



دانشگاه آزاد اسلامی
واحد شیراز



بررسی افسردگی و اضطراب در نوجوانان مهاجر مواجه شده با حوادث تروماتیک

مهدی پارویی

کارشناسی ارشد، گروه روانشناسی بالینی، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی، دانشگاه خوارزمی تهران

Mahdiparooi@gmail.com

علیرضا مرادی

استاد تمام، گروه روانشناسی بالینی، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی، دانشگاه خوارزمی تهران

Moradi90@yahoo.com

علی یونسی

استادیار، گروه علوم اعصاب، دانشکده فن آوری های نوین پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشت درمانی تهران

Yoonessi@gmail.com

چکیده

اختلال استرس پس از سانحه به عنوان یک بیماری ناتوان کننده روانی، با ناراحتی بالینی و اختلال در عملکرد همراه می باشد. پژوهش حاضر با هدف مقایسه افسردگی و اضطراب در نوجوانان مهاجر مبتلا به اختلال استرس پس از سانحه، تروما زده بدون اختلال استرس پس از سانحه و بهنجار شهر کرج انجام گردید. روش پژوهش حاضر از نوع علی مقایسه ای بود که برای تحلیل داده ها از روش تحلیل واریانس تک متغیری و آزمون تعقیبی توکی استفاده گردید و داده ها با استفاده از نرم افزار SPSS 22 تحلیل شدند. جامعه آماری پژوهش را کلیه نوجوانان مهاجر ۱۴ تا ۱۸ سال شهر کرج تشکیل می دادند. تعداد شرکت کنندگان هر یک از گروه ها، ۱۵ نفر (مبتلا به اختلال استرس پس از سانحه، تروما زده بدون علائم اختلال استرس پس از سانحه و بهنجار) بود که به شیوه نمونه گیری در دسترس انتخاب شده بودند. آزمودنی ها با استفاده از مصاحبه بالینی ساختاریافته برای اختلالات محور یک، مقیاس تجدیدنظر شده ی رویداد، پرسشنامه های اضطراب بک و افسردگی کوکس مورد ارزیابی قرار گرفتند. نتایج پژوهش نشان داد که افراد مبتلا به اختلال استرس پس از سانحه نسبت به افراد تروما زده بدون این اختلال و بهنجار میزان اضطراب بیشتری را کسب کرده اند. همچنین افراد مبتلا به اختلال استرس پس از سانحه نسبت به افراد بهنجار میزان افسردگی بیشتری را نشان می دهند. نتایج این پژوهش بر این موضوع دلالت دارد که به منظور بهینه کردن اقدامات پیشگیرانه و مداخله ای، بررسی فرایندهای دخیل در افسردگی و اضطراب نوجوانان مهاجر مبتلا به اختلال استرس پس از سانحه امری ضروری می باشد. همچنین تفاوت نمرات اضطراب افراد مبتلا به اختلال استرس پس از سانحه نسبت به افراد تروما زده، نشان دهنده نقش اساسی اضطراب در ابتلا به این اختلال می باشد.

واژگان کلیدی: اختلال استرس پس از سانحه، افسردگی، اضطراب، نوجوانان مهاجر



دانشگاه آزاد اسلامی
واحد شیراز

روزنامه علمی-تخصصی

96170-82201



مقدمه

اختلال استرس پس از سانحه^۱ یک بیماری ناتوان کننده‌ی روانی است که پس از مواجهه با حوادث تروماتیک به وجود می‌آید و شامل مجموعه‌ای از علائم است که این علائم باید بیش از یک ماه پس از تروما باقی بمانند و با ناراحتی بالینی و اختلال در عملکرد همراه باشند (انجمن روان پزشکی آمریکا، ۲۰۱۳). علت ایجادکننده‌ی این اختلال _ حوادث تروماتیک _ به حادثی مانند خشونت، تصادفات، بلایای طبیعی، حملات تروریستی و جنگ اطلاق می‌شود (جاف، دیلیلو، هافمن، هایکالیس و دیکسترا، ۲۰۱۵) و PTSD شایع‌ترین اختلال روانی است که پس از مواجهه با این حوادث رخ می‌دهد (اهرینگ، رازیک و امیلکامپ، ۲۰۱۱).

در میان گروه‌های سنی مختلف، نوجوانان به علت تغییرات زیستی، اجتماعی و شناختی که در این دوره رخ می‌دهد (استنبرگ، ۲۰۰۸)، نسبت به کودکان و بزرگسالان در معرض خطر بیشتری برای تجربه حوادث تروماتیک قرار دارند (نونر، لینارس، بتینجان، کرامر، سیوا و همکاران، ۲۰۱۲)؛ همان‌گونه که پژوهش‌های شیوع شناسی اخیر نشان داده‌اند، بیشتر نوجوانان (۶۱٫۸٪) در طول عمرشان یک حادثه‌ی تروماتیک را تجربه می‌کنند و نرخ شیوع PTSD در این افراد ۴٫۷ درصد می‌باشد (مک لافلین، کوئن، هیل، پتخوا، سمپسن و همکاران، ۲۰۱۳). اهمیت این موضوع موجب افزایش توجه به علائم و پیامدهای ناسازگار ابتلا به اختلال استرس پس از سانحه و رشد روزافزون پژوهش‌هایی شده است که به بررسی جنبه‌های روان‌شناختی اثرات مواجهه با حوادث تروماتیک در این افراد می‌پردازند (پنچن یانگ، ین، تانگ، چن و همکاران، ۲۰۱۱).

یکی دیگر از گروه‌هایی که در معرض خطر بالا برای مواجهه با حوادث تروماتیک قرار دارند، مهاجرین^۲ می‌باشند؛ ماهیت فرایند مهاجرت و مشکلات بعد از آن همانند موانع اشتغال، تبعیض نژادی و تنهایی زمینه را برای بروز اختلالات روانی از قبیل PTSD فراهم می‌کند (کارسول، بلاک برن و بارکر، ۲۰۰۹). به بیان دیگر می‌توان گفت از جمله افرادی که ممکن است حوادث تروماتیک بیشتری را نسبت به سایرین تجربه کنند افراد مهاجر می‌باشند زیرا این افراد اغلب در معرض چندین حادثه‌ی تروماتیک همچون مرگ عزیزان، حمله فیزیکی یا جنسی و شکنجه قرار می‌گیرند (استیل، چی، سیلوو، مرنان، برایانت و همکاران، ۲۰۰۹). پژوهش‌های زیادی نشان می‌دهند که میزان زیادی از افراد مهاجر و همچنین تحت تأثیر جنگ از PTSD رنج می‌برند (مک گرگور ملوین و نیومن، ۲۰۱۵). از سوی دیگر جنبه‌ی نگران‌کننده‌ی فرایند مهاجرت که توجه زیادی را به خود جلب می‌کند، جمعیت کودکان درگیر در این فرایند است که حدوداً نیمی از پناهجویان^۳ را تشکیل می‌دهند (کمیساریای عالی پناهندگان سازمان ملل، ۲۰۱۲).

از سویی دیگر، همبندی اختلال PTSD با طیف وسیعی از اختلالات روان‌شناختی از قبیل اختلال افسردگی اساسی (ریتوینسکی، اسکور، فینی و یانگ استرام، ۲۰۱۳)، و اختلال اضطراب فراگیر (بک، جونز، ریچ، وود وارد و کودی، ۲۰۱۵) موجب شده است امروزه تأکید بر PTSD در نوجوانان مهاجر اهمیت به مراتب بیشتری از قبل پیدا کند (نونر و همکاران، ۲۰۱۲). مشخصه اصلی اختلال استرس پس از سانحه، اضطراب شدید بعد از یک رویداد تروماتیک یا استرس زا است که موجب می‌گردد فرد به این تجربه با ترس و درماندگی واکنش نشان دهد و تلاش کند تا کل آن را به یاد نیارد یا قسمت‌هایی از آن را فراموش نماید. افراد مبتلا به این اختلال، واقعه آسیب‌زا را در رویا و نیز افکار روزانه خود مجدداً تجربه می‌کنند. از هر چیزی که واقعه را به خاطرشان بیاورد، قاطعانه دوری می‌کنند و دچار کرحتی پاسخدهی، همراه با حالت برانگیختگی مفرط می‌شوند. این افراد علائمی از قبیل افسردگی، اضطراب و را از خود نشان می‌دهند (خانجانی، محمودعلیلو، فخاری، عبدل پور، ۱۳۹۵). افسردگی و یا اضطراب افراد مبتلا به اختلال استرس پس از سانحه می‌تواند آتقدرد ادامه دار و حاد شود که خود به عنوان اختلالی مجزا تشخیص و نیاز به درمان داشته باشد (پیتزاک و همکاران، ۲۰۱۱) و با کیفیت پایین زندگی بیماران همراه شود (کاپلان و سادوک، ۲۰۰۰).

1. Post-traumatic stress disorder

2. Immigrants

3. Refugees



با وجود تمامی این نکات و آسیب‌ها، تاکنون میزان افسردگی و اضطراب در نوجوانان مهاجر مبتلا به اختلال استرس پس از سانحه و مقایسه آن با نوجوانان مهاجر تروما زده بدون اختلال مورد توجه قرار نگرفته است. با توجه به مطالب مطرح شده می‌توان فرضیه پژوهش حاضر را اینگونه مطرح نمود که بین افسردگی و اضطراب نوجوانان مهاجر مبتلا به اختلال استرس پس از سانحه و تروما زده بدون اختلال استرس پس از سانحه تفاوت معناداری وجود دارد. بنابراین هدف از پژوهش حاضر مقایسه افسردگی و اضطراب در نوجوانان مهاجر مبتلا به اختلال استرس پس از سانحه، تروما زده بدون اختلال استرس پس از سانحه و بهنجار شهر کرج بود.

روش تحقیق

با توجه به ماهیت و هدف پژوهش، روش علی مقایسه‌ای انتخاب گردید. جامعه مورد مطالعه در این پژوهش، شامل کلیه نوجوانان مهاجر دچار اختلال استرس پس از سانحه (PTSD)، دارای سابقه‌ی ترومای بدون اختلال استرس پس از سانحه (non-PTSD) و بهنجار ساکن در شهر کرج بود. نمونه مورد مطالعه در این پژوهش به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شد. در این پژوهش از میان نوجوانان مهاجر ۱۴ تا ۱۸ ساله، ۱۵ نفر که بر طبق راهنمای آماری و تشخیصی اختلال‌های روانی (DSM-V) به عنوان PTSD تشخیص داده شدند، به همراه ۱۵ نفر مهاجر دارای سابقه ترومای بدون اختلال استرس پس از سانحه و ۱۵ نوجوان مهاجر بدون سابقه‌ی تروما و اختلال PTSD انتخاب و سپس آزمون‌های مورد نظر انجام گردید. نمونه مورد مطالعه در این پژوهش با توجه به دشواری دستیابی به لیست کامل آزمودنی‌ها و همچنین محدودیت‌های عملی دیگر برای انتخاب نمونه به صورت تصادفی، به روش نمونه‌گیری در دسترس از مراکز نگهداری کودکان کار و خیابانی در شهر کرج (۱- گروه فرهنگی اجتماعی کیانا ۲- انجمن حامیان کودکان کار و خیابان) انتخاب شد. بدین منظور دو روانشناس بالینی به صورت مستقل به انجام مصاحبه با مددجویان پرداختند و در انتها تشخیص‌های مشترک انتخاب گردید. در این پژوهش داده‌های جمع‌آوری شده بعد از ثبت در نرم‌افزار 22 SPSS بر اساس روش‌های آمار توصیفی (میانگین، انحراف معیار) و استنباطی (تحلیل واریانس تک‌متغیری و آزمون تعقیبی) مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند. برای گردآوری اطلاعات در پژوهش حاضر از پرسشنامه‌های زیر استفاده شده است.

مصاحبه بالینی نیمه ساختاریافته برای اختلال‌های محور یک^۴ (SCID-I):

SCID-I یک مصاحبه کلینیکی نیمه ساختاریافته است که برای تشخیص گذاری اختلال‌های عمده محور I بر اساس DSM-IV به کار می‌رود (انجمن روان‌پزشکی آمریکا، ۲۰۰۰). روند این مصاحبه در نهایت با دو نیمه کردن SCID و تبدیل آن به دو نسخه بالینی (SCID-CV) و پژوهشی مورد استفاده قرار گرفته است. بعد از انتشار DSM-IV-TR هرساله تا سال (۲۰۱۰) اصلاحاتی بر مبنای پژوهش‌ها و تجربه بالینگران برای انطباق هرچه بیشتر ابزار با DSM-IV-TR انجام شده که این اصلاحات نیز گردآوری، ترجمه و در نسخه فارسی اعمال شده است (محمدخانی، جوکار، جهانی تابش و تمنایی فر، ۱۳۸۹). در پژوهش‌هایی که اخیراً انجام شده‌اند، تشخیص‌هایی که با استفاده از SCID گذاشته شده است از روایی بالاتری نسبت به مصاحبه‌های بالینی استاندارد برخوردار است (محمدخانی و همکاران، ۱۳۸۹).

مقیاس تجدیدنظر شده تأثیر رویداد^۵ (IES-R):

مقیاس تجدیدنظر شده تأثیر رویداد؛ به وسیله وایس و مارمر (۱۹۹۷) هماهنگ با ملاک‌های DSM-IV برای تشخیص PTSD تدوین گشت. مقیاس IES اصلی (وایس و مارمر، ۱۹۹۷) تنها دو ملاک افکار ناخواسته و اجتناب از سه ملاک لازم برای تشخیص PTSD را شامل می‌شد. IES-R برای پوشش علائم بیش‌انگیزگی تدوین شده است. این مقیاس دربرگیرنده ۲۲ ماده است که ۷ ماده به IES اصلی اضافه شده است. ۶ ماده از ۷ ماده به علائم بیش‌انگیزگی مانند خشم و تحریک‌پذیری؛ پاسخ شدید به محرک‌های غیرمنتظره؛ مشکل در تمرکز و گوش به زنگ بودن و یک ماده به افکار ناخواسته که تجربه مجدد شبه گسستگی است مربوط است. آزمودنی‌ها می‌بایست هر ماده را در یک مقیاس لیکرت شامل ۰ (هرگز)؛ ۱ (به ندرت)؛ ۲ (گاهی)؛ ۳ (اغلب) و ۴ (به شدت)؛ در طی هفت روز گذشته مشخص می‌کردند. در ایران این مقیاس توسط مرادی

4. Structured Clinical Interview for DSM Disorders

5. The impact of event scale-revised



دانشگاه آزاد اسلامی
شیراز

96170-82201



ترجمه و در مطالعات مختلف به کار برده شده است که از ثبات درونی با ضریب آلفای $0.75-0.92$ و اعتبار مناسب برخوردار است (مرادی، هرلیهی، یاسری، شهرآرای، تارنر و همکاران، ۲۰۰۸).

سیاهه اضطراب بک^۶:

این سیاهه یک ابزار خود گزارشی برای اندازه گیری شدت اضطراب بوده و شامل ۲۱ ماده است که آزمودنی در هر ماده یکی از چهار گزینه که نشان دهنده شدت اضطراب است را انتخاب می کند. چهار گزینه هر سؤال در یک طیف چهاربخشی از ۰ تا ۳ نمره گذاری می شود. هر یک از مواد یکی از علائم شایع اضطراب (علائم ذهنی، بدنی و هراس) را توصیف می کند. بنابراین نمره کل این ابزار در دامنه ای از ۰ تا ۶۳ قرار می گیرد. در پژوهشی که کاویانی و موسوی بر روی جمعیت ایرانی (۱۵۰ نفر بیمار مبتلا به اضطراب بالینی) انجام دادند روایی ($r=0.72, p<0.01$)، اعتبار ($r=0.83, p<0.01$) و ثبات درونی (آلفا = 0.92) به دست آمد (کاویانی و موسوی، ۲۰۰۸).

پرسشنامه افسردگی کودکان^۷:

این یک مقیاس خودسنجی است که کوکس و بک (۱۹۷۷) برای سنجش علائم شناختی، رفتاری و عاطفی افسردگی در کودکان و نوجوانان ۷ تا ۱۷ ساله طراحی کردند. دارای ۲۷ سؤال و هر سؤال شامل سه جمله است و آزمودنی یکی از سه جمله را که بیانگر احساسات، افکار و رفتار او در طول دو هفته گذشته است انتخاب می کند. سؤال ها از صفر تا ۲ نمره گذاری می شود. نمره صفر نشان دهنده فقدان نشانه، نمره یک بیانگر نشانه متوسط و نمره ۲ بیانگر وجود نشانه آشکار است، در نتیجه دامنه نمرات از صفر تا ۵۴ است که نمرات بالاتر نشان دهنده افسردگی بیشتر است (ماکای، امیر اوغلو و آنسال، ۲۰۱۰). ایوارسون (۲۰۰۶) همسانی درونی این مقیاس را در کودکان سوئدی 0.86 گزارش کرد. در پژوهش دهشیری، نجفی، شیخی و حبیبی عسگرآباد (۲۰۰۹) نیز اعتبار باز آزمایی و همسانی درونی این پرسشنامه به ترتیب برابر با 0.82 و 0.83 بود.

یافته ها

اطلاعات توصیفی

در جدول شماره ۱ شاخص های توصیفی میانگین و انحراف استاندارد آزمودنی های پژوهش در متغیر اضطراب و افسردگی به تفکیک گروه های بهنجار، non-PTSD و PTSD ارائه گردیده است.

جدول ۱. آماره های توصیفی متغیر اضطراب و افسردگی در گروه های بهنجار، PTSD و non-PTSD

شاخص		گروه	متغیر
SD	M		
۶,۲۳۹	۷,۹۳	بهنجار	اضطراب
۹,۱۹۸	۱۴,۸۰	non-PTSD	
۱۱,۱۰۸	۲۴,۳۳	PTSD	
۳,۷۲۰	۱۴,۵۳	بهنجار	افسردگی
۸,۷۱۹	۱۹,۲۰	non-PTSD	
۹,۶۳۲	۲۵,۹۳	PTSD	

⁶. Beck Anxiety Inventory (BAI)

8. Children's depression Inventory (CDI)



96170-82201



دانشگاه آزاد اسلامی
واحد شیراز



با توجه به جدول شماره ۱ می توان مشاهده کرد که میانگین نمرات مربوط به اضطراب و افسردگی در گروه افراد مبتلا به PTSD نسبت به گروه non-PTSD و بهنجار بیشتر است و به همین ترتیب میانگین نمرات مربوط به اضطراب و افسردگی گروه افراد non-PTSD بیشتر از افراد بهنجار است.

یافته های استنباطی

در ابتدا به منظور بررسی گزاره های پژوهش، مفروضه های نرمال بودن از طریق آزمون کولموگروف اسمیرنوف (اضطراب: $Z = 259/0 < P 1/011$ ، افسردگی: $Z = 190/0 < P 1/085$) و همگنی واریانس ها از طریق آزمون لوین (اضطراب: $F = 163/0 < P 1/895$ ، افسردگی: $F = 3/744 < P 032/0$) در مورد متغیر افسردگی، با توجه به برابر بودن حجم گروه ها به توصیه هاوول (۲۰۱۳) می توان نسبت به عدم خدشه به نتایج آزمون تحلیل واریانس اطمینان حاصل کرد. بررسی شد که با توجه به نرمال بودن و همگنی واریانس ها، متناسب با فرضیات پژوهش از آزمون تحلیل واریانس تک متغیری بین سازه های اصلی استفاده گردید. در ادامه به مقایسه ی میزان اضطراب و افسردگی آزمودنی های سه گروه افراد بهنجار، PTSD و non-PTSD پرداخته می شود.

برای مقایسه ی اضطراب و افسردگی آزمودنی ها با توجه به وجود یک متغیر وابسته (اضطراب/ افسردگی) و همچنین وجود یک متغیر مستقل (گروه) که دارای سه سطح (افراد بهنجار، PTSD و non-PTSD) می باشد از آزمون تحلیل واریانس تک متغیری استفاده گردید که نتایج آن در جدول شماره ۲ ارائه شده است.

جدول شماره ۲: تحلیل واریانس تفاوت سه گروه افراد بهنجار، PTSD و non-PTSD از لحاظ اضطراب و افسردگی

منبع	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری	مجذور ای تا
اضطراب	عرض از مبدأ	۱	۱۱۰۷۶,۳۵۶	۱۳۴,۵۸۳	۰,۰۰۱	۰,۷۶۲
	واریانس بین گروهی	۲	۲۰۳۴,۹۷۸	۱۲,۳۶۳	۰,۰۰۱	۰,۳۷۱
	واریانس درون گروهی	۴۲	۳۴۵۶,۶۶۷	۸۲,۳۰۲		
	واریانس کل	۴۵	۱۶۵۶۸,۰۰۰			
افسردگی	عرض از مبدأ	۱	۱۷۸۰۰,۵۵۶	۲۹۲,۳۷۵	۰,۰۰۱	۰,۸۷۴
	واریانس بین گروهی	۲	۹۸۵,۳۸۷	۸,۰۹۲	۰,۰۰۱	۰,۲۸۷
	واریانس درون گروهی	۴۲	۲۵۵۷,۰۶۷	۶۰,۸۸۳		
	واریانس کل	۴۵	۲۱۳۴۳,۰۰۰			

بر اساس جدول شماره ۲، می توان مشاهده کرد که میزان اضطراب و افسردگی آزمودنی ها در سه گروه افراد بهنجار، PTSD و non-PTSD دارای تفاوت معنی داری می باشد. در ادامه برای بررسی معنی داری سطوح مختلف تفاوت از آزمون تعقیبی توکی استفاده شد که نتایج آن در ادامه ارائه شده است.



دانشگاه آزاد اسلامی
شیراز



شیراز

96170-82201

جدول شماره ۳: آزمون تعقیبی توکی به منظور بررسی تفاوت سه گروه افراد بهنجار، PTSD و non-PTSD از لحاظ نمرات اضطراب و افسردگی

معناداری	خطای انحراف استاندارد	(I-J)	J	I	متغیر وابسته
۰,۱۰۸	۳,۳۱۳	-۶,۸۷	non-PTSD	بهنجار	اضطراب
۰,۰۰۱	۳,۳۱۳	-۱۶,۴۰*	PTSD		
۰,۰۱۷	۳,۳۱۳	-۹,۵۳*	PTSD	non-PTSD	
۰,۲۴۱	۲,۸۴۹	-۴,۶۷	non-PTSD	بهنجار	افسردگی
۰,۰۰۱	۲,۸۴۹	-۱۱,۴۰*	PTSD		
۰,۰۵۸	۲,۸۴۹	-۶,۷۳	PTSD	non-PTSD	

با توجه به جدول شماره ۳ می‌توان مشاهده کرد که افراد مبتلا به PTSD نسبت به افراد non-PTSD و بهنجار میزان اضطراب بیشتری را کسب کرده‌اند اما از سوی دیگر بین افراد non-PTSD و بهنجار از نظر میزان اضطراب تفاوت معناداری مشاهده نشد. همچنین با توجه به جدول ۳ می‌توان مشاهده کرد که افراد مبتلا به PTSD نسبت به افراد بهنجار میزان افسردگی بیشتری را کسب کرده‌اند اما از سوی دیگر بین افراد non-PTSD و بهنجار از نظر میزان افسردگی تفاوت معناداری مشاهده نشد.

برای مقایسه وجود اختلال PTSD در میان آزمودنی‌ها از سیاه‌هی خودسنجی تأثیر رویداد استفاده گردید و مشاهده شد که عملکرد گروه مبتلا به اختلال استرس پس از سانحه علائم بالینی ارائه شده در مقیاس مذکور را دارند، اما گروه مبتلا به اختلال استرس پس از سانحه، در حال حاضر، دارای نشانه‌های اختلال نبوده و مبتلا به اختلال استرس پس سانحه نیستند.

بحث و نتیجه گیری

نتایج حاصل از این پژوهش نشان داد که که گروه مبتلا به اختلال استرس پس از سانحه دارای سطح اضطراب و افسردگی بیشتری نسبت به افراد بهنجار و دارای سطح اضطراب بالاتری نسبت به گروه non-PTSD می‌باشند. در تبیین افسردگی بالای این بیماران می‌توان گفت که نتایج پژوهش حاضر همسو با پژوهش‌هایی می‌باشد که به بررسی افسردگی در افراد مبتلا به اختلال استرس پس از سانحه پرداخته‌اند و میزان بالای افسردگی در این افراد را گزارش کرده‌اند (بلانچارد، هیکلینگ، تیلورو لوث، ۱۹۹۵؛ کوپچیک، استروس، فرت، گونن، ویزمن و همکاران، ۲۰۰۷). با توجه به این امر که آمار بالایی از الکسی تایمی (ناتوانی در بیان هیجانات) در این اختلال گزارش شده است، احتمال می‌رود تعدادی از مشارکت کنندگان نیز علائم افسردگی خود را بیان نکرده باشند تا با این روش، بهتر با بیماری خود سازگاری یابند. همچنین میزان بالای اضطراب در بیماران مبتلا به اختلال استرس پس از سانحه همراستا با پژوهش‌هایی می‌باشد که به بررسی اضطراب در این بیماران پرداخته‌اند و نتایج این گونه پژوهش‌ها نشان داد که بیماران مبتلا به اختلال استرس پس از سانحه از میزان بالای اضطراب رنج می‌برند. (طاهری، مرادی، آزاد فلاح، میرزایی، علیزاده و همکاران، ۱۳۹۰). همچنین میزان بالای اضطراب افراد PTSD در مقایسه با نوجوانان مهاجر non-PTSD می‌تواند حاکی از این نکته باشد که یکی از عوامل کلیدی در ابتلا و ماندگاری اختلال استرس پس از سانحه در یک فرد، میزان بالای اضطراب می‌باشد و می‌توان با آموزش راهبردهای مقابله با اضطراب، احتمال ابتلای افراد را پس از مواجهه با تروما کاهش داد. همچنین معنادار نشدن نمرات اضطراب و افسردگی گروه non-PTSD نسبت به افراد بهنجار، نشان دهنده این نکته می‌باشد که مواجه شدن با تروما، به خودی خود نمی‌تواند منجر به افسردگی و اضطراب در این افراد گردد و ابتلا به اختلال استرس پس از سانحه، یک عامل لازم در ابتلا به افسردگی و اضطراب در این افراد می‌باشد.



دانشگاه آزاد اسلامی
واحد شیراز



در انتها باید گفت که انجام چنین پژوهش هایی می تواند تصویر روشنی از مداخلات طولانی مدت بدست دهد. طبق شواهد این پژوهش، بیماران مبتلا به PTSD افسردگی و اضطراب را تجربه می کنند. این مسئله نیاز آنها به خدمات روانپزشکی را تایید می نماید و بر نیاز به خدماتی همچون بازتوانی های حرفه ای و روانی اجتماعی صحنه می گذارد، آنچه که اهمیت دارد این است که کارکنان مراقبت سلامتی که در بیمارستان ها کار می کنند، لازم است که این عوامل و نشانه ها را در بیماران بررسی کنند. تشخیص زودرس و ارجاع بعدی برای درمان افسردگی و اضطراب می تواند تاثیر منفی این وضعیت ها را در دراز مدت بر کیفیت زندگی کاهش دهد. به منظور بهینه کردن اقدامات پیشگیرانه و مداخله ای، بررسی فرایندهای دخیل افسردگی و اضطراب در نوجوانان مهاجر مبتلا به اختلال استرس پس از سانحه امری ضروری می باشد. همچنین نوجوانان مهاجر تروما زده بدون اختلال استرس پس از سانحه دارای سطحی از اضطراب می باشند که باید مورد توجه قرار گیرد.

محدودیت این پژوهش، عدم دسترسی به بیماران مبتلا به اختلال استرس پس از سانحه در یک گروه خاص از تروما بود، بنابراین آزمودنی ها از افرادی با ترومای متفاوت انتخاب شدند و در نوع تروما تجانس نداشتند.

تشکر و قدردانی

در نهایت از کلیه نوجوانان و مسئولان مراکز گروه فرهنگی اجتماعی کیانا و انجمن حامیان کودکان کار و خیابان که در انجام این پژوهش ما را یاری رساندند، کمال تشکر و قدردانی را داریم.

منابع

خانجانی، زینب؛ محمود علیلو، مجید؛ فخاری، علی؛ عبدل پور، قاسم. (۱۳۹۵). اثربخشی درمان فراشناختی بر اضطراب و افسردگی بیماران مبتلا به اختلال استرس پس از سانحه. مجله پزشکی دانشگاه علوم پزشکی ارومیه. ۲۷ (۳)، ۲۲۲-۲۳۰.

طاهری، فاطمه؛ مرادی، علیرضا؛ آزاد فلاح، پرویز؛ میرزایی، جعفر؛ علی زاده، رقیه؛ نامغ، مریم. (۱۳۹۰). عملکرد حافظه شرح حال در فرزندان نوجوان جانبازان مبتلا به اختلال استرس پس از سانحه (PTSD). تازه های علوم شناختی، ۱۱۳(۱): ۵۱-۶۶.

محمدخانی، پروانه؛ جوکار، مهران؛ جهانی تابش، عذرا و تمنایی فر، شیما. (۱۳۸۹). مصاحبه بالینی ساختاریافته برای اختلال های DSM-IV-TR: انتشارات دانه.

Beck, J. G., Jones, J. M., Reich, C. M., Woodward, M. J., & Cody, M. W. (2015). Understanding the role of dysfunctional post-trauma cognitions in the co-occurrence of Posttraumatic Stress Disorder and Generalized Anxiety Disorder: Two trauma samples. *Behaviour research and therapy*, 70, 23-31.

Blanchard, E. B., Hickling, E. J., Taylor, A. E., & Loos, W. (1995). Psychiatric morbidity associated with motor vehicle accidents. *The Journal of nervous and mental disease*, 183(8), 495-504.

Carswell, K., Blackburn, P., & Barker, C. (2009). The relationship between trauma, post-migration problems and the psychological well-being of refugees and asylum seekers. *International Journal of Social Psychiatry*.

Dehshiri, G. H., Najafi, M. A. H. M. O. U. D., Shikhi, M., & Habibi Askarabd, M. (2009). Investigating primary psychometric properties of children's depression inventory (CDI). *J Fam Res*, 5(2), 159-77.

Diagnostic AP. statistical manual of mental disorders: DSM-5 (ed.) American Psychiatric Association. *Washington, DC*. 2013.

Ehring, T., Razik, S., & Emmelkamp, P. M. (2011). Prevalence and predictors of posttraumatic stress disorder, anxiety, depression, and burnout in Pakistani earthquake recovery workers. *Psychiatry research*, 185(1), 161-166.

Ivarsson, T. (2006). Normative data for the Multidimensional Anxiety Scale for Children (MASC) in Swedish adolescents. *Nordic Journal of Psychiatry*, 60(2), 107-113.



Kaplan, H. L., Sadock, B. J., & Williams, W. A. comprehensive textbook of psychiatry. 2000. Volume, 2, 2763.

Kaviani, H., & Mousavi, A. S. (2008). Psychometric properties of the Persian version of Beck Anxiety Inventory (BAI). Tehran University Medical Journal TUMS Publications, 66(2), 136-140.

Kovacs, M., & Beck, A. T. (1977). An empirical-clinical approach toward a definition of childhood depression. Depression in childhood: Diagnosis, treatment, and conceptual models, 1-25.

Kupchik, M., Strous, R. D., Erez, R., Gonen, N., Weizman, A., & Spivak, B. (2007). Demographic and clinical characteristics of motor vehicle accident victims in the community general health outpatient clinic: a comparison of PTSD and non-PTSD subjects. Depression and anxiety, 24(4), 244-250.

Makay, B., Emiroğlu, N., & Ünsal, E. (2010). Depression and anxiety in children and adolescents with familial Mediterranean fever. Clinical rheumatology, 29(4), 375-379.

McGregor, L. S., Melvin, G. A., & Newman, L. K. (2015). Familial Separations, Coping Styles, and PTSD Symptomatology in Resettled Refugee Youth. The Journal of nervous and mental disease.

McLaughlin, K. A., Koenen, K. C., Hill, E. D., Petukhova, M., Sampson, N. A., Zaslavsky, A. M., & Kessler, R. C. (2013). Trauma exposure and posttraumatic stress disorder in a national sample of adolescents. Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 52(8), 815-830.

Moradi, A. R., Herlihy, J., Yasseri, G., Shahraray, M., Turner, S., & Dalgleish, T. (2008). Specificity of episodic and semantic aspects of autobiographical memory in relation to symptoms of posttraumatic stress disorder (PTSD). Acta psychologica, 127(3), 645-653.

Nooner, K. B., Linares, L. O., Batinjane, J., Kramer, R. A., Silva, R., & Cloitre, M. (2012). Factors related to posttraumatic stress disorder in adolescence. Trauma, Violence, & Abuse, 1524838012447698.

Pietrzak, R. H., Goldstein, R. B., Southwick, S. M., & Grant, B. F. (2011). Prevalence and Axis I comorbidity of full and partial posttraumatic stress disorder in the United States: results from Wave 2 of the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. Journal of anxiety disorders, 25(3), 456-465.

Rytwinski, N. K., Scur, M. D., Feeny, N. C., & Youngstrom, E. A. (2013). The co-occurrence of major depressive disorder among individuals with posttraumatic stress disorder: a meta-analysis. Journal of traumatic stress, 26(3), 299-309

Steel, Z., Chey, T., Silove, D., Marnane, C., Bryant, R. A., & Van Ommeren, M. (2009). Association of torture and other potentially traumatic events with mental health outcomes among populations exposed to mass conflict and displacement: a systematic review and meta-analysis. Jama, 302(5), 537-549.

Steinberg, L. (2008). A social neuroscience perspective on adolescent risk-taking. Developmental review, 28(1), 78-106.

UNHCR (2012). Children: Young and innocent. <http://www.unhcr.org/pages/49c3646c1e8.html>

Weiss, D. S., & Marmar, C. R. (1997). The impact of event scale-revised. Assessing psychological trauma and PTSD, 2, 168-189.

Yang, P. Yen, C. F. Tang, T. C. Chen, C. S. Yang, R. C. Huang, M. S. ... & Yu, H. S. (2011). Posttraumatic stress disorder in adolescents after Typhoon Morakot-associated mudslides. Journal of anxiety disorders, 25(3), 362-368.