

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

بهروز بهروز<sup>۱\*</sup>؛ فهیمه السادات حسینی پور<sup>۱</sup>؛ حبیب‌اله خزایی<sup>۲</sup>؛ مهرداد کلانتری<sup>۱</sup>؛ مهران فرهادی<sup>۳</sup>؛ بهزاد بهروز<sup>۴</sup>

### چکیده

زمینه: هدف از این مطالعه مقایسه اثربخشی مدیریت استرس به شیوه شناختی- رفتاری (CBSM) بر علائم سوگ و اختلال استرس پس از سانحه دختران نوجوان داغدیده مهاجر افغان ساکن استان قم بود.

روش‌ها: این تحقیق از نوع شبه‌تجربی با طرح پیش‌آزمون- پس‌آزمون با گروه گواه است. جامعه آماری شامل کلیه نوجوانان دختر ۱۲-۱۸ ساله داغدیده مهاجر افغانی تحت سرپرستی مؤسسه خیریه امام محمدباقر(ع) شهرستان قم در سال ۹۱-۱۳۹۰ بود که براساس مقیاس تأثیر وقایع کودکان (GRIES-8) و پرسشنامه سوگ کودکان مورد ارزیابی قرار گرفتند و نمرات این دو پرسشنامه به‌عنوان خط پایه در نظر گرفته شد. افرادی که دارای بالاترین نمرات بودند، به عنوان افراد مورد پژوهش انتخاب و به‌صورت تصادفی به دو گروه آزمایش و گواه ( $n_1=n_2=8$ ) تقسیم شدند. گروه آزمایشی ده جلسه مداخله درمانی را دریافت نمود. اطلاعات به‌دست‌آمده از گروه‌ها توسط نرم افزار SPSS 16 مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته‌ها: نتایج آزمون تحلیل کوواریانس نشان می‌دهد که تفاوت معناداری بین گروه آزمایش و گواه در نمرات سوگ و نمرات کلی PTSD و مؤلفه اجتناب وجود دارد ( $P>0/05$ ). میزان تأثیر مداخلات درمانی در متغیرهای اجتناب و نمره کل به‌ترتیب ۶۵ و ۷۷ درصد و توان آماری به‌ترتیب ۵۴ و ۷۸ درصد بود. در مورد متغیر سوگ، میزان تأثیر مداخلات درمانی ۶۶ و توان آماری ۵۶ درصد بود.

نتیجه‌گیری: مدیریت استرس به شیوه شناختی- رفتاری مؤثر بوده و از آن می‌توان در مراکز درمانی جهت کاهش علائم سوگ و اختلال استرس پس از سانحه استفاده کرد.

کلیدواژه‌ها: سوگ، اختلال استرس پس از سانحه، درمان شناختی- رفتاری مدیریت استرس، نوجوان داغدیده

«دریافت: ۱۳۹۱/۱۱/۲ پذیرش: ۱۳۹۲/۳/۲۸»

۱. گروه روانشناسی، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه اصفهان

۲. گروه روانپزشکی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه

۳. گروه روانشناسی، دانشکده اقتصاد و علوم اجتماعی، دانشگاه بوعلی سینای همدان

۴. گروه مشاوره و راهنمایی، دانشکده علوم اجتماعی، دانشگاه رازی کرمانشاه

\*عهده دار مکاتبات: کرمانشاه، سرپل ذهاب، تازه‌آباد، خیابان شهید باهنر، کوچه ۸ متری، پلاک ۴۸۶۷، تلفن ۰۹۱۸۵۵۲۲۰۶۲

Email: Behrouz.psych64@yahoo.com

### مقدمه

بیشترین مهاجر در کشورهای دیگر می‌باشد. این در حالی است که بیش از یک میلیون طی سال‌های جنگ کشته شده‌اند و براین اساس، بیش از چند برابر این افراد کشته شده، افرادی سوگوار عزیزان از دست‌رفته خود شده‌اند (۲). در این مواقع واکنش سوگ (Grief) امری طبیعی است که اکثر مردم آن را تجربه می‌کنند (۳). سوگ،

کودکان به دلایل مختلف مانند مرگ طبیعی، تصادف، بیماری، جنگ و بلایای طبیعی والدینشان را از دست می‌دهند (۱). هر نوع فقدان تأثیر خاصی دارد که متفاوت از سایر فقدان‌ها می‌باشد. افغانستان کشوری است که بیش از سه دهه جنگ را تجربه نموده و دارای

اساس نظری قوی برخوردار بوده است و هم پژوهش‌های متعددی، اثربخشی آن را در در طیف وسیعی از مسایل روان‌شناختی و بیماران مختلف تأیید کرده‌اند (۱۷ و ۱۸). درمان شناختی- رفتاری مدیریت استرس (CBSM) به خانواده‌ای از درمان‌های مدیریت استرس اطلاق می‌شود که بر رویکرد شناختی- رفتاری متمرکز است. مدیریت استرس، توانایی افراد را برای کاهش استرس و سازگاری مناسب با موقعیت‌های استرس‌آور افزایش می‌دهد. این مداخله شامل عناصری از جمله افزایش آگاهی در زمینه استرس، آموزش تن‌آرامی، شناسایی افکار ناکارآمد، بازسازی شناختی، آموزش حل مسأله، مهارت‌های ابراز وجود و مدیریت خشم و زمان می‌باشد (۱۹).

Wessely و همکاران (۲۰) گزارش کردند که شدت علائم PTSD، اضطراب و افسردگی در بیمارانی که تحت درمان شناختی قرار داشتند نسبت به لیست انتظار، کاهش یافته است. مطالعات Rose و همکاران (۲۱) نیز حاکی از اثربخشی بالای درمان‌های شناختی- رفتاری بر PTSD و سوگ بود. محمودی قرائی و همکاران (۲۲) نیز اثربخشی یک جلسه بازگویی روان‌شناختی و سه جلسه درمان شناختی- رفتاری را بر نشانه‌های PTSD بر روی بازماندگان زلزله بم مورد بررسی قرار دادند. پس از انجام مداخلات تواتر، عمق، شدت نشانه‌های اجتناب و تواتر کل نشانه‌های اختلال در یک دوره ۳ ماهه معنادار بوده است. این مداخلات اثری بر تواتر، عمق، شدت نشانه‌های برانگیختگی، یادآوری، عمق و شدت کل نشانه‌های PTSD نداشته است. همچنین، در بسیاری از مطالعات بالینی مشخص شده که درمان مدیریت استرس به شیوه شناختی- رفتاری در کنترل و کاهش علائم اختلالات روانشناختی در بزرگسالان مؤثر است (۲۳-۲۷).

طی چند دهه اخیر پدیده مهاجرت موجب شده است که بررسی سلامت روانی مهاجران، دامنه گسترده‌تری پیدا کند. مهاجران در کشورهای میزبان اغلب از خدمات چشم‌گیری در زمینه بهداشت روانی برخوردار نیستند (۳).

مجموعه‌ای از احساسات، افکار و رفتارهایی است که وقتی فرد با فقدان و یا تهدید به فقدان مواجه می‌شود، در درون او به جنبش در می‌آید (۴). اما آنچه مشکل داغدیدگان را مضاعف و آنان را به سوی آسیب روانشناختی جدی رهنمون می‌سازد، در معرض تروما بودن و مشاهده کشته شدن و مرگ عزیزان خود در جنگ است (۴-۶). در مورد ارتباط سوگ با اختلال استرس پس از سانحه، Schut و همکاران (۷) نظر دارند که علائم این اختلال با سوگ همپوشی دارد. عوارض روانی ناشی از جنگ در طبقه‌بندی بین‌المللی اختلالات روانی (DSM-IV-TR) تحت‌عنوان اختلال استرس پس از سانحه (Post-Traumatic Stress Disorder) مطرح شده است (۸). PTSD یکی از زیرگروه‌های اختلالات اضطرابی است و به‌صورت واکنش‌های حاد روانشناختی در برابر رویدادهای سانحه‌آمیز شدید تعریف می‌شود. این واکنش‌ها باید حداقل ۱ ماه به‌طول بیانجامد و با سه علامت عمده «تجربه مجدد، الگوی اجتنابی یا کرختی هیجانی و بیش‌انگیزختگی همراه باشد تا تشخیص PTSD داده شود. PTSD به شکل‌های گوناگون از جمله اضطراب، افسردگی، جسمانی‌سازی و اختلال در روابط بین فردی بروز می‌کند (۶، ۸ و ۹).

این اختلال می‌تواند در هر سنی، از جمله دوران کودکی و نوجوانی روی دهد (۱۰ و ۱۱). میزان شیوع آن در زنان ۱۰-۱۲ درصد و در مردان ۶-۵ درصد (۶) و شیوع مادام‌العمر آن تقریباً ۸ درصد در بزرگسالان گزارش شده است (۱۲).

در راستای درمان سوگ و PTSD طرح‌ها و مداخلات متعددی براساس رویکردهای متفاوت، مطرح گردیده است. از جمله می‌توان به درمان‌های دارویی (۱۵-۱۳)، مداخلات غیردارویی مانند روان‌درمانی‌های حمایتی- فردی و گروهی، روش‌های رفتاری- شناختی و سایر روان‌درمانی‌ها اشاره نمود (۴ و ۱۶). در این میان، درمان شناختی- رفتاری مدیریت استرس (Cognitive-Behavioral Stress Management) هم از

در دو گروه ۸ نفره آزمایش و گواه ( $n_1=n_2=8$ ) جایگزین شدند. به عبارت دقیق تر، ۷ نفر از اعضای گروه آزمایش به دلیل غیبت مکرر و بی انضباطی (۵ نفر) و ابتلای به بیماری (۲ نفر)، از گروه آزمایش حذف شدند. به منظور تساوی حجم نمونه در دو گروه، به صورت تصادفی ۷ آزمودنی نیز از گروه گواه حذف و در نهایت تعداد آزمودنی‌ها در هر دو گروه یکسان شد. گروه آزمایشی (۸ نفر) ده جلسه مداخله درمانی را (۹۰ دقیقه) طی ده جلسه هفتگی دریافت نمود و گروه گواه، مداخله درمانی مذکور را دریافت نکردند. پس از اتمام جلسات، از هر دو گروه پس از آزمون به عمل آمد و بعد از ۱ ماه، مرحله پیگیری اجرا شد. لازم به ذکر است که برای گروه گواه، جلسات به صورت مشاوره حمایتی اجرا شد و بعد از اتمام پژوهش و معلوم شدن نتایج، این گروه نیز در کاربندی درمانی وارد شدند. روش درمانی مورد استفاده در پژوهش حاضر، از مجموعه "درمان‌های کارآمد" می‌باشد که از لحاظ علمی و عملی، توسط مورد مشاورین علمی مورد تأیید قرار گرفته و توسط Barlow (۱۹) ویراستاری و تنظیم شده است.

محتوای جلسات درمانی به طور سازمان یافته اجرا شد. هر جلسه از دو بخش تشکیل گردید. یک بخش، تکنیک‌های مدیریت استرس را در بر می‌گرفت و بخش دیگر، تمرین‌های آرمیدگی را آموزش می‌داد. در نهایت کل برنامه درمانی از یک پیش جلسه، ۱۰ جلسه درمانی و یک جلسه پیگیری تشکیل شد.

ملاک‌های ورود به پژوهش شامل دارا بودن معیارهای کامل برای تشخیص PTSD و خلق افسرده (افسردگی خفیف) به تشخیص روانشناس بالینی و روانپزشک بر مبنای DSM-IV-TR، عدم دریافت روان‌درمانی و دارو درمانی قبل از ورود به پژوهش، سن ۱۸-۱۲ سال، تجربه مرگ والد یا والدین بر اثر جنگ، ساکن بودن در شهر قم و تکمیل رضایت‌نامه کتبی به وسیله بیمار جهت شرکت در پژوهش بود. ملاک‌های خروج نیز شامل داشتن معیارهای کامل برای اختلال سایکوتیک، دو قطبی نوع I

تأمین بهداشت روانی مهاجران و پناهندگان نیازمند دانستن اطلاعاتی در زمینه مشکلات بهداشت روانی آن‌ها است. به عنوان نمونه، میزان شیوع اختلال‌های روانی در پناهندگان و مهاجران افغانی ۵۵ درصد گزارش شده است (۲۸). بررسی وضعیت سلامت روانی آن‌ها می‌تواند در زمینه برنامه‌ریزی‌های بهداشت عمومی در پیشگیری اولیه برای نیازهای بهداشت روانی کمک کند. بیشتر مطالعات در سال‌های اخیر، پیرامون درمان اختلالات روانشناختی بزرگسالان انجام گرفته است. متأسفانه نتایج به دست آمده از مدل‌ها و درمان‌های اختلالات بزرگسالان با اذعان به سن تحولی و رشد کودکان و نوجوانان، قابلیت تعمیم‌پذیری کم‌تری نسبت به این گروه دارد. درمان کودکان و نوجوانان مبتلا به سوگ و PTSD می‌تواند یکی از چالش‌برانگیزترین موضوعات بالینی و بهداشت روانی باشد. با توجه به میزان شیوع این اختلال و هزینه‌های درمانی ناشی از آن، بازبینی پیشینه مربوط برای دستیابی به بهترین گزینه‌های درمانی ضروری به نظر می‌رسد. لذا مطالعه حاضر همزمان با هدف بررسی اثربخشی مدیریت استرس به شیوه شناختی-رفتاری بر علائم سوگ و اختلال استرس پس از سانحه دختران نوجوان داغ‌دیده مهاجر افغانی انجام شد.

## مواد و روش‌ها

طرح پژوهش از نوع نیمه تجربی (Quasi Experimental) با پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری با گروه گواه بود. جامعه آماری پژوهش را کلیه نوجوانان دختر ۱۸-۱۲ ساله داغ‌دیده مهاجر افغانی تحت سرپرستی مؤسسه خیریه امام محمدباقر (ع) شهرستان قم در سال ۹۲-۱۳۹۱ تشکیل می‌دادند. در مجموع از میان ۲۰۰ نفر جامعه مورد بررسی بر اساس معیارهای ورود به مطالعه، ۳۰ نفر از کسانی که بالاترین نمرات را (به عنوان خط پایه) پس از تکمیل پرسشنامه‌ها کسب کردند (در مقیاس TGIF نمره بالاتر از ۲۳ و در CRIES-R-8 نمره ۱۷ و بالاتر از آن)، انتخاب و پس از ریزش به صورت تصادفی

می‌شود. افراد دارای نمره بالاتر از ۲۳ دارای سوگ تشخیص‌گذاری می‌شوند.

مقیاس تأثیر حوادث کودکان (CRIES-R-8= The Children's Impact of Event Scale- Revised (CRIES-R-8): پرسشنامه خودسنجی ۱۳ ماده‌ای است که میزان نشانه‌های پس از حادثه، اجتناب، برانگیختگی و علایم آزاردهنده را در مقیاس‌های جداگانه می‌سنجد. این مقیاس در اصل به منظور ارزیابی تجربه مجدد حوادث آسیب‌زا، اجتناب و احساسات مربوط به آن توسط Horwitz و همکاران (۲۹) طرح و بسط یافت. در ابتدا دارای ۱۵ آیتم و زیرمقیاس‌های افکار مزاحم و اجتناب بود. دو تحقیق مجزا توسط Perrin (۳۰) نشان دادند که کودکان تعدادی از آیتم‌ها را غلط تفسیر و برداشت می‌کنند. به همین خاطر این محققان مقیاس ۸ آیتمی را تهیه کردند که عوامل اساسی مقیاس اولیه را هم منعکس می‌کرد و نمره‌گذاری آن به شکل طیف لیکرت می‌باشد. در آن‌جا گزارش شده بود که نمره کل مقیاس ۸ آیتمی همبستگی بالایی با نمره کل نسخه ۱۵ آیتمی دارد. نسخه حاضر برای کودکان و نوجوانان طراحی و شامل زیرمقیاس‌های افکار مزاحم (سؤالات ۱، ۳، ۶ و ۷) و اجتناب (سؤالات ۲، ۴، ۵ و ۸) می‌باشد و به همین خاطر CRIES-8 نام‌گذاری شده است. این مقیاس امروزه در تحقیقات متعددی مورد استفاده قرار گرفته و شاخص‌های روانسنجی آن گزارش شده است. در پژوهش نشاط‌دوست و همکاران (۱۷) ضریب پایایی این آزمون به روش آلفای کرونباخ ۰/۹۰ گزارش گردید. همچنین، در پژوهش سجادیان (۳) آلفای کرونباخ ۰/۷۴ گزارش شده است.

### یافته‌ها

برای تحلیل داده‌ها، علاوه بر استفاده از آمار توصیفی از تحلیل کوواریانس چندمتغیری (MANCOVA) با کمک نرم‌افزار SPSS 16 استفاده شد.

و II، داشتن افکار خودکشی، اختلال روانی وابسته به مواد یا الکل و اختلالات تجزیه‌ای، دارا بودن ملاک‌های کامل برای اختلالات شخصیت و اختلالات روانی ناشی از یک اختلال طبی عمومی، هرگونه اختلالات شناختی و بیماری‌های نورولوژیک و ناتوان‌کننده مانند سرطان و هیپاتیت بود. در خصوص ملاحظات اخلاقی پس از کسب رضایت‌نامه و دادن آگاهی‌های لازم، به افراد اطمینان داده شد که اطلاعات دریافت‌شده فقط در پژوهش حاضر استفاده خواهد شد و از هرگونه سوء استفاده محفوظ خواهد بود. جمع‌آوری داده‌ها با استفاده از پرسشنامه‌های جمعیت‌شناختی، سوگ کودکان و تأثیر حوادث کودکان صورت گرفت.

پرسشنامه ویژگی‌های جمعیت‌شناختی: برای به‌دست آوردن اطلاعات جمعیت‌شناختی از جمله: سن، جنس، مقطع و معدل تحصیلی، وضع سکونت، زمان از دست دادن والد و علت آن، تاریخ مهاجرت، مدت اقامت در ایران، وضعیت سرپرست فعلی، وضعیت اقتصادی، تعداد اعضاء خانواده و اطلاعات فردی و خانوادگی دیگر توسط محقق طراحی شد.

پرسشنامه سوگ کودکان (TGIF= Traumatic Grief inventory for children): ابزاری است که برای سنجش علایم سوگ و داغدیدگی در کودکان و نوجوانان توسط بنیاد جنگ و کار کودکان (Children and war: the work of the Children and War Foundation) طراحی شده است. پرسشنامه دارای ۲۳ سؤال است که هر سؤال در مقیاس لیکرت از تقریباً هرگز تا همیشه، به ترتیب از ۱ تا ۵ نمره‌گذاری می‌شود و آلفای کرونباخ آن ۰/۹۱ می‌باشد. در پژوهش سجادیان (۳) بر روی نوجوانان داغ‌دیده افغان، آلفای کرونباخ ۰/۸۴ گزارش شده است. با جمع نمرات سؤال‌ها، نمره کل پرسشنامه، به‌عنوان ملاک کلی علایم سوگ و داغدیدگی در کودکان و نوجوانان به‌دست می‌آید. حاصل جمع تعداد سوالات ضربدر امتیازات هر سوال برای هر فرد به‌عنوان نقطه برش پرسشنامه محاسبه

نتایج بررسی پیش‌فرض‌های آماری نشان داد که هر دو پیش‌شرط تساوی واریانس‌ها (با استفاده از آزمون لوین) و نرمال بودن (با استفاده از آزمون شاپیرو-ویلک) برقرار است ( $P < 0/05$ ) و با توجه به این که حجم نمونه در دو گروه آزمایش و گواه برابر بود ( $n=8$ )، استفاده از تحلیل کوواریانس بلا مانع شناخته شد.

یافته‌های تحلیل کوواریانس حاکی از آن است که تفاوت مشاهده‌شده بین میانگین‌های نمرات مؤلفه‌های PTSD (افکار مزاحم و اجتناب) بر حسب عضویت گروهی (دو گروه آزمایش و گواه) در مراحل پس‌آزمون و پیگیری برای مؤلفه اجتناب معنادار ( $P < 0/05$ )، اما برای مؤلفه افکار مزاحم معنادار نبود ( $P > 0/05$ ). بنابراین، آموزش مدیریت استرس به شیوه شناختی- رفتاری، تأثیر معناداری بر مؤلفه افکار مزاحم در مراحل پس‌آزمون و پیگیری نداشته است. اما بر مؤلفه اجتناب در مراحل پس‌آزمون و پیگیری گروه آزمایش تأثیر داشته و به ترتیب باعث کاهش ۶۵ و ۷۲ درصد نمرات اجتناب شده است. همچنین تفاوت مشاهده‌شده بین میانگین‌های نمرات کل PTSD بر حسب عضویت گروهی (دو گروه آزمایش و گواه) در مراحل پس‌آزمون و پیگیری معنادار ( $P < 0/05$ ) بوده است. بنابراین، درمان مذکور در مرحله پس‌آزمون و

داده‌های جمعیت‌شناختی آزمودنی‌ها نشان داد که میانگین سنی در گروه آزمایش  $14/62 \pm 0/91$  و در گروه گواه  $16 \pm 1/41$  سال می‌باشد. میانگین تحصیلات در گروه آزمایش  $7/5 \pm 0/92$  و گروه گواه  $8/37 \pm 1/30$  و میانگین مدت گذشت از حادثه به ترتیب  $11 \pm 2/32$  و  $11/85 \pm 2/79$ ، میانگین مدت اقامت در ایران  $11/42 \pm 5/19$  و  $8/5 \pm 2/22$  و میانگین سن سوگ به ترتیب  $3/62 \pm 3/11$  و  $4/37 \pm 3/33$  بوده است. میانگین و انحراف معیار نمرات PTSD، مؤلفه‌های آن و سوگ آزمودنی‌ها در دو گروه آزمایش و گواه در مراحل پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری مقایسه شد.

میانگین نمرات علائم کلی PTSD و سوگ در گروه آزمایش به ترتیب با  $18/25$  و  $73/35$  در پیش‌آزمون به  $9/87$  و  $36/50$  در پس‌آزمون کاهش یافت اما در گروه گواه میانگین نمرات، افزایش نشان داد ( $14/25$  و  $69$  در برابر  $16/37$  و  $71/37$ ). در گروه آزمایش میانگین نمرات علائم کلی PTSD و سوگ در مرحله پیگیری نسبت به مرحله پیش‌آزمون در حدود  $8/25$  و  $35/90$  کاهش نشان می‌دهد اما میانگین این نمرات در گروه گواه نسبت به مرحله پس‌آزمون افزایش یافته است (جدول ۱).

جدول ۱- داده‌های توصیفی پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری PTSD، مؤلفه‌های آن و سوگ در گروه‌های آزمایش و گواه

خرده‌مقیاس	گروه	تعداد	پیش‌آزمون		پس‌آزمون		پیگیری	
			انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین
افکار مزاحم	آزمایش	۸	۳/۰۲	۵/۵۰	۲/۳۹	۵/۵۰	۲	۵/۵۰
	گواه	۸	۲/۳۵	۸/۷۵	۲/۹۶	۷/۷۵	۳/۰۸	۷/۷۵
اجتناب	آزمایش	۸	۲/۳۷	۵	۱/۳۰	۴/۳۷	۲/۵۰	۴/۳۷
	گواه	۸	۱/۵۵	۸/۵۰	۲/۵۶	۸/۶۲	۲/۳۲	۸/۶۲
کل (PTSD)	آزمایش	۸	۲/۸۱	۹/۸۷	۳/۳۵	۱۰	۳/۶۱	۱۰
	گواه	۸	۲/۷۱	۱۶/۳۷	۲/۴۴	۱۶/۳۷	۲/۴۴	۱۶/۳۷
سوگ	آزمایش	۸	۱۰/۰	۳۶/۵۰	۱۱/۷۰	۳۷/۳۷	۱۱/۰۱	۳۷/۳۷
	گواه	۸	۱۲/۱۸	۷۱/۳۷	۷/۸۳	۷۵/۴۰	۸/۴۰	۷۵/۴۰

**جدول ۲- نتایج تحلیل کوواریانس چندمتغیره تأثیر عضویت گروهی بر علائم کلی PTSD در مراحل پس آزمون و پیگیری**

متغیر شاخص	میانگین مجذورات	ضریب F	Pvalue	میزان تأثیر
افکار مزاحم	۱/۵۰۴	۰/۱۹۳	۰/۶۸۳	۰/۰۴۶
اجتناب	۲۳/۵۷۴	۷/۴۷۵	۰/۰۵	۰/۶۵۱
نمره کل PTSD	۵۲/۵۰	۱۳/۴۹	۰/۰۲۱	۰/۷۷۱
افکار مزاحم	۷۱۰/۱۱	۴/۵۹۱	۰/۰۹۹	۰/۵۳۴
اجتناب	۳۵/۱۷۱	۱۳/۲۳	۰/۰۱	۰/۷۲
نمره کل PTSD	۵۲/۴۲۳	۱۴/۵۶۳	۰/۰۱	۰/۷۹۰

**جدول ۳- نتایج تحلیل کوواریانس چندمتغیره تأثیر عضویت گروهی بر علائم سوگ در مراحل پس آزمون و پیگیری**

متغیر شاخص	میانگین مجذورات	ضریب F	معناداری	میزان تأثیر
پس آزمون	۷۹۶/۰۲۳	۷/۷۶۳	۰/۰۴۹	۰/۶۶۰
پیگیری	۱۳۶۷/۴۱۷	۱۳/۸۱۵	۰/۰۲۱	۰/۷۷۵

### بحث

جنگ یکی از فجایع انسانی است که عوارض متعدد روانی- اجتماعی دارد. در طبقه‌بندی باید فجایع طبیعی (مانند زلزله، سیل و...) را از فجایع انسانی (مانند جنگ، قتل و...) تفکیک کرد. هیچ لفظی برای شرح وضعیت احساسی و ذهنی افرادی که تراژدی جنگ را تجربه کرده‌اند، وجود ندارد.

تأمین 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 کمک کند. از دیگر سو، توجه به وضعیت روانی کودکان و نوجوانان و حتی خانواده‌های آنها بعد از فجایع از مسایل اساسی است که باید مورد توجه قرار گیرد.

در مطالعه حاضر درمان مدیریت استرس به شیوه شناختی- رفتاری، میزان نمرات پس‌آزمون و پیگیری علائم سوگ و PTSD دختران نوجوان داغ‌دیده افغان را

پیگیری گروه آزمایش تأثیر داشته و به ترتیب باعث کاهش ۷۷ درصد و ۰/۷۹۰ نمرات کل PTSD شده است. توان آماری آن در مراحل فوق در گروه آزمایش به ترتیب ۰/۷۸ و ۰/۸۲ حاکی از دقت آماری قابل قبول می‌باشد. نتیجه کلی گویای آن است که، روش درمانی CBSM اثر خود را در گروه آزمایش در یک ماه بعد از مداخله هنوز حفظ کرده است (جدول ۲).

همچنین تأثیر مداخله بر علائم سوگ دختران نوجوان از نظر آماری قابل قبول بود. تفاوت مشاهده‌شده بین میانگین‌های نمرات سوگ بر حسب عضویت گروهی (دو گروه آزمایش و گواه) در مراحل پس‌آزمون و پیگیری معنادار است ( $P < 0/05$ ). میزان تأثیر این مداخله درمانی در مرحله پس‌آزمون ۶۶٪ و در مرحله پیگیری ۷۷٪ بوده است. بنابراین، آموزش مدیریت استرس به شیوه شناختی- رفتاری بر علائم سوگ در مراحل پس‌آزمون و پیگیری گروه آزمایش تأثیر داشته و توان آماری ۰/۶۰ و ۰/۸۰ حاکی از دقت آماری قابل قبول این آزمون است (جدول ۳).

کاهش داده است و بعد از گذشت ۱ ماه نیز اثر درمان از ثبات برخوردار است. از تکنیک CBT در درمان سوگ و افزایش بهزیستی روانشناختی و سلامت روان به‌طور موفقیت‌آمیز استفاده‌های فراوانی شده است (۳۷-۴۰). برای نمونه، کلاتری و همکاران در پژوهشی بر روی نوجوانان داغ‌دیده افغانستانی به بررسی اثربخشی روش نوشتن برای بهبودی بر علایم سوگ پرداختند (۴۱). در این طرح، علایم سوگ دو گروه آزمایش و گواه پس از مداخله با علایم سوگ در قبل از مداخله مقایسه شد. نتایج نشان داد که تفاوت معناداری بین گروه آزمایش و گواه در پس‌آزمون وجود داشته است. به‌عبارتی، روش نوشتن برای بهبودی برای کاهش علایم سوگ در این نوجوانان داغ‌دیده مؤثر بوده است. در تبیین اثربخشی روش‌های درمان مدیریت استرس به شیوه شناختی-رفتاری برای اختلالات روانشناختی، Hosin نتیجه‌گیری می‌کند که آرام‌سازی، حساسیت‌زدایی منظم و بازسازی شناختی، می‌توانند به مبتلایان کمک کنند تا مهارت‌های مقابله‌ای خود را افزایش دهند و به‌طور مؤثری با رویدادهای ویرانگر زندگی کنار بیایند (۴۲).

با توجه به این‌که پژوهش حاضر بر روی جامعه دختران نوجوان داغ‌دیده در شهر قم انجام شده است و نمونه‌گیری به‌صورت دردسترس و مبتنی بر هدف بود، نمی‌توان نتایج آن را به سایر اختلالات دختران نوجوان و نیز پسران نوجوان و دیگر مقاطع سنی تعمیم داد و تعمیم نتایج باید با احتیاط صورت گیرد. یکی دیگر از محدودیت‌های پژوهش، عدم امکان انجام پیگیری شش‌ماهه بود. پیشنهاد می‌شود پژوهش‌هایی برای بررسی شرایط خانوادگی و بهزیستی خانواده‌های داغ‌دیده افغان صورت گیرد. همچنین، انجام پژوهش‌های وسیع در خصوص تأثیر فقدان پدر بر خانواده مهاجران و پناهندگان افغان با توجه به گستردگی این معضل در این جامعه و انجام پژوهش‌هایی جهت چگونگی تعدیل کردن آثار مخرب فقدان پدر در سنین مختلف، پیشنهاد می‌گردد.

در گروه آزمایش نسبت به گروه گواه کاهش داد. به‌عبارت دیگر، میزان تأثیر روان‌درمانی مذکور ۸۰ درصد بوده است. نتایج به‌دست‌آمده در این مطالعه با نتایج پژوهش Wethington و همکاران (۳۱) که اثر مداخله CBT را بر کودکان و نوجوانان متأثر از حوادث تروماتیک بررسی کردند، همسو می‌باشد. نتایج مطالعه آن‌ها نشان داد که این مداخله درمانی بر کاهش آسیب‌های روانشناختی ناشی از حوادث تروماتیک در کودکان و نوجوانان مؤثر است. همچنین، نتایج این پژوهش با نتایج دیگر مطالعات قبلی همسو می‌باشد (۳۲-۳۵). در یک بررسی تک‌موردی، یثربی سه بیمار مبتلا به PTSD را تحت درمان شناختی-رفتاری قرار داد (۳۶). جلسات درمان شامل ۱۲ جلسه بود. نتایج نشان داد این شیوه درمانی در کاهش علایم PTSD، افسردگی و اضطراب مؤثر است. این نتایج در پیگیری ۱ ماهه همچنان ادامه داشت. این روش درمانی به اشکال مختلف مورد استفاده قرار گرفته است، ولی مؤلفه‌هایی از آن که نوعاً در درمان PTSD به‌کار گرفته می‌شود عبارتند از: آموزش روان‌شناختی (Psychoeducation)، رویارویی، بازسازی شناختی و مدیریت اضطراب (۱۹). در تبیین چگونگی تأثیر شیوه درمان شناختی-رفتاری مدیریت استرس بر علایم PTSD دختران نوجوان داغ‌دیده می‌توان گفت که به‌وسیله به‌کارگیری تکنیک‌های آرمیدگی عضلانی تدریجی، بررسی بدن، مراقبه، تنفس، تصویرسازی و خودزادها، افراد به چگونگی بروز استرس در بدن خود آگاهی یافته و آن را مدیریت و مهار می‌کنند و به‌وسیله تکنیک‌های مهارت‌های مقابله‌ای کارآمد، مدیریت خشم و ابرازگری با تنش خود مقابله کرده و توسط تکنیک‌های آرمیدگی و ایجاد شبکه اجتماعی، منابع حمایتی را برای خود فراهم می‌کنند و در نهایت موفق به کاهش عوارض ناشی از PTSD می‌شوند.

همچنین یافته دیگر پژوهش حاضر نشان داد که مدیریت استرس به شیوه شناختی-رفتاری، نمره کل سوگ دختران نوجوان داغ‌دیده را در مرحله پس‌آزمون

## نتیجه گیری

با توجه به وجود تفاوت معنادار بین گروه‌های آزمایش و گواه در پس‌آزمون و پیگیری می‌توان گفت که مداخله شناختی- رفتاری مدیریت استرس در کاهش علائم سوگ و اختلال استرس پس از سانحه دختران نوجوان داغ‌دیده افغان، مؤثر است.

## تشکر و قدردانی

محققان بر خود لازم می‌دانند از کلیه افرادی که در پژوهش حاضر شرکت کردند و مسئولین مؤسسه خیریه امام محمدباقر (ع) شهرستان قم که همکاری لازم را در اجرای این پژوهش داشتند، صمیمانه تشکر و قدردانی نمایند.

## References

- Black D, Bereavement A, Rutter M, Taylor E. Child and adolescent psychiatry. Massachusetts: Blackwell. 2002;126-7.
- Golkary T. [Effectiveness of cognitive - behavioral therapy and behavioral problems and self-esteem girls father (Persian)]. M.A thesis in clinical psychology. Isfahan: faculty of educational sciences and psychology, University of Isfahan. 2012;63-72.
- Sajadian P. [Structural model of posttraumatic stress disorder, bereavement Bhranza and its relationship with bereaved children and teens Afghan immigrant (Persian)]. M.A thesis in clinical psychology. Isfahan: faculty of educational sciences and psychology, University of Isfahan. 2012;53-9.
- Dyregrov A. Grief in children: A handbook for adults. 2<sup>nd</sup> ed. London: Jessica Kingsle. 2008;100-8.
- Dadsetan P. [Criminal Psychology (Persian)]. 8<sup>th</sup> ed. Tehran: Samt Publications. 2011;98-103.
- Kaplan B, Sadocks B. Pocket handbook of clinical psychiatry. Arjmand M. (Persian translator). 2nd ed. Tehran: Arjmand Publications. 2011;241-60.
- Schut HA, De-Keijser J, Van-den-bout J. Post-traumatic stress symptoms in the first years of conjugal bereavement. Anxiety Research. 1999;4(3):225-34.
- American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 4th ed. New York: American Psychiatric Association; 2000; 312-25.
- Halgin RP, Whitbourne SK. Abnormal Psychology: Clinical Perspectives on psychological Disorder. Saied Mohammadi Y. (Persian translator). 4th ed. Tehran: Arasbaran Publications. 2010;301-7.
- Castel AD, Craik FIM. The effects of aging and divided attention on memory for item and associative information. Psychology and Aging. 2003;18(4):873-85.
- Metzger LJ, Piage SR, Carson AM, Lasko NB, Paulus RK, Pitman RK, et al. PTSD arousal and depression symptom associated with increased right-sided parietal EEG asymmetry. J Abnorm Psychol. 2007;113(2):324-9.
- Copeland-Linder N, Serwint JR. Posttraumatic stress disorder. Pediatr Rev. 2008;29:103-4.
- Ebrahimi A. [Comparative efficacy of religious Ykparchhgray psychotherapy, cognitive - behavioral therapy on depression and dysfunctional attitudes in patients with dysthymic (Persian)]. PhD thesis in clinical psychology. Isfahan: Faculty of Educational Sciences and Psychology, University of Isfahan. 2009;63-7.
- Fridman MJ. Current and future drug treatment for PTSD patients. Psychiatric Ann. 1998;28(8):461-8.
- Argouropoulos SV. The psychobiology of anxiety disorders. Pharmacol Therap. 2000;88(3):213-27.
- Basoglu M, Livanou M, Salcioglou E, Kalender D. A brief behavioral treatment of chronic post traumatic stress disorder in earthquake survivors: Result from an open clinical trial. Psychol Med. 2003;33(4):647-54.
- Neshat dust HT, Nilforoush zadeh MA, Dehghani F, Molavi H. [Effectiveness of cognitive-behavioral stress management therapy on patients's quality of life with alopecia areata in Skin Disease and Leishmaniasis Research Centre of Isfahan (Persian)]. Journal of Arak University of Medical Sciences. 2009;12(2):125-33.
- Kirk E, Clarke S. Cognitive-behavior therapy. Ghasem zadeh H. (Persian translator). 7th ed. Tehran: Arjmand Publications. 2011;87-93.
- Antoni MH, Ironson G, Schnneiderman N. Cognitive Behavioral Stress Management. Ale mohammad SJ. (Persian translator). 3rd ed. Tehran: Publications University Jihad Unit. 2010;41-9.
- Wessely S, Rose S, Bisson J. Brief psychological interventions ("debriefing") for trauma-related symptoms and the prevention of post traumatic stress disorder. Cochrane Database Syst Rev. 2001;(3):CD000560.
- Rose S, Bisson J, Churchill R, Wessely S. Psychological debriefing for preventing post traumatic stress disorder (PTSD). Cochrane Database Syst Rev. 2002;(2):CD000560.
- Mahmoudi Gharai J, Mohammadi M, Bina M, Yasami M, Naderi F. [The effect of group therapy on symptoms of posttraumatic stress disorder earthquake in children: a randomized controlled clinical trial (Persian)]. Journal of Diseases of Children. 2007;16(1):25-32.



23. Ehlers A, Clark DM, Hachmann A, McManus E, Fennel M, Herbert C, et al. A randomized controlled trial of cognitive therapy, a self-help booklet and repeated assessment as early interventions for posttraumatic stress disorder. *Arch Gen Psychiatry*. 2003;60(10):1024-32.
24. Taylor TL, Chemtob M. Efficacy of treatment for child and adolescent traumatic stress. *Arch Pediatr Adolesc Med*. 2004;158(8):786-91.
25. Bisson J, Ehlers A, Matthews R, Pilling S, Richards D, Turner S. Psychological treatments for chronic post-traumatic stress disorder. *Br J psychiatry*. 2007;190:97-104.
26. Foa EB. Psychosocial Therapy for PTSD. *J Clin Psychiat*. 2006;2(67):40-5.
27. Bakht Avar A, Neshat doost H, Molavi H, Bahrami F. [The effectiveness of cognitive behavioral therapy beyond its punitive reduction in patients with post-traumatic disorder, (Persian)]. *Journal of Behavior Research*. 2008;5(2):92-8.
28. Mohamadian M, Dadfar M, Boalhari J, Karimi E. [Screening for mental disorders in Afghan refugees in Tehran, (Persian)]. *Thought and Behavior in Clinical Psychology*. 2006;11(3):270-7.
29. Horowitz MJ, Siegel B, Holen A, Bonanno GA, Milbrath C, Stinson CH. Diagnostic criteria for complicated grief disorder. *Am J psychiatry*. 1997;154(7):904-10.
30. Perrin S, Smith P, Yule W. The assessment and treatment of posttraumatic and stress disorder in children and adolescents. *J Child Psychol psychiatry*. 2001;41(3):277- 89.
31. Wethington HR, Hahn RA, Fuqua-Whitley DS, Sipe TA, Crosby AE, Johnson RL, et al. The effectiveness of interventions to reduce psychological harm from traumatic events among children and adolescents: a systematic review. *Am J Prev Med*. 2008;35 (3):287-313.
32. Rossell J, Bernal G, Rivera-Medina C. Individual and Group CBT and IPT for adolescents with depression symptoms. *Cultur Divers Ethnic Minor Psychol*. 2008;14(3):234-45.
33. King NJ, Tonge BJ, Mullen P, Myerson N, Heyne D, Rollings S, et al. Treating sexually abused children with posttraumatic stress symptoms: a randomized clinical trial. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2000;39(11):234-47.
34. Deblinger E, Stauffer L, Steer R. Comparative efficacies of supportive and cognitive group therapies for young children who have been sexually abused and their no offending mothers. *Child Maltreat*. 2001;6(4):332-43.
35. Stein BD, Jaycox L, Kataoka S, Wenli Tu, Marc N, Wong M, et al. A mental health intervention for schoolchildren exposed to violence: a randomized controlled trial. *JAMA*. 2003;290(5):603-11.
36. Yasrebi A. [Effectiveness of cognitive-behavioral therapy in the treatment of post-trauma stress disorder (Persian)]. M.A thesis in Clinical Psychology. Tehran: Tehran Psychiatric Institute. 2003;53-7.
37. Stic E, Rohde P, Seeley R, Gou M. Brief cognitive-behavioral depression prevention program for high-risk adolescents outperforms two alternative interventions: a randomized efficacy trial. *J Consult Clin Psychol*. 2008;76(4):595- 606.
38. Esmaili M. [Effect of cognitive-behavioral techniques, induction procedures on mood and psychological well-being, social skills training for children of veterans with post-traumatic stress disorder (Persian)]. Phd thesis in clinical psychology. Isfahan: Faculty of Educational Sciences and Psychology. University of Isfahan. 2010;74-9.
39. Foa EB, Hembree EA, Cahill SP, Rauch SAM, Riggs DS, Feeny NC, et al. Randomized trial of prolonged exposure for posttraumatic stress disorder with and without cognitive restructuring: Outcome at academic and community clinics. *J Consult Clin Psychol*. 2005;73(5):953-64.
40. MacLeod C, MeLaughlin K. Implicit and explicit memory bias in anxiety: A conceptual replication. *Behav Res Ther*. 1995; 33(1): 1-14.
41. Kalantari M, Yule W, Dyregrov A, Neshatdoost H, Ahmadi SJ. Efficacy of writing for recovery on traumatic grief symptoms of Afghani refugee bereaved adolescents: a randomized control trial. *Omega (Westport)*. 2012;65(2):139-50.
42. Hosin AA. Children of traumatized and exiled refugee families: resilience and vulnerability. A case study report. *Med Confl Surviv*. 2001;17(2):137-45.