



نقش سوگ آسیب شناختی و بهنجار در شیوع اختلالات روانی نوجوانان

دکتر زهره خسروی*، دکتر نسرین اکبرزاده**، فاطمه حاجیان***

چکیده

به منظور ارزیابی تأثیر سوگ آسیب شناختی و بهنجار در شیوع اختلالات روانی نوجوانان، ۱۶۴ دانش آموز در مقطع راهنمایی و دبیرستان با استفاده از یک پرسشنامه سوگ و پرسشنامه اختلالات روانی مورد بررسی قرار گرفتند. ۸۳ نفر از آنان مرگ یکی از افراد خانواده (بیشتر پدر) را تجربه کرده بودند و ۸۱ نفر چنین تجربه‌ای نداشتند. به منظور تجزیه و تحلیل یافته‌های پژوهش از آزمون ۱ و تحلیل واریانس استفاده شد. نتایج پژوهش نشان داد: ۱- آزمودنی‌هایی که تجربه داغدیدگی داشتند نمرات بالاتری در اختلال پس از استرس ضربه‌ای، افکار وسواسی و تیکهای حرکتی بدست آوردند تا گروهی که این تجربه را نداشتند. ۲- آزمودنی‌هایی که سوگ آسیب شناختی داشتند نمرات بالاتری در اختلال پس از استرس ضربه‌ای، افکار وسواسی، تیکهای حرکتی و اختلال اضطراب تعمیم یافته بدست آوردند تا آزمودنی‌هایی که سوگ بهنجار داشتند. ۳- آزمودنی‌هایی که تجربه مرگ پدر یا مادر را به علت حوادث و تصادف داشتند نمرات بالاتری در اختلال ضدیت و نافرمانی بدست آوردند تا آزمودنی‌هایی که تجربه مرگ پدر یا مادر را به دلیل بیماری داشتند. ۴- آزمودنی‌هایی که در سنین ۷-۲ سالگی مرگ پدر یا مادر را تجربه کرده بودند نمرات بالاتری در اختلال بیش فعالی - کمبود توجه بدست آوردند تا گروهی که در سنین دیگر این رویداد را تجربه نموده بودند. ۵- با مقایسه پسران و دخترانی که تجربه داغدیدگی داشته‌اند، دختران نمرات بالاتری در اختلال ترسهای مرضی خاص و اضطراب اجتماعی و پسران در اختلالات بیش فعالی - کمبود توجه، اختلال سلوک و تیکهای صوتی بدست آوردند.

Andeeshah
Va
Raftar
اندیشه و رفتار
۳۲

کلید واژه: سوگ آسیب شناختی، سوگ بهنجار، اختلالات روانی

سوگواری^(۱) به دنبال مرگ عزیزان فرایندی طبیعی و لازم است. بسیاری از افراد آن را تجربه می‌کنند اما گروهی

* عضو هیئت علمی دانشگاه الزهراء، تهران، انتهای خیابان ونک، دانشگاه الزهراء.
** عضو هیئت علمی دانشگاه الزهراء، تهران، انتهای خیابان ونک، دانشگاه الزهراء.
*** کارشناس ارشد روانشناسی، تهران، انتهای خیابان ونک، دانشگاه الزهراء.

مهارتها و تواناییهای لازم برای حل مشکل سوگ را ندارند، که خود می‌تواند منشاء بسیاری از مشکلات روانشناختی گردد.

از جمله سوگهای بسیار دشوار که بر آرامش خانواده تأثیر بسزایی دارد و گاهی موجب واکنشهای آسیب‌شناختی^(۱) می‌گردد مرگ نزدیکان به ویژه مرگ پدر و مادر است. در صورت جوان بودن خانواده مرگ یکی از والدین می‌تواند اثرات گسترده و دراز مدتی در پی داشته باشد. این مرگ نه تنها موجب بهم خوردن تعادل عاطفی-هیجانی می‌شود بلکه کارکرد نان آور خانه را که از جمله مهمترین کارکردهای خانواده است از بین می‌برد (باون ۱۹۷۸، به نقل از وردن^(۲)، ۱۳۷۴). زیسوک^(۳) (۱۹۸۵)؛ به نقل از همان منبع) پی برد ۱۷٪ از بیمارانی که به مراکز سرپایی روانپزشکی مراجعه می‌کنند بر پایه ارزیابی خودشان دستخوش مسایل سوگ حل نشده بوده‌اند.

بررسیها نشان داده‌اند که نزدیک به ۱۰ تا ۱۵٪ افرادی که عزیزی را از دست داده‌اند بسوی واکنش سوگ آسیب‌شناختی پیش می‌روند (بارکس و ویس ۱۹۸۲، به نقل از خسروی ۱۳۷۴). همچنین بسیاری از بیماریهای روانپزشکی از جمله اضطراب، افسردگی، هیستری و... تجلی سوگ آسیب‌شناختی هستند (بالی^(۴)، ۱۹۸۰). بریر^(۵) (۱۹۸۸)؛ به نقل از وردن، ۱۳۷۴) ۹۰ نفر از بزرگسالان ۵۵-۱۸ ساله را که تجربه داغدیدگی و جدایی از پدر یا مادر در سنین ۱۷-۲ سال داشتند را مورد بررسی قرار داد. نتایج نشان داد که ۶۴٪ آنها والدینشان را در اثر مرگ از دست داده بودند، ۷۷٪ این افراد مبتلا به یک اختلال روانپزشکی عمده و ۸۶٪ آنها مبتلا به افسردگی بودند. ولر و ولر^(۶) (۱۹۸۸)، به نقل از همان جا) طی یک بررسی طولی، نشانه‌های روانپزشکی را در کودکانی که تجربه داغدیدگی داشتند پیش از سن بلوغ (۱۲-۶ سال) بررسی نمودند. کودکانی که تجربه داغدیدگی داشتند بطور معنی داری نمرات بالاتری در افسردگی، احساس گناه، کاهش عملکرد و کندی روانی - حرکتی بدست آوردند تا

کودکانی که این تجربه را نداشتند.

سانچز^(۷) و همکاران (۱۹۸۸)، به نقل از همان جا) نشانه‌های اضطراب را در کودکان یک ماه پس از مرگ والدین بررسی نمود. نتایج نشان داد بچه‌هایی که تجربه داغدیدگی داشتند بیش از کودکانی که این تجربه را نداشتند، نشانه‌های بیماری را بروز دادند. برآورد شده است که ۵٪ کودکان در آمریکا (نزدیک به ۱/۵ میلیون نفر) در سن ۱۵ سالگی پدر یا مادر خود را از دست داده‌اند (استروس^(۸)، سولومان^(۹)، گرین^(۱۰)، ۱۹۸۴، به نقل از گنجی، ۱۳۷۳). بیشتر کودکان و نوجوانانی که این رویداد را تجربه می‌کنند اغلب نمی‌توانند بطور رضایت بخشی سیر طبیعی ماتم زدگی را پشت سر بگذارند. این امر می‌تواند در آینده به شکل نشانه‌های افسردگی یا عدم توانایی برقراری ارتباط نزدیک با دیگران ظاهر گردد. اسپیتز^(۱۱) مشاهده کرد کودکانی که در مؤسسات پرورش یافته‌اند افسرده‌اند. این کودکان ویژگیهایی مانند گوشه‌گیری، بی‌توجهی به محیط و تأخیر در رشد هیجانی - جسمانی از خود نشان می‌دهند. وی نتیجه گرفت این رفتارها ناشی از محروم شدن کودکان از مهر و محبت مادری است (کاپلان، سادوک، ۱۹۹۴). جان بالی (۱۹۸۰) نیز خاطر نشان ساخت که سنین ۵ ماهگی تا ۳ سالگی حساس‌ترین مرحله در رشد روانی کودکان است. جدایی کودک از مادر در این دوره، اعتراض، ناامیدی و گسستگی را در وی به دنبال دارد.

اهمیت تجربه مرگ پدر یا مادر و فرایند سوگواری ناشی از آن در کودکان و نوجوانان و مشکلات روانپزشکی در داغدیدگی کسانی که نتوانسته‌اند سیر طبیعی واکنش

- | | |
|--------------|-------------|
| 1-pathologic | 2-Worden |
| 3-Zisook | 4-Bowlby |
| 5-Breier | 6-Weiler |
| 7-Sanchez | 8-Osterweis |
| 9-Solomon | 10-Green |
| 11-Spitz | |

پسران بیش از دختران پس از مرگ پدر اختلالات روانی را نشان می‌دهند و دختران بیش از پسران پس از مرگ مادر دچار بیماریهای روانی می‌شوند.

میانگین سنی آزمودنیها ۱۴/۹ سال و سن ۷۰٪ آنان بین ۱۵-۱۳ سال بود.

ابزار پژوهش عبارت بود از:

۱- پرسشنامه سوگ^(۱): این آزمون شامل ۳۶ پرسش است که در ۳ بخش تنظیم گردیده است. بخش اول شامل ۱۵ پرسش درباره مشخصات آزمودنیها، چگونگی مرگ، علت و نوع مرگ فرد مورد علاقه و زمان آن است. بخش دوم شامل ۱۴ پرسش و بر اساس ملاکهای وردن (۱۹۸۳؛ به نقل از خسروی، ۱۳۷۴) از سوگ آسیب شناختی تدوین شده است و بخش سوم شامل ۷ پرسش است که در سال ۱۹۷۷ توسط توماس^(۲)، ریچارد^(۳)، زیسوک تهیه و تدوین شده است. پایایی این بخش ۰/۸۱ و اعتبار درونی آن ۰/۷۰ گزارش گردیده است (خسروی، ۱۳۷۴).

۲- پرسشنامه علایم مرضی کودک^(۴) (CSI-IV) فرم ویژه پدر و مادر).

این آزمون در سال ۱۹۹۴ بر اساس ملاکهای DSM IV توسط گدو^(۵) و اسپرانکین^(۶) (۱۹۹۴) تهیه شده و در ایران توسط مهریار ترجمه گردیده است. این آزمون شامل ۱۱۰ پرسش است که ۲۱ اختلال رفتاری، هیجانی را از جمله اختلال کمبود توجه - بیش فعالی، اختلالات سلوکی، اضطراب تعمیم یافته - ترسهای مرضی، افکار وسواسی، اعمال اجباری، اختلال پس از استرس ضربه‌ای، تیکهای حسرکتی، اسکیزوفرنیا، اختلال

سوگ را طی نمایند، همچنین تنوع بروز مشکلات روانی - بدنی به دنبال از دست دادن عزیزان و داغدیدگی، انگیزه پرداختن به این پژوهش بوده است. از این رو بررسی و شناسایی اختلالات روانی نوجوانانی که تجربه داغدیدگی داشته‌اند و توانسته‌اند مراحل سوگ را طی نمایند از اهداف پژوهش حاضر است. بنابراین فرضیه‌های پژوهش به شرح زیر بوده است:

۱- شیوع اختلالات روانی در نوجوانانی که تجربه داغدیدگی داشته‌اند بیشتر از نوجوانانی است که چنین تجربه‌ای نداشته‌اند.

۲- شیوع اختلالات روانی در نوجوانانی که واکنش سوگ آسیب شناختی داشته‌اند بیشتر از نوجوانانی است که سوگ بهنجار داشته‌اند.

۳- شیوع اختلالات روانی در دختران و پسرانی که تجربه داغدیدگی داشته‌اند، یکسان نیست.

۴- بین علت مرگ فرد مورد علاقه و شیوع اختلالات روانی رابطه وجود دارد.

۵- بین میزان شیوع اختلالات روانی، در نوجوانان و مدت زمانی که از فقدان فرد مورد علاقه گذشته، رابطه وجود دارد.

۶- بین سن کودک به هنگام فقدان فرد مورد علاقه و شیوع اختلالات روانی رابطه وجود دارد.

روش

آزمودنیهای پژوهش را ۲۰۰ نفر از دانش آموزان دوره راهنمایی و دبیرستان (۱۷-۱۳ ساله) تشکیل داده‌اند که به شیوه نمونه‌گیری خوشه‌ای از مناطق ۲ و ۳ و ۶ آموزش و پرورش تهران و از مدارس عادی و شاهد انتخاب شده‌اند. چون تعدادی از پرسشنامه‌ها بطور کامل تکمیل نشده بود و برخی از دانش آموزان نیز از تحویل پرسشنامه خودداری نمودند تعدادی از آنها حذف گردیدند و بررسی بر روی ۱۶۴ نفر (۴۴ دختر داغ‌دیده، ۳۹ پسر داغ‌دیده، ۴۸ دختر عادی و ۳۳ پسر عادی) انجام شد.

1-Grief Inventory
3-Richard
5-Gadow
2-Thomas
4- Child Symptom Inventory
6-Spraffking

افسردگی، اختلال اضطراب جدایی، شب اداری و... را می‌سنجد.

بررسیهای انجام شده در مورد اعتبار و پایایی این آزمون نشان می‌دهد که حساسیت فهرست علایم والدین برای اختلال سلوک، اختلال افسردگی، اختلال اضطراب تعمیم یافته، اختلال اضطراب جدایی، اسکیزوفرنیا به ترتیب عبارتند از ۰/۷۷، ۰/۹۰، ۰/۸۶، ۰/۷۱، ۰/۶۹ بوده است.

در بررسی مقدماتی همه گیرشناسی اختلالهای رفتار ایذایی و کمبود توجه در دانش آموزان شهرستان گناباد که از این ابزار استفاده شد حساسیت فهرست علایم والدین و آموزگار در مورد اختلالهای بیش فعالی، کمبود توجه، اختلال ضدیت و نافرمانی، اختلال سلوکی به ترتیب ۰/۷۵، ۰/۸۹ و ۰/۸۹ محاسبه گردیده است (توکلی زاده، ۱۳۷۵).

برای اجرای پژوهش پس از انتخاب مناطق ۲، ۳ و ۶ آموزش و پرورش تهران به مدارس مربوطه مراجعه نموده و با همکاری مسئولین مدارس و استفاده از دفتر مشخصات دانش آموزان، نام دانش آموزانی که تجربه فوت پدر یا مادر را داشتند استخراج گردید. از آنجا که بیشتر دانش آموزان فوت پدر را گزارش نموده بودند و تنها چند تن فوت مادر را به مدرسه گزارش نموده بودند، بیشتر آزمودنیهای پژوهش فوت پدر را تجربه نموده‌اند.

پس از استخراج نام دانش آموزان پرسشنامه سوگ و علایم مرضی کودکان (فرم ویژه والد) در اختیار آنها گذاشته شد و از آنها خواسته شد بدون ذکر نام خود آزمون سوگ را در حضور پژوهشگر تکمیل نمایند و به پرسشنامه علایم مرضی، پدر یا مادر آنها پاسخ دهد. به همان تعداد دانش آموزانی که با پدر و مادر خود زندگی می‌کردند به صورت تصادفی انتخاب شده و پرسشنامه‌های مربوطه در اختیار ایشان گذاشته شد تا پدر یا مادر ایشان به آنها پاسخ دهد. داده‌های پژوهش با استفاده از آزمون χ^2 و تحلیل واریانس و آزمون شفه مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

در مورد نوجوانانی که مرگ پدر را به علت حوادث و سوانح تجربه کرده بودند، به دلیل اینکه مرگ آنان غیر قابل پیش بینی بوده است فشار روانی بیشتری را تحمل کرده‌اند زیرا از نظر روانی آمادگی پذیرش این رخداد را نداشته‌اند

یافته‌های پژوهش

نتایج پژوهش بطور فشرده در ۶ جدول ارائه گردیده است. نمرات مربوط به اختلال بیش فعالی - کمبود توجه، اختلال پس از استرس ضربه‌ای و تیکها در دو گروه در جدول ۱ ارائه گردیده است. میانگین نمرات افکار وسواسی، اختلال پس از استرس ضربه‌ای، تیکهای حرکتی و اختلال خلقی در آزمودنیهایی که سوگ آسیب شناختی و بهنجار داشتند در جدول ۲ ارائه گردیده است. میانگین نمرات افکار وسواسی، اختلال پس از استرس ضربه‌ای، تیکهای حرکتی در آزمودنیهایی که سوگ آسیب شناختی و بهنجار دارند و آزمودنیهای گروه بهنجار در جدول ۳ ارائه گردیده است. یافته‌های مربوط به میزان شیوع اختلالهای رفتاری بر حسب جنس در جدول ۴ نشان داده شده است.

یافته‌های مربوط به میزان شیوع اختلالهای روانی بر حسب علت مرگ عزیز از دست رفته در جدول ۵ ارائه گردیده است. همانطور که در جدول ملاحظه می‌شود، کسانی که پدر یا مادر ایشان به دلیل حوادث و شهادت در گذشته‌اند دارای نمرات بالاتری در پرسشنامه‌ها بوده‌اند. میانگین و انحراف معیار نمرات آزمودنیهایی که پدر یا مادر خود را از دست داده‌اند بر حسب سن تجربه سوگ و نوع اختلال در جدول ۶ ارائه گردیده است. همانطور که جدول ۶ نشان می‌دهد نمرات کسانی که در سن ۲ تا ۷ سالگی سوگ را تجربه نموده‌اند بیش از سایرین بوده و این تفاوت از نظر آماری معنی دار بوده است.

جدول ۱- مقایسه میانگین و انحراف معیار نمرات آزمودنیهای مورد بررسی برحسب گروهها و نوع اختلال

اختلالها / گروهها	فراوانی	اختلال بیش فعالی - کمبود توجه *		اختلال پس از استرس ضربه ای **		تیکهای صوتی *	
		میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
دختران داغدیده	۴۱	۱/۸۲	۱/۸۸	۰/۴۸	۰/۵	۰/۱۲	۰/۳۳
پسران داغدیده	۳۳	۳/۱۲	۲/۵۷	۰/۵۷	۰/۹۳	۰/۳۶	۰/۵۴
دختران گروه مقایسه	۴۴	۲/۳۸	۲/۰۵	۰/۳۸	۰/۴۹	۰/۱۸	۰/۳۹
پسران گروه مقایسه	۳۱	۲/۶۴	۲/۴۲	۰/۰۹	۰/۳	۰/۱۶	۰/۳۷

* N.S ** (F=۳/۹۳, p=۰/۰۱)

جدول ۲- مقایسه میانگین و انحراف معیار نمرات آزمودنیهای مورد بررسی برحسب نوع اختلال و نوع سوگ

اختلالها / گروهها	سوگ بهنجار		سوگ آسیب شناختی		نمره t
	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	
افکار وسواسی	۰/۱۳	۰/۳۴	۰/۳۹	۰/۴۹	*-۲/۴
اختلال پس از استرس ضربه ای	۰/۳۳	۰/۴۷	۰/۶۹	۰/۹۱	*-۱/۹۷
تیک های حرکتی	۰/۲۲	۰/۴۲	۰/۵۳	۰/۵۱	*-۲/۰۵
اختلالهای خلقی	۱/۶۲	۲/۲۲	۳	۲/۴۸	** -۱/۷۶

* p=۰/۰۵ ** N.S

جدول ۳- مقایسه میانگین و انحراف معیار نمرات آزمودنیهای مورد بررسی برحسب نوع اختلال و گروههای پژوهشی

اختلالها / گروهها	گروه مقایسه		سوگ بهنجار		سوگ آسیب شناختی		F
	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	
افکار وسواسی	۰/۲۹	۰/۴۵	۰/۱۲	۰/۳۳	۰/۴۱	۰/۵	*۳/۰۸
اختلال پس از استرس ضربه ای	۰/۳۱	۰/۴۶	۰/۳۲	۰/۴۷	۰/۷	۰/۹۳	**۵/۴۳
تیکهای حرکتی	۰/۲۲	۰/۴۲	۰/۱۲	۰/۳۳	۰/۳۸	۰/۴۹	*۲/۹۱

* p=۰/۰۵ ** p=۰/۰۱

جدول ۴- فراوانی، میانگین و انحراف معیار نمرات آزمودنیهای مورد بررسی برحسب جنسیت و نوع اختلال

اختلالها / گروهها	دختر		پسر		تعداد
	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	
اختلال رفتار	۰/۸۳	۱/۶	۱/۳۲	۲/۰۴	۶۸
اختلال بیش فعالی - کمبود توجه	۲/۲	۲/۰۱	۲/۸۸	۲/۴۷	۶۸
ترسهای مرضی خاص	۰/۴۷	۰/۵	۰/۳۲	۰/۴۷	۶۸
تیکهای صوتی	۰/۱۲	۰/۳۳	۰/۲۷	۰/۴۸	۵۹
اضطراب اجتماعی	۱/۴۸	۰/۹۳	۱/۱۶	۰/۷۹	۵۹

* N.S ** p=۰/۰۵

جدول ۵- میانگین و انحراف معیار نمرات آزمودنیهایی که پدر یا مادر خود را از دست داده‌اند بر حسب نوع اختلال و دلیل مرگ پدر یا مادر ایشان

اختلالها	گروهها		بیماری		حوادث		شهادت	
	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
اختلال بیش‌فعالی - کمبود توجه	۱/۶۹	۱/۶۹	۲/۸	۲/۱	۳/۰۲	۲/۵۹	۲/۸۳*	
اختلال ضدیت و نافرمانی	۱/۴۶	۱/۵	۳/۸۳	۲/۲۴	۲/۷۲	۲/۴	۵/۷۲**	
اسکیزوفرنیا	۰/۰۳	۰/۱۹	۰/۴۱	۰/۹	۰/۴۱	۰/۷۷	۲/۷۹*	
								• N.S •• p=۰/۰۱

جدول ۶- میانگین و انحراف معیار نمرات آزمودنیهایی که پدر و مادر خود را از دست داده‌اند بر حسب سن تجربه سوگ و نوع اختلال

اختلالها	اسکیزوفرنیا*		ترس‌های مرضی خاص*		بیش‌فعالی - کمبود توجه**		اضطراب منتشر (فراگیر)*	
	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
حاملگی	۰/۲	۰/۴۴	۰/۸	۰/۴۲	-	-	۱/۶	۱/۵
زیر ۱ سالگی	-	-	۰/۵۵	۰/۵۲	-	-	۱/۲	۱/۶
۲-۷ سالگی	۰/۵۳	۰/۹۱	۰/۲۸	۰/۴۵	۳/۱	۲/۵	۲/۱	۲
۸-۱۲ سالگی	۰/۳۶	۰/۱۴	۰/۴۲	۰/۴۶	۲/۱	۱/۶	۱	۱/۶
۱۲ سال به بالا	۰/۲	۰/۰۶	۰/۴	۰/۵	۱/۵	۱/۳	۰/۷	۰/۹
								• N.S •• (F=۳/۹۳, p=۰/۰۱)

Andeesbeh
Va
Raftar
اندیشه و رفتار
۳۷

چنین نتیجه‌ای به دست نیامد. این یافته پژوهش با یافته‌های پژوهش برخی پژوهشگران همخوانی دارد (نورتن، ۱۹۵۲؛ گریگوری، ۱۹۵۶؛ گورمن، ۱۹۵۷؛ انسلدن، ۱۹۶۹، به نقل از گارفینکد و ولر، ۱۹۹۰).

در این راستا متخصصان همچنین فوت یکی از والدین را در ایجاد و گسترش بیماریهای روانی از قبیل نوروها (باری و لیندمن، ۱۹۶۰، به نقل از خسروی، ۱۳۷۴) رفتارهای ضد اجتماعی (سیگلن، ۱۹۶۴؛ بروان و ایز، ۱۹۶۶؛ به نقل از همان جا)، روان‌گسیختگی (گروسمن و گرانویل، ۱۹۶۶، به نقل از همان جا) احساس ناتوانی و خصوصیات پارانویایی (ساتراک، ۱۹۷۰، به نقل از همان جا) مؤثر می‌دانند. همچنین کلایتون و همکاران (۱۹۷۷)، به نقل از همان جا) گزارش می‌کنند سوگ آسیب‌شناختی می‌تواند منجر به مشکلات جدی روانپزشکی همچون افسردگی اساسی، بیماریهای روان تنی مانند (زخم اثنی عشر، آسم، روماتوئید و ...) هراسها، وسوسهای فکری و

بحث در نتایج

میانگین نمرات اختلال بیش‌فعالی - کمبود توجه اختلال پس از استرس ضربه‌ای، افکار وسواسی و تیکهای حرکتی در آزمودنیهایی که تجربه داغدیدگی داشته‌اند بیشتر از آزمودنیهایی بود که چنین تجربه‌ای را نداشته‌اند. در زمینه بروز علایم افکار وسواسی، اختلال پس از استرس ضربه‌ای و تیکهای حرکتی تفاوت میان آنها معنی دار بود. بدین ترتیب نخستین فرضیه پژوهش در ۳ مورد اخیر تأیید شد.

میانگین نمرات اختلال پس از استرس ضربه‌ای، افکار وسواسی، تیکهای حرکتی، اختلال خلقی در آزمودنیهایی که سوگ آسیب‌شناختی داشتند بیشتر از آزمودنیهایی بود که سوگ بهنجار داشتند. تفاوت بین آنها در مورد ۳ اختلال نخست معنی دار است. بدین ترتیب فرضیه دوم پژوهش نیز در مورد ۳ اختلال یاد شده تأیید شد و در سایر موارد

بیماریهای اضطرابی گردند.

در ایران نیز نتایج پژوهش حاتمی (۱۳۶۸) نشان داد که شیوع اختلال بیش فعالی - کمبود توجه، پرخاشگری، تمایلات وسواسی، ناسازگاری اجتماعی، اضطراب، افسردگی، رفتارهای ضد اجتماعی در کودکان شاهد بیشتر است.

بررسیها نشان داده‌اند که تیکها در مردان ۳ بار بیشتر از زنان است. در رابطه با افکار وسواسی در ۷۰-۵۰٪ موارد شروع علائم آن در پی یک اتفاق استرس آمیز مانند مرگ یکی از نزدیکان، بارداری، مسایل جنسی روی می‌دهد. اشتغال ذهنی فرد بازمانده با این افکار که شاید در مورد عزیز از دست رفته کوتاهی یا سهل‌انگاری شده می‌تواند فرد را به سوی راههای خیالی برای مبارزه با مرگ و نابودی فرد از دست رفته سوق دهد و در نهایت افکار وسواس گونه را در فرد پدید آورد.

با توجه به مقیاس راه و هولمز، مرگ نزدیکان یکی از شدیدترین رویدادهای استرس زای زندگی تلقی می‌شود. بنابراین طبیعی به نظر می‌رسد به دلیل اثرات آسیب‌زای رویداد مرگ برای بازماندگان انتظار بروز اختلالهایی را پس از این ضربه‌های روانی داشت که با عنوان اختلال پس از استرس ضربه‌ای یاد می‌شود.

این پژوهش نشان داد که میزان شیوع اختلالهای روانی در پسرانی که تجربه سوگ داشته‌اند بیش از دختران است. راتر (۱۹۶۶) دریافت که بین بیماری روانی کودک و جنس والد از دست رفته همبستگی مثبت وجود دارد. بدین معنی که پسران بیش از دختران پس از مرگ پدر اختلالهای روانی را نشان می‌دهند و دختران بیش از پسران پس از مرگ مادر دچار بیماریهای روانی می‌شوند. با از دست رفتن پدر خانواده به نظر می‌رسد که حساسیت بیشتری بر روی پسران ایجاد شده و تا حدی نیز خانواده به دنبال جایگزین نمودن فرزند پسر به جای پدر خانواده می‌باشد. این امر می‌تواند برای کودکی که آمادگی روانی - ذهنی برای پذیرش این گونه مسئولیتهای پیش‌بینی نشده ندارد،

استرس‌زا باشد.

یافته دیگر پژوهش نشان می‌دهد که اختلال بیش فعالی - کمبود توجه، اختلالهای سلوکی، تیکها در پسران بیشتر از دختران است. در دختران ترسهای مرضی، اضطراب اجتماعی^(۱) بیشتر دیده می‌شود. بدین ترتیب فرضیه سوم پژوهش در مورد پنج اختلال یاد شده تأیید می‌گردد.

نتایج دیگر پژوهش نشان می‌دهد که میانگین نمرات اختلال بیش فعالی - کمبود توجه و اسکیزوفرنیا در آزمودنیهایی که علت مرگ پدر آنان شهادت و حوادث بوده نسبت به آزمودنیهایی که علت مرگ پدر آنان بیماری بوده است بیشتر است. اما این تفاوت از نظر آماری معنی‌دار نیست.

در مورد نوجوانانی که مرگ پدر را به علت حوادث و سوانح تجربه کرده بودند، به دلیل اینکه مرگ آنان غیر قابل پیش‌بینی بوده است فشار روانی بیشتری را تحمل کرده‌اند زیرا از نظر روانی آمادگی پذیرش این رخداد را نداشته‌اند. رافایل و همکاران (۱۹۹۰) نیز مطرح می‌کنند که عوارض اضطراب ناشی از اندوه مرگ والدین در بیشتر کودکانی که در رویدادی پیش‌بینی نشده آنها را از دست داده‌اند در سطح بالایی دیده می‌شود (بارکس و ویس، ۱۹۸۳، به نقل از خسروی، ۱۳۷۴).

بارکس (۱۹۹۰) دریافت داغدیدگانی که به دلیل آدمکششی عزیز خود را از دست داده بودند پس از داغدیدگی مشکلات روانشناختی بیشتری داشتند. اختلال رفتاری در آزمودنیهایی که کمتر از شش ماه از مرگ عزیز آنان می‌گذشت بیش از گروههایی بود که ۶ ماه و بیشتر از مرگ عزیز آنان می‌گذشت.

میانگین نمرات اختلال اسکیزوفرنیا، ترسهای مرضی، بیش فعالی - کمبود توجه، اختلال اضطراب فراگیر در آزمودنیهایی که مرگ پدر یا مادر را پیش از ۷ سالگی تجربه نموده‌اند، بیشتر از کسانی بوده است که پس از ۷ سالگی این تجربه را داشته‌اند و این تفاوت در مورد بیش

فعال - کمبود توجه معنی دار است بدین ترتیب فرضیه ششم پژوهش در مورد اختلال بیش فعالی - کمبود توجه تأیید می‌گردد.

در همین رابطه لایف شیتز (۱۹۷۶)، به نقل از باقری، عطاران، (۱۳۷۲) گزارش نموده است کودکانی که قبل از ۷ سالگی پدر خود را از دست داده‌اند در آگاهی نسبت به محیط اجتماعی محدودیت قابل توجهی نشان می‌دهند. به طور کلی سن کودک به هنگام محرومیت از پدر متغیر قابل توجهی در سبک ادراکی و یادگیری وی است.

منابع

آزاد، حسین (۱۳۷۴). روانشناسی مرضی کودک. تهران: انتشارات پاژنگ.

اتکینسون، ریئا، ل.، اتکینسون، ریچارد، س.، هیلگارد، ارنست، د. (۱۳۷۰). زمینه روانشناسی. ترجمه محمد نقی

براهنی. تهران: انتشارات رشد.

انجمن روانپزشکی آمریکا (۱۳۷۴). راهنمای طبقه‌بندی بیماری‌های روانی. ترجمه نصرت اله پورافکاری، تهران: انتشارات آزاده.

توکلی زاده، جهانشیر (۱۳۷۵). همه گیر شناسی اختلالات رفتار ایذایی و کمبود توجه در دانش آموزان دبستانی شهر گناباد. پایان نامه کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی. انستیتو روانپزشکی تهران.

حاتمی، محمد (۱۳۶۹). بررسی شیوع اختلالات رفتاری کودکان شاهد محروم از پدر. پایان نامه کارشناسی ارشد. خسروی، زهره (۱۳۷۴). روان درمانی داغ‌دیدگی. تهران: انتشارات نقش هستی.

داستان، پریخ (۱۳۷۰). روانشناسی مرضی تحولی. تهران: انتشارات ژرف.

گنجی، طاهره (۱۳۷۳). فصلنامه پرستاری، مامایی، شماره ۸. محمدی، غلام عباس (۱۳۷۰). بررسی اثرات فقدان پدر بر سازگاری فردی، اجتماعی، موفقیت تحصیلی. پایان نامه کارشناسی ارشد.

میلرآدامز، شفر (۱۳۷۰). روانشناسی کودکان محروم از پدر. ترجمه خسروی باقری، محمد عطاران. تهران: انتشارات تربیت. نلسون، ریئاویکس، ایسرائیل، آلن، سی. (۱۳۶۷). اختلالات رفتاری کودکان. ترجمه محمد تقی منشی طوسی. مشهد:

انتشارات آستان قدس رضوی.

وردن، جی. ویلیام (۱۳۷۴). مشاوره و درمان سوگ. ترجمه مهرداد فیروز بخت، خشایار بیگی. تهران: انتشارات امجد.

Bowlby, J. (1980). *Attachment and loss*, New York: Basic Books.

Charles, W. B. (1991). Paradoxes of maternal mourning. *Psychiatry*, 54, 1-12.

David, A. B., Perperj, M. A., Allman, C., & Frioud, A. (1992). Psychiatric effects of exposure to suicide among the friends & acquaintance of adolescent suicide victims: *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 31, 4-10.

Edward, K. R. (1990). Pathologic Grief the Queen's Croquet Ground. *Psychiatric Annals*, 2, 225-303.

Gadow, D., & Sprafking, (1994). *Child symptom inventory manual CSI*.

Garfinkels, & Weller, R. A. (1990). Grief in child and adolescents. *Psychiatric disorder in children and adolescents*. P 37-46.

Kaplan, H. I., & Sadock, B. J. (1994). *Synopsis of Psychiatry* (7th ed.). Baltimore: Williams & Wilkins.

Modig, H., Boranno, G. A., & Holen, A. (1993). Pathological grief: Diagnosis and explanation. *Psychosomatic Medicine*, 55, 260-73.

Parkes, C. M. (1990). Risk factor in bereavement: implications for the prevention & treatment of pathologic grief. *Psychiatric Annals*, 2, 302-3.

Raphael, B., Franz, C. O., & Milleton, W. (1990). What is pathologic grief. *Psychiatric Annals*, 20, 305-7.

Stephen, R. S., & Zisook, S. (1990). Hovering over the bereaved. *Psychiatric Annals*, 20, 327-33.

