



# Effect of Having a Post-Traumatic Stress Disordered Man on the Quality of Life, Depression, Stress, Anxiety and Structure of the Family

## ARTICLE INFO

### Article Type

Original Research

### Authors

Mohseni M.<sup>1</sup> MSc,  
Farnia M.R.\* MD,  
Taghva A.<sup>2</sup> MD,  
Dehghan Manshadi Z.<sup>3</sup> MSc,  
Rezaei Fard A.<sup>4</sup> MA

### How to cite this article

Mohseni M, Farnia M.R, Taghva A, Dehghan Manshadi Z, Rezaei Fard A. Effect of Having a Post-Traumatic Stress Disordered Man on the Quality of Life, Depression, Stress, Anxiety and Structure of the Family. Iranian Journal of War & Public Health. 2014;6(5):207-214.

\*Disaster & Military Psychiatry Research Center, AJA University of Medical Sciences, Tehran, Iran

<sup>1</sup>Family Research Institute, Educational Sciences & Psychology Faculty, Shahid Beheshti University, Tehran, Iran

<sup>2</sup>Disaster & Military Psychiatry Research Center, AJA University of Medical Sciences, Tehran, Iran

<sup>3</sup>Clinical Psychology Department, Educational Sciences & Psychology Faculty, Shiraz University, Shiraz, Iran

<sup>4</sup>Educational Sciences Department, Psychology Faculty, Eghlid Farhangian University, Eghlid, Iran

### Correspondence

Address: 505 Hospital, Oshan Square, Artesh Highway, Tehran, Iran. Postal Code: 1956944141  
Phone: +98 2122195087  
Fax: +98 2122195087  
dr.farnia@yahoo.com

### Article History

Received: April 11, 2014

Accepted: September 23, 2014

ePublished: November 6, 2014

## ABSTRACT

**Aims** Post-traumatic stress disorder is an anxiety disorder which is occurred following exposure to incidents followed by damage or threat. The aim of this study was to assess the effect of having a post-traumatic stress disorder man on the quality of life, depression, stress, anxiety and structure of the family.

**Materials & Methods** This cross-sectional comparative study was done on the families referred to Shiraz Jannat Hospital in 2011-12. 100 families having PTSD man and 100 normal families were selected using achievable sampling method. Data collected by quality of life questionnaire, depression, anxiety and stress questionnaire, and agreeableness and family cohesion scale completed by man, their spouses and children over the 18 years old. Data analyzed by SPSS 18 and Independent-T test.

**Findings** Physical health, mental health and environmental health domains of men in PTSD group were significantly less than men in control group, but a significant difference only was observed in mental health scores between two groups. Depression and stress in men and families of PTSD group were significantly higher than men and families of control group. Men and families of PTSD group performed weaker compared to men and families in control group in the cohesion and adaptability domains.

**Conclusion** Families having husband with PTSD have poor condition in the structural and emotional and generally in quality of life domains compared to the families without husband with PTSD.

**Keywords** Stress Disorders, Post-Traumatic; Quality of life; Depression; Anxiety

## CITATION LINKS

[1] Blueprints ... [2] The long-term costs of traumatic stress: intertwined physical and ... [3] Diagnostic and statistical manual of ... [4] Don't throw out the baby with the ... [5] A meta-analysis of predictors of continued drug use during and ... [6] Posttraumatic stress disorder in the ... [7] Trauma and posttraumatic stress disorder in the community: the 1996 Detroit Area Survey of ... [8] Kaplan & Sadock's Synopsis of Psychiatry: Behavioral ... [9] The psychological well-being of family members of ... [10] Long-term effects of trauma: Psychosocial functioning of ... [11] Vietnam Wives: Facing the Challenges of ... [12] Family burden and quality of ... [13] Caregiver burden and burnout in partners of ... [14] Quantifiable change in functional brain response to empathic and forgiveness judgments with ... [15] Evaluation of mental health state in ... [16] Secondary traumatization among wives of ... [17] Violence: A micro-sociological ... [18] Family anxiety after traumatic ... [19] Secondary traumatization and systemic traumatic ... [20] The quality of the intimate relationships of ... [21] The psychological wellbeing of family members of individuals with ... [22] Post-traumatic stress disorder ... [23] Combat exposure, psychological symptoms, and ... [24] Introduction to the practice of ... [25] The World Health Organization quality of ... [26] Compare the perceptions and aspirations of young people and ... [27] The structure of negative emotional states: comparison of ... [28] An Examination of Family Adjustment among Operation ... [29] Directionality of the association between social support and ... [30] Prospective study of posttraumatic stress disorder in parents of ... [31] The adjustment of children of ... [32] Comparing the mental ... [33] Life stressors and ... [34] Cohen AD. Writing about the ... [35] Long-term effects of ... [36] The presence of the ... [37] Study of the relationship ... [38] Family problems among ... [39] Posttraumatic stress ... [40] Cortisol and catecholamines in ... [41] Comparison of selective processing of data on the ...

## تاثیر ابتلای مرد خانواده به اختلال استرس پس از سانحه بر کیفیت زندگی، افسردگی، اضطراب، استرس و ساختار خانواده

تاریخ دریافت: ۱۳۹۲/۰۱/۲۲

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۲/۰۶/۰۱

\* نویسنده مسئول: dr.farnia@yahoo.com

### مقدمه

بلایا و حوادث طبیعی، هر ساله در سطح جهان منجر به مرگ، معلولیت، صدمات مالی، جسمی و روانی می‌شوند. حوادث خاص و غیرمترقبه مثل زمین‌لرزه، طوفان، آتش‌سوزی و جنگ باعث مشکلات و هزینه‌های مستقیم و غیرمستقیم می‌شوند [۱]. بررسی تاثیر استرس‌ها نشان داده‌اند که تحمل شرایط استرس‌زایی که افراد خواهند خواست با آن مواجه می‌شوند، پیامدهای روانی و جسمانی زیانباری دارد [۲]. پدیده جنگ که استرس‌زا و پرتنش است، غالباً منجر به بروز مشکلات و بیماری‌های مختلف جسمانی و روانی برای افراد می‌شود. یکی از مهم‌ترین اختلالات روانی که در این شرایط به وجود می‌آید، اختلال استرس پس از سانحه (PTSD) است [۳، ۴].

عوامل احتمالی ایجادکننده تروما شامل سوءاستفاده جسمی، هیجانی یا جنسی، حمله جسمانی یا جنسی، تصادف، اعتیاد، بیماری، جنگ، بلایای طبیعی، مشاغل فشارآور، دزدیده‌شدن، شکنجه‌شدن، گروگان‌بودن و اسیربودن هستند. میزان و شدت تداعی که به‌طور مستقیم به دنبال تجربه آسیب‌زا رخ می‌دهد، PTSD را پیش‌بینی می‌کند [۵]. تنها ۸٪ افرادی که تروما را تجربه می‌کنند علائم کامل PTSD را نشان می‌دهند [۶، ۷]. این اختلال جنبه‌های مختلف شامل فعالیت‌های فردی، تفریحی، اقتصادی، روابط زناشویی و فعالیت‌های اجتماعی افراد را تحت تاثیر قرار می‌دهد [۸]. وجود بیماری روانی یا جسمی، می‌تواند لطمه شدیدی به خانواده‌ها وارد سازد، به‌طوری که خانواده‌ها صرف نظر از مخارج درمانی و فشارهای اقتصادی، فشار روانی شدیدی متحمل می‌شوند. اعضای خانواده بیمار روانی، دچار تنش ناشی از زندگی با بیمار می‌شوند [۹]. اختلالات روان‌شناختی متأثر از جنگ ایران و عراق، نه تنها سربازان شرکت‌کننده در صحنه‌های نبرد، بلکه خانواده‌های آنها را نیز درگیر کرده است. پس از اتمام جنگ و برگشت سربازان به خانواده، به دلیل استرس‌های ناشی از جنگ و اثر مخرب آن بر وضعیت روانی فرد، تاثیرات نامطلوب جنگ بر خانواده به‌خصوص همسر همچنان ادامه می‌یابد [۱۰].

مانند سایر اختلالات، PTSD نیز می‌تواند به‌صورت مزمن درآید. در صورت طولانی و مزمن‌شدن PTSD، اعضای خانواده امید خود را نسبت به بهبودی فرد آسیب‌دیده از دست می‌دهند و چنین تلقی می‌شود که او دیگر به وضعیت طبیعی خود بر نمی‌گردد [۱۱]. مراقبت از فرد مبتلا به بیماری مزمن توسط اعضای خانواده، منجر به احساس فشار و سختی برای مراقبین و در نتیجه کاهش کیفیت زندگی آنان می‌شود [۱۲]. یکی از نگرانی‌های خانواده‌های افراد

### مصطفی محسنی MSc

پژوهشکده خانواده، دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی، دانشگاه شهید بهشتی، تهران، ایران

### مجیدرضا فرنی MD\*

مرکز پژوهش و فناوری روانپزشکی نظامی، دانشگاه علوم پزشکی آجا، تهران، ایران

### ارسیا تقوا MD

مرکز پژوهش و فناوری روانپزشکی نظامی، دانشگاه علوم پزشکی آجا، تهران، ایران

### زبیده دهقان‌منشادی MSc

گروه روان‌شناسی بالینی، دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی، دانشگاه شیراز، شیراز، ایران

### اکبر رضایی‌فرد MA

گروه علوم تربیتی، دانشکده روان‌شناسی، دانشگاه فرهنگیان اقلید، اقلید، ایران

### چکیده

**اهداف:** اختلال استرس پس از سانحه، اختلالی اضطرابی است که بعد از قرارگرفتن فرد در معرض حوادثی که آسیب یا تهدیدی به دنبال دارند، ایجاد می‌شود. هدف پژوهش حاضر تاثیر ابتلای مرد خانواده به PTSD بر کیفیت زندگی، افسردگی، اضطراب، استرس و ساختار خانواده بود.

**مواد و روش‌ها:** این مطالعه مقطعی - مقایسه‌ای در میان خانواده‌های مراجعه‌کننده به بیمارستان جنت شیراز در سال‌های ۹۱-۱۳۹۰ انجام شد و ۱۰۰ خانواده که مرد در آن مبتلا به PTSD بود و ۱۰۰ خانواده عادی به‌روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند. ابزارهای جمع‌آوری داده پرسش‌نامه کیفیت زندگی، پرسش‌نامه افسردگی، اضطراب و استرس و مقیاس ارزشیابی سازش‌پذیری و پیوستگی خانواده بودند که توسط مرد، همسر و فرزندان بالای ۱۸ سال آنان تکمیل شدند. داده‌های حاصل، با استفاده از نرم‌افزار آماری SPSS 18 و آزمون آماری T مستقل مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند.

**یافته‌ها:** حیطه‌های سلامت جسمانی، سلامت روانی و سلامت محیطی در مردان گروه PTSD به‌طور معنی‌داری کمتر از مردان گروه کنترل بود اما تنها تفاوت معنی‌دار در نمرات خانواده دو گروه در حیطه سلامت روانی مشاهده شد. میزان افسردگی و استرس در مردان و خانواده گروه PTSD، به‌طور معنی‌داری بیشتر از مردان و خانواده گروه کنترل بود. مردان و خانواده گروه PTSD، نسبت به مردان و خانواده گروه کنترل در دو بُعد پیوستگی و انطباق‌پذیری، عملکرد ضعیف‌تری داشتند.

**نتیجه‌گیری:** ابتلای شوهر به PTSD، خانواده را در حوزه‌های ساختاری و عاطفی و به‌طور کلی در کیفیت زندگی نسبت به خانواده‌هایی که شوهران در آن مبتلا به PTSD نیستند در شرایط ضعیف‌تری قرار می‌دهد.

**کلیدواژه‌ها:** اختلال استرس پس از سانحه؛ کیفیت زندگی؛ افسردگی؛ اضطراب  
فصل‌نامه طب جانباز دوره ۶، شماره ۵، ۱۳۹۳

ساختار خانواده، کیفیت و عاطفه را بر بیماری بررسی می‌کنند، از اولویت پژوهشی برخوردارند. بنابراین، با توجه به تاثیر متقابل خانواده و بیمار بر یکدیگر، در پژوهش حاضر، به مطالعه چگونگی وضعیت خانواده‌های این بیماران در سبک زندگی، ابعاد ساختاری خانواده از نگاه سیستمیک و همچنین شرایط عاطفی و وضعیت هیجانی این خانواده‌ها و مقایسه آن با خانواده‌های گروه کنترل پرداخته شد.

هدف پژوهش حاضر تاثیر ابتلای مرد خانواده به PTSD بر کیفیت زندگی، افسردگی، اضطراب، استرس و ساختار خانواده بود.

## مواد و روش‌ها

این مطالعه مقطعی - مقایسه‌ای در میان خانواده‌های مراجعه‌کننده به بیمارستان جنت شیراز در سال‌های ۹۱-۱۳۹۰ انجام شد. به‌منظور افزایش اعتبار بیرونی و با در نظر گرفتن احتمال ریزش، تعداد ۱۰۰ خانواده که مرد در آن مبتلا به PTSD بود (گروه PTSD) و همچنین ۱۰۰ خانواده عادی (گروه کنترل)، به‌روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند [۲۴]. با در نظر گرفتن شرایط ورود افراد به مطالعه، خانواده‌های دارای جانباز مبتلا به PTSD براساس پرونده پزشکی و تشخیص روان‌پزشک بر مبنای چهارمین ویرایش راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی (DSM-IV) با خانواده‌های عادی در موارد داشتن فرزند، نداشتن عضو با بیماری روانی خاص و بیماری مزمن که از طریق مصاحبه توسط پژوهشگر بررسی شد، هم‌تا شدند. در نهایت نتایج ۱۰۰ خانواده در هر گروه مورد تحلیل قرار گرفت.

ابزارهای جمع‌آوری داده شامل پرسش‌نامه کیفیت زندگی (WHOQOL-BREF)، پرسش‌نامه افسردگی، اضطراب و استرس (DASS-21) و مقیاس ارزشیابی سازش‌پذیری و پیوستگی خانواده (FACES-III) بودند که توسط مرد، همسر و فرزندان بالای ۱۸ سال آنان تکمیل شدند.

**پرسش‌نامه کیفیت زندگی:** ۲۸ سؤال دارد که توسط سازمان بهداشت جهانی ارایه شده و مفهوم سلامتی را بررسی می‌کند. این پرسش‌نامه، چهار حیطه سلامت جسمانی (۷ سؤال)، سلامت روانی (۶ سؤال)، روابط اجتماعی (۳ سؤال) و سلامت محیطی (۸ سؤال) را با ۲۴ سؤال می‌سنجد. دو سؤال اول به هیچ‌یک از حیطه‌ها تعلق ندارد و وضعیت سلامت کلی را نشان می‌دهد. بنابراین این پرسش‌نامه در مجموع ۲۶ سؤال دارد و براساس هنجاریابی ایرانی ۲ سؤال دیگر به آن اضافه شده است تا تعداد سئوال‌ها به ۲۸ برسد. امتیاز حیطه‌های موردنظر، بین صفر تا ۱۰۰ است که نمرات بالاتر نشان‌دهنده وضعیت بهتر است. محمندی و احمدی برای این پرسش‌نامه، پایایی ۰/۸۲ را گزارش کرده‌اند. پایایی در حیطه سلامت جسمانی ۰/۷۷، در حیطه سلامت روان‌شناختی ۰/۷۷، در حیطه سلامت و روابط اجتماعی ۰/۷۵ و در حیطه سلامت محیطی

مبتلا به PTSD، در زمینه‌های روابط عاطفی، سازگاری زناشویی و روابط جنسی معرفی شده است. سردی عاطفی با PTSD مرتبط است و می‌تواند کسب موفقیت در زندگی را تحت تأثیر قرار دهد. در خانواده بیماران PTSD، خشونت فیزیکی نسبت به همسر و فرزند شایع است و همسران این افراد هم به‌دلیل مشکلات شوهر و هم به‌دلیل دور نگه‌داشتن خود و فرزندان از رفتار آسیب‌زای شوهر، فشار مضاعفی را تحمل می‌کنند [۱۳]. همچنین، خانواده‌های دارای بیماران مبتلا به بیماری مزمن، از نظر عاطفی در وضعیت سخت‌تر، بی‌ثبات‌تر و غالباً فرسوده‌کننده‌ای به‌سر می‌برند. در این خانواده‌ها، نمرات شاخص‌های عاطفی مثل تنش و استرس در خانواده‌ها و فرد بیمار و اضطراب و افسردگی، در سطح پایینی قرار دارد. [۱۴].

تجارب بالینی و مشاهدات مکرر پژوهشگران نشان می‌دهند که خانواده جانبازان دچار PTSD از مشکلات روانی بیشتری رنج می‌برند [۱۵]. ممکن است فرد مبتلا به PTSD، احساس اضطراب و دوگانگی کرده و حتی خانواده را ترک و احساس کند که قادر به برآوردن نیازهای اعضای خانواده نیست. همسر او نیز ممکن است به دلیل افسردگی، علاقه‌ای به شوهر خود نداشته و از نظر عاطفی از او کناره‌گیری کند. مشکلات عاطفی بیمار در خانواده، منجر به به‌هم‌ریختگی شرایط و جو هیجانی خانواده شده و اعضای خانواده در سازگاری و مقابله با این شرایط دچار مشکل می‌شوند [۱۶]. همسران بیماران مبتلا به PTSD، نشانه‌های آسیب‌شناختی مشابهی با بیمار از خود نشان داده‌اند [۱۸]. این نشانه‌ها، در وهله اول از بیمار به همسر و سپس به دیگر اعضای خانواده انتقال می‌یابند. زندگی با فرد مبتلا به PTSD، می‌تواند باعث ایجاد علائمی شود که مشابه PTSD بوده و به آن "ضربه ثانویه" نیز گفته می‌شود [۱۹]. همسران بیماران PTSD، نشانه‌های این بیماری را به‌همراه مشکلات آسیب‌شناختی دیگر نشان می‌دهند. اعضای خانواده بیمار PTSD، به‌طور معنی‌داری دچار تنش ناشی از زندگی با بیمار هستند [۲۰]. در این خانواده‌ها، مراقب بیمار که غالباً همسر بیمار است، تنش و اضطراب مضاعفی را در قبال مواجهه و مراقبت از بیمار تجربه می‌کند [۲۱]. در جنگ خلیج فارس، همسران نظامیان کویتی مبتلا به PTSD، علایم افسردگی و اضطراب را از خود نشان داده‌اند [۲۲]. همسران سربازان مبتلا به PTSD، نسبت به بقیه سربازان، استرس بیشتری را متحمل می‌شوند و براساس پرسش‌نامه‌های خودگزارشی از سلامت روانی پایین‌تری برخوردارند [۲۳].

هشت سال جنگ ایران و استرس‌های ناشی از آن، موجب شده است تا اختلالات روانی ناشی از استرس‌های جنگ به‌عنوان اختلالی شایع در رزمندگان و جانبازان و خانواده‌های آنان مطرح شود. مشکلات عاطفی می‌توانند بر کیفیت زندگی و سلامت روان افراد تاثیر بگذارند و از آن جا که خانواده به‌عنوان نهادی است که بیشترین ارتباط و تاثیر را بر بیماران می‌گذارد، متغیرهایی که تاثیر

سال)، به عنوان وضعیت خانواده در نظر گرفته شد. برای کسب نمره کلی خانواده‌ها، ابزارهای مورد نظر جمع و بر تعداد اعضای خانواده‌ها به طور مجزا تقسیم شد تا میانگین نمره هر خانواده در مقیاس‌ها به دست آید. بنابراین، هر خانواده به صورت یک کل مجزا در نظر گرفته شد که دارای میانگینی از ابزار مورد سنجش بودند. داده‌های حاصل، با استفاده از نرم‌افزار آماری SPSS 18 و آزمون آماری T مستقل (برای سنجش شاخص‌های مورد بررسی بین دو گروه) مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند.

**جدول ۱) میانگین نمرات دو گروه PTSD (۱۰۰ خانواده) و کنترل (۱۰۰ خانواده) به تفکیک مردان و خانواده (همسر و فرزندان بالای ۱۸ سال) و مقایسه نمرات بین دو گروه با استفاده از آزمون T مستقل**

تفکیک	گروه PTSD	گروه کنترل	سطح معنی داری
<b>سلامت جسمی</b>			
مردان	۱۷/۴۵±۴/۲۸	۲۱/۶۵±۳/۹۴	۰/۰۳
خانواده	۱۹/۱۳±۳/۵۶	۲۳/۲۶±۲/۷۲	۰/۰۷
<b>سلامت روانی</b>			
مردان	۱۹/۸۷±۲/۳۳	۲۴/۵۹±۳/۲۵	۰/۰۱
خانواده	۲۰/۱۵±۴/۱۲	۲۳/۷۶±۳/۷۴	۰/۰۴
<b>سلامت اجتماعی</b>			
مردان	۹/۴۰±۲/۵۵	۱۰/۶۲±۱/۳۴	۰/۱۴
خانواده	۱۱/۵۷±۳/۴۵	۱۲/۴۳±۳/۱۸	۰/۳۲
<b>سلامت محیطی</b>			
مردان	۲۶/۵۸±۴/۱۴	۳۲/۳۸±۳/۹۴	۰/۰۲
خانواده	۲۸/۸۱±۳/۶۶	۳۱/۵۲±۲/۲۱	۰/۰۹
<b>افسردگی</b>			
مردان	۱۶/۵۴±۷/۵۴	۱۲/۰۸±۹/۳۲	۰/۰۳
خانواده	۱۳/۳۳±۶/۸۳	۱۰/۹۰±۸/۴۲	۰/۰۵
<b>اضطراب</b>			
مردان	۱۷/۷۸±۵/۸۹	۱۵/۴۵±۶/۵۵	۰/۰۹
خانواده	۱۶/۲۷±۷/۳۹	۱۳/۶۷±۸/۵۷	۰/۰۲
<b>استرس</b>			
مردان	۱۹/۳۳±۸/۶۷	۱۴/۱۶±۸/۱۳	۰/۰۰۱
خانواده	۱۵/۷۳±۶/۱۳	۱۴/۳۹±۸/۲۸	۰/۲۷
<b>پیوستگی</b>			
مردان	۱۰/۴۸±۱/۱۲	۶/۵۲±۱/۸۱	۰/۰۳
خانواده	۸/۳۳±۲/۰۸	۶/۵۶±۲/۸۵	۰/۰۴
<b>انطباق پذیری</b>			
مردان	۱۳/۶۷±۰/۹۴	۵/۳۸±۱/۰۸	۰/۰۱
خانواده	۱۱/۶۲±۱/۱۳	۶/۷۶±۲/۱۶	۰/۰۱

### یافته‌ها

در گروه PTSD، میانگین سنی مردان  $۴۶/۷ \pm ۱۰/۶$ ، همسران  $۴۱/۵ \pm ۹/۶$  و فرزندان  $۲۲/۱ \pm ۴/۹$  سال و در گروه کنترل، میانگین سنی مردان  $۴۵/۱ \pm ۱۲/۴$ ، همسران  $۳۹/۸ \pm ۱۱/۰$  و فرزندان  $۱۹/۹ \pm ۶/۱$  سال بود.

برابر با  $۰/۸۴$  به دست آمده است. روایی این پرسش‌نامه با اختلاف امتیاز افراد سالم و بیمار در حیطه‌های مختلف نشان داده شد که با معنی‌دار بودن ضریب گروه پس از کنترل عوامل مخدوش‌کننده بالقوه، با استفاده از رگرسیون خطی تایید شد. در حیطه سلامت جسمانی، سلامت روانی، روابط اجتماعی و سلامت محیط تفاوت معنی‌داری بین گروه‌های بیمار با گروه سالم گزارش شده است. همچنین، رابطه تمام متغیرهای مستقل مورد بررسی با سؤال کلی در مورد ارزیابی کیفیت زندگی معنی‌دار بوده است [۲۵]. در پژوهش حاضر، با استفاده از آلفای کرونباخ، پایایی کل  $۰/۶۹$  و برای خرده‌مقیاس‌های سلامت جسمانی، سلامت روان‌شناختی، سلامت اجتماعی و سلامت محیطی به ترتیب  $۰/۷۱$ ،  $۰/۶۸$ ،  $۰/۶۳$  و  $۰/۷۲$  به دست آمد.

### مقیاس ارزشیابی سازش‌پذیری و پیوستگی خانواده

**(FACES-III):** برای ارزیابی کنش‌وری خانواده به کار می‌رود و یکی از پرکاربردترین مقیاس‌ها به منظور ارزیابی ساختار خانواده است. این مقیاس، دو بُعد اساسی "پیوستگی" (۱۰ سؤال) و "انطباق‌پذیری" (۱۰ سؤال) را اندازه‌گیری می‌کند. پاسخ‌ها با مقیاس لیکرتی ۵ گزینه‌ای از "تقریباً هیچ‌وقت" (۱ امتیاز) تا "تقریباً همیشه" (۵ امتیاز) قرار گرفته‌اند. این مقیاس به صورت فردی، زوجی و خانوادگی نمره‌گذاری شده و به وسیله آن، نمرات خانواده‌ها به دست می‌آید. پایایی بازآزمایی برای بُعد پیوستگی  $۰/۸۳$  و برای بُعد انعطاف‌پذیری  $۰/۸۰$  گزارش شده است. *السن* و همکاران روایی سازه دو بُعد پیوستگی و سازش‌پذیری را نزدیک به صفر نشان داده‌اند ( $r=۰/۰۰۳$ ) که نشان می‌دهد دو بُعد کاملاً از یکدیگر مستقل‌اند. در پژوهشی، مقیاس ارزشیابی سازش‌پذیری و پیوستگی خانواده توسط آلفای کرونباخ برای بُعد پیوستگی  $۰/۷۴$  و برای انطباق‌پذیری  $۰/۷۵$  به دست آمده است [۲۶]. آلفای کرونباخ بعد پیوستگی و انطباق‌پذیری در مطالعه حاضر،  $۰/۷۸$  و  $۰/۶۶$  به دست آمد.

### پرسش‌نامه افسردگی، اضطراب، استرس (DASS-21):

شامل ۲۱ گویه است که از ۳ خرده‌مقیاس خودگزارش‌دهی برای ارزیابی حالات عاطفی منفی در افسردگی، اضطراب و استرس، تشکیل شده است. نمره‌گذاری آن بر اساس مقیاس لیکرت از "اصلاً" (صفر نمره) تا "خیلی زیاد" (۳ نمره) بود. در مطالعه‌ای پایایی آن با استفاده از آلفای کرونباخ، برای هر سه زیرمقیاس افسردگی ( $۰/۹۱$ )، اضطراب ( $۰/۸۴$ ) و استرس ( $۰/۹۰$ ) تایید شده است [۲۷]. در مطالعه حاضر، میزان پایایی بُعد افسردگی  $۰/۷۵$ ، بُعد اضطراب  $۰/۶۹$  و بُعد استرس  $۰/۶۳$  به دست آمد.

پس از هماهنگی‌های لازم با بنیاد شهید و امور ایثارگران شهر شیراز برای معرفی به مراکز نگهداری و درمانی بیماران و اخذ مجوزهای لازم و کسب رضایت خانواده‌ها اقدام به جمع‌آوری نمونه شد. میانگین نمرات در خانواده شامل (همسران و فرزندان بالای ۱۸

شده و فرد را از لحاظ وضعیت عمومی و روانی و عملکردی تحت تأثیر قرار می‌دهد. همچنین، همسران و فرزندان این خانواده‌ها نسبت به خانواده‌های عادی از سلامت روانی پایین‌تری برخوردارند که می‌تواند به‌علت فرسودگی مراقبتی و تأثیر فرد بیمار در این خانواده‌ها باشد. همسران و فرزندان این افراد نیز به‌دلیل ابتلا به مشکلات روان‌شناختی دچار وضعیت بحرانی‌تری نسبت به خانواده‌های عادی هستند [۱۶].

همچنین، در خانواده‌های جانبازان مبتلا به PTSD در شرایط واقعی که در آن زندگی می‌کنند از نظر پیوستگی و انطباق‌پذیری با خانواده‌های بدون بیمار PTSD تفاوت معنی‌داری داشتند. این یافته‌ها با مطالعات دیگر همسو است [۳۱، ۳۲]. در این مطالعات که روی خانواده‌های دارای بیمار مبتلا به PTSD انجام گرفته است نشان داده‌اند خانواده‌ها و فرزندان این بیماران در سازگاری و انطباق، مشکلات بیشتری را تجربه می‌کنند. همچنین، تحقیقات نشان داده‌اند که عوامل استرس‌زا می‌توانند پیامدهایی مانند کاهش سلامت و خلق را در پی داشته باشد. افراد در برابر رویدادهای استرس‌زا بسته به میزان سابقه مواجهه با موقعیت استرس‌زا، شدت استرس، آسیب‌پذیری، برخورداری از شبکه حمایت اجتماعی، راهبردهای مقابله با استرس و توانمندی‌های شخصیتی واکنش نشان می‌دهند [۳۳]. با توجه به اینکه خانواده‌های بیماران از لحاظ سیستمی دچار تحول شده‌اند، بدین‌معنا که تمامی ابعادی که کارکرد خانواده را دربر می‌گیرد شامل نقش‌ها و وظایف، وضعیت کارکرد عاطفی خانواده، قوانین، ارتباطات و تعامل آنها، زمانی که یک بیماری مزمن در این سیستم تعریف شود و راهکارهای مناسبی برای آنها در نظر گرفته نشده باشد، فشار و تنش مضاعفی به این سیستم وارد شده و آن را دچار عدم تعادل می‌کند. به‌همین صورت با تداوم علایم بیماری کل خانواده در پی تغییر وضعیت برآمده و ممکن است رفتارهایی را در پیش گیرد که به‌طور کلی ابعاد ساختار خانواده را تغییر دهد.

تغییراتی در هر دو بُعد پیوستگی و انطباق‌پذیری دیده شد به‌طوری که خانواده‌های دارای بیماران مزمنی از جمله PTSD انطباق و سازگاری لازم را در سیستم خانواده دارا نبودند. از سویی پیوستگی و انسجام خانواده نیز دچار مشکل بود. در پژوهشی نشان داده شده که سربازانی که سال‌ها از شرکت آنان در جنگ گذشته است در هماهنگی مجدد با زندگی خانوادگی و روابط زناشویی دچار مشکلاتی می‌شوند. تجربه استرس در سابقه این افراد به‌عنوان عامل مهم خشونت در خانه و رفتارهای آبی و خصومت‌آمیز نسبت به همسر و فرزندان گزارش شده است [۳۳]. این یافته‌ها با پژوهش حاضر مبنی بر مشکلات در انطباق و سازگاری در خانواده‌های این بیماران مطابقت دارد. تعارض در روابط صمیمانه، چرخه معیوب تهدید در برابر سازگاری و مشکلات رضایت زناشویی، پرخاشگری و اجتناب از جمله مشکلات موجود در خانواده‌های این بیماران است

حیطه‌های سلامت جسمانی ( $p=0/03$ )، سلامت روانی ( $p=0/01$ ) و سلامت محیطی ( $p=0/02$ ) در مردان گروه PTSD به‌طور معنی‌داری کمتر از مردان گروه کنترل بود. میزان افسردگی ( $p=0/03$ ) و استرس ( $p=0/001$ ) در مردان گروه PTSD، به‌طور معنی‌داری بیشتر از مردان گروه کنترل بود. مردان گروه PTSD، نسبت به مردان گروه کنترل سطح پیوستگی ( $p=0/03$ ) و انطباق‌پذیری ( $p=0/01$ ) کمتری نشان دادند. تفاوت معنی‌داری بین میانگین نمرات خانواده گروه PTSD و خانواده گروه کنترل در حیطه سلامت روانی ( $p=0/04$ ) وجود داشت. میزان افسردگی ( $p=0/05$ ) و اضطراب ( $p=0/02$ ) در خانواده گروه PTSD، به‌طور معنی‌داری بیشتر از خانواده گروه کنترل بود. خانواده گروه PTSD، در دو بُعد پیوستگی ( $p=0/04$ ) و انطباق‌پذیری ( $p=0/01$ )، عملکرد ضعیف‌تری نسبت به خانواده گروه کنترل داشتند (جدول ۱).

## بحث

خانواده‌های جانباز مبتلا به PTSD، در حوزه‌های ساختاری و عاطفی و به‌طور کلی در کیفیت زندگی نسبت به خانواده‌های عادی عملکرد و شرایط ضعیف‌تری داشتند. خانواده‌های جانبازان مبتلا به PTSD نسبت به خانواده‌های عادی در ابعاد سلامت جسمی، روانی و محیطی از کیفیت کمتری برخوردار بودند. این یافته با مطالعاتی که در زمینه بیماران مزمن صورت گرفته همسو است [۲۸-۳۰]. مسئولیت‌های دشوار زندگی روزانه، به‌طور عمیق کیفیت زندگی و رضایت همسر از زندگی با شریک خود را کاهش می‌دهد. از سویی، وجود فرد بیمار نیز از نظر توجه به نیازها، زمان صرف‌شده و دغدغه‌های مراقبین و اعضای خانواده بخش زیادی از تمرکز خانواده را به خود اختصاص می‌دهد. بنابراین، در وهله اول، اولویت خانواده‌ها توجه و رسیدگی به نیازهای بیمار و ارتقای سطح کیفیت زندگی او است. حال آنکه خانواده‌ها، به نیازهای اساسی دیگر اعضای خانواده توجه لازم را نداشته و معمولاً در کنار رسیدگی و مراقبت از بیمار خود دچار مشکلات متعددی از جمله بیماری‌های جسمی و روانی می‌شوند. مراقبت از بیمار توسط اعضای خانواده، منجر به احساس فشار یا سختی مراقبین شده که خود باعث کاهش کیفیت زندگی اعضای خانواده می‌شود [۳۱]. تحریک‌پذیری، حالت دفاعی، زودازجا پزیدن، اضطراب و نگرانی همه می‌توانند موجب ناآرامی فرد بازمانده شده و او را از داشتن روابط صمیمی و اجتماعی بدون احساس تنش محروم سازند و در نهایت کیفیت زندگی را تحت تأثیر قرار دهد. خاطرات جنگ با باز یادآوری‌های فرد بازمانده، زندگی با او را شبیه زندگی در شرایط جنگ کرده و منجر به احساس مداوم از نگرانی در مورد خطری مبهم اما وحشتناک می‌شود. از سوی دیگر، کابوس‌های شبانه نیز مانع از آن می‌شود که فرد مبتلا، شب را با آرامش در کنار همسرش سپری کند. بدین‌ترتیب، شرایط استرس‌زا منجر به کاهش کیفیت زندگی خانواده

شرایط عاطفی و روانی بیمار قرار می‌گیرد. به‌عنوان مثال، زمانی که بیمار تجارب عاطفی منفی و خاطرات نامناسب را به یاد می‌آورد، شرایط و محیط خانواده نیز از لحاظ عاطفی، تحت تاثیر این شرایط قرار می‌گیرد. چنین شرایطی، در صورتی که بیماری فرد حاد باشد گذرا در نظر گرفته می‌شود و این مشکلات عاطفی نیز با ثبات نیستند. در صورتی که با توجه به مزمن شدن بیماری استرس پس از سانحه، خانواده و بیمار اغلب به‌طور مداوم با بیماری سروکار دارند. بنابراین، مشکلات عاطفی در خانواده‌های این بیماران ثبات بیشتری دارد و اعضای خانواده که درگیر این مشکلات می‌شوند، به‌طور دائمی‌تری درگیر مشکلات می‌شوند. از آن جا که مشکلات عاطفی ابعاد مختلفی دارد، یکی از ابعاد مورد نظر افسردگی در نظر گرفته می‌شود که در این خانواده‌ها نمرات افسردگی نسبت به خانواده‌های عادی بالاتر است. همچنین، از آن جا که خانواده‌های این بیماران در وضعیتی قرار می‌گیرند که دائماً باید منتظر تغییر شرایط عاطفی بیمار باشند و یا از نظر هیجانی دچار تنش شوند، بنابراین اعضای خانواده نیز در وضعیت استرس‌آور، فشارزا و مضطرب‌کننده به‌سر می‌برند. تداوم این شرایط و ناتوانی در تغییر آن ممکن است منجر به ایجاد علائم افسردگی شود. با توجه به اینکه بیماران PTSD زمان بیشتری را صرف پردازش نشانه‌های مربوط به اختلال می‌کنند و یادآوری نشانه‌هایی که زمان بیشتری را به خود اختصاص می‌دهند به‌صورت آگاهانه انجام می‌شود [۴۱]، تمرکز بیمار بیشتر بر نشانه‌های بیماری معطوف است و میزان انرژی که فرد به‌خاطر مشکلات و نشانه‌ها صرف می‌کند به‌میزان زیادی به بیماری اختصاص داده شده است که این توجه و پردازش به‌نوبه خود تشدیدکننده استرس و فشار به فرد بیمار و خانواده است. با توجه به روابط درهم‌تنیده و پیچیده خانواده‌ها، در خانواده‌هایی که بیماری مزمن وجود دارد، پیچیدگی روابط بین اعضا در نامتعادل‌سازی شرایط هیجانی خانواده نیز تاثیر بالایی دارد. به‌طوری که زمانی که مشکلی برای عضوی از خانواده به وجود آید و یا اینکه یکی از اعضا مشکلی را به وجود آورد، دیگر اعضا از لحاظ عاطفی، نشانه‌های ناتوانی در تغییر شرایط، عدم به‌کارگیری راهبردهای کاربردی برای حل مشکل، تشدید مشکلات عاطفی به‌خاطر تشدید بیماری را از خود نشان می‌دهند. بنابراین، خانواده این بیماران به عنوان مجموعه‌ای که در ارتباط متقابل با همدیگر هستند محیط عاطفی خاصی را در خانواده به‌وجود می‌آورند که اغلب شرایط تنش‌زا و نامتناسبی را تجربه می‌کنند. بنابراین افسردگی و اضطراب بیشتری را به‌دلیل همین تغییرات و تداوم مشکلات متحمل می‌شوند [۱۶].

از جمله محدودیت‌های پژوهش حاضر می‌توان به دشواری و تقریباً عدم امکان هم‌تاکردن گروه‌ها در بسیاری از متغیرها در فرآیند نمونه‌گیری، همکاری پایین و عدم همکاری بسیاری از همسران، فرزندان بیمار و خود بیمار و نیز برخی از کارکنان بنیاد شهید و

که یافته‌های مطالعات دیگر این نتایج را تأیید می‌کند. خشونت بین فردی، ناراضی‌ت‌ناشویی و مشکلات در سازگاری در خانواده‌های با فرد بیمار نیز گزارش شده است [۳۴]. دیگر پژوهش‌ها نیز نشان داده‌اند در خانواده‌های بیماران اختلال پس از سانحه تاثیر بیماری بر نسل‌های دوم و سوم رخداد نیز به‌طور منفی باقی می‌ماند [۳۷-۳۵]. بنابراین، با توجه به ثبات علائم و نامساعد بودن شرایط این بیماران، خانواده‌های آنها دچار تغییرات بنیادی و نسبتاً دائمی می‌شود زیرا در طی چند نسل نیز علائم و مشکلات مشابهی برای بیماران به‌وجود می‌آید. در این خانواده‌ها، پذیرش والد آسیب‌دیده کمتر صورت می‌گیرد و فرزندان آنها والدین خود را کمتر می‌پذیرفتند و کمتر آنها را مشوق استقلال خود می‌دانند [۳۵]. بنابراین، در این خانواده‌ها به‌دلیل شرایط نامناسبی که از لحاظ کارکردی غالب شده است، اعضای خانواده در رابطه عاطفی و نقش‌های متعادلی قرار ندارند.

در واقع، می‌توان این‌گونه اظهار داشت که رابطه والدین با فرزندان از نظر وابستگی و استقلال در روابط دچار نقص است. از سوی دیگر، بین خانواده‌های دارای بیماران مبتلا به PTSD و خانواده‌های بدون بیمار مبتلا به PTSD در ابعاد پیوستگی و انطباق، تفاوت وجود دارد که این یافته، نشان‌دهنده این است که در خانواده‌های بیماران فاصله بین وضعیت ادراک‌شده و ایده‌آل بیشتر از خانواده‌های عادی است. از آن جا که شرایط فعلی خانواده‌های جانبازان دچار مشکلات انطباقی و پیوستگی است، در آرزو و امدی بهبود شرایط خود و خانواده را بهتر از وضعیت فعلی توصیف می‌کنند. به‌طور مثال، خانواده‌ها در حالت عادی وضعیت پیوستگی ایده‌آل را در مقایسه با وضعیت ادراک‌شده و موجود خیلی متفاوت در نظر نمی‌گیرند و هرچه میزان تفاوت بین آنها کمتر باشد، نشان‌دهنده مناسب بودن وضعیت آنها است. این یافته با مطالعات قبلی همسو است [۲۳، ۲۸، ۲۹، ۳۸، ۳۹] درحالی که در خانواده‌های دارای بیمار، عدم رضایت از شرایط کنونی منجر به رشد و گسترش تفاوت بین وضعیت دلخواه و وضعیت واقعی می‌شود.

به‌طور کلی، میزان افسردگی نیز در خانواده‌های جانبازان مبتلا به PTSD بالاتر از خانواده‌های بدون بیمار مبتلا به PTSD است. مطالعات نشان‌دهنده این است که خانواده‌های دارای بیماران روانی مزمن، به‌طور معنی‌داری دچار مشکلات ناشی از بیماری خواهند بود [۲۱]. نتایج مطالعات نشان می‌دهند افراد در معرض بحران و فشار روانی، علائمی از اجتناب، افسردگی، مشکلات در روابط بین فردی را بروز می‌دهند [۴۰]. همچنین، پژوهشی نشان داده است که همسران سربازان مبتلا به PTSD، نسبت به بقیه سربازان، استرس بیشتری را متحمل می‌شوند و براساس پرسش‌نامه‌های خودگزارشی از سلامت روانی پایین‌تری برخوردارند [۲۳]. در خانواده‌های این بیماران، به‌دلیل تداوم علائم و مشکلاتی که بیماران با آنها دست‌به‌گریبان هستند، شرایط عاطفی خانواده خواه‌ناخواه تحت تاثیر

8- Sadock BJ, Kaplan HI, Sadock VA. Kaplan & Sadock's Synopsis of Psychiatry: Behavioral Sciences/Clinical Psychiatry. Baltimore: Lippincott Williams & Wilkins; 2007.

9- Martens L, Addington J. The psychological well-being of family members of individuals with schizophrenia. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol. 2001;36(3):128-33.

10- Scharf M. Long-term effects of trauma: Psychosocial functioning of the second and third generation of Holocaust survivors. Dev Psychopathol. 2007;19(2):603-22.

11- Mastsakis A. Vietnam Wives: Facing the Challenges of Life With Veterans Suffering Post-Traumatic Stress. 2<sup>nd</sup> ed. Baltimore: Sidran Press; 1996.

12- Sales E. Family burden and quality of life. Qual Life Res. 2003;12(Suppl 1):33-41.

13- Klarić M, Francisković T, Pernar M, Nemić Moro I, Milićević R, Cerni Obrdalj E. Caregiver burden and burnout in partners of war veterans with post-traumatic stress disorder. Coll Antropol. 2010;34(Suppl 1):15-21.

14- Farrow TF, Hunter MD, Wilkinson ID, Gouneea C, Fawbert D, Smith R, et al. Quantifiable change in functional brain response to empathic and forgiveness judgments with resolution of posttraumatic stress disorder. Psychiatry Res. 2005;140(1):45-53.

15- Radfar Sh, Haghani H, Tavalaei SA, Modirian E, Falahati M. Evaluation of mental health state in veterans family (15-18 Y/O adolescents). J Mil Med. 2005;7(3):203-9. [Persian]

16- Waysman M, Mikulincer M, Solomon Z, Weisenberg M. Secondary traumatization among wives of PTSD combat veterans: A family typology. J Fam Psychol. 1993;7(1):104-18.

17- Collins R. Violence: A micro-sociological theory. Princeton: Princeton University Press; 2009.

18- Terr LC. Family anxiety after traumatic events. J Clin Psychiatry. 1989;50(Suppl 11):15-9.

19- Klarić M, Kvesić A, Mandić V, Petrov B, Frančišković T. Secondary traumatization and systemic traumatic stress. Psychiatr Danub. 2013;25(Suppl 1):29-36.

20- Riggs DS, Byrne CA, Weathers FW, Litz BT. The quality of the intimate relationships of male Vietnam veterans: problems associated with posttraumatic stress disorder. J Trauma Stress. 1998;11(1):87-101.

21- Martens L, Addington J. The psychological wellbeing of family members of individuals with schizophrenia. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol. 2001;36(3):128-33.

22- Al-Turkait FA, Ohaeri JU. Post-traumatic stress disorder among wives of Kuwaiti veterans of the first Gulf War. J Anxiety Disord. 2008;22(1):18-31.

23- Renshaw KD, Rodrigues CS, Jones DH. Combat exposure, psychological symptoms, and marital satisfaction in National Guard soldiers who served in Operation Iraqi Freedom from 2005 to 2006. Anxiety Stress Coping. 2009;22(1):101-15.

24- Moore D, McCabe GP. Introduction to the practice of statistics. 3<sup>rd</sup> ed. New York: Freeman; 1998.

25- Nejat S, Montazeri A, Holakouie Naieni K, Mohammad K, Majdzadeh S. The World Health Organization quality of Life (WHOQOL-BREF) questionnaire: Translation and validation study of the Iranian version. J School Pub Health Ins Pub Health Res. 2006;4(4):1-12. [Persian]

26- Mazaheri MA, Sadeghi MS, Heidari M. Compare the perceptions and aspirations of young people and parents in the family structure. Family Res; 2008;4(16):329-51. [Persian]

27- Lovibond PF, Lovibond SH. The structure of negative emotional states: comparison of the Depression Anxiety

بیمارستان به دلیل شرایط جانباز بودن و حساسیت امر، اشاره کرد. پیشنهاد می‌شود برای جامعیت بررسی خانواده‌های بیماران جانباز مبتلا PTSD، از ابزار مصاحبه کامل مک‌مستر، با توجه به اینکه این ابزار به صورت مصاحبه با اعضای خانواده است، استفاده شود و نقش مراقب و فرسودگی وی به عنوان یکی از مهم‌ترین و تاثیرگذارترین عضو خانواده در مجموعه و سیستم کارکردی خانواده به عنوان متغیر میانجی وارد شود.

## نتیجه گیری

ابتلای شوهر به PTSD، خانواده را در حوزه‌های ساختاری و عاطفی و به طور کلی در کیفیت زندگی نسبت به خانواده‌هایی که شوهران در آن مبتلا به PTSD نیستند در شرایط ضعیف‌تری قرار می‌دهد.

**تشکر و قدردانی:** بدین وسیله از دانشکده علوم پزشکی ارتش، کلیه مسئولان بیمارستان جنت شهر شیراز و خانواده‌های محترم افراد جانباز که در انجام این پژوهش ما را یاری کردند، تشکر و قدردانی می‌شود.

**تاییدیه اخلاقی:** قبل از اجرای پژوهش با بنیاد شهید و امور ایثارگران استان فارس هماهنگی‌های لازم انجام شد.

**تعارض منافع:** موردی توسط نویسندگان گزارش نشده است.

**منابع مالی:** این پژوهش با تایید و حمایت مالی معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی ارتش ایران انجام شده است.

## منابع

1- Murphy MJ, Cowan RL. Blueprints psychiatry. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2009.

2- McFarlane AC. The long-term costs of traumatic stress: intertwined physical and psychological consequences. World Psychiatry. 2010;9(1):3-10.

3- American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders DSM-IV-TR Fourth Edition (Text Revision); 2000. Available from: [www.openisbn.org/download/0890420254.pdf](http://www.openisbn.org/download/0890420254.pdf).

4- Brunet A, Akerib V, Birmes P. Don't throw out the baby with the bathwater (PTSD is not overdiagnosed). Can J Psychiatry. 2007;52(8):501-2.

5- Brewer DD, Catalano RF, Haggerty K, Gainey RR, Fleming CB. A meta-analysis of predictors of continued drug use during and after treatment for opiate addiction. Addiction. 1998;93(1):73-92.

6- Kessler RC, Sonnega A, Bromet E, Hughes M, Nelson CB. Posttraumatic stress disorder in the National Comorbidity Survey. Arch Gen Psychiatry. 1995;52(12):1048-60.

7- Breslau N, Kessler RC, Chilcoat HD, Schultz LR, Davis GC, Andreski P. Trauma and posttraumatic stress disorder in the community: the 1996 Detroit Area Survey of Trauma. Arch Gen Psychiatry. 1998;55(7):626-32.

- forgiveness. *J Consult Clin Psychol*. 2006;74(5):887-97
- 35- Scharf M. Long-term effects of trauma: Psychosocial functioning of the second and third generation of Holocaust survivors. *Dev Psychopathol*. 2007;19(2):603-22.
- 36- Mackey WC, Immerman RS. The presence of the social father inhibiting young men's violence. *Mankind Q*. 2004;44(3-4):339-66.
- 37- Afroz GhA, Vismeh AA. Study of the relationship between depression among survivors of patterns and relationships with parents. *J Psychol*. 2001;31(2):35-50. [Persian]
- 38- Sayers SL, Farrow VA, Ross J, Oslin DW. Family problems among recently returned military veterans referred for a mental health evaluation. *J Clin Psychiat*. 2009;70(2):163-70.
- 39- Vasterling JJ, Schumm J, Proctor SP, Gentry E, King DW, King LA. Posttraumatic stress disorder and health functioning in a non-treatment-seeking sample of Iraq war veterans: A prospective analysis. *J Rehabil Res Dev*. 2008;45(3):347-58.
- 40- Young EA, Breslau N. Cortisol and catecholamines in posttraumatic stress disorder: an epidemiologic community study. *Arch Gen Psychiat*. 2004;61(4):394-401.
- 41- Tozande Jani HA. Comparison of selective processing of data on the threat in patients with released anxiety disorder and post-traumatic stress disorder. *Knowledge Res Appl Psychol*. 2008;10(35-36):15-32. [Persian]
- Stress Scales (DASS) with the Beck Depression and Anxiety Inventories. *Behav Res Ther*. 1995;33(3):335-43.
- 28- Taft CT, Schumm JA, Panuzio J, Proctor SP. An Examination of Family Adjustment among Operation Desert Storm Veterans. *J Consult Clin Psychol*. 2008;76(4):648-56.
- 29- King DW, Taft C, King LA, Hammond C, Stone ER. Directionality of the association between social support and posttraumatic stress disorder: A longitudinal investigation. *J Appl Soc Psychol*. 2006;36(12):2980-92.
- 30- Landolt MA, Vollrath M, Laimbacher J, Gnehm HE, Sennhauser FH. Prospective study of posttraumatic stress disorder in parents of children with newly diagnosed type 1 diabetes. *J Am Acad Child Adolesc Psychiat*. 2005;44(7):682-9.
- 31- Davidson AC, Mellor DJ. The adjustment of children of Australian Vietnam veterans: Is there evidence for the trans generational transmission of war-related trauma? *Australian and New Zealand. Aust N Z J Psychiat*. 2001;35(3):345-51.
- 32- Dejkam M, Aminoroaya A. Comparing the mental health spouses of psychiatric veterans referred to Sadr hospital with spouses of psychiatric patients referred to Imam Hussain (AS). Tehran: 1<sup>st</sup> Scientific Conference of Veterans and Their Families; 2003. [Persian]
- 33- Cano A, Vivian D. Life stressors and husband-to-wife violence. *Aggress Violent Behav*. 2001;6(5):459-80.
- 34- McCullough ME, Root LM, Cohen AD. Writing about the benefits of an interpersonal transgression facilitates