

Evaluation of Post-Traumatic Stress Disorder among War Survivors

Ali Kamalmanesh^{1,*}, Alireza Maredpour²

¹ Department of Psychology, Marvdasht Branch, Islamic Azad University, Marvdasht, Iran.

² Department of Psychology, Yasooj Branch, Islamic Azad University, Yasooj, Iran

* **Corresponding Author:** Ali Kamalmanesh. Assistant Professor, Department of Psychology, Yasooj Branch of Islamic Azad University, Yasooj, Iran, Email: Ali.kamalmanesh@gmail.com, Tel: 09185410219

Received: 2016/09/3

Accepted: 2016/11/8

Online published: 2017/03/4

Abstract

Introduction: The aim of this study was to evaluate post-traumatic stress disorder in survivors of imposed war after 21 years.

Materials and Methods: By snowball sampling, a total of 412 subjects based on their cities were selected and received the questionnaires. Then all people above the cut-off point were chosen and were enrolled in this study. Each of answers were interpreted clearly. Also the rankings of disorder based on indicators of PTSD obtained values and its relation to job and education were evaluated using T test and ANOVA methods.

Results: Based on our results; PTSD between self-sacrificing were 51% in moderate level, between dedicators were 69.9% in low level and between nobles were 79.9% in moderate levels. There are no relationship between PTSD and job or education level in experimented subjects.

Conclusions: The results showed that the rate of PTSD in veterans and dedicators were higher than others and there are not any relation between it and job or education level.

Keywords: post-traumatic stress, veterans, self-sacrificing

©2017 Deputy of Research and Technology of Baqiyatallah Hospital

بررسی میزان اختلال استرس پس از سانحه در بازماندگان جنگ

علی کمال منش^{۱*}، علیرضا ماردپور^۲

^۱ گروه روانشناسی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد مرودشت، مرودشت، ایران

^۲ گروه روانشناسی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد یاسوج، یاسوج، ایران

* نویسنده مسئول: علی کمال منش، استادیار گروه روانشناسی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد مرودشت، مرودشت،

ایران. ایمیل ali.kamalmanesh@gmail.com، تلفن، ۰۹۱۸۵۴۱۰۲۱۹

دریافت: ۱۳۹۵/۶/۱۳ پذیرش: ۱۳۹۵/۸/۱۸ انتشار آنلاین: ۱۳۹۵/۱۲/۱۴

چکیده

مقدمه: هدف از این پژوهش بررسی میزان اختلال استرس پس از سانحه در بازماندگان جنگ تحمیلی می‌باشد. **مواد و روش‌ها:** افراد نمونه از روش نمونه‌گیری شبکه‌ای (گلوله برقی) انتخاب و تعداد ۴۱۲ نفر از این نمونه بر اساس شهرستانهای محل سکونت انتخاب و پرسشنامه بین آنها توزیع گردید سپس بر اساس نقطه برش پرسشنامه کلیه افراد بالای نقطه برش انتخاب و از آنان مصاحبه به عمل آمد. سؤالات پژوهشی هر کدام یک به یک تجزیه و تحلیل و نتایج آن تفسیر شد. همچنین میزان اختلال در بازماندگان و ارتباط آن با شغل و تحصیلات افراد از طریق رتبه بندی بر حسب امتیازات شاخص استرس پس از سانحه با استفاده از آزمون T بدست آمده و داده‌ها با استفاده از آزمون ANOVA تحلیل شدند.

یافته‌ها: طبق نتایج، در افراد جانباز ۵۱ درصد اختلال استرس پس از سانحه در میزان متوسط، در ایثارگران ۶۹/۹ درصد اختلال استرس پس از سانحه در میزان خفیف و در افراد آزاده ۷۹/۱ درصد اختلال استرس پس از سانحه در میزان متوسط وجود دارد. بین میزان اختلال استرس پس از سانحه و شغل رابطه مثبت و معنی داری بدست نیامد. همچنین بین میزان اختلال استرس پس از سانحه و تحصیلات نیز ارتباط مثبت و معنی داری دیده نشد. **نتیجه‌گیری:** نتایج نشان داد میزان اختلال استرس پس از سانحه در افراد آزاده و جانباز بیش تر از بقیه بوده و بین این اختلال و شغل و میزان تحصیلات رابطه‌ای دیده نمی‌شود.

کلمات کلیدی: استرس پس از سانحه، بازماندگان جنگ، جانبازان

تمامی حقوق نشر برای معاونت پژوهش بیمارستان بقیه الله محفوظ است.

مقدمه

تروما یا ضربه بخش جدایی ناپذیر زندگی آدمی است. چه آدمی در طول حیات اجتماعی خویش همواره خواه به صورت مستقیم و غیر مستقیم، شاهد حوادث و رخدادهای تکان دهنده متعدد و مختلفی بوده است. ضربه به عنوان حادثه یا رویدادی فوق ظرفیت روانی فرد، حیطه‌ای است که از دیرباز در گستره‌های روانشناختی و جامعه شناختی و زیست شناسی مورد بحث قرار گرفته است. اثر گذاری و پیامدهای حوادث تروماتیک محدود به منطقه، زمان و افراد خاص نیست به تمام اقشار، گروه‌ها و افراد جامعه را در بر می‌گیرد [۱].

استرس پس از سانحه، مجموعه علائم پس از آنکه شخص، یک سانحه استرس زای بسیار شدید را تجربه می‌کند، بنابراین از آنجا که لزوماً فرد مبتلا به استرس پس از سانحه نباید خود قربانی حوادث و فجایع ذکر شده قبلی باشد بلکه شاهد و ناظر بودن، درگیر شدن و حتی شنیدن سانحه نیز می‌تواند مشکل ساز گردد. بنابراین عوامل بوجود آورنده استرس پس از سانحه، نه تنها گستردگی عامل (جنگ، حوادث، تصادفات، خشونت ابداً به بیماری لاعلاج و...) بلکه تنوع خاص (معنی و مفهوم استرس و چگونگی مواجهه و درک استرس و واکنش به آن در افراد متفاوت) نیز دارد. در طی سالهای (۱۹۶۷ تا ۱۹۹۱) میلادی بیش از ۷ هزار حادثه ضربه آور در جهان رخ داده است که بر اثر آن هفت میلیون نفر جان خود را از دست داده و بیش از سه میلیارد نفر دچار آسیب‌ها و مشکلات جسمانی، روانشناختی و اجتماعی شده‌اند [۲].

همچنین یافته‌های مختلف پژوهشی حاکی از آنند که حوادث ضربه‌ای آسیب‌های زیادی به کودکان و بزرگسالان وارد می‌سازد که از آن میان می‌توان به آسیب‌های زیست شیمیایی نظیر (افزایش سطح کاتنه گولامین ها و تغییر هورمونی، عصبی، آسیب‌های شناختی نظیر اختلال در پردازش اطلاعات، ضعف حافظه و تمرکز، افکار تهاجمی و...) آسیب‌های بین فردی حتی تغییرات عمیق شخصیتی اشاره کرد [۳].

در واقع، اختلال استرس پس از ضربه یک اختلال روانپزشکی شایع و مهم است که در این بیماری شخص در معرض یک رویداد آسیب رسان شدید که شدت آن برای هر کس آسیب‌رسان خواهد بود قرار گرفته و پاسخ شخص نیز همراه با ترس شدید و درماندگی است و این رویدادها می‌تواند تجارب جبهه جنگ یا سوانح طبیعی یا تصادفات شدید و غیره بوده باشد [۴]. این عارضه مرکب است از تجربه مجدد سانحه در رؤیا یا خیالات یا بیداری، اجتناب مستمر از یادآوری سانحه و کرختی پاسخگویی به چنین یادآوریه‌ها، برانگیختگی مستمر و مفرط که حداقل طول مدت علائم یک ماه بوده و در نهایت این اختلال موجب ناراحتی شدید یا اختلال در عملکرد اجتماعی

شغلی یا سایر زمینه‌های مهم فرد می‌گردد [۵]. این مشکل معمولاً بدنبال یک حادثه تراماتیک که فرد تجربه کرده است رخ می‌دهد. شیوع این اختلال بدنبال حوادثی مثل جنگ، زمین لرزه و آتشفشان بسیار شایع می‌باشد. وجود علائم مختلف از جمله افسردگی و اضطراب و شدت این علائم می‌تواند برای فرد، خانواده و اجتماع عوارض بسیار شدیدی به جای بگذارد. از آنجا که دوران حضور این بیماری و حتی ظهور آن می‌تواند تا سالها بعد از تجربه حادثه تراماتیک می‌تواند ادامه داشته باشد پژوهش‌های پیگیرانه و پیگیری‌های ارزیابانه برای شناسایی و درمان این بیماران به شدت توصیه می‌گردد. سابقه جنگ تحمیلی، زلزله‌های متعدد، سقوط هواپیماها و از همه مهمتر تصادفات بسیار زیاد لزوم پرداختن به این موضوع و تعیین میزان شیوع و شدت آن را در کشور ما ضروری می‌نماید [۶].

علی رغم توجه روز افزونی که به فرآیندهای مقابله‌ای شده است، هنوز جای خالی اطلاعات درباره متغیرهای زمینه‌ای که می‌توانند آنها تحت تأثیر قرار دهند و پیش نیازهای مهمی هستند برای متغیرهای مقابله‌ای و می‌توانند این فرآیند و پیامدهای آنها تحت تأثیر قرار دهند تا حد زیادی احساس می‌شود [۷].

در دوران جنگ تحمیلی ایران و عراق؛ چند تحقیق در مورد عوارض روانی و روان نژندی‌های جنگ در بین رزمندگان ایرانی انجام گرفت. اگر چه این پژوهش‌ها بیشتر بررسی علائم متنوع تری از علائم (PTSD) را در بردارند، اما با توجه به اشتراک علائمی بین PTSD و سایر اختلالات، به توصیف نتایج این پژوهش‌ها می‌پردازیم. نویدیان و همکاران در سال ۲۰۰۸ در پژوهش خود با عنوان سیمای بالینی معروف به موج گرفته گزارش می‌دهد که بین ۶۳ تا ۸۶ درصد افراد حاضر در جنگ مشکلات در زمینه حافظه و جسم پیدا می‌کنند [۸].

در پژوهش جلیلی و داویدیان با عنوان بررسی علائم در بیماران روانی ناشی از جنگ به ترتیب افسردگی، اشتغالات فکر، بی خوابی، کم حوصلگی با بیش از ۸۰ درصد بیشترین میزان آسیب را داشتند [۹]. نتایج پژوهش جاویدی و دشتی بر روی ۵۰۰ رزمنده بیانگر آن است که بین ۲ تا ۱۹ درصد دچار بیماری روانی مزمن شده‌اند که درمانی برای آنها وجود ندارد [۱۰]. در پژوهش یاسمی و گودرزی با عنوان بررسی فراوانی اختلالات خواب در مبتلایان به PTSD گزارش شده است که یکی از شدیدترین اختلالات همراه با (PTSD) اختلالات خواب و مسائلی مربوط به خواب REM می‌باشد، همچنین آنها اظهار کرده‌اند که اختلال خواب می‌تواند یکی از مسائل جدی این بیماران تلقی شود [۱۱].

مشکلات و محدودیت‌های حرکتی کمتر مشکل روان شناختی داشته و نسبت به سایر گروه‌ها هشیاری روانی بالاتری را نشان دادند [۱۵].

به نظر می‌رسد سیر بیماری و اختلالات روانی ناشی از جنگ حالت قهقهه‌رایی داشته و آنها را به سوی معلولیت و ناتوانی سوق داده است. وجود اختلالات همراه وهم ابتلائی شکل بالینی اختلالات روانی ناشی از جنگ را پیچیده کرده و اختلال PTSD پیچیده را مطرح ساخته است [۱۶]. تحقیقات اخیر در خصوص تغییرات عصب روانشناختی، کارکرد تمرکز، توجه، حافظه، ضعف در کنترل تکانه و کاهش عملکرد شناختی را به وسیله تأثیرات دراز مدت ضربه و تغییرات ساختاری، مغز، هیپوکامپ، آمیگدال را ایجاد کرده و پدیده تغییرات شخصیتی ناشی از ضربه را که ICD-10 مطرح کرده بوجود آورده است [۸]. علیرغم مشکلات ساختاری و روانشناختی، ساله‌است که مسئله سوء مصرف دارو و مواد و مخدر به مشکلات رزمندگان اضافه شده و با توجه به مشکلات مربوط به اشتغال، عدم حمایت‌های روانی اجتماعی و قرار نگرفتن در سیستم‌های توانبخشی و روان درمانی و مسئله نفع ثانویه مشکلات جدی برای جانبازان ایجاد کرده است.

نکته قابل توجه اینکه حملات شیمیایی علاوه بر اینکه منجر به اثرات جسمی زیادی برای فرد می‌شود اثرات روانی عدیدهای هم ایجاد می‌کند که در مقایسه با مجروحیت فیزیکی جدی‌تر بوده چرا که مجروحیت شیمیایی علاوه بر مسائل جسمی ترس از عوارض بلندمدت و بعضاً ناشناخته را بدنبال دارد که می‌تواند در مواجهه و تطابق فرد با استرس‌های سایکولوژیک و سوماتیک بطور مستقیم و غیر مستقیم مؤثر باشد وارکان زندگی او را مختل کند. باید دانست که (استرس پس از سانحه) مدتی پس از ضربه ظاهر می‌شود که این مدت ممکن است به کوتاهی یک هفته یا بلندی سی سال باشد، در نتیجه این تحقیق درصدد بررسی اختلال استرس پس از سانحه در بازماندگان جنگ می‌باشد و با توجه به اینکه استان کهگیلویه و بویراحمد در جنگ تحمیلی عراق علیه ایران دچار آسیب‌های جدی زیادی شده است و تعداد زیادی از افراد جانباز و آزاده گردیدند، سؤال پژوهش این است که بدانیم آیا بین میزان استرس در جانبازان و آزادگان با درصدهای مختلف پس از ۲۱ سال از جنگ تحمیلی عراق علیه ایران در استان کهگیلویه و بویراحمد تفاوتی وجود دارد؟

مواد و روش‌ها

جامعه و متغیرهای مورد بررسی

این مطالعه یک تحقیق مشاهده‌ای مورد شاهدهی می‌باشد جامعه آماری در این پژوهش کلیه رزمندگان، جانبازان و ایثارگران دفاع مقدس در جنگ تحمیلی عراق علیه ایران واقع

نتایج پژوهش نور بالا و محمدی با عنوان بررسی اختلالات عصبی روانی شایع گروهی از آزادگان بیانگر آن است در مراجعین سرپایی شایعترین اختلالات انطباقی و افسردگی اساسی و صرع، (PTSD) و جسمانی سازی و دیس تایمی و افسردگی نامتعارف، اختلال ارگانیک و روانی عضوی محسوب می‌شوند [۱۲]. شایع‌ترین اختلالات در بیماران بستری به ترتیب اختلال اسکیزوفرنی ۲۹/۴ درصد، افسردگی اساسی ۱۷/۶ درصد و اختلال خلقی دو قطبی ۱۱/۸ درصد می‌باشند. به طور کلی در بیماران بستری و سرپایی شایعترین اختلال، اختلال انطباقی با ۴۸/۳ درصد اختلال افسردگی اساسی و اختلال اسکیزوفرنی با ۱۱ درصد و PTSD و دیس تایمی با ۵/۵ درصد می‌باشد. پژوهش نوربالا، بینا و همکاران در سالهای ۱۳۶۷ و ۱۳۶۹ بیانگر آن است که شکایت جسمی افسردگی و اضطراب جزء بالاترین شکایت‌ها محسوب می‌شود [۱۲].

بطور کلی می‌توان گفت براساس یافته‌های همه‌گیرشناختی اختلالات عصبی سربازان خارجی اضطراب، افسردگی، اختلال خواب، ترس، احساس جدایی و بیگانگی اجتماعی، واکنش‌های تبدیلی، کم اشتها، سردرد، خستگی، سردرگمی، اختلال روانی- حرکتی، خاطرات و رویاهای ناراحت کننده، لرزش، اشکال در تمرکز، تحریک پذیری و رفتارهای انفجاری و اختلالات مربوط حافظه و واکنش از جا پریدن جزء علائمی که فراوانی کمتری داشته‌اند گزارش شده است [۱۳].

در خصوص علائم و اختلالات روانپزشکی در رزمندگان ایرانی بیشتر گرایش‌ها در جهت اختلالات اضطرابی، افسردگی و واکنش‌های بدنی می‌باشد. حمدیه در سال ۱۳۷۲ در پژوهش خود روی نمونه‌ای از رزمندگان نشان داد که هر چه نگرش رزمنده نسبت به جنگ مثبت‌تر باشد نمره افسردگی وی کاهش یابد، بر اساس یافته‌های همه گیر شناختی اختلالات عصبی در رزمندگان ایرانی بیشتر از نوع اضطرابی می‌باشد [۱۴].

نتایج پژوهش میرزائی و دژکام و همکاران در سال ۱۳۸۴ با عنوان مقایسه شدت و فراوانی علائم PTSD در جانبازان مبتلا به عوارض روانی و جسمانی ناشی از جنگ بیانگر آن است که در تمامی جانبازان به ترتیب یادآوری خاطرات و تجربه مجدد حوادث، بیش برانگیختگی و کرختی هیجانی و اجتناب رتبه اول تا سوم را به خود اختصاص دادند و بین چهار گروه مورد مطالعه جانبازان مبتلا به PTSD با همراهی سوء مصرف و وابستگی به مواد و شیمیایی‌ها و قطع عضوها و قطع نخاعی‌ها، شدیدترین علائم به بیماران PTSD همراه با وابستگی به مواد و شیمیایی‌ها و خفیف‌ترین علائم مربوط به بیماران قطع نخاعی‌ها می‌باشد. نکته قابل توجه آن است که بیماران شیمیایی بالاترین میزان افسردگی را داشته و در مرحله بعد دارای علائم PTSD می‌باشند و بیماران قطع نخاعی بدلیل

اعتبار باز آزمایشی بالا و کاپای ۰/۷۴ می‌باشد. روایی پژوهش حاضر که با استفاده از آلفای کرونباخ بدست آمد ۰/۷۶ می‌باشد [۱۷].

اطلاعات بدست آمده از پرسش نامه‌ها و مصاحبه‌ها پس از ورود به نرم افزار آماری SPSS با استفاده از روشهای آماری در دو سطح توصیفی و استنباطی صورت گرفت در سطح توصیفی با استفاده از مشخصه‌های آماری نظیر فراوانی، میانگین، انحراف استاندارد، واریانس و در سطح استنباطی تحلیل واریانس یکطرفه، آزمون T گروه‌های مستقل و با توجه با اینکه متغیر مورد بررسی از توزیع نرمال برخوردار بود از آزمون تعاقبی توکی استفاده شده است در سؤالات تحقیقاتی در ابتدا مشخصات دموگرافیک مورد بررسی قرار گرفت و با استفاده از آمار توصیفی استفاده شده است و با توجه به اینکه واریانس گروه‌ها همگون بود از تحلیل واریانس یکطرفه استفاده شده است و در سؤال پنجم از آزمون T گروه‌های مستقل استفاده شده است.

یافته‌ها

اطلاعات توصیفی و شاخص‌های آماری سن آزمودنی‌ها نشان داد، میانگین و انحراف استاندارد سنی گروه $4/85 \pm 44/33$ و میانگین و انحراف استاندارد سابقه حضور در جنگ (به ماه) $20/74 \pm 25/33$ و میانگین و انحراف استاندارد شاخص‌های آماری متغیر اختلال $9/98 \pm 32/42$ بود.

میانگین و انحراف استاندارد شاخص‌های آماری میزان مؤلفه تجربه مجدد $4 \pm 13/08$ و میانگین و انحراف استاندارد مؤلفه اجتناب $1/11 \pm 2/41$ و میانگین و انحراف استاندارد مؤلفه بی‌حسی عاطفی $3/26 \pm 7/41$ و میانگین و انحراف استاندارد میزان مؤلفه برانگیختگی $3/76 \pm 9/52$ بود.

بیشترین و کمترین توزیع فراوانی نمونه برحسب میزان تحصیلات آزمودنیها در زمان جنگ به ترتیب عبارت بودند از، سیکل $(36/3\%)$ ، محصل $(29/1\%)$ ، بی‌سواد و ابتدایی و دیپلم با $(16/8\%)$ و فوق دیپلم $(0/9\%)$ و توزیع فراوانی نمونه برحسب میزان تحصیلات آزمودنیها در زمان حال نیز تا حد زیادی مشابه میزان تحصیلات آزمودنیها در زمان جنگ بود که بیشترین و کمترین تحصیلات در گروه‌های دیپلم $(51/4\%)$ ، سیکل $(19/3\%)$ ، لیسانس $(12/3\%)$ ، بی‌سواد و ابتدایی $(10/1\%)$ و فوق دیپلم با 7% کمترین نمره را به خود اختصاص داد.

توزیع فراوانی نمونه برحسب نوع مجروحیت آزمودنیها عبارت بود از، بدون مجروحیت $(40/5\%)$ ، موج گرفتگی، شیمیایی و ترکش $(29/3\%)$ ، موج گرفتگی، $(3/9\%)$ ، شیمیایی $(12/7\%)$ ، ترکش $(13/6\%)$ بود.

در استان کهگیلویه و بویراحمد بودند. بیشترین محدوده سنی آنها ۴۰ تا ۴۴ سال بودند که از شهرستان‌های یاسوج، دهدشت و گچساران در سال ۱۳۸۹ جمع آوری شده‌اند. با توجه به پراکندگی افراد نمونه در سطح استان از طریق نمونه‌گیری شبکه‌ای (گلوله برفی) از نوع معرفی آشنا هر شخص، نفر بعدی را معرفی می‌کرد چون که نمونه تحقیق را اکثراً نظامی‌ها تشکیل می‌دادند از حفاظت اطلاعات سپاه و نیروی انتظامی مجوز گرفته شد به این صورت نمونه تحقیق بر اساس شهرستانهای محل سکونت (یاسوج، دهدشت، گچساران) آنها تشکیل شد. که تعداد جانباز ۱۹۸ $(43/3\%)$ درصد) ایثارگر ۲۱۶ نفر $(47/3\%)$ درصد) آزاد ۴۳ نفر $(9/4\%)$ درصد) بود و نمونه کل ما در این پژوهش ۴۵۷ نفر انتخاب شدند.

ابزار پژوهش عبارت بودند از:

۱- مصاحبه، افراد نمونه بعد از پر کردن پرسشنامه PTSD که بر اساس DSMIV - TR تهیه و تنظیم شده است نمره دریافت کرده‌اند. برای گذاشتن تشخیص اختلال استرس پس از سانحه علاوه بر پرسشنامه PTSD مصاحبه بالینی انجام شد که با توجه به بررسی انجام شده و پاسخ‌های داده شده در مصاحبه تشخیص PTSD بر آنها گذاشته شد که ۳۵ نفر از آنها آزاده، ۱۵ نفر جانباز، ۱۱ نفر ایثارگر بودند.

۲- پرسشنامه اختلال استرس پس از سانحه (PTSD)، مقیاس تشخیصی پس از ضربه یا PTSD توسط (فوا) و همکاران (۱۹۹۷) براساس معیارهای DSM- IV -TR ساخته شده است. این مقیاس ۱۷ سؤال است، در ابتدا فهرست ۱۲ بخشی که مربوط به تجربیات حوادث ضربه‌ای است، از مراجع پرسیده می‌شود مراجعان به سؤالات پاسخ داده و واکنش خود را در زمان بروز ضربه آسیب رسان گزارش می‌دهند. مقیاس نمره گزاری به صورت چهار نمره‌ای بوده و فرد باید فراوانی و شدت هر یک از ۱۷ نشانه PTSD را که در پی ماه گذشته تجربه کرده است گزارش کند. بخش دیگری این مقیاس مربوط به اختلال عملکرد زندگی افرادی مبتلا به PTSD می‌باشد [۱۷].

برای بررسی پایایی از ضریب پایایی حاصل از روش باز آزمایشی به فاصله یک الی دو هفته از اجرای اولیه برای کل مقیاس $0/585$ به دست آمد که این مقدار برای معیار B یا تجربه مجدد سانحه $0/92$ و برای معیار C یا اجتناب $0/27$ ، برای معیار D یا بی‌حسی عاطفی $0/90$ و برای معیار F یا بیش برانگیختگی برابر $0/74$ می‌باشد. این مقیاس بر روی سربازان جنگ و قربانیان تهاجم جنسی و غیر جنسی، تصادفات و غیره در طیف وسیعی از حوادث ضربه‌ای، اعتبار یابی شده است. تحلیل روانسنجی PTSD بیانگر ثبات درونی و آلفا $0/92$ و

جدول ۱. تحلیل واریانس یکطرفه برای تعیین تفاوت میان مؤلفه‌های اختلال استرس پس از سانحه با شغل

تعداد	میانگین	انحراف استاندارد	F	سطح معنی داری
تجربه مجدد				
آزاد	۱۳/۱۱	۴/۳	۰/۲۹	۰/۱۸۹
کارمند	۱۳/۴۳	۳/۷		
نظامی	۱۲/۹۷	۴/۱		
فرهنگی	۱۳/۰۱	۳/۹		
اجتناب				
آزاد	۲/۲۲	۰/۹	۰/۲۸	۰/۹۵۴
کارمند	۲/۴۱	۱/۱		
نظامی	۲/۴۷	۱/۲		
فرهنگی	۲/۴۳	۱/۱		
بی حسی عاطفی				
آزاد	۷/۴۶	۳/۲	۱	۰/۶۶۱
کارمند	۷/۶۷	۳/۶		
نظامی	۷/۲۹	۳/۳		
فرهنگی	۷/۴۵	۲/۷		
برانگیختگی				
آزاد	۹/۳۱	۳/۶	۰/۲۹	۰/۸۷۵
کارمند	۹/۸۳	۳/۵		
نظامی	۹/۴۹	۳/۹		
فرهنگی	۹/۴۶	۳/۶		
اختلال				
آزاد	۳۲/۰۹	۱۰/۲	۰/۲۶	۰/۶۹۸
کارمند	۳۳/۳۵	۱۰/۲		
نظامی	۳۲/۲۳	۱۰/۱		
فرهنگی	۳۲/۳۶	۹/۵		

۴۰/۳ ($F = ۵/۰۳$) است، بدین معنی که اختلاف معنادار گروه بین ۴۰ تا ۵۰ سال با دو گروه دیگر اما بین دو گروه دیگر اختلاف معنادار نبود.

در متغیر اختلال استرس پس از سانحه میانگین گروه سنی بیش از ۵۰ سال دارای بیشترین مقدار می‌باشد و تفاوت معنادار ($F = ۴/۷۱$ و $P < ۰/۰۰۹$) می‌باشد، بدین معنی که اختلاف معنادار گروه بیش از ۵۰ سال با دو گروه دیگر اما بین دو گروه دیگر اختلاف معنادار نبود.

نتایج **جدول ۳** نشان داد، در مؤلفه تجربه مجدد میانگین سابقه حضور در جنگ بین ۲ تا ۳ سال دارای بیشترین مقدار می‌باشد و تفاوت معنادار ($F = ۱۲/۸۹$ و $P < ۰/۰۰۱$) می‌باشد، بدین معنی که اختلاف معنادار گروه سابقه حضور در جنگ بین ۲ تا ۳ سال با سه گروه دیگر اما بین دو گروه دیگر اختلاف معنادار نبود.

آمارهای توصیفی برای تعیین اختلال استرس پس از سانحه در بازماندگان جنگ نشان داد، در افراد جانباز بیشترین میزان اختلال استرس پس از سانحه در میزان متوسط (۵۱ درصد)، در افراد ایثارگر بیشترین میزان اختلال استرس پس از سانحه در میزان خفیف اختلال (۶۹/۹ درصد) و در افراد آزاده بیشترین میزان اختلال استرس پس از سانحه در میزان متوسط (۷۹/۱ درصد) دیده می‌شود. نتایج **جدول ۱** نشان داد بین هیچ یک از مؤلفه‌های اختلال با شغل افراد تفاوت معناداری وجود ندارد.

نتایج **جدول ۲** نشان داد، در مؤلفه تجربه مجدد میانگین گروه سنی بیش از ۵۰ سال دارای بیشترین مقدار می‌باشد و تفاوت معنادار ($F = ۷/۲۴$ و $P < ۰/۰۰۱$) می‌باشد، بدین معنی که اختلاف معنادار گروه بیش از ۵۰ سال با دو گروه دیگر اما بین دو گروه دیگر اختلاف معنادار نبود.

در مؤلفه برانگیختگی میانگین گروه سنی بین ۴۰ تا ۵۰ سال دارای بیشترین مقدار می‌باشد و تفاوت معنادار ($P < ۰/۰۰۷$)

جدول ۲. تحلیل واریانس یکطرفه برای تعیین تفاوت میان مؤلفه‌های اختلال استرس پس از سانحه با گروه بندی سن

سطح معنی داری	F	انحراف استاندارد	میانگین	تعداد	
* / ۰.۰۰۱	۷/۲۴				تجربه مجدد
		۴/۱	۱۱/۹۲	۱۱۵	زیر ۴۰ سال
		۳/۹	۱۳/۳۴	۲۶۵	بین ۴۰ تا ۵۰ سال
		۳/۹	۱۳/۹۱	۷۷	بیش از ۵۰ سال
۰/۸۹۲	۱/۵۱				اجتناب
		۱/۲	۲/۵۳	۱۱۵	زیر ۴۰ سال
		۱/۱	۲/۴۱	۲۶۵	بین ۴۰ تا ۵۰ سال
		۰/۹	۲/۲۵	۷۷	بیش از ۵۰ سال
۰/۷۵۶	۱/۵۳				بی حسی عاطفی
		۲/۹	۶/۹۹	۱۱۵	زیر ۴۰ سال
		۳/۳	۷/۴۸	۲۶۵	بین ۴۰ تا ۵۰ سال
		۳/۵	۷/۷۹	۷۷	بیش از ۵۰ سال
۰/۰۰۷	۵/۰۳				برانگیختگی
		۳/۶	۸/۵۷	۱۱۵	زیر ۴۰ سال
		۳/۸	۹/۸۵	۲۶۵	بین ۴۰ تا ۵۰ سال
		۳/۶	۹/۷۹	۷۷	بیش از ۵۰ سال
۰/۰۰۹	۴/۷۱				اختلال استرس پس از سانحه
		۹/۷	۳۰/۰۱	۱۱۵	زیر ۴۰ سال
		۹/۹	۳۳/۰۹	۲۶۵	بین ۴۰ تا ۵۰ سال
		۱۰/۱	۳۳/۷۵	۷۷	بیش از ۵۰ سال

جدول ۳. تحلیل واریانس یکطرفه برای تعیین تفاوت میان مؤلفه‌های اختلال استرس پس از سانحه با سابقه حضور در جنگ

سطح معنی داری	F	انحراف استاندارد	میانگین	تعداد	
* / ۰.۰۰۱	۱۲/۸۹				تجربه مجدد
		۳/۸	۱۱/۸۳	۱۷۲	زیر یک سال
		۴/۱	۱۳/۰۹	۱۱۷	بین ۱ تا ۲ سال
		۴/۱	۱۳/۷۵	۵۹	بین ۲ تا ۳ سال
		۳/۵	۱۴/۶۸	۱۰۹	بیش از ۳ سال
NS	۰/۳۶				اجتناب
		۱/۲	۲/۴۵	۱۷۲	زیر یک سال
		۱/۱	۲/۳۵	۱۱۷	بین ۱ تا ۲ سال
		۱/۲	۲/۵۱	۵۹	بین ۲ تا ۳ سال
		۱	۲/۳۸	۱۰۹	بیش از ۳ سال
* / ۰.۰۰۲	۵/۰۷				بی حسی عاطفی
		۲/۸	۶/۷۴	۱۷۲	زیر یک سال
		۳/۴	۷/۳۹	۱۱۷	بین ۱ تا ۲ سال
		۳/۵	۸/۰۸	۵۹	بین ۲ تا ۳ سال
		۳/۴	۸/۱۱	۱۰۹	بیش از ۳ سال
* / ۰.۰۰۱	۱۸/۶۵				برانگیختگی
		۳/۳	۸/۱۵	۱۷۲	زیر یک سال
		۳/۸	۹/۵۱	۱۱۷	بین ۱ تا ۲ سال
		۳/۸	۱۰/۱۴	۵۹	بین ۲ تا ۳ سال
		۳/۵	۱۱/۳۵	۱۰۹	بیش از ۳ سال
* / ۰.۰۰۱	۱۴/۲۲				اختلال استرس پس از سانحه
		۹/۲	۲۹/۱۶	۱۷۲	زیر یک سال
		۱۰/۵	۳۲/۳۶	۱۱۷	بین ۱ تا ۲ سال
		۱۰/۵	۳۴/۵۱	۵۹	بین ۲ تا ۳ سال
		۸/۶	۳۶/۵۱	۱۰۹	بیش از ۳ سال

جدول ۴. آزمونهای t گروه‌های مستقل برای تعیین تفاوت میان میزان اختلال استرس پس از سانحه در افراد مجروح و غیر مجروح

وضعیت	تعداد	میانگین	انحراف استاندارد	t	سطح معناداری
تجربه مجدد				۷/۶۴	*۰/۰۰۱
مجروح	۲۷۲	۱۴/۲۱	۳/۶		
غیرمجروح	۱۸۵	۱۱/۴۲	۳/۹		
اجتناب				۳/۸۶	*۰/۰۰۱
مجروح	۲۷۲	۲/۵۶	۱/۳		
غیرمجروح	۱۸۵	۲/۱۹	۰/۷		
بی حسی عاطفی				۵/۸۹	*۰/۰۰۱
مجروح	۲۷۲	۸/۰۸	۳/۵		
غیرمجروح	۱۸۵	۶/۴۱	۲/۵		
برانگیختگی				۸/۳۴	*۰/۰۰۱
مجروح	۲۷۲	۱۰/۶۱	۳/۸		
غیرمجروح	۱۸۵	۷/۹۱	۳/۱		
اختلال استرس پس از سانحه				۸/۷۰	*۰/۰۰۱
مجروح	۲۷۲	۳۵/۵	۹/۷		
غیرمجروح	۱۸۵	۲۷/۹	۸/۶		

جدول ۵. تحلیل واریانس یکطرفه برای تعیین تفاوت میان مؤلفه‌های اختلال با نوع مجروحیت

وضعیت	تعداد	میانگین	انحراف استاندارد	F	سطح معنی داری
تجربه مجدد				۸/۴۱	*۰/۰۰۱
موج گرفتگی	۱۸	۱۲/۵	۴		
شیمیایی	۵۸	۱۳/۱۷	۴/۱		
ترکش	۶۲	۱۳/۳۹	۳/۷		
هرسه مورد	۱۳۴	۱۵/۲۶	۳		
اجتناب				۱/۲۴	NS
موج گرفتگی	۱۸	۲/۲۲	۰/۷		
شیمیایی	۵۸	۲/۶۶	۱/۳		
ترکش	۶۲	۲/۳۷	۱		
هرسه مورد	۱۳۴	۲/۶۶	۱/۴		
بی حسی عاطفی				۰/۶۲	NS
موج گرفتگی	۱۸	۷/۲۲	۴/۵		
شیمیایی	۵۸	۸/۲۱	۳/۴		
ترکش	۶۲	۷/۸۲	۳/۴		
هرسه مورد	۱۳۴	۸/۲۷	۳/۵		
برانگیختگی				۵/۹۸	*۰/۰۰۱
موج گرفتگی	۱۸	۹/۴۴	۴/۹		
شیمیایی	۵۸	۱۰/۳۶	۳/۹		
ترکش	۶۲	۹/۲۹	۳/۶		
هرسه مورد	۱۳۴	۱۱/۴۹	۳/۴		
اختلال استرس پس از سانحه				۵/۳۳	*۰/۰۰۱
موج گرفتگی	۱۸	۳۱/۳۹	۱۲/۱		
شیمیایی	۵۸	۳۴/۴	۱۰/۳		
ترکش	۶۲	۳۲/۹	۹/۶		
هرسه مورد	۱۳۴	۳۷/۶۸	۸/۶		

معنادار سابقه حضور در جنگ بیش از ۳ سال با دو گروه دیگر اما بین سه گروه دیگر اختلاف معنادار نبود.

در مؤلفه بی‌حسی عاطفی، میانگین سابقه حضور در جنگ بیش از ۳ سال بیشترین مقدار را دارا می‌باشد و تفاوت معنادار ($F = 5/07$ و $P < 0/002$) می‌باشد، بدین معنی که اختلاف

معنادار ($F = ۸/۴۱$ و $P < ۰/۰۰۱$) می‌باشد، بدین معنی که اختلاف معنادار گروه هرسه مورد با سه گروه دیگر اما بین دو گروه دیگر اختلاف معنادار نبود.

در مؤلفه برانگیختگی، میانگین اختلال با نوع مجروحیت موج گرفتگی دارای بیشترین مقدار می‌باشد و تفاوت معنادار ($F = ۵/۹۸$ و $P < ۰/۰۰۱$) می‌باشد، بدین معنی که اختلاف معنادار گروه هرسه مورد با سه گروه دیگر اما بین دو گروه دیگر اختلاف معنادار نبود.

در مؤلفه اختلال استرس پس از سانحه، میانگین اختلال با نوع مجروحیت بین هرسه مورد (موج گرفتگی، شیمیایی، ترکش) دارای بیشترین مقدار می‌باشد و تفاوت معنادار ($P < ۰/۰۰۱$) و ($F = ۵/۳۳$) می‌باشد، بدین معنی که اختلاف معنادار گروه هرسه مورد با سه گروه دیگر اما بین دو گروه دیگر اختلاف معنادار نبود.

همچنین برای یافتن اینکه تفاوتها بین کدام گروهها بوده از آزمون تعاقبی توکی استفاده شد که نتایج آن در [جدول ۶](#) آورده شده است.

در مؤلفه برانگیختگی، میانگین گروه سابقه حضور در جنگ بین ۲ تا ۳ سال دارای بیشترین مقدار می‌باشد و تفاوت معنادار ($F = ۱۸/۶۵$ و $P < ۰/۰۰۱$) می‌باشد، بدین معنی که اختلاف معنادار سابقه حضور در جنگ بین ۲ تا ۳ سال با دو گروه دیگر اما بین سه گروه دیگر اختلاف معنادار نبود.

در مؤلفه اختلال استرس پس از سانحه، میانگین سابقه حضور در جنگ بین ۲ تا ۳ سال بیشترین مقدار را دارا می‌باشد و تفاوت معنادار ($F = ۱۴/۲۲$ و $P < ۰/۰۰۱$) می‌باشد، بدین معنی که اختلاف معنادار گروه بین ۲ تا ۳ سال با دو گروه دیگر اما بین سه گروه دیگر اختلاف معنادار نبود.

در جدول فوق مشاهده می‌شود، در همه مولفه‌ها، میانگین مجروحان دارای بیشترین مقدار می‌باشد و تفاوت معنادار ($P < ۰/۰۰۱$) می‌باشد، بدین معنی که افرادی که در زمان جنگ مجروح شده‌اند دارای میانگین بالاتری هستند و تفاوت معنادار در سطح $۰/۰۰۰۱$ وجود دارد.

[جدول ۵](#) نشان می‌دهد که: در مؤلفه تجربه مجدد، میانگین اختلال با نوع مجروحیت بین هرسه مورد (موج گرفتگی، شیمیایی، ترکش) دارای بیشترین مقدار می‌باشد و تفاوت

جدول ۶. تحلیل واریانس یکطرفه برای تعیین تفاوت میان مؤلفه‌های اختلال استرس پس از سانحه با وضعیت موجود

تعداد	میانگین	انحراف استاندارد	F	سطح معنی داری
تجربه مجدد				
۱۹۸	۱۴/۳۶	۳/۵	۳۷/۲۶	*۰/۰۰۱
۲۱۶	۱۱/۵۱	۳/۹		
۴۳	۱۵/۰۷	۳/۶		
اجتناب				
۱۹۸	۲/۵۸	۱/۳	۶/۹۲	*۰/۰۰۱
۲۱۶	۲/۲۱	۰/۸		
۴۳	۲/۶۵	۱/۲		
بی حسی عاطفی				
۱۹۸	۷/۸۵	۳/۳	۵۱/۷۶	*۰/۰۰۱
۲۱۶	۶/۲۷	۲/۵		
۴۳	۱۱/۰۹	۳/۴		
برانگیختگی				
۱۹۸	۱۰/۹۵	۳/۸	۳۶/۶۷	*۰/۰۰۱
۲۱۶	۸/۰۵	۳/۳		
۴۳	۱۰/۳	۲/۷		
اختلال استرس پس از سانحه				
۱۹۸	۳۵/۷۴	۹/۲	۵۰/۳۴	*۰/۰۰۱
۲۱۶	۲۸/۰۵	۸/۸		
۴۳	۳۹/۱۴	۹/۷		

می‌باشد، بدین معنی که افرادی که در زمان جنگ مجروح شده‌اند دارای میانگین بالاتری هستند و تفاوت معنادار در سطح $۰/۰۰۰۱$ وجود دارد.

در جدول فوق مشاهده می‌شود، در همه مولفه‌ها، میانگین اختلال استرس پس از سانحه با وضعیت موجود دارای بیشترین مقدار می‌باشد و تفاوت معنادار ($P < ۰/۰۰۱$)

بحث

می‌باشند. این یافته با یافته‌های بدست آمده از آقای اورسانو در زمینه ارتباط شغل با اختلال استرس پس از سانحه ناهمسو می‌باشد.

طبق یافته‌های بدست آمده برای بررسی ارتباط بین سن و اختلال استرس پس از سانحه از روش تحلیل واریانس یکطرفه استفاده شده است و نتایج معنادار بود. این یافته‌ها با تحقیقات انجام گرفته توسط تولایی (۸) در زمینه ارتباط سن در جبهه و تشدید اختلال همسو می‌باشد.

بین سابقه‌های مختلف در مؤلفه‌های اختلال استرس پس از سانحه که شامل مؤلفه‌های تجربه مجدد، اجتناب، بی‌حسی عاطفی و برانگیختگی می‌باشد بجز در مؤلفه اجتناب در بقیه مؤلفه‌ها تفاوت معنا داری وجود دارد در مؤلفه تجربه مجدد ($F = 12 / 89$ و $P < 0 / 0001$) در سطح $P < 0 / 0001$ معنا دار می‌باشد هم چنین در مؤلفه بی‌حسی عاطفی ($P < 0 / 002$) و ($F = 5 / 07$) در سطح $P < 0 / 002$ معنا دار می‌باشد و در مؤلفه برانگیختگی ($F = 18 / 65$ و $P < 0 / 0001$) در سطح $P < 0 / 0001$ معنا دار می‌باشد و در مؤلفه اختلال استرس پس از سانحه ($F = 14 / 22$ و $P < 0 / 0001$) در سطح $P < 0 / 0001$ معنا دار است. و میانگین‌ها روند صعودی دارند بدین معنا که با افزایش میزان حضور در جنگ میزان اختلال استرس پس از سانحه نیز افزایش می‌یابد [۲۱].

شدت حادثه می‌تواند در ایجاد اختلال و ضربه نقش مهمی داشته باشد. در جنگ ویتنام آمار مبتلایان به PTSD در مجروحان جسمی بیشتر گزارش شده است. در معرض بودن بیشتر در صحنه جنگ نیز آمار بیشتری از PTSD را نشان می‌دهد. آمار در مورد دوقلوهای آمریکایی و آنهایی که در جنگ شرکت داشتند PTSD را در ۱۷ درصد افراد حاضر در میدان جنگ نشان می‌دهد و تنها ۰/۵ درصد از افرادی که شرکت نداشته‌اند دارای ضربه یا PTSD بوده‌اند. همین طور در مقایسه دوقلوها شرکت کنندگانی که بیشتر در معرض نبرد بوده‌اند آمار بالاتر، را نشان می‌دهد به همین صورت در حوادث دیگر میزان PTSD با نزدیکی بیشتر به محل وقوع حادثه ارتباط مستقیم داشته است [۲۲].

این یافته با یافته‌های بدست آمده از تحقیقات آقایان شمس آبادی در سال ۲۰۰۴ و نیز اولتورکادر در سال ۲۰۰۸ در مورد میزان اختلال استرس پس از سانحه و سابقه حضور در جبهه جنگ همسو می‌باشد [۲۳، ۲۴].

نتیجه‌گیری

تبیین‌های احتمالی برای این یافته‌ها اینکه افرادی که سنوات و سابقه حضور بیشتر در جبهه داشتند قاعداً با مشکلات و

در پژوهش حاضر جامعه آماری ۴۵۷ نفر بود که بازماندگان جنگ تحمیلی عراق علیه ایران بودند و به همه آنها پرسشنامه PTSD داده شد که شامل سؤالات عمومی و اختصاصی بود سؤالات عمومی شامل جنس، سن، محل سکونت، شغل، تحصیلات و غیره بود. سؤالات تخصصی ۱۷ سؤال و مربوط به اختلال استرس پس از سانحه بود.

طبق یافته‌های بدست آمده از فراوانی افراد مورد مطالعه به این صورت است که در افراد جانباز بیشترین درصد (۵۱ درصد) اختلال استرس پس از سانحه در میزان متوسط اختلال قرار دارد. در افراد ایثارگر بیشترین درصد (۶۹/۹ درصد) اختلال استرس پس از سانحه در میزان حقیف اختلال قرار دارد. در افراد آزاده بیشترین درصد (۷۹/۱ درصد) اختلال استرس پس از سانحه در میزان متوسط اختلال قرار دارد.

این یافته با تحقیقات آقایان علوی فاضل (۱۳۶۵)، نوربالا و محمدی (۱۳۷۲)، صابری (۱۳۷۶)، زرغامی و همکاران (۱۳۷۹)، تولایی، قانعی، خاطری و آثاری (۱۳۸۳) همسو می‌باشد [۱۸]. همچنین درباره این یافته‌ها تحقیقات ناهمسو پیدا نشد.

یافته‌ها، ارتباط بین اختلال استرس پس از سانحه و شغل فعلی افراد نمونه را با استفاده از روش تحلیل واریانس یکطرفه در ابعاد مؤلفه‌های (تجربه مجدد، اجتناب، بی‌حسی عاطفی، بیش برانگیختگی) بررسی کرده است نشان می‌دهد که بین هیچ یک از مؤلفه‌های اختلال با شغل افراد تفاوت معناداری بدست نیامد.

عوامل فردی همچون موقعیت پایین روانی و اجتماعی، از دست مهارت و تجربه، نگرانی درباره خانواده، عوامل فشارآور اقتصادی مانند از دست دادن شغل باعث تشدید اختلال PTSD می‌گردد [۱۹].

مطالعات جدید نشان می‌دهد در تعدادی از افراد اثرات ناشی از ضربه برای مدت‌های طولانی‌تر ادامه می‌یابد که بعضی از افراد به علت شغلی خاصی مرتباً در معرض عوامل فشارزا و ضربه‌های روحی و روانی می‌باشند [۱۹].

این یافته با یافته‌های بدست آمده از آقای اورسانو در زمینه ارتباط شغل با اختلال استرس پس از سانحه ناهمسو می‌باشد [۲۰]. همچنین، عوامل فردی همچون موقعیت پایین روانی و اجتماعی، از دست مهارت و تجربه، نگرانی درباره خانواده، عوامل فشارآور اقتصادی مانند از دست دادن شغل باعث تشدید اختلال PTSD می‌گردد. مطالعات دیگر اوسانو نشان می‌دهد در تعدادی از افراد اثرات ناشی از ضربه برای مدت‌های طولانی‌تر ادامه می‌یابد که بعضی از افراد به علت شغلی خاصی مرتباً در معرض عوامل فشارزا و ضربه‌های روحی و روانی

اطلاعات) و عدم تحقیقات پیشین در زمینه‌های گوناگون اختلال در داخل کشور از محدودیت‌های این پژوهش بود و توصیه می‌شود در زمینه اختلال PTSD پژوهش‌های گوناگونی از جوانب و ابعاد گوناگون انجام گیرد.

تشکر و قدردانی

با تشکر از همه کسانی که در انجام و نگارش این پژوهش ما را یاری کردند.

References

- Nikraves M. [Facilitator and barriers factors in family caregiving process of Iranian frail elderly: qualitative study]. *Iran J Nurs*. 2008;21(55):55-65.
- Khosrojavid M, Aslipoor A, Firoozshad M, Hedaiatsafa R. Effect of pre-marriage skills training on communication and problem solving skills in martyr's-and veteran's daughters. *Tebe-E-Janbaz*. 2015;7(4):189-96.
- Helgeson VS, Cohen S. Social support and adjustment to cancer: reconciling descriptive, correlational, and intervention research. *Health Psychol*. 1996;15(2):135-48. DOI: [10.1037/0278-6133.15.2.135](https://doi.org/10.1037/0278-6133.15.2.135) PMID: [8681922](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/8681922/)
- St Cyr K, McIntyre-Smith A, Contractor AA, Elhai JD, Richardson JD. Somatic symptoms and health-related quality of life among treatment-seeking Canadian Forces personnel with PTSD. *Psychiatry Res*. 2014;218(1-2):148-52. DOI: [10.1016/j.psychres.2014.03.038](https://doi.org/10.1016/j.psychres.2014.03.038) PMID: [24745465](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24745465/)
- Joseph S, Linley PA. *Positive therapy: A meta-theory for positive psychological practice*: Routledge; 2006.
- Hashemian K, Pourshahriari M, Bani JM. [Study of subjective well-being and happiness based on demographic characters in Tehran population]. *J Edu Psychol Stud*. 2007;3(3):139-63.
- Najafy M, Mohammadyfar M, Dabiri S, Erfani N, Kamary AA. [The comparison of the quality of life of the war veterans families with/without post traumatic stress disorder]. *Tebe-E-Janbaz*. 2011;3(11):27-35.
- Navidian A, Bahari F. Burden experienced by family caregivers of patients with mental disorders. *Pakistan J Psychol Res*. 2008;23(2):19-28.
- Masuda A, Hayes SC, Sackett CF, Twohig MP. Cognitive defusion and self-relevant negative thoughts: examining the impact of a ninety year old technique. *Behav Res Ther*. 2004;42(4):477-85. DOI: [10.1016/j.brat.2003.10.008](https://doi.org/10.1016/j.brat.2003.10.008) PMID: [14998740](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/14998740/)
- Agnes E. Webster's new world college dictionary: FAO Organization; 1999.
- Hu Lt, Bentler PM. Cutoff criteria for fit indexes in covariance structure analysis: Conventional criteria versus new alternatives. *Structl Equation Model Multidisciplin J*. 1999;6(1):1-55. DOI: [10.1080/10705519909540118](https://doi.org/10.1080/10705519909540118)
- Hassankhani H, Taleghani F, Mills J, Birks M, Francis K, Ahmadi F. The challenges experienced by Iranian war veterans living with chemical warfare poisoning: a descriptive, exploratory study. *Scand J Caring Sci*. 2010;24(2):290-8. DOI: [10.1111/j.1471-6712.2009.00719.x](https://doi.org/10.1111/j.1471-6712.2009.00719.x) PMID: [20230514](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20230514/)
- Foroughan M, Jafari Z, Shirin BP, Ghaem MFZ, Rahgozar M. [Validation of mini-mental state examination (MMSE) in the elderly population of Tehran]. *Advanc Cognit Sci*. 2008;10(2):29-37.
- White RF, Steele L, O'Callaghan JP, Sullivan K, Binns JH, Golomb BA, et al. Recent research on Gulf War illness and other health problems in veterans of the 1991 Gulf War: Effects of toxicant exposures during deployment. *Cortex*. 2016;74:449-75. DOI: [10.1016/j.cortex.2015.08.022](https://doi.org/10.1016/j.cortex.2015.08.022) PMID: [26493934](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26493934/)
- Kazis LE, Miller DR, Clark J, Skinner K, Lee A, Rogers W, et al. Health-related quality of life in patients served by the Department of Veterans Affairs: results from the Veterans Health Study. *Arch Intern Med*. 1998;158(6):626-32. DOI: [10.1001/archinte.158.6.626](https://doi.org/10.1001/archinte.158.6.626) PMID: [9521227](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/9521227/)
- Alberini CM, Chen DY. Memory enhancement: consolidation, reconsolidation and insulin-like growth factor 2. *Trends Neurosci*. 2012;35(5):274-83. DOI: [10.1016/j.tins.2011.12.007](https://doi.org/10.1016/j.tins.2011.12.007) PMID: [22341662](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22341662/)
- Ray SL, Vanstone M. The impact of PTSD on veterans' family relationships: an interpretative phenomenological inquiry. *Int J Nurs Stud*. 2009;46(6):838-47. DOI: [10.1016/j.ijnurstu.2009.01.002](https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2009.01.002) PMID: [19201406](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19201406/)
- Moghtadai M, Khosh AH. Effectiveness of acceptance-and commitment-based therapy on psychological flexibility of veterans' spouses. *Tebe-E-Janbaz*. 2015;7(4):183-8.
- Kress HG, Ahlbeck K, Aldington D, Alon E, Coaccioli S, Coluzzi F, et al. Managing chronic pain in elderly patients requires a CHANGE of approach. *Curr Med Res Opin*. 2014;30(6):1153-64. DOI: [10.1185/03007995.2014.887005](https://doi.org/10.1185/03007995.2014.887005) PMID: [24450746](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24450746/)
- Liu L. Quality of Life as a Social Representation in China: A Qualitative Study. *Social Indicators Research*. 2006;75(2):217-40. DOI: [10.1007/s11205-004-3198-z](https://doi.org/10.1007/s11205-004-3198-z)
- Hashemian F, Khoshnood K, Desai MM, Falahati F, Kasl S, Southwick S. Anxiety, depression, and posttraumatic stress in Iranian survivors of chemical warfare. *JAMA*. 2006;296(5):560-6. DOI: [10.1001/jama.296.5.560](https://doi.org/10.1001/jama.296.5.560) PMID: [16882962](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16882962/)
- Ahmadi KH, Reshadatjoo M, Anisi J. [Evaluation of secondary post traumatic stress disorder in chemical warfare victims' children]. *Journal Mil Med*. 2010;12(3):153-9.
- Varzaneh AH, Fathi E, Esmaeily M. The mediating role of secure attachment style in the relationship between authoritative parenting style and personal

commitment in marital relationship among married women. *Int J Psychol Behav Res.*1(1):238-48.

24. Al-Turkait FA, Ohaeri JU. Psychopathological status, behavior problems, and family adjustment of Kuwaiti

children whose fathers were involved in the first gulf war. *Child Adolesc Psychiatry Ment Health.* 2008;2(1):12. [DOI: 10.1186/1753-2000-2-12](https://doi.org/10.1186/1753-2000-2-12) [PMID: 18510770](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18510770/)