

مقایسه‌ی کیفیت زندگی در جانبازان مبتلا به PTSD مزمن ناشی از جنگ با سایر جانبازان

سعید ایمانی^۱، دکتر محمد کاظم عاطف وحید^۲

و دکتر علی اصغر نژاد فرید^۳

اختلال استرس پس از ضربه، جزو اختلالات روانپزشکی است که به علت علایم تجربه‌ی مجدد، اجتناب و تحریک‌پذیری، پیامدهای منفی بر سلامت جسمانی و روانی مبتلایان دارد. این پژوهش، با هدف مقایسه‌ی کیفیت زندگی جانبازان مبتلا به PTSD مزمن ناشی از جنگ با سایر جانبازان اجرا شد. بدین منظور، طی یک پژوهش علی - مقایسه‌ای، 120 نفر از جانبازان در چهار گروه PTSD، شیمیایی، قطع عضو و عادی به شیوه‌ی نمونه‌گیری در دسترس انتخاب و از نظر ویژگیهای جمعیت شناختی و کیفیت زندگی مورد آزمون قرار گرفتند. تحلیل واریانس و آزمون تعقیبی توکی نشان داد که میانگین نمره‌ی کیفیت زندگی بیماران PTSD در مولفه‌های سرزندگی، عملکرد اجتماعی، سلامت روانی و عملکرد جسمانی نسبت به سایر گروه‌ها پایین تر است. به نظر می‌رسد که PTSD موجب ناتوانی بیمار در زمینه‌های شغلی، خانوادگی، عملکرد روزانه و اجتماعی شده و بر کیفیت زندگی این بیماران تاثیر می‌گذارد.

واژه‌های کلیدی: کیفیت زندگی، PTSD، شیمیایی، قطع عضو، جانباز

مقدمه

جنگ، یکی از فجاجیع ساخته‌ی دست بشر است و یکی از پیامدهای روانی افرادی که در معرض این فاجعه قرار می‌گیرند، اختلال استرس پس از ضربه^۴ (PTSD) است. این اختلال، شامل مجموعه‌ای از علایم اضطرابی است که در پی مواجهه با عامل استرس‌زا بروز می‌کند و این

1. انستیتو روانپزشکی تهران دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی - درمانی تهران، ایران psychology2008@gmail.com

2. انستیتو روانپزشکی تهران دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی - درمانی تهران، ایران

3. انستیتو روانپزشکی تهران دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی - درمانی تهران، ایران

4. post traumatic stress disorder.

مواجهه، می تواند به صورت شاهد بودن، تجربه ی فردی یا شنیدن واقعه باشد که فرد به صورت ترس و درماندگی به آن پاسخ می دهد (سادوک و سادوک، 2007). وقتی فرد در معرض رویداد ضربه آمیزی قرار بگیرد، شاهد رویداد تکان دهنده ای باشد به طوری که تمامیت جسمانی خود و دیگری به خطر افتاده و پاسخ ذهنی فرد به آن رویداد همراه با ترس، وحشت و ناامیدی باشد، می گوئیم فرد دچار PTSD شده است (انجمن روانپزشکان آمریکا، 2000). علایم اصلی این اختلال، عبارتند از: یادآوری خاطرات تکان دهنده، اجتناب و کرختی عاطفی و بیش برانگیختگی پایدار که اگر به مدت یک ماه این علایم تداوم یابد، فرد واجد ملاکهای تشخیصی PTSD است. شیوع این اختلال در سوانح و بلایای طبیعی و جنگ از 5 الی 75 درصد گزارش شده است که میزان آن در زنان، 10 تا 12 درصد و در مردان 5 تا 6 درصد برآورد شده است (سادوک و سادوک، 2007). بررسی های صورت گرفته روی رزمندگان شرکت کننده در جنگ ها نشان دهنده ی وجود مشکلات و اختلالات روان شناختی مانند اضطراب، افسردگی، تحریک پذیری، حساسیت بین-فردی، اختلال در عملکرد روزانه، مشکلات خانوادگی و سایر اختلالات همراه است. اختلال همراه، به همزمانی و وجود دو یا چند اختلال روان پزشکی و طبی اطلاق می شود (کرسینی، 2002).

اندازه گیری مفهوم کیفیت زندگی در ارتباط با سلامت، در طول 25 سال گذشته گسترش یافته است (تیودور پایولو، لوت ساکو، بالتا تاکسی و همکاران، 2006). کیفیت زندگی، همواره به عنوان یک پیامد نهایی در کارآزمایی های بالینی، مداخلات و مراقبت های بهداشتی مد نظر بوده است (فایر و ماچین، 2007) و حوزه های مختلف از جمله سلامت و کار، اقتصاد، اجتماع و خانواده را شامل می شود (ساماراکو، 2001). از آن جایی که اختلالات روانی و رفتاری بر اقتصاد خانواده و کیفیت زندگی افراد تاثیر می گذارد، همانند یک استرسور، تمامیت خانواده و کیفیت زندگی اعضا را نیز تهدید می کند (هومان، 2000). در بررسی ها، کیفیت زندگی به عنوان یک عامل مهم کاهش دهنده ی علایم در بیماری های مزمن روانی و جسمانی شناخته شده است (لونگاباوق، متسون، کونورز و همکاران، 1994). همچنین، شواهد زیادی وجود دارند که نشان می دهد کیفیت زندگی، پیش آگهی مهمی در موقعیت های درمانی است (گیاکومز، رایمر، کیملیر، و همکاران، 2001؛ وانیز، پادایگا و سوباتا، 2004). اختلال PTSD نه تنها بر کیفیت زندگی خود فرد تاثیر فراوانی دارد بلکه روی زندگی و کیفیت زندگی دیگر افراد خانواده و حتی افراد

جامعه‌ای که در تماس با آنهاست، اثر گذار است (رادفر، 2005 و مندولیز، 2000) و علایم آن با ناسازگاری، بیماری و خشونت بین فردی در مبتلایان، ارتباط دارد (کالهن، بکهام و بوث، 2002؛ سائرز، فارو، روس و اوسلین، 2009). این امر سبب کاهش عملکرد اجتماعی فرد، از هم پاشیدگی سیستم خانواده، عصبانیت، اضطراب، افسردگی، مشکلات روانی اجتماعی و ترس در سایر افراد خانواده‌ی بیمار (عطاری، 2007؛ رینشوا، رودریگز و جانز، 2008) و مشکل در سیستم اجتماعی می‌شود که فرد با آن در ارتباط است (ری، وانستون، 2009). مطالعات متعدد، نشان داده است که PTSD بر کارکردهای روانشناختی و شغلی، اثر منفی دارد. به همین دلیل، جانبازان اعصاب و روان، از کیفیت زندگی پایین برخوردار بوده و محدودیت‌هایی در زمینه فعالیت فیزیکی، جسمانی و بخصوص ابعاد روانی کیفیت زندگی دارند (موسوی، منتظری و سروش، 2007؛ کوهن، بلانچارد و هیکلینگ، 2003).

عوارض ناشی از بیماریهای مزمن روانی، بخصوص PTSD برای فرد مبتلا و سایر اعضای خانواده سبب کاهش کیفیت زندگی آنان می‌شود (مهرپرور، 2007؛ سیلز، 2003 و کارلسون و روزک، 2005).

در مطالعات انجام شده، بازماندگان جنگی که از PTSD رنج می‌بردند، اغلب بیکار و دارای سطح اقتصادی پایین بودند و این اختلال، اثرات منفی روی پیشرفت خانواده و فرزندان آنها داشت. این مساله در افراد مبتلا به PTSD، شکل پیچیده تری به خود می‌گیرد. پژوهشها، نشان داد که مشکلات روانی جانبازان بر مدیریت خانواده، امور تربیتی فرزندان، روابط عاطفی، امور اقتصادی، معیشتی و تحصیلی اعضای خانواده بیش از حد متوسط بوده و بر شخصیت کودکان، سلامت روانی همسران، رضایت زناشویی، طلاق و جدایی تاثیر بسزایی دارد (مردانی، 2000). جانگ باور، ویت ماند، دیتراخ و آنگر میر (2004) نشان دادند که تحمل مسولیت‌های فشارزا و مزمن در طول زندگی، بطور قابل ملاحظه‌ای باعث کاهش کیفیت زندگی می‌شود.

پژوهش حاضر، با هدف مقایسه‌ی کیفیت زندگی در جانبازان مبتلا به PTSD مزمن ناشی از جنگ با سایر جانبازان به منظور تعیین نقش احتمالی مولفه‌های کیفیت زندگی بر شدت علایم اختلال استرس پس از ضربه و سایر جنبه‌های زندگی آنها انجام شده است.

این مطالعه، از نوع مطالعات علی-مقایسه‌ای است. برای انجام آن، 120 نفر از بیماران PTSD، شیمیایی و قطع عضو بستری در بیمارستان‌های صدر، ساسان، کوثر و رزمندگان عادی بدون سابقه-ی بستری به شیوه‌ی تصادفی در دسترس انتخاب و با پرسش‌نامه‌های ویژگی‌های جمعیت شناختی، PTSD و کیفیت زندگی (SF-36) مورد آزمون قرار گرفتند.

مصاحبه‌ی تشخیصی PTSD واتسون¹ در سال 1999 توسط واتسون، جوبا و همکاران بر اساس معیارهای DSM-III-R ساخته شد. این پرسش‌نامه، دارای 21 سوال است و علایم PTSD را در 5 طبقه‌ی A, B, C, D, E و بر اساس ملاکهای PTSD در DSM مطرح می‌کند. واتسون، جوبا و همکاران (1999) ضریب پایایی این ابزار را 0/92 گزارش کرده‌اند. مداحی، این ضریب را 0/68 (مداحی، 1992) و اصغر نژاد و میرزایی آن را 0/95 گزارش کردند (اصغر نژاد و میرزایی، 2003). همچنین، محققان اعتبار این آزمون را تایید کرده‌اند (فوا، کن و فریدمن، 2004).

پرسشنامه‌ی کیفیت زندگی² توسط سازمان بین‌المللی بررسی کیفیت زندگی تهیه شده و شامل 36 سوال در حیطه‌ی جسمی-روانی است و هشت خرده‌مقیاس عملکرد جسمانی³، محدودیت نقش در اثر مشکلات جسمی⁴، درد بدنی⁵، سلامت عمومی⁶، انرژی و نشاط⁷، عملکرد اجتماعی⁸، مشکلات روانی⁹ و سلامت روانی¹⁰ را مورد سنجش قرار می‌دهد (منتظری، گشتاسبی، وحدانی و گاندک، 2005). این هشت بعد، روی هم دو بعد کلی جسمی و روانی کیفیت زندگی را می‌سنجد. پایایی و اعتبار پرسش‌نامه SF-36 برای اولین بار در ایران توسط منتظری و همکاران بررسی شده است. نژاد نادری، ضریب پایایی 8 بعد این پرسش‌نامه را 0/77 تا 0/95 گزارش کرده است.

در این پژوهش، برای مقایسه‌ی کیفیت زندگی در جانبازان مبتلا به PTSD مزمن ناشی از جنگ با سایر جانبازان و تعیین نقش احتمالی مولفه‌های کیفیت زندگی بر شدت علایم اختلال استرس پس از ضربه از تحلیل واریانس استفاده شده است، داده‌ها، با استفاده از ویرایش 16 نرم افزار SPSS مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

1. Watson
2. International Organization
3. physical functioning
3. role limitations due to physical health
5. body pain

6. general health
7. energy / fatigue
8. social functioning
9. role limitations due to emotional health
10. emotional well being

یافته ها

جدول 1، میانگین و انحراف معیار نمرات کیفیت زندگی و زیر مقیاس های آن را در 4 گروه بیماران PTSD، شیمیایی و قطع عضو بستری در بیمارستان های صدر، ساسان، کوثر و رزمندگان عادی بدون سابقه ی بستری را نشان می دهد. همان گونه که در جدول 1 مشاهده می شود، نتایج پژوهش حاضر، نشان می دهد که در عملکرد جسمانی، میانگین گروه PTSD، از شیمیایی و قطع عضو بالاتر است. در خلاصه ی جسمانی و محدودیت نقش میانگین گروه PTSD با قطع عضو از گروه شیمیایی بالاتر است.

جدول 1: میانگین و انحراف معیار نمرات کیفیت زندگی و زیر مقیاس ها در 4 گروه

زیر مقیاس ها	بیماران PTSD*	شیمیایی*	قطع عضو*	رزمنده*
الف. زیر مقیاس های بعد خلاصه ی جسمانی	1. عملکرد جسمانی	52/16 (21/64)	32/66 (18/18)	83/83 (19/05)
	2. محدودیت نقش	8/33 (15/16)	1/66 (9/12)	62/50 (38/14)
	3. درک بیمار از درد بدنی	19/43 (17/62)	19/96 (14/77)	64/43 (22/18)
	4. سلامت عمومی	35/30 (17/03)	31/56 (12/83)	68/43 (21/99)
ب. زیر مقیاس های بعد خلاصه ی روانی	1. سرزندگی	26/16 (17/45)	31/56 (12/83)	61/66 (24/61)
	2. عملکرد اجتماعی	24/58 (26/96)	37/50 (26/86)	76/66 (22/44)
	3. مشکلات روحی	5/55 (73/19)	0/00 (0/00)	61/11 (40/19)
	4. سلامت روانی	24/53 (18/63)	29/06 (16/13)	67/73 (22/72)

در جدول 2، خلاصه ی آزمون تحلیل واریانس مولفه های کیفیت زندگی را در گروه ها نشان داده ایم.

همانگونه که مشاهده می شود، نتایج حاکی از آن است که F محاسبه شده برای مولفه های کیفیت زندگی، شامل عملکرد جسمانی (38/93)، محدودیت نقش (46/34)، درک بیمار از درد بدنی (31/33)، سلامت عمومی (24/93)، سرزندگی (23/78)، عملکرد اجتماعی (18/26)، نقش هیجانی (37/54) و سلامت روانی (26/25) در سطح اطمینان 0/001 معنا دار است و بین گروه های چهار گانه در این متغیرها تفاوت معناداری وجود دارد.

جدول 2: نتایج آزمون تحلیل واریانس مولفه های کیفیت زندگی در بین 4 گروه

P	F	MS	df	SS		
0/001	38/93	19170/27	3	57510/83	بین گروهی	الف. زیر مقیاس های بعد خلاصه ی جسمانی
		492/42	116	57121/66	درون گروهی	
			119	114632/50	کل	
0/001	46/34	24144/09	3	72432/29	بین گروهی	
		521/01	116	60437/50	درون گروهی	
			119	132869/79	کل	
0/001	31/33	13673/01	3	41019/03	بین گروهی	
		436/31	116	50612/66	درون گروهی	
			119	91631/70	کل	
0/001	24/93	8452/36	3	25357/09	بین گروهی	ب. زیر مقیاس های بعد خلاصه ی روانی
		338/91	116	39314/50	درون گروهی	
			119	64671/59	کل	
0/001	23/78	8839/16	3	26517/50	بین گروهی	سرزندگی
		371/68	116	43115/00	درون گروهی	
			119	69632/50	کل	
0/001	18/26	14842/01	3	44526/04	بین گروهی	عملکرد اجتماعی
		812/76	116	94281/25	درون گروهی	
			119	138807/29	کل	
0/001	37/54	23959/87	3	71879/63	بین گروهی	نقش هیجانی
		638/25	116	74037/03	درون گروهی	

			119	145916/66	کل	سلامت روانی	
0/001	26/25	11367/82	3	34103/46	بین گروهی		
		432/99	116	50227/20	درون گروهی		
			119	84330/66	کل	بعد خلاصه ی جسمانی	
0/001	55/81	14516/97	3	43550/93	بین گروهی		
		260/10	116	30172/52	درون گروهی		
			119	73723/45	کل	بعد خلاصه ی روانی	
0/001	39/24	13706/61	3	41119/83	بین گروهی		
		349/25	116	40513/99	درون گروهی		
			119	81633/83	کل		

همان گونه که در جدول 3 مشاهده می شود، نتایج پژوهش حاضر حاکی از آن است گروه PTSD در عملکرد جسمانی با همه ی گروه ها و در مولفه های محدودیت نقش، درک بیمار از درد بدنی فقط با گروه رزمنده ی عادی، در سلامت عمومی، سرزندگی، عملکرد اجتماعی، سلامت روانی با رزمنده های عادی و قطع عضو تفاوت معنادار دارد.

جدول 3: نتایج مقایسه ی آزمون تعقیبی (توکی) مولفه های کیفیت زندگی در گروه ها

P	sd	M ₁ -M ₂	M ₂	PTSD	زیر مقیاس ها (M ₁)	
0/011	5/72	19/50	شیمیایی	PTSD	1. عملکرد جسمانی	الف. زیر مقیاس های بعد خلاصه ی جسمانی
0/001	5/72	23/83	قطع عضو	"		
0/001	5/72	-31/66	رزمنده	"		
0/734	5/89	6/66	شیمیایی	"	2. محدودیت نقش	
1/00	5/89	0/00	قطع عضو	"		
0/001	5/89	-54/16	رزمنده	"		
1/00	5/39	-0/53	شیمیایی	"	3. درک بیمار از درد بدنی	
0/478	5/39	-8/53	قطع عضو	"		
0/001	5/39	-45/00	رزمنده	"		
0/892	4/75	3/73	شیمیایی	"	4. سلامت عمومی	
0/020	4/75	-15/16	قطع عضو	"		
0/001	4/75	-33/13	رزمنده	"		
0/993	4/97	1/50	شیمیایی	"	1. سرزندگی	ب. سرزندگی

0/045	4/97	-14/33	قطع عضو	"	
0/001	4/97	-35/50	رزمنده	"	
0/384	7/36	-25/91	شیمیایی	"	2. عملکرد اجتماعی
0/008	7/36	-25/83	قطع عضو	"	
0/001	7/36	-52/08	رزمنده	"	
0/867	6/52	5/55	شیمیایی	"	3. مشکلات روحی
0/926	6/52	-4/44	قطع عضو	"	
0/001	6/52	-55/55	رزمنده	"	
0/870	5/37	-4/53	شیمیایی	"	4. سلامت روانی
0/006	5/37	-19/46	قطع عضو	"	
0/001	5/37	-43/20	رزمنده	"	

بحث و نتیجه گیری

نتایج پژوهش حاضر، در تایید فرضیه‌های تحقیق مبنی بر اینکه بین کیفیت زندگی گروه PTSD با گروه‌های شیمیایی، قطع عضو و رزمنده، تفاوت معنادار وجود دارد. در مولفه‌ی عملکرد جسمانی، محدودیت جسمانی، درک بیمار از درد بدنی و سلامت عمومی گروه PTSD فقط با گروه رزمنده، تفاوت معنادار بدست آمد. بنابراین، می‌توان تبیین این پدیده را بدین صورت مطرح کرد که بیماران گروه PTSD، گروه شیمیایی و گروه قطع عضو بدلیل اینکه مشکلات جسمانی یا افت سلامت عمومی موجب محدودیت در فعالیت‌هایی از قبیل توانایی انجام کار، مشارکت در روابط اجتماعی و انجام فعالیت‌های فیزیکی آنها می‌شود، به طور طبیعی در مولفه‌های بعد خلاصه‌ی جسمانی کیفیت زندگی نسبت به گروه رزمنده از نمره‌ی پایین‌تری برخوردار هستند. همچنین در مولفه‌ی بعد خلاصه‌ی روانی، سرزندگی، عملکرد اجتماعی، مشکلات روحی و سلامت روانی گروه PTSD بجز با گروه شیمیایی، با دو گروه دیگر تفاوت معنادار بدست آمد. به احتمال زیاد بیماران گروه PTSD و گروه شیمیایی به دلیل مشکلات روانی ناشی از جنگ و مزمن شدن علایم در طی زمان و تجربه‌ی تحمل درد روانی نمره‌ی کمتری نسبت به گروه رزمنده و گروه قطع عضو بدست آوردند و همچنین این احتمال وجود دارد که تحمل درد روانی بیماران گروه PTSD و گروه شیمیایی نسبت به درد جسمانی گروه قطع عضو و گروه رزمنده که به ظاهر مشکل خاصی ندارند، مشکل‌تر باشد. این یافته‌ها با پژوهش‌های موسوی و همکاران (2007)، زاتزیک و همکاران (1997)، کرمی و همکاران (2005)، بیژنی و مقدمی‌نیا (2002)، خاطری و

همکاران (2003)، عطاری (2007)، رینشوا (2008)، ری (2009)، کوهن و همکاران (2003)، که سطح مولفه‌های عملکرد جسمانی، درد جسمی، سلامت عمومی، عملکرد اجتماعی، مشکلات روانی و سلامت روان آنها را پایین برآورد کرده اند، هماهنگ است.

بیماران PTSD، به دلیل مشکلات جسمی و روانی ناشی از جنگ و مزمن شدن علایم در طی زمان و اضافه شدن مسایل دیگر از قبیل مشکلات مالی، بیکاری، تحمل درد جسمی و روانی، روابط زناشویی و بین فردی ضعیف، خشونت، احساس ناامیدی و عوامل متعدد دیگر، به طور طبیعی از کیفیت زندگی پایین تری برخوردارند. این یافته‌ها، با نتایج پژوهش‌های متعدد همسو است (مندولوایزو استین، 2000؛ کارلسون و روزک، 2005؛ کالهن، بکهام و بوث، 2002؛ سایرز و همکاران، 2009؛ موسوی و همکاران 2007؛ زاتریک و همکاران، 1997؛ مهرپرور، 2007؛ کرمی و عاملی، 1384؛ بیژنی و مقدم‌نیا، 2002؛ خاطری و همکاران، 2003). اختلال استرس پس از ضربه، تغییراتی در احساسات و رفتار فرد مبتلا و در نتیجه بروز مشکلاتی در زمینه‌ی روابط بین فردی و خانوادگی می‌شود که ممکن است فرد مبتلا از نظر روابط عاطفی و هیجانی، سرد شده و نسبت به دیگران احساس دوری و بیگانگی کنند. وجود رفتارهای تحریک پذیر، حالت‌های دفاعی، زود از جا پریدن، اضطراب و نگرانی، عواملی است که می‌تواند کیفیت زندگی این افراد را تحت تاثیر قرار دهد و به دلیل یادآوری خاطرات مربوط به صحنه‌های جنگ در فرد مبتلا به PTSD و مختل شدن زندگی به دلیل حساسیت نسبت به مسایل مختلف و تداعی شدن صحنه‌های جبهه و جنگ در زندگی کنونی فرد مبتلا، احساس مداومی از نگرانی در مورد احتمال وقوع خطری مبهم اما وحشتناک در فرد می‌شود. از سوی دیگر، کابوس‌های شبانه‌ی مربوط به صحنه‌های جبهه و جنگ نیز مانع از آن می‌شود که فرد مبتلا، شب را با آرامش در کنار سایر افراد خانواده سپری کند (عطاری، 2007؛ رینشوا، 2008؛ مداحی، 1992). بدین ترتیب، شرایط استرس زا منجر به عود اختلال می‌شود و این عوامل وضعیت عمومی - روانی، عملکرد اجتماعی و بطور کلی کیفیت زندگی او را تحت تاثیر قرار می‌دهد.

یافته‌های تحقیقات فوق، بر نتایج پژوهش حاضر، مبنی بر این که مولفه‌های کیفیت زندگی با شدت علایم PTSD مرتبط است، صحه می‌گذارد. این یافته‌ها می‌تواند مولفه‌های مهمی را شناسایی کند که ممکن است به کاهش نشانه‌های اختلال تنیدگی پس از سانحه و توسعه‌ی طرح‌های درمانی منجر شود تا بتوان به این بیماران در جهت بهبود کیفیت زندگی مناسب‌تر در زمینه‌های

مختلف خانوادگی، اجتماعی و شغلی کمک کرد (پرینس و پرینس، 2001، لونگاباوق و همکاران، 1994) و این احتمال وجود دارد که به سازگاری مناسب هنگام بروز علائم و فهم درست مشکلات دست یابند. بنابراین می توان با تدوین یک برنامه ی مبتنی بر آموزش و مداخله، گام مهمی برای تقویت کیفیت زندگی بیماران در معرض خطر عود علائم PTSD و پیش آگهی بهتر به درمان و کاهش علائم برداشت (گیاکومز و همکاران، 2001؛ اسپجار و اوجیهاگان، 2003؛ وانیج و همکاران، 2004).

Reference

- American Psychiatry Assosiation (2000) DSM- IV-TR,p:875-882, APA Press.
- Asgari S. (1991). [Study of personality characteristics in children of war veterans]. Dissertation for the master of sciences degree. Tehran: Tarbiat Modarres University (persian).
- Attari, A. (2007). "Stress in children of veterans, Fourth Symposium on the prevention and treatment of neurological, psychological impacts of war", Center for Mental Health (persian).
- Bijani Kh, and Moghadamnia AA (2002). *Long-term effects of chemical weapons on respiratory tract in Iraq-Iran war victims living in Babol (North of Iran)*. Ecotoxicol Environ Saf. 53(3): 422.
- Carlson, E & Ruzek J. (2005). PTSD and family. National center for PTSD. U.S Ddepartment of veteran's affairs. Available frowwww.ncptsd.va.gov/facts/specific/ps-family.html.
- Calhoun PS, Beckham JC, Boswooth HB (2002). Caregives and psychological distress in partners of veterans with chronic posttraumatic stress disorder. *Journal trauma stress*. 15(3): 205.
- Corsini, R (2002) Dictionary of psychology. Brunner press.
- Fayers PM, Machin D. (2007). Quality of life: the assessment, analysis and interpretation of patient-reported outcomes: Wiley.
- Foa, Edna B; Kean, Terence. M and Friedman, Mathew. J (2004). *Effective treatment for PTSD*. Guilford Press. New York. London.
- Giacomuzzi S, Riemer Y, Kemmler G, Ertl M, Richter R, Rössler H, et al. (2001). Subjective wellbeing and somatic markers in methadone substitution. Evaluation of 61 heroin addicts]. *Fortschritte der Medizin Originalien*.119(3-4):103.
- Hoeman Shirley, rehabilitation Nursing Mosby co. 2000: 202.
- Jungbauer Y, wittmund B, Dietrich S, and Angermeyer MC (2004). The disregarded caregivers: subjective burden in spouses of schizophrenia patients. *Schizophr ball*. 30(3): 665-75.
- Karami, GH., Ameli, J. et al (2005). "The prevalence of PTSD in victims of mustard gas," Twelfth Congress of Neurology and Clinical Electro-physiology. May, Tehran (persian).
- Khaghanizadeh M, Sirati M. (2005). Effect of personal, familial and social factor on psychiatric symptom of psychiatric veterans. *Tebe Nezami (Millitary Medicine)*, 6(1):33037 (persian).
- Khateri S, Ghanei M, Keshavarz S, and et al (2003). *Incidence of Lung, Eye, and skin lesions as late complications in 34000 Iranians with wartime exposure to mustard agent*. *JOEM*; 45(11): 11 36-43 (persian).
- Kuhn, E., Blanchard, E. B., & Hickling, E. J. (2003). Posttraumatic stress disorder and psychosocial functioning within two samples of MVA survivors. *Behaviour Research and Therapy*, 41: 1105-1112.
- Longabaugh R, Mattson ME, Connors GJ, Cooney NL. (1994). Quality of life as an outcome variable in alcoholism treatment research. *Journal of studies on alcohol*.
- Madahi, M. E. (1992). Assessment posttraumatic stress disorder in patients with PTSD due to war. Master's thesis. Allameh University (persian).
- Mardani A. (2000). [Study of the psychological profiles of the spouses of war veterans with PTSD (using the SCL-90-R) in Chaharmahal-o-Bakhtiari province]. Dissertation for the master of sciences degree. Isfahan: Isfahan University (persian).
- Mehrpavar, F. (2007). "The quality of life in veterans with chronic PTSD in psychiatric hospital Sadr. B.Sc. thesis, University Roudehen, unpublished (persian).
- Mendlowicz, M. V., and Sten, M.B.(2000). *Quality of life in individuals with anxiety disorder*. *Am J psychiatry*, 666-682.

- Montazeri A, Goshtasebi A, Vahdaninia M, Gandek B (2005). The Short Form Health Survey (SF-36): translation and validation study of the Iranian version. *Qual Life Res*; 14: 875-882.
- Mousavi, B., Montazeri, A. and Soroush, MR (2007). "Quality of life of female veterans with spinal cord injury. *Journal of Payesh*, Winter 1386, pp. 81-75 seventh year the first issue.
- Radfar, Sh. (2005). Assessment Mental health of children 15 to 18 years of war. *Journal of Military Medicine*, (3): 205 (persian).
- Ray, S. L. and Vanstone, M. (2009). The impact of PTSD on veterans' family relationships: An interpretative phenomenological inquiry. *International Journal of Nursing Studies* 46: 838–847.
- Renshaw, K. D., Rodrigues, C. S., & Jones, D. M. (2008). Psychological symptoms and marital satisfaction in spouses of Operation Iraqi Freedom. Veterans: Relationships with spouses' perceptions of veterans' experiences and symptoms. *Journal of Family Psychology*, 22, 586–594.
- Sadock, B. J. and Sadock, A. V. (2007). *Synopsis of psychiatry behavioral and since clinical psychiatry* (10ed).
- Sales E. Family burden and quality of Quality of life, Research 2003. 12 suppl: 128-33.
- Sammarco. Angela. (2001). Perceived social support. Uncertainty and quality of life younger breast cancer. *Cancer Nursing*. 24(3): 212- 218.
- Sayers, S. L., Farrow, V. A., Ross, J., & Oslin, D. W. (2009). Family problems among recently returned military veterans referred for a mental health evaluation. *Journal of Clinical Psychiatry*, 70, 163–170.
- Theodoropoulou S, Leotsakou C, Baltathakis I, Christonakis A, Xirodimia M, Karakasis D, et al. (2006). Quality of life and psychopathology of 53 long-term survivors of allogeneic bone marrow transplantation. *Hippokratia*. 6(1):19-23.
- Vanagas G, Padaiga Z, Subata E. (2004). Drug addiction maintenance treatment and quality of life measurements. *Medicina (Kaunas)*. 40(9):833-41.
- Zatzick, D.F., Marmar, C. R. , Weiss, D. S. , Browner, W. S., Metzler, T. J., Golding, J.M., Stewart, A. Schlenger W.,E, Schlenger W.E, and Wells K.B .(1997) . Posttraumatic Stress Disorder and Functioning and quality of Life outcomes in a nationality representative sample of male Vietnam veterans. *Am J Psychiatry*, 154(12):1690-1695.