوامل تأثیرگذار بر تشدید بیماری‌های جسمی و تقویت آمادگی در آسیب‌پذیری به اختلالهای روانپزشکی است که با هزینه‌های عمده فردی و اجتماعی همراه است (برگستین؛ ۱۹۸۵ به نقل از بالک<sup>۷</sup>، ۱۹۹۹). سوگ به عنوان یک پدیده اجتماعی-روانی به صورت یک حادثه‌ای پیش‌بینی‌پذیر و یا غیر قابل پیش‌بینی برای هر فردی در تمامی جوامع بشری از صنعتی تا ابتدائی تجربه‌ای گریزناپذیر است. از جمله فقدانهای بسیار دشوار که می‌تواند بر وضعیت تعادل و توازن خانواده موثر باشد، مرگ نزدیکان به ویژه پدر و مادر است. در صورت جوان بودن خانواده، مرگ یکی از والدین می‌تواند اثرات دراز

---

1- Cohen, Mannarino & Deblinger  
 2- Dowdney  
 3- Lutzke, Ayers, Sandler & Barr  
 4- Black  
 5- Werden  
 6- Harvey, Carlson & Haff  
 7- Balk



مدتی بر فرزندان داشته باشد. این مرگ نه تنها منجر به مختل شدن تعادل عاطفی - هیجانی می‌شود، بلکه کارکرد نان‌آور خانواده یا نقش مادر را که از مهمترین کارکردها است از بین می‌برد (وردن، ۱۳۷۴، هریس<sup>۱</sup>، ۱۹۹۱).

با توجه به آمار مرگ و میر و نیز متوسط حجم خانواده ایران در سال ۱۳۸۴ تخمین زده می‌شود که در سال مذکور نزدیک به سه و نیم میلیون نفر، یکی از بستگان درجه یک خود را از دست داده‌اند. لازم به ذکر است که ۱۷٪ از این مرگ و میرها ناشی از سوانح یا بلایا می‌باشد که جزء مرگهای ناگهانی و محرک واکنش‌های شدید سوگ محسوب می‌شود (مرکز آمار ایران، ۱۳۸۴). در ایالات متحده تخمین زده می‌شود که هر ساله ۸ میلیون نفر مرگ یکی از اعضای خانواده خود را تجربه می‌کنند (استروب<sup>۲</sup>، هانسون<sup>۳</sup> و شات<sup>۴</sup>، ۱۹۹۳).

در دهه‌های اخیر با توجه به صنعتی‌تر شدن جوامع، ازدیاد پدیده‌ی مهاجرت و فاصله گرفتن بیشتر انسانها از یکدیگر، الگوی تخلیه عواطف ناشی از سوگ به شکل طبیعی خود صورت نگرفته و از طرفی با انجام نشدن کامل سوگواری و فقدان شبکه‌های حمایتی برای فرد داغ‌دیده، عوارض ناشی از سوگ تشدید می‌شود (استروب و همکاران، ۱۹۹۳). گرچه بسیاری از افراد بدون دریافت کمک حرفه‌ای دوران سوگ خود را پشت سر می‌گذارند و لیکن در تحقیقات مختلف نشان داده شده است که عدم دریافت درمان یا مشاوره سوگ واجد اثرات زیان بار برای افراد داغ‌دیده است (وردن، ۱۹۹۱). نرخ کاهش تنیدگی در داغ‌دیدگان کند است و در ۶۷ درصد افراد داغ‌دیده حتی پس از گذشت یک تا سه سال دوام می‌آورد (مورفی<sup>۵</sup>، ۱۹۹۷). در ۱۵-۱۰ درصد موارد سوگ طبیعی روندی آسیب‌شناختی پیدا می‌کند (وردن، ۱۳۷۴). با وجود آن داغ‌دیدگان نوجوان در مقایسه با بزرگسالان بیشتر مستعد مصرف الکل و مواد برای تسکین خود، ابتلا به بیماری‌های پزشکی، خطر اختلالهای شخصیت، مشکلات هیجانی و رفتاری، افت عملکرد تحصیلی، کاهش عزت نفس، احساس فقدان کنترل، درماندگی، خودکشی و افسردگی هستند (گریگری<sup>۶</sup>، ۱۹۶۵، استریت<sup>۷</sup>، ۱۹۸۸، ایکر<sup>۸</sup>، ۱۹۹۱، به نقل از بارلو - آریک<sup>۹</sup>، ۱۹۹۷).

بالبی معتقد بود که حتی کودکان خردسال نیز متعاقب جدایی یا فقدان کسی که به او وابسته‌اند دچار

سوگ و عزا می‌شوند.

- 
- 1- Haris
  - 2- Strobe
  - 3- Hansson
  - 4- Schut
  - 5- Murphy
  - 6- Gregry
  - 7- Street
  - 8- Iker
  - 9- Ayrik

مطالعات اولیه درباره داغدیدگی در کودکان دو ماهه متعاقب مرگ یکی از والدین تاکید کرد که همراه با خلق افسرده، اختلالاتی چون فرار از مدرسه، افسردگی، استرس پس از سانحه را در پی دارد. در مطالعه‌ای که بلک (۱۹۹۵) انجام داد نتیجه گرفت که کودکان داغدیده در مقایسه با کودکان عادی هم در کودکی و هم در بزرگسالی بیشتر احتمال دارد که مبتلا به اختلالات روانی شوند.

رابطه فقدان والدین، اختلالات کودکی و اختلالات روانپزشکی بعدی در مطالعات بسیاری نیز تایید شده‌اند، اما این شواهد از مطالعات گذشته نگر<sup>۱</sup> در مورد بزرگسالانی حاصل شده است که دچار اختلالات روانی شده بودند.

در نتیجه بنظر می‌رسد که رابطه‌ای بین مرگ والدین در کودکی و سایر اختلالات در بزرگسالی وجود داشته باشد. در مورد اعتبار این مسئله تحقیقات بسیاری صورت گرفته است. بعنوان مثال تنانت<sup>۲</sup> و همکاران (۱۹۸۰) گزارش کرده‌اند که داغدیدگی در کودکی به تنهایی نمی‌تواند با اختلالات روانی در بزرگسالی ارتباط داشته باشد. داغدیدگی بخودی خود منجر به افسردگی در بزرگسالی نمی‌شود بلکه همراهی عوامل دیگری با داغدیدگی در ابتلا به اختلالات بعدی حائز اهمیت هستند. مانند کیفیت مراقبت والدین، عواقب ناگوار اجتماعی و اقتصادی و غیره.

بنابراین نکته مهم این است که آیا متعاقب داغدیدگی عواقب ناگوار دیگری نیز روی داده است؟ برخی از سوالات اساسی در این زمینه عبارتند از: آیا کودکان داغدیده در معرض مشکلات روانی هستند؟ چه عواملی آسیب‌پذیری آنها را تحت تاثیر قرار می‌دهد؟ آیا آنها نیازمند خدمات روانشناختی ویژه‌ای هستند؟ آیا والدین، مراقبین و مربیان آنها نیازمند آموزش‌های روانشناختی ویژه‌ای هستند؟ وظیفه روانشناس در برابر کودکان و نوجوانان داغدیده، والدین و معلمان آنها چیست؟ هر ساله میلیون‌ها کودک با وقایع آسیب‌زا مواجه می‌شوند. بیش از ۳۰٪ این کودکان مبتلا به یک سندرم کلینیکی و یا نشانه‌های فیزیکی، شناختی، رفتاری و هیجانی می‌شوند که اختلال استرس پس از سانحه<sup>۳</sup> (PTSD) نامیده می‌شود (پریبید<sup>۴</sup>، ۱۹۹۹). به طور کلی اختلال استرس پس از سانحه (PTSD) اولین پاسخ بازماندگان به واقعه است و خود پیش‌بین مهمی برای سلامت ذهنی و فیزیکی بعدی آنان می‌باشد (مارچ و همکاران<sup>۵</sup>، ۱۹۹۸). سادوک و سادوک (۲۰۰۳)، میزان شیوع این اختلال را

1- retrospective

2- Tennant

3- Posttraumatic stress disorder

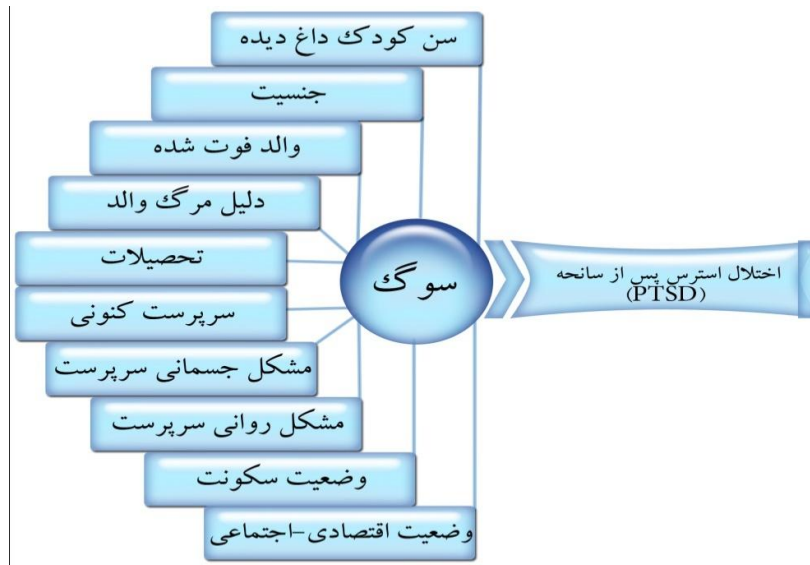
4- Perry BD

5- March JS

در زنان ۱۰-۱۲ درصد و در مردان ۵ تا ۶ درصد گزارش کرده‌اند برای ایجاد این اختلال علاوه بر عوامل فشارزا، زمینه‌های زیستی، روانی، اجتماعی حائز اهمیت هستند.

تحقیقات نشان داده‌اند که از جمله عوامل خطر ساز سوگ و اختلال پس از سانحه عبارت‌اند از: جنسیت، سن، نحوه مراقبت از کودک، روابط کودک با والدین، روابط نامطلوب با همسالان و خواهر و برادر، خلق و خو، مزاج کودک، طبقه اقتصادی، شدت، مدت و میزان نزدیکی با حادثه، سابقه بیماری روانی (فریلی و همکاران<sup>۱</sup>، ۱۹۹۲، فرزین رضاعی، ۱۳۸۸، گارمزی<sup>۲</sup>، ۱۹۸۳، راتر<sup>۳</sup>، ۱۹۶۶، بیرتچنل<sup>۴</sup>، ولف<sup>۵</sup>، ۱۹۷۱، الیزورتال و کافمن، راتر، ۱۹۸۱، لیفسچیتز<sup>۶</sup>، برمن<sup>۷</sup>، گالیلی و گیلاد<sup>۸</sup>، راتر، ۱۹۸۱، کلاتتری، ۱۹۹۳، ۱۹۸۳). با توجه به مطالب فوق هنوز سوالاتی در خصوص اختلال استرس پس از سانحه کودکان وجود دارد از جمله این که: آیا می‌توان الگوی ساختاری جهت نشان دادن رابطه بین عامل خطر ساز سوگ (جنسیت، روابط معیوب کنونی با والد باقی، خلق و خوی کودک، طبقه اجتماعی، حمایت، تعدد فشارها، هوشبهر) با اختلال پس از استرس در کودکان و نوجوانان داغ‌دیده افغانی در نظر گرفت؟ آیا می‌توان رابطه‌ای بین عوامل خطر ساز با اختلال پس از سانحه از طریق سوگ تعیین کرد؟ آیا عوامل خطر ساز سوگ به طور مستقیم و غیر مستقیم بر اختلال استرس پس از سانحه تاثیر گذار است؟ سهم کدام یک از عوامل در اختلال پس از استرس بیشتر است؟ مسئله پژوهش این است که با توجه به اینکه در دهه‌های گذشته، کشور ایران همواره در معرض فجایع طبیعی و انسانی بوده است، تدابیر کافی در این زمینه اندیشیده نشده است. برخلاف کشورهای پیشرفته صنعتی، مراکز ویژه‌ای در ایران برای مطالعه و تحقیق و ارائه خدمات روانشناختی برای کودکان داغ‌دیده و خانواده‌های آنها وجود ندارد (کلاتتری، ۱۹۹۳). در این پژوهش برای نخستین بار به ارائه مدل ساختاری از روابط بین عوامل خطر و اختلال PTSD پرداخته می‌شود. لذا، مساله اساسی پژوهش حاضر آزمون مدل مفهومی زیر (شکل ۱-۱) می‌باشد.

- 
- 1- Freely, et al
  - 2- Gamezy
  - 3- Rutter
  - 4- Birtchnell
  - 5- Wolff
  - 6- Lifshitz
  - 7- Berman
  - 8- Galili & Gilad



شکل ۱-۱ مدل مفهومی عوامل خطر سوگ بحران‌زا و رابطه آن با اختلال استرس پس از سانحه

## ۲-۱ اهمیت نظری، عملی پژوهش

سوگ ناشی از مرگ عزیزان یکی از پیچیده‌ترین عواطف بشری و از خرد کننده‌ترین فشارهای اجتماعی است (کلانتری، ۱۳۷۴). نظر به وسعت وقوع آن به ویژه در ایران که همواره از زمانهای گذشته در معرض بلایای طبیعی و غیر طبیعی زیادی قرار داشته است می‌تواند تاثیرات چشمگیری بر هزینه‌های جامعه داشته باشد. در ایالات متحده هزینه پنهان متحمل بر جامعه که ناشی از سوگ افراد بوده است سالانه ۳۷ میلیارد دلار بر آورده شده است (استروب و همکاران، ۱۹۹۳، به نقل از بالک و کار، ۲۰۰۱). با توجه به افزایش سرعت پیشرفت در جوامع امروزی، فرصت و فضای کمی برای دریافت حمایت و گذراندن دوره‌ی طبیعی سوگ در افراد داغ‌دیده وجود دارد (بریگز و پرسون، ۲۰۰۸). سوگ ذاتاً پدیده‌ای آسیب‌شناختی نیست اما عدم پردازش شناختی-هیجانی رخداد فقدان، موجب تشدید مولفه‌های شناختی، هیجانی-جسمانی و رفتاری تجربه‌ی سوگ (شامل واکنش‌های جسمانی، تلاش برای یافتن معنا، احساس گناه، طرد شدگی و...) می‌شود (باور و بونانو، ۲۰۰۱). در نتیجه تشدید این مولفه‌ها، موجب سوگ آسیب‌شناختی و مزمن می‌گردد (بارت و اسکات، ۱۹۸۹). هم چنین وقوع سوگ در دوره‌ی کودکی و نوجوانی از شرایط خاصی برخوردار است. چرا که دوره‌ی مهمی از نظر رشد شناختی، جسمانی، هیجانی، رفتاری و اجتماعی محسوب می‌شود.