

## یافته‌ها، تنگناها و جهت گیری های پژوهش در حوزه سلامت روانی جانبازان

خدابخش احمدی<sup>۱\*</sup> PhD، مجتبی حبیبی<sup>۲</sup> PhD، محمدجواد احمدی زاده<sup>۱</sup> MSc، رضا شاهی<sup>۳</sup> PhD، سمیرا خوشکام<sup>۴</sup> PhD،  
آزاده مرادی<sup>۱</sup> MSc، شیبوا اخوان راد<sup>۵</sup> MSc

<sup>۱</sup> مرکز تحقیقات علوم رفتاری، دانشگاه علوم پزشکی بقیه... (عج)، تهران، ایران  
<sup>۲</sup> پژوهشکده خانواده، دانشگاه شهید بهشتی، تهران، ایران  
<sup>۳</sup> دانشگاه آزاد اسلامی، واحد تبریز، گروه ریاضی، تبریز، ایران  
<sup>۴</sup> دانشگاه اصفهان، اصفهان، ایران  
<sup>۵</sup> دانشگاه علم و فرهنگ، تهران، ایران

### چکیده

**اهداف:** مطالعات گوناگونی در حوزه سلامت روان جانبازان انجام شده است. هدف پژوهش حاضر بررسی این پژوهش‌ها برای شناخت تنگناها و ترسیم ماتریس پژوهشی است.

**روش‌ها:** پژوهش حاضر با استفاده از روش مطالعه مروری و تحلیل محتوا، اطلاعات موجود در پایگاه های اطلاعاتی در زمینه پژوهش‌های انجام شده در حوزه سلامت روانی جانبازان از جمله طرح های پژوهشی، مقالات و خلاصه مقالات ارائه شده در سمینارها و همایش‌ها را مورد بررسی قرار داده است. جامعه آماری این مطالعه شامل منابع آرشیوی بود که به واسطه پروتکل مروری جمع آوری و طبقه بندی و با بهره گیری از مدل مارشال و راسمن تجزیه و تحلیل شدند.

**یافته‌ها:** از بین پژوهش های انجام شده، ۳۵ درصد در زمینه اختلالات روانی، ۲۱ درصد در زمینه جنبه های سلامت روان شناختی، ۱۷ درصد در زمینه خانواده و فرزندان، ۱۰ درصد در زمینه درمان و مداخله، ۸ درصد در زمینه کیفیت زندگی و ۴ درصد در زمینه مسائل رفاهی جانبازان بود. جهت بررسی کیفی، نتایج یافته های پژوهش های مختلف در ۹ محور زیر کدگذاری شدند: کیفیت زندگی، مشکلات خانوادگی، اشتغال، مسائل اجتماعی، سوء مصرف مواد، مهارت های زندگی، اختلالات روانی، مسائل درمانی، مسائل رفاهی. همچنین نقاط قوت و ضعف پژوهش های گذشته تحلیل شد و نیز خلاءهای موجود و ماتریس پژوهش های سلامت روان جانبازان و خانواده آنها ترسیم گردید.

**نتیجه گیری:** نتایج این مطالعه می تواند در خصوص تدوین برنامه و نقشه راه متخصصان و متولیان درمان و پژوهش سلامت روانی جانبازان کمک کند و راهبردهای سیاست گذاری پژوهشی آینده را در قالب بررسی توصیفی-تحلیلی یافته ها، تنگناها و جهت گیری های پژوهشی گذشته سلامت روان جانبازان روشن تر سازد.  
**کلید واژه‌ها:** سلامت روان، جانباز، تحلیل محتوا، خانواده، نقشه راه، مطالعه کیفی، ماتریس، اختلالات، آسیب شناسی

## Research Findings, Limitations, and Research Orientations in the Field of Veterans' Mental Health

Ahmadi Kh.<sup>1\*</sup> PhD, Habibi M.<sup>2</sup> PhD, Ahmadizadeh M.J.<sup>1</sup> PhD, Shahi R.<sup>3</sup> PhD, Khoshkam S.<sup>4</sup> PhD,  
Moradi M.<sup>1</sup> MSc, Akhavan Rad Sh.<sup>5</sup> MSc

<sup>1</sup>Behavioral Sciences Research Center, Baqiyatallah University of Medical Sciences, Tehran, Iran

<sup>2</sup>Shahid Beheshti University, G. C., Tehran, Iran

<sup>3</sup>Islamic Azad University, Tabriz Branch, Tabriz, Iran

<sup>4</sup>Isfahan University, Isfahan, Iran

<sup>5</sup>Science and Culture University, Tehran, Iran

### Abstract

**Aims:** Different studies have been conducted in field of mental health of veterans have been done. The purpose of the present research was the review of these studies to clarify limitations and developing a research matrix.

**Methods:** The present study has investigated the database of information on research conducted in the field of mental health in veterans including research projects, papers and abstracts presented at seminars and conferences using content analysis and review study. The study population consisted of archival sources that were gathered and classified by using review protocol and analyzed using Marshal and Rasman Model.

**Results:** Results showed that among implemented surveys, 35%, 21%, 17%, 10%, 8%, 4% respectively are about mental disorders, psychological health aspects, family and children, cure and interference, life quality and sacrifices' welfare problems, respectively. To do qualitative review, different surveys' results were classified in the following nine dimensions: quality of life of veterans' and their families, family problems, occupation, social problems, drug abuse, life style, mental disorders, treatment and welfare problems. In general, advantages and disadvantages of previous surveys in last 3 decades have been classified and analyzed that its results have developed the research matrix in the field of veterans' mental health and their family.

**Conclusion:** Results of this study can be used in strategy plan programming and developing road maps for specialists and officials related to veterans' mental health, to clarify policies for future in aspects such as descriptive – analytic survey of findings, limitation and previous survey directions about mental health of veterans.

**Key words:** Mental Health, Veteran, Systematic Review, Family, Road Map, Qualitative Study, Research Matrix, Psychopathology.

## مقدمه

سلامت روان شرکت‌کنندگان در جنگ یک خط پژوهشی و مداخله‌ای در جهان است و سالانه بخشی از پژوهشها را به خود اختصاص میدهد. زیرا که شیوع اختلالات روانشناختی در بین شرکت‌کنندگان در جنگ همواره نگران‌کننده بوده است. برای مثال: مطالعات نشان داده اند که حدود ۴۰ درصد از نیروهای نظامی آمریکا در افغانستان و عراق دچار مشکلات روانپزشکی و روانشناختی عمده ای شده اند [۳-۱]. بسیاری از این افراد گزارش کرده اند که از خدمات مناسب و بهینه بهداشتی و درمانی در حین و بعد خدمت بهره مند نشده اند [۴،۵]. تلاش برای درک آسیب دیدگان روانشناختی ناشی از جنگ و کمک به آنها نیازمند مداخلات روانپزشکی و روانشناسی است تا وضعیت سلامت آنها بهبود، ارتقاء و حفظ گردد [۶]. محققان نشان دادند که در طول یک ماه ۴/۲ درصد از سربازان جنگ عراق و افغانستان به دلیل مشکلاتی مثل اختلال استرس پس از سانحه، اختلال دو قطبی، افسردگی، سوء مصرف مواد و الککل [۷-۱۱]، دچار اختلال استرس پس از ضربه و ۴/۴ درصد آنان نیز دچار اختلال افسردگی، در طول چهار ماه ۱۲/۲ درصد دچار اختلال استرس پس از ضربه و ۸/۹ درصد دچار افسردگی، در طول ۷ ماه، ۱۲ درصد دچار اختلال استرس پس از ضربه و ۹/۳ درصد دچار افسردگی شدند [۱۰]. سطوح بالاتر اختلالات جسمانی در یک ماه به طور معناداری پیش بینی کننده اختلال استرس پس از ضربه و افسردگی بود. همچنین نشان داده شد که اختلالات روان شناختی و خودکشی در میان سربازانی دارای اختلال استرس پس از ضربه، بیش از سایر نظامیان است [۱۲]. ملاحظه شد که ۴۵ درصد از سربازانی که در جستجوی امکانات پزشکی بودند، اختلالات روان پزشکی داشتند، که شایع ترین آنها اختلال استرس پس از ضربه بود [۱۳].

جانبازان جنگ تحمیلی ایران نیز به عوارض مختلفی مبتلا بوده و دچار آسیب های روانی، کاهش میل جنسی، اختلال تهجمی، تعارض و علائم سایکوتیک می باشند [۱۴،۱۵]. تحقیقات انجام شده در رابطه با اختلالات روانی ناشی از جنگ تحمیلی بیانگر آن است که تجربه استرس شدید و خارج از تحمل فرد به صورت یادآوری خاطرات ناخوشایند حادثه به صورتی که گویی آن حادثه ناخوشایند در حال تکرار است، آشفتگی های شدید به هنگام تماس با موقعیت هایی که از جهتی با آن حادثه شباهت دارند، بی علاقه‌گی نسبت به فعالیت های زندگی، اختلال استرس پس از ضربه، احساس غریبگی نسبت به دیگران، اختلال در حافظه، اختلال در خواب و بیخوابی، کم حوصلگی، حساسیت نسبت به سر و صدا، تحریک پذیری، کاهش بازده کار، سردرد، فراموشی، اضطراب، افسردگی، بی اشتها، خستگی، عصبانیت، سرگیجه، انزوایی، کم حرفی، عدم تمرکز حواس، لرزش دستها، پرخاشگری، کشمکش های بین فردی، مشکلات جانبازان در روابط بین فردی، درک نشدن آنها از سوی جامعه و مشکلات جسمانی، تردید در تصمیم گیری، بیقراری و غیره نشان دهنده تابلوی بالینی بیمارانی است که به دنبال حضور در جبهه های جنگ آنها را نشان داده و با تشخیص اختلال استرس پس از ضربه مشخص شده اند [۱۶-۱۹].

در بین جانبازان، ۲۳ درصد دارای اختلال افسردگی اساسی، ۱۹ درصد اختلال استرس پس از ضربه، ۱۳ درصد مانیا، ۱۸ درصد دیس تایمی یا افسرده خویی، ۴ درصد اضطراب منتشر، ۲ درصد اسکیزوفرنی، ۱/۵ درصد اسکیزوافکتیو، ۴ درصد اختلال وحشت زدگی بودند [۲۰]. آسیب روانی متفرقه در جانبازان شامل ۲ درصد تمارض، ۲/۵ درصد اختلال شخصیت، ۶ درصد وابسته به مواد مخدر و داروی دیازپام و کدئین، ۷۸/۵ درصد

وابسته به نیکوتین بودند. علائم فرعی در بیماران دارای اختلال پس از ضربه عبارت اند از پرخاشگری، اقدام به خودکشی و قتل [۲۰،۲۱]. نوع و میزان مشکلاتی که جانبازان با آن مواجه هستند عبارتند از: گوشه گیری و انزوا طلبی، افسردگی و بی حوصلگی، دلهره و اضطراب، احساس گناه و حقارت، احساس جدایی از اجتماع، کم اشتها، احساس عدم پذیرش اجتماعی. علاوه بر این، در مطالعه ای روی مصدومان ناشی از جنگ ملاحظه شد که ۳۵/۶ درصد ایشان از وضعیت جسمانی و ۴۴/۲ درصد نیز از اختلال تئیدیگی پس آسیبی شکایت داشتند. افسردگی آمیخته با اضطراب در ۱۳/۵ درصد، افسردگی واکنشی در ۱۱/۵ درصد و اختلالات عاطفی نیز در ۹/۶ درصد آنها مشاهده شد [۲۱]. شیوع افسردگی در جانبازان ۷۱ درصد و شیوع همین اختلال در افراد عادی ۳۶ درصد گزارش شده است [۲۲].

آسیب های روانی ناشی از جنگ بلند مدت است و با گذشت ۲۰ سال هنوز اطلاعات موجود درباره وسعت، صدمات و عوارض مزمن ناشی از جنگ در جانبازان ناکافی است و جانبازان از گروه های آسیب پذیر و در معرض خطر می باشند. بر این اساس همچنان بررسی و مطالعه سلامت روان جانبازان از اهمیت بسیاری برخوردار است.

در سه دهه گذشته تحقیقات و مطالعات زیادی در حوزه سلامت روانی جانبازان انجام شده است و هنوز نیز در حال اجرا است. این تحقیقات از سوی بسیاری از مراکز دانشگاهی و تحقیقاتی و بویژه بنیاد جانبازان و سایر مراکز تحقیقاتی و دانشگاهی انجام شده است. علی رغم آن جمع بندی تحقیقات انجام شده و تحلیل نتایج بدست آمده و ترسیم مسیر آینده، ضرورتی است که تاکنون انجام نشده است. از این رو این مطالعه با هدف بررسی و تحلیل محتوای مطالعات انجام شده در مورد سلامت روانی جانبازان صورت پذیرفته است. زیرا علی‌رغم وجود گستره‌ای از پژوهشهای انجام گرفته، هنوز راهکارهای متقن در این زمینه مشخص نیست و نتایج متفاوت و بعضاً متناقض حکایت از فقدان راهکارهای منسجم و هماهنگ دارد و نقشه راه و ماتریس پژوهش در خصوص مطالعات و پژوهش‌های گذشته و آینده در این زمینه وجود ندارد. بر این اساس مطالعه تحلیل محتوا در زمینه پژوهشهای انجام شده در این حوزه لازم است. تحلیل محتوا، رویکردی پژوهشی است که به پژوهشگر کمک می‌کند تا ترکیب مناسبی از نتایج کیفی، مطالعات متضاد و غیر متضاد در گذشته به دست دهد، تناقض ها را توضیح داده و متغیرهای ساختاری تعدیل کننده در نتایج مطالعات گذشته را شناسایی کند. تحلیل محتوا به پژوهشگر کمک می‌کند تا به نتایجی درست تر و معتبرتر از آن چیزی دست یابد که در تک تک مطالعات میدانی یا بررسی کیفی مجموع مطالعات گذشته، حاصل شده است. دلیل اصلی بکارگیری آن در این تحقیق نیز همین است تا با بررسی تضاد نتایج پژوهش ها تفسیر نتایج و به روزسازی علم و تعیین ماتریس پژوهشی در حوزه بهداشت روان جانبازان به این سؤال اساسی پاسخ دهد که وضعیت تحقیقات انجام شده در حوزه بهداشت روانی جانبازان در سه دهه گذشته چگونه است؟

## روش ها

این پژوهش به روش تحلیل محتوای مطالعات قبلی در زمینه سلامت روان جانبازان اجرا شده است و به لحاظ نوع، توسعه‌ای و از لحاظ روش شناختی، تحلیلی و از نوع کیفی به حساب می‌آید. به دلیل هدف کل نگر، استقرایی و تفسیری مواد و مقوله‌های مکرر ارائه شده در تحقیقات قبلی و با توجه به ماهیت کیفی مطالعه حاضر، به جای جامعه آماری از منابع آرشیوی به جای واحدهای پژوهشی استفاده شده است [۲۳]. این

از شاخص‌های آمار توصیفی نظیر فراوانی، درصد و تحلیل فراوانی استفاده شد.

نتایج نشان داد که از مجموع ۲۵۷ مورد کار پژوهشی بدست آمده در حوزه سلامت روان جانبازان، ۴۲ درصد مقاله، ۳۹ درصد گزارش تحقیق و ۱۹ درصد خلاصه مقاله ارائه شده در سمینارها و همایش‌ها و کنفرانس‌ها بود. از نظر دوره زمانی فعالیت‌های پژوهشی بیشترین کارهای تحقیقاتی در زمینه سلامت روانی جانبازان و خانواده آن‌ها در دهه ۸۰، انجام شده است (۷۶/۷۲ درصد در برابر ۲۷ درصد) و این میزان حدود ۲/۵ برابر بیشتر از دهه های ۷۰ و ۶۰ است. بررسی کارهای تحقیقاتی انجام شده در دهه ۱۳۸۰ نشان می‌دهد که در سال ۱۳۸۷ با ۲۰/۴۳ درصد بیشترین کارهای تحقیقاتی انجام گرفته است. براین اساس ملاحظه می‌شود که فعالیت‌های علمی و پژوهشی در حوزه جانبازان همواره در حال رشد بوده است و در این بین میزان رشد مقالات بیش از پژوهش است (۵/۳۷ درصد در برابر ۶۷/۴ درصد).

### نتایج

نتایج نشان داد که از مجموع، ۲۵۷ مورد کار پژوهشی فاقد تکرار بدست آمده در حوزه سلامت روان جانبازان، ۴۲ درصد مقاله، ۳۹ درصد گزارش تحقیق و ۱۹ درصد خلاصه مقاله ارائه شده در سمینارها و همایش‌ها و کنفرانس‌ها بود. از نظر دوره زمانی فعالیت‌های پژوهشی بیشترین کارهای تحقیقاتی در زمینه سلامت روانی جانبازان و خانواده آنها در دهه ۸۰، انجام شده است (۷۶/۷۲ درصد در برابر ۲۷ درصد) و این میزان حدود ۲/۵ برابر بیشتر از دهه‌های ۷۰ و ۶۰ است. بررسی کارهای تحقیقاتی انجام شده در دهه ۱۳۸۰ نشان می‌دهد که در سال ۱۳۸۷ با ۲۰/۴۳ درصد بیشترین کارهای تحقیقاتی انجام گرفته است. براین اساس ملاحظه می‌شود که فعالیت‌های علمی و پژوهشی در حوزه جانبازان همواره در حال رشد بوده است و در این بین میزان رشد مقالات بیش از پژوهش‌ها است (۵/۳۷ درصد در برابر ۶۷/۴ درصد) (جدول ۱).

از نظر روش، روش توصیفی، زمینه‌یابی و پیمایشی در تمامی سه دهه بیشترین میزان را در پژوهش‌های انجام شده داشته است به‌حدی که تقریباً این روش تنها روش به‌کار رفته در پژوهش‌های دهه ۶۰ است ولی به مرور استفاده از سایر روش‌های پژوهش ترویج و گسترش یافته است به‌صورتی که در دهه ۱۳۸۰ تقریباً از بسیاری از روش‌های تحقیق استفاده شده است (جدول ۲).

توزیع فراوانی نتایج بررسی حاکی از آن بود که از بین پژوهش‌های انجام شده ۳۵ درصد در زمینه اختلالات روانی، ۲۱ درصد در زمینه ابعاد سلامت روان-شناختی، ۱۷ درصد در زمینه خانواده و فرزندان، ۱۰ درصد در زمینه درمان و مداخله، ۸ درصد در زمینه کیفیت زندگی و ۴ درصد در زمینه مسائل رفاهی جانبازان بوده است. برای بررسی کیفی مهم‌ترین یافته‌های پژوهش‌های انجام شده در ۹ محور به شرح زیر طبقه‌بندی شدند:

**کیفیت زندگی:** بین سن جانبازان و کیفیت زندگی آنها رابطه معناداری وجود ندارد. بین دو گروه جانبازان شیمیایی و فیزیکی در متغیرهای اشکال در به خواب رفتن و تداوم خواب تفاوت معنی داری وجود دارد. بالا بودن سطح تحصیلات جانبازان باعث افزایش کیفیت زندگی آنها می‌شود. بالا بودن سطح تحصیلات همسران جانبازان باعث کاهش کیفیت زندگی آنها می‌شود. تفاوت کیفیت زندگی در دو گروه جانبازان شیمیایی و غیر شیمیایی معنادار نیست. با افزایش مشکلات پوستی جانبازان کیفیت زندگی آنها کاهش می‌یابد. وضعیت اقتصادی و درآمد جانبازان تأثیری بر کیفیت زندگی آنها نمی‌گذارد. هر چه درصد جانبازی بیشتر می‌شود

مستندات شامل پژوهش‌های انجام شده قبلی در زمینه سلامت روانی جانبازان بود. مستندات آرشیوی شامل طرح‌های پژوهشی و پایان‌نامه‌های دانشجویی با مراجعه مستقیم به دانشگاه‌ها و مراکز تحقیقاتی جمع‌آوری شد. عمده‌ترین این مراکز، دانشگاه‌های شهر تهران به ویژه دانشگاه‌های بقیه...<sup>(۳)</sup>، دانشگاه امام حسین (ع)، شیراز، اصفهان و اهواز و نیز مراکز تحقیقاتی از جمله پژوهشگاه مهندسی و علوم پزشکی بنیاد، پژوهشگاه مطالعات بسیج و مراکز تحقیقاتی دانشگاه علوم پزشکی بقیه...<sup>(۴)</sup> بود. مقالات ارائه شده در همایش‌ها و کنگره‌ها و مقالات به چاپ رسیده در نشریات داخلی و خارجی مورد بررسی از طریق کتابچه‌های همایش‌ها و سایت‌های IRANMEDEX، Magiran، Irandoc، SID و سایر منابع الکترونیکی و دریافت شد. کلمات مورد استفاده برای جستجو در منابع الکترونیکی و کتابخانه‌ای شامل موارد زیر بود: استفاده از کلمه جانباز به همراه سلامت روان، بهزیستی روانی، کیفیت زندگی، خانواده، شغل، مسائل اجتماعی، مهارت‌های زندگی، اختلالات روانی، درمان، و مسائل رفاهی.

در این مطالعه تمامی مستندات مورد نظر بدون نمونه‌گیری و در حد دسترس محققان بطور کامل مورد بررسی قرار گرفتند. در مرحله اول مستنداتی بررسی شدند که در سی سال گذشته منتشر شده بودند. برای جمع‌آوری اطلاعات از یک پروتکل (فرم جمع‌آوری اطلاعات بر اساس چارچوب گزارش با فرمت APA به صورت اولیه تدوین شد و پس از ارزیابی تعداد ۸ نفر از پژوهشگران و متخصصان روش‌شناختی و نیز ارزیابی در اجرای پایلوت آماده بهره‌برداری قرار گرفت) شامل محورهای عنوان/موضوع نوع گزارش، محل تصویب و اجرا، مجری/مجریان، سال اجرا، آدرس/ناشر/مجله، اهداف فرعی، روش مطالعه، جامعه آماری، تعداد نمونه و شیوه نمونه‌گیری، ابزارهای جمع‌آوری اطلاعات، روش‌های جمع‌آوری اطلاعات، روش‌های آماری، متغیرهای اصلی تحقیق، نتایج، پیشنهادها، محدودیت‌ها، نظر کارشناسی، نام و نام خانوادگی کارشناس و تاریخ جمع‌آوری اطلاعات استفاده گردید. همچنین برای نیل به اهداف پژوهش، فرایند زیر طی شد: تعریف مقوله‌ها بر اساس اهداف تحقیق، طبقه‌بندی مقوله‌ها بر اساس یک نظام طبقه‌بندی (جهت جلوگیری از خطای سوگیری، طبقه‌بندی مقوله‌ها و درجه‌بندی آنها توسط دو فرد متفاوت انجام گرفت)، توسعه جامعیت مقوله‌ها تا تمامی سوالات پژوهشی را شامل شود، تعیین واحد یا واحدهای تحلیل منطبق با سوالات پژوهشی، استفاده از درجه‌بندی کور و ارزیابی اعتبار تحلیل‌ها، تعیین روایی نتایج با استفاده از تمامی مستندات آرشیوی قابل دسترس محقق، تحلیل نهایی نتایج بر اساس سوالات پژوهشی، تدوین گزارش نهایی تحقیق [۲۴، ۲۵]. اعتبار پژوهش‌ها با استفاده از یک فرم درجه‌بندی توسط داوران انجام شد. ملاک‌های ارزیابی که بر مبنای مقیاس لیکرت انجام شد عبارت بودند از: صحت نوع مطالعه، کفایت نمونه، اعتبار ابزارهای جمع‌آوری داده‌ها، صحت و دقت روش آماری و اعتبار علمی یافته‌ها بر مبنای اصول علمی. در مجموع تعداد ۲۱ مورد از داده‌ها به دلیل نداشتن اعتبار کافی از مجموعه تحلیل‌های پژوهش حذف شدند.

مطابق روش تحلیل در پژوهش‌های کیفی، گردآوری داده‌ها، تجزیه و تحلیل و تفسیر یافته‌ها تقریباً هم‌زمان صورت گرفت، بنابراین با استفاده از مفروضه‌ها و پیشینه پژوهشی، طبقه‌بندی گروه‌ها تعیین شدند و سپس به رمزگذاری داده‌ها و تجزیه و تحلیل آن‌ها اقدام شد. در مجموع، اطلاعات حاصل با بهره‌گیری از مدل مارشال و راسمن [۲۶]. تجزیه و تحلیل شدند؛ که مراحل آن به شرح زیر است: ۱- سازماندهی اطلاعات، ۲- طبقه‌بندی اطلاعات، ۳- پاسخ به سوالات، ۴- ارائه مدل و طبقه‌بندی برای اطلاعات، و ۵- تدوین گزارش. همچنین در بخش ارائه داده‌ها و جداول،

PTSD و همسران جانبازان شیمیایی تفاوت معنی داری مشاهده نمی شود. در رضایت زناشویی همسران جانبازان PTSD و همسران جانبازان شیمیایی تفاوت معنی داری مشاهده نمی شود. متغیرهای از کار افتادگی جانبازان و تحصیلات جانبازان با وضعیت روانی همسران رابطه ای ندارند ولی بین طول مدت مجروحیت و وضعیت روانی همسران رابطه معنی داری وجود دارد. بین سلامت روانی و رضایت زناشویی همسران جانبازان اعصاب و روان و همسران جانبازان شیمیایی تفاوت معنی داری مشاهده نشد. بین پیوستگی به خانواده و باور رابطه مستقیم و معناداری وجود دارد. بین پیوستگی به خانواده و عزت نفس رابطه مستقیم و معناداری وجود دارد. زوج درمانی هیجان مدار باعث کاهش استفاده از الگوی ارتباطی اجتنابی و الگوی ارتباطی توقع می شود. میزان اضطراب، افسردگی، پرخاشگری، ترس-های مرضی، حساسیت در روابط متقابل و تمایلات وسواسی همسران جانبازان اعصاب و روان بیشتر از همسران جانبازان جسمی است. در افکار پارانوئیدی، روان پریشی و شکایات جسمانی بین دو گروه همسران جانباز اعصاب و روان و همسران جانبازان جسمی تفاوت معناداری وجود ندارد. استفاده از برنامه ی درمانی با رویکرد آدلر باعث کاهش نشانه های اختلال و افزایش رضایت زناشویی می شود. بین متغیرهای سن، مدت ازدواج، مدت حضور در جبهه، درصد جانبازی و ناسازگاری زناشویی رابطه ی معناداری وجود ندارد. در میانگین نمرات هر درس و میانگین معدل کل در دو گروه فرزندان جانباز و غیرجانباز تفاوت

کیفیت زندگی پایین می آید. آموزش حل تعارض باعث افزایش کیفیت زندگی جانبازان می شود. بیشتر بودن طول مدت جانبازی، باعث افت کیفیت زندگی می شود. کیفیت زندگی جانبازان نسبت به سایر افراد جامعه پایین تر است. فعالیت ورزشی بیشتر باعث افزایش کیفیت زندگی جانبازان می شود. سیگاری بودن باعث افت کیفیت زندگی جانبازان می شود. هیچ رابطه ای بین استفاده از پروتز و کیفیت زندگی وجود ندارد. همسران جانبازان نسبت به خود جانبازان کیفیت زندگی بهتری دارند. آموزش آرامسازی پیش-رونده ی عضلانی بر کیفیت زندگی همسران جانبازان تاثیر دارد. آموزش بر حیطه های کیفیت زندگی شامل وضعیت جسمی، وضعیت روانی و وضعیت خانوادگی تاثیر دارد ولی بر وضعیت اجتماعی و اقتصادی تاثیر معناداری ندارد.

**خانواده:** با بهتر شدن وضعیت اقتصادی خانواده ی جانبازان سقط، LBW و زایمان زودرس کاهش می یابد. بین سطح آسیب نخاعی و رضایت جنسی رابطه معنی داری وجود ندارد. بالا بودن درصد جانبازی باعث افزایش سقط، LBW و زایمان زودرس می شود. در بین فرزندان شاهد و جانباز میزان اضطراب بیشترین و ترس مرضی کمترین شیوع را دارد. متغیرهای نوع گاز شیمیایی، شدت مصدومیت و درصد جانبازی با میزان باروری رابطه معنی داری ندارند. میزان افسردگی پسران جانبازان دارای نقص بینایی و گروه های جانبازان اعصاب و روان و جانبازان شیمیایی تفاوت معنی داری وجود دارد. در سلامت روانی همسران جانبازان

جدول ۱) توزیع فراوانی مطالعات سلامت روانی جانبازان و خانواده‌های آنها بر حسب دوره زمانی اجرا

| دهه ی اجرا | دهه ۶+ |      | دهه ۷+ |       | دهه ۸+ |       | جمع   |       |
|------------|--------|------|--------|-------|--------|-------|-------|-------|
|            | تعداد  | درصد | تعداد  | درصد  | تعداد  | درصد  | تعداد | درصد  |
| پژوهش      | ۸      | ۳/۱۱ | ۴۰     | ۱۵/۵۶ | ۵۳     | ۲۰/۶۲ | ۱۰۱   | ۳۹/۲۹ |
| مقاله      | ۰      | ۰    | ۱۲     | ۴/۶۷  | ۹۶     | ۳۷/۳۵ | ۱۰۸   | ۴۲/۰۲ |
| سمینار     | ۰      | ۰    | ۱۰     | ۳/۸۹  | ۳۸     | ۱۴/۴۹ | ۴۸    | ۱۸/۳۸ |
| جمع        | ۸      | ۳/۱۱ | ۶۲     | ۲۴/۱۲ | ۱۸۷    | ۷۲/۷۶ | ۲۵۷   | ۱۰۰   |

جدول ۲) توزیع فراوانی روش های مطالعه سلامت روانی جانبازان و خانواده‌های آنها بر حسب دهه

| دهه ی اجرا                  | دهه ۶+ |      | دهه ۷+ |       | دهه ۸+ |       | جمع   |       |
|-----------------------------|--------|------|--------|-------|--------|-------|-------|-------|
|                             | تعداد  | درصد | تعداد  | درصد  | تعداد  | درصد  | تعداد | درصد  |
| توصیفی، زمینه یابی، پیمایشی | ۴      | ۱/۹۲ | ۱۸     | ۸/۶۱  | ۸۷     | ۴۰/۵۳ | ۱۰۹   | ۵۱/۰۶ |
| همبستگی و مقایسه ای         | ۰      | ۰    | ۴      | ۱/۹۲  | ۷      | ۳/۳۷  | ۱۱    | ۵/۲۹  |
| تجربی                       | ۰      | ۰    | ۱۲     | ۵/۲۲  | ۱۷     | ۸/۱۷  | ۲۹    | ۱۳/۳۹ |
| علی - مقایسه ای             | ۰      | ۰    | ۵      | ۲/۴۰  | ۱۱     | ۵/۲۹  | ۱۶    | ۷/۶۹  |
| علی گذشته نگر               | ۱      | ۰/۴۸ | ۶      | ۲/۸۸  | ۲۴     | ۱۱/۵۳ | ۳۱    | ۱۴/۸۹ |
| مروزی                       | ۰      | ۰    | ۳      | ۱/۴۴  | ۵      | ۲/۴۰  | ۸     | ۳/۸۴  |
| مطالعه موردی                | ۰      | ۰    | ۱      | ۰/۴۸  | ۳      | ۱/۴۴  | ۴     | ۱/۹۲  |
| نیازسنجی                    | ۰      | ۰    | ۰      | ۰     | ۲      | ۰/۹۶  | ۲     | ۰/۹۶  |
| تست سازی و هنجاریابی آزمون  | ۰      | ۰    | ۰      | ۰     | ۱      | ۰/۴۸  | ۱     | ۰/۴۸  |
| جمع                         | ۵      | ۲/۴۰ | ۴۹     | ۲۲/۹۵ | ۱۵۸    | ۷۴/۶۵ | ۲۱۲   | ۱۰۰   |

**سوء مصرف مواد:** بین باور و نگرش نسبت به مواد مخدر همبستگی معکوس و معنادار وجود دارد و بین پیوستگی به خانواده و نگرش نسبت به مواد مخدر نیز همبستگی معکوس و معنادار وجود دارد. بین عزت نفس و نگرش نسبت به مواد مخدر همبستگی معکوس و معنادار وجود دارد. بین حمایت های اجتماعی و گرایش به مواد مخدر رابطه معکوس وجود دارد. بین درصد جانبازی و وابستگی به مواد رابطه معنی داری وجود دارد. بین سن و سوء مصرف مواد رابطه معنی داری وجود دارد. بین تحصیلات و سوء مصرف مواد مخدر رابطه معنی داری وجود دارد. بین میزان تحصیلات و وابستگی به مواد رابطه معنی داری وجود دارد. بین میزان هزینه های زندگی و سوء مصرف مواد رابطه معنی داری وجود دارد. بین مدت زمان حضور در جبهه و سوء مصرف مواد رابطه معنی داری وجود دارد. سوء مصرف مواد در جانبازان دارای سابقه مصرف سیگار به طور معنادار بالاتر از جانبازان بدون سابقه مصرف سیگار است.

**مهارت های زندگی:** بین استراتژی های مقابله با استرس و میزان تحصیلات و وضعیت اقتصادی رابطه معنی داری وجود دارد. بین دو گروه جانبازان نابینا و همتایان بینا در جهت یابی و ثبت اطلاعات، توجه و محاسبه تفاوت معنی داری وجود ندارد. بین آموزش مهارت حل مساله و سازگاری تفاوت معناداری وجود ندارد. آموزش مهارت حل مساله باعث کاهش میزان PTSD می شود.

**اختلالات روانی:** آلودگی به گاز خردل در میزان ابتلا به PTSD نقشی ندارد. با افزایش درصد جانبازی سلامت روانی کاهش می یابد. در هر دو گروه جانبازان ورزشکار و غیر ورزشکار بین میزان سازگاری شخصیتی و متغیرهای پرخاشگری، تحمل و پایداری، تنوع طلبی، برتری جویی، علاقه به معاشرت، خودمختاری، خودنمایی، تمکین و تلاش و پیشرفت رابطه معناداری مشاهده شد. متغیر طول مدت مجروحیت با متغیرهای اضطراب، پارانوئید و وسواس رابطه معنی داری دارد. بین دو گروه جانبازان اعصاب و روان و جانبازان غیر اعصاب و روان در خودکشی تفاوت معنی داری وجود دارد. با افزایش درصد شیمیایی، سن و وابستگی جسمی بیماری روانی بیشتر می شود. بین دو گروه جانبازان شیمیایی و فیزیکی در اختلالات خواب، افسردگی و خشم تفاوت معنی داری مشاهده می شود. سلامت روانی در جانبازان اعصاب و روان نسبت به جانبازان جسمانی پایین تر است. یادآوری خاطرات رویدادی، عملکرد در حافظه شرح حال معنایی در جانبازان نسبت به افراد عادی در سطح پایین تری قرار دارد. سلامت روان جانبازان PTSD نسبت به جانبازان بدون PTSD در سطح پایین تری قرار دارد. درماندگی ذهنی جانبازان PTSD بیشتر از جانبازان بدون PTSD است. بین شکایات عصبی و اختلالات رفتاری رابطه معناداری وجود دارد. بین تیپ شخصیتی و آسیب روانی رابطه معناداری وجود ندارد. با افزایش درصد جانبازی، سن و مدت مصدومیت میزان افسردگی افزایش می یابد. با افزایش فعالیت بدنی هوازی منبع کنترل بیرونی و میزان افسردگی کاهش می یابد. بین افسردگی و منبع کنترل بیرونی رابطه معنی داری مشاهده می شود. جانبازان شیمیایی مشکلات جنسی متعدد و بیشتری نسبت جانبازان غیرشیمیایی دارند. با افزایش درصد جانبازی شدت علائم افسردگی بیشتر می شود. با کاهش تحصیلات جانبازان شدت میزان و شیوع افسردگی بیشتر می شود. در بین جانبازان شیمیایی، زنان بیشتر از مردان دچار علائم افسردگی هستند. جانبازانی که در معرض گازهای شیمیایی بودند مشکلات عصبی و روانی حادثتری دارند. غلظت HDL کلسترول در جانبازان PTSD به طور معنی داری پایین تر است. بین متغیرهای سن و میزان سلامت روانی ارتباط معنی داری وجود دارد. بین متغیرهای

معناداری وجود ندارد. در پرخاشگری، اضطراب و رشد اجتماعی بین دو گروه فرزندان نوجوان جانبازان و غیرجانبازان تفاوت معناداری وجود ندارد. در کاهش علائم PTSD، دو روش درمانی گروه درمانی شناختی و درمان شناختی فردی تفاوت معناداری وجود ندارد. در رضایت زناشویی همسران، دو روش درمانی گروه درمانی شناختی و درمان شناختی فردی تفاوت معناداری وجود ندارد. همسران جانبازان PTSD دارای اضطراب، افسردگی، پرخاشگری و ترس مرضی بیشتری نسبت به همسران جانبازان جسمی هستند. افزایش تعداد خانوار باعث افزایش روان رنجوری می شود. نگرش مذهبی فرزندان جانباز بالاتر از فرزندان غیرجانباز است و تفاوت در دو گروه دختر و پسر معنادار نیست. سازگاری در فرزندان جانباز بالاتر از فرزندان غیرجانباز است. بین عزت نفس و انگیزه ازدواج رابطه مثبتی وجود دارد و زنان دارای انگیزه بیشتری برای ازدواج بوده و عزت نفس بیشتری دارند. رابطه بین مهارت های اجتماعی و انگیزه ازدواج مثبت است. بین سن و تحصیلات، وضعیت اقتصادی- اجتماعی و درصد جانبازی و انگیزه ازدواج رابطه وجود ندارد. بیشتر بودن مشکلات روان شناختی باعث کاهش رضایت زناشویی می شود. سقط جنین در جانبازان شیمیایی بیشتر از جانبازان غیرشیمیایی است. تعداد فرزند، درصد جانبازی و سن با رضایت زناشویی همسران رابطه ای ندارد. آموزش مولفه های خودآگاهی و کنترل تکانه باعث افزایش رضایت زناشویی، میزان کنترل تکانه و میزان خودآگاهی هیجانی همسران می شود. سازگاری اجتماعی فرزندان جانباز بالاتر از فرزندان غیرجانباز است. ارتباط معناداری بین آشفتگی هیجانی و سازگاری اجتماعی فرزندان جانبازان وجود دارد. ارتباط معناداری بین عزت نفس و سازگاری اجتماعی فرزندان جانبازان وجود دارد. ارتباط معناداری بین کیفیت تعاملات خانوادگی و سازگاری اجتماعی فرزندان جانبازان وجود دارد. ارتباط معناداری بین اعتقادات مذهبی و سازگاری اجتماعی فرزندان جانبازان وجود دارد. سازگاری فرزندان جانبازان شیمیایی بیشتر از فرزندان جانبازان قطع نخاعی است.

**اشتغال:** جانبازان معلول سعی در ارائه عملکرد مطلوبتر از آنچه در شرح وظایف آمده است دارند. میزان مسئولیت پذیری در جانبازان بیش از میزان مشخص شده در شرح وظایف است. جانبازان معلول دوست دارند در انجام وظایف خود استقلال و آزادی عمل داشته باشند تا اینکه شرح وظیفه به آنها دیکته شود. بین میزان رضایت شغلی جانبازان و افراد عادی تفاوت معناداری وجود ندارد. این در حالی است که بین میزان رضایت شغلی و درصد جانبازی تفاوت معناداری وجود ندارد. میانگین سازگاری شغلی جانبازان کمتر از جامعه است اما میانگین فرسودگی شغلی آنان بالاتر از جامعه است. جنسیت و تاهل در سازگاری شغلی اثر معناداری ندارند. با افزایش اختلال روانی، میزان سازگاری شغلی پایین می آید. بین وضعیت اشتغال و عزت نفس رابطه معکوس و معناداری وجود دارد. با افزایش فرسودگی شغلی، میزان سازگاری شغلی پایین می آید و بیکاری نیز باعث افزایش افسردگی و شاغل بودن باعث کاهش آن می شود.

**مسائل اجتماعی:** تحصیلات بالا باعث افزایش موفقیت در زندگی و سازگاری اجتماعی می شود. بین حمایت های اجتماعی و عزت نفس رابطه مستقیم و معناداری وجود دارد. بین دو گروه جانبازان نابینا و همتایان بینا در یادآوری و مهارت های ارتباطی زبانی تفاوت معنی داری وجود دارد. اولویت های ارزشی جانبازان به ترتیب عبارتند از: ارزش های فرهنگی، اجتماعی، اقتصادی و سیاسی. اکثر جانبازان معتقدند که باید روش هایی اتخاذ گردد تا آنان بتوانند به جامعه برگشته و زندگی عادی داشته باشند. پایین بودن سطح تحصیلات باعث کاهش کارکرد اجتماعی می شود.

در پژوهش‌ها به شاخص‌های توسعه یافته آماری از قبیل رگرسیون، تحلیل واریانس، تحلیل مسیر، تحلیل لگاریتمی، تحلیل عوامل و تحلیل محتوا. که این رشد در مورد دوم نشان دهنده رشد علمی محققان در این زمینه‌ها است. ۴- توسعه پژوهش‌های انجام شده به خانواده‌های جانبازان و کارکنان امور جانبازان و جامعه و توجه محققان به تمامی عناصر مرتبط با مسائل جانبازان. هرچند هنوز میزان رشد در تمامی این موارد خیلی بالا نیست. ۵- گسترش تحقیقات حوزه سلامت روانی به سایر جانبازان از قبیل قطع عضو، آسیب نخاعی و نابینایان و عدم تمرکز صرف به تحقیقات در جانبازان PTSD و شیمیایی. ۶- توسعه تحقیقات به جانبازان سایر استان-های کشور و انجام تحقیقات ملی در سطح تمامی جانبازان کشور. هرچند این توسعه نیازمند رشد بیشتری نیز است.

نقاط ضعف پژوهش در زمینه سلامت روان جانبازان و خانواده آنها عبارت بودند از: ۱- نبود متولی مشخص و مستقل امور پژوهش سلامت روان جانبازان و خانواده آنها و کم توجهی به این حوزه و نداشتن بودجه‌های مشخص و هزینه‌کرد مناسب. ۲- فقدان سیاست و برنامه راهبردی در زمینه تحقیقات این حوزه که باعث شده محقق محوری در تحقیقات وجود داشته باشند. یک برنامه راهبردی نیازمند نیازسنجی، وضعیت‌سنجی و آینده‌نگری و تدوین استراتژی‌های تحقیقاتی، مدیریت پروژه‌ها، شناسایی محققان، اجرای هدفدار و بکارگیری نتایج می‌باشد. ۳- نبود نقشه پژوهش در حوزه تحقیقات سلامت روان جانبازان و نبود ماتریس پژوهش در این زمینه. ۴- ضعف حمایت‌های مالی در زمینه تحقیقات سلامت روان جانبازان و خانواده آنها. ۵- ضعف انتشار نتایج پژوهش‌های انجام شده در زمینه سلامت روانی جانبازان و خانواده آنها. ۶- ضعف محققان و تحقیقات انجام شده در زمینه سلامت روان جانبازان و خانواده آنها بویژه در زمینه‌های گستردگی نمونه‌ها، گستردگی متغیرها، روش تحقیق مورد استفاده، روش آماری مورد استفاده و ارائه پیشنهادات کاربردی. ۷- محدود شدن تحقیقات انجام شده در زمینه سلامت روان جانبازان و خانواده آنها در مراکز تهران و به ویژه در دانشگاه بقیه‌ا... (عج) و نیز پژوهشکده بنیاد و عدم توسعه آن به تمامی مراکز و دانشگاه‌های سطح کشور. ۸- جایگاه پژوهشکده مهندسی و علوم پزشکی جانبازان در پژوهش‌های انجام شده کاملاً واضح نیست. چنانچه این پژوهشکده سیاست‌گذاری و برنامه‌ریزی را بر عهده دارد بایستی اجرا و مدیریت پروژه‌ها را به مراکز و دانشگاه‌ها واگذار نماید و اگر اجرا و مدیریت پروژه‌ها را به عهده دارد بایستی سیاست‌گذاری و برنامه‌ریزی دارای متولی باشد. ۹- مقالات چاپ شده در زمینه سلامت روان جانبازان و خانواده آنها کمتر است بویژه مقالاتی که در سطح بین‌المللی باشد. ۱۰- فقدان نوآوری، کشف و یا ارائه‌الگویی نوین در زمینه پژوهشی، آموزشی و یا درمانی و خدمات‌رسانی در زمینه سلامت روان جانبازان و خانواده آنها در تحقیقات و کارهای علمی انجام شده. ۱۱- تمرکز تحقیقات به روش توصیفی، زمینه‌یابی و پیمایشی و یا مقایسه‌ای و همبستگی و ضعف تحقیقات مداخله‌ای و بالینی. ۱۲- کمبود تحقیقات در حوزه خانواده و سایر حوزه‌های سلامت روان. ۱۳- کمبود تحقیقات در تمامی انواع جانبازان و تمرکز عمده تحقیقاتی روی جانبازان PTSD و شیمیایی. ۱۴- پراکندگی گزارشات تحقیقات انجام شده در زمینه سلامت روان جانبازان و خانواده آنها در سطح مراکز کشور و عدم تمرکز آنها در یک مجموعه و در یک مرکز و فقدان بانک اطلاعاتی مربوط به پژوهش‌ها و پژوهشگران این حوزه.

خلاء‌های موجود و ماتریس پژوهش‌های سلامت روان جانبازان و خانواده آنها در ابعاد گوناگون به شرح جدول ۳ است.

پیشرفت تحصیلی و میزان سلامت عمومی فرزندان جانبازان همبستگی مثبت و معنی‌دار وجود دارد. متغیرهای سن و تحصیلات رابطه‌ای با وقوع صرع پس از ضربه ندارند. بین متغیرهای شکایت جسمانی و درصد جانبازی ارتباط معنی‌داری وجود دارد. بین مقیاس ترس مرضی و مجرد بودن ارتباط معنی‌داری وجود دارد. تحصیلات بالا در جانبازان با کاهش اختلال میل جنسی و تحریک جنسی رابطه دارد. بین مقیاس روان‌پریشی و مدت حضور در جبهه ارتباط معنی‌داری وجود دارد. بین متغیرهای پیشرفت تحصیلی و سلامت عمومی جانبازان رابطه معنی‌داری وجود دارد. بالا بودن سطح تحصیلات جانبازان موجب افزایش احساس سلامت عمومی فرزندان آن‌ها می‌شود. میزان استرس افراد با عود PTSD نسبت به افراد بدون عود PTSD بیشتر است. بین متغیر خودکشی و متغیرهای تاهل، درصد جانبازی، مواجهه با مواد شیمیایی، سابقه موج‌گرفتگی، سابقه تروما، سابقه بستری، سابقه مصرف داروی روان‌پزشکی و سابقه بیماری‌های طی رابطه معنی‌داری وجود دارد. اهم عوارض تنش‌زای فیزیولوژیک جانبازان عبارت است از: درد، مشکل ادراکی، اختلال الگوی خواب، مشکلات تنفسی، گوارشی، عضلانی و اسکلتی است. الزام به پیگیری درمان و وابستگی به راهکارهای دارویی به کاهش علائم کمک می‌کند. ضریب همبستگی بین زمان مجروحیت تا فوت و متغیرهای درصد جانبازی، درصد اعصاب و روان و مدت حضور در جبهه معنی‌دار است. فاصله زمانی مجروحیت تا فوت در جانبازان PTSD و شیمیایی کمتر از جانبازان فیزیکی است.

**درمان:** روان‌درمانگری شناختی- رفتاری باعث کاهش اضطراب و افسردگی می‌شود. درمان رفتاری- فراشناختی باعث کاهش علائم PTSD و افسردگی می‌شود. تثاتردرمانی به طور معنادار اضطراب گروه آزمایش را نسبت به گروه گواه کاهش می‌دهد. تثاتردرمانی به طور معنادار افسردگی گروه آزمایش را نسبت به گروه گواه کاهش می‌دهد. روش خانواده‌درمانی رفتاری باعث کاهش میزان ناسازگاری می‌شود. استفاده از روش خانواده‌درمانی رفتاری باعث کاهش شدت علائم PTSD می‌شود. ورزش درمانی و آرامسازی اثر مثبتی در بهبود عملکرد ربوی دارد. انجام مشترک ورزش درمانی و آرامسازی باعث کاهش تعداد تنفس می‌شود. استفاده از حساسیت‌زدایی از طریق حرکات چشمی و پردازش مجدد موجب کاهش شدت علائم PTSD می‌شود. طرح بازتوانی باعث بهبود روابط خانوادگی، پیشرفت درمانی، سازگاری حرفه‌ای و ارتقاء سطح تحصیلی می‌شود.

**مسائل رفاهی:** بین درصد مجروحیت و عدم اطمینان از دسترسی به سیستم‌های معالجه در مواقع اورژانسی رابطه معناداری وجود دارد. بین تحصیلات و آگاهی از اقدامات مراقبتی رابطه معناداری وجود دارد. آموزش بیشتر پرسنل درمان و سلامت موجب افزایش رضایت مراجعه‌کنندگان به ادارات امور جانبازان می‌شود. مشکل عمده زنان جانبازان درمان و توانبخشی است.

نقاط قوت کارهای پژوهشی انجام شده در زمینه سلامت روان جانبازان و خانواده آنها عبارت بودند از: ۱- افزایش کمی پژوهش‌ها و بویژه مقالات چاپ شده علی‌الخصوص رشد قابل توجه در سال ۱۳۸۷ که بالاترین میزان را در سه دهه اخیر به خود اختصاص داده است. قابل توجه است که تعداد مقالات منتشر شده در دهه ۱۳۸۰ تقریباً ۹ برابر دهه ۷۰ است و تقریباً تمامی مقالات لاتین در دهه ۸۰ منتشر شده است. ۲- خارج شدن تحقیقات از وضعیت توصیفی و زمینه‌یابی صرف و گسترش آن به روش‌های جامع‌تر و سایر روش‌ها از قبیل نیازسنجی، آزمون‌سازی و مطالعه موردی یا علی-مقایسه‌ای. ۳- توسعه روش‌های آماری بکارگرفته شده

## بحث

نقاط قوت کارهای پژوهشی در زمینه سلامت روان جانبازان و خانواده آن‌ها عبارت بودند از افزایش کمی پژوهش‌ها و به ویژه مقالات چاپ شده علی‌الخصوص رشد قابل توجه در سال ۱۳۸۷ که بالاترین میزان را در سه دهه اخیر به خود اختصاص داده است. بصورتی که تعداد مقالات منتشر شده در دهه ۱۳۸۰ تقریباً ۹ برابر دهه ۷۰ است و تقریباً تمامی مقالات لاتین در دهه ۸۰ منتشر شده است. خارج شدن تحقیقات از وضعیت توصیفی و زمینه یابی صرف و گسترش آن به روش‌های جامع‌تر و سایر روش‌ها از قبیل نیازسنجی، آزمون سازی و مطالعه موردی یا علی و مقایسه‌ای. توسعه روش‌های آماری بکارگرفته شده در پژوهش‌ها به شاخص‌های توسعه یافته آماری از قبیل رگرسیون، تحلیل واریانس، تحلیل مسیر، تحلیل لگاریتمی، تحلیل عوامل و تحلیل محتوا. که این رشد در این مورد دوم نشان دهنده رشد علمی محققان در این زمینه‌ها است [۲۷،۲۸]. توسعه پژوهش‌های انجام شده به خانواده جانبازان و کارکنان امور جانبازان و جامعه و توجه محققان به تمامی عناصر مرتبط با مسائل جانبازان هرچند هنوز میزان رشد در تمامی این موارد خیلی بالا نیست [۱۹،۲۱،۲۲،۲۹]. گسترش تحقیقات حوزه سلامت روانی به سایر جانبازان از قبیل قطع عضو، آسیب نخاعی و نابینایان و عدم تمرکز صرف به تحقیقات در جانبازان PTSD و شیمیایی [۳۲-۳۰]. توسعه تحقیقات به جانبازان سایر استان‌های کشور و انجام تحقیقات ملی در سطح تمامی جانبازان کشور. هرچند این توسعه نیازمند رشد بیشتری نیز است [۱۹].

از سویی دیگر در پژوهش انجام شده در زمینه سلامت روان جانبازان و خانواده آن‌ها نقاط قابل توجهی مطرح بوده که مهمترین آنها عبارتند از: نبود متولی مشخص و مستقل امور پژوهش سلامت روان جانبازان و خانواده آن‌ها و کم توجهی به این حوزه، نداشتن بودجه‌های مشخص و هزینه کرد مناسب. تمرکز تحقیقات به روش توصیفی، زمینه یابی و پیمایشی و یا مقایسه ای و همبستگی و ضعف تحقیقات مداخله‌ای و بالینی. کمبود تحقیقات در تمامی انواع جانبازان و تمرکز عمده تحقیقاتی روی جانبازان PTSD و شیمیایی، پراکندگی گزارشات تحقیقات انجام شده در زمینه سلامت روان جانبازان و خانواده آن‌ها در سطح مراکز کشور و عدم تمرکز آن‌ها در یک مجموعه و در یک مرکز.

بر این اساس خلاءهای پژوهشی در زمینه سلامت روان جانبازان و خانواده آن‌ها وجود دارد. در مجموع بر حسب نوع تحقیقات می توان گفت که عمده پژوهش‌ها از نوع کاربردی مثل اپیدمی اختلالات روان‌شناختی و خانوادگی بوده است و مطالعات بنیادی مثل فرایند و مکانیسم عصب روان‌شناختی PTSD بسیار اندک انجام شده است. از بعد جهت گیری وضعیت سنجی سلامت روانی جانبازان مثل وضعیت موجود اختلالات روانی در حد متوسط بوده است اما هیچ مطالعه‌ای از نوع نیازسنجی مثل نیازسنجی در مورد مشکلات آتی اجرا نشده و از نوع بهبود خدمات مثل خدمات رفاهی و اجتماعی اثربخش در حد بسیار کم انجام شده است. از لحاظ روش‌شناسی مطالعات توصیفی مثل مطالعات طولی در حد زیاد، مطالعات مقایسه‌ای مثل مطالعات بین نسلی در حد متوسط و ابزارسازی مثل سنجش PTSD در حد ضعیف، مطالعات مداخله‌ای مثل سنجش اثربخشی روش‌های روان‌درمانی در حد کم انجام شده است و هیچ مطالعه‌ای از نوع کیفی مثل فرا تحلیل و تاریخی مثل مسائل سلامت روانی آسیب دیدگان جنگ در جنگ‌های تاریخی جهان انجام نشده است. از نظر محورها و موضوعات تحقیقاتی پژوهش‌های روان‌شناختی مثل ویژگی‌ها و اختلالات شخصیت در حد زیاد، خانوادگی مثل انتقال بین نسلی آسیب‌ها در حد کم، مسائل روانی اجتماعی مثل رشد اجتماعی در

حد کم انجام شده است و در حوزه روانشناسی معنوی مثل نقش و اثر معنویت در پیشگیری و درمان آسیب‌های جانبازان هیچ مطالعه‌ای انجام نشده است.

به دنبال مرور پیشینه پژوهش در حوزه سلامت روانی جانبازان و خانواده های آنها چند نکته قابل توجه در اینجا وجود دارد: ۱- باید توجه کرد که اکثر مطالعات مورد بررسی در این حوزه از نوع مطالعات همبستگی بوده اند. هر چند مطالعات همبستگی اطلاعات خوبی در خصوص ارتباط بین متغیرهای پیش بین و وابسته در اختیار ما قرار می دهند، اما در نهایت این مطالعات توانایی شناسایی و ترسیم روابط علی بین پدیده های مورد مطالعه را ندارند. در این مطالعات، عوامل روانشناختی پیش‌بین و پیامد علی مشکلات روانشناختی جانبازان جای خالی خود را نشان می دهد. ۲- در اکثر مطالعات مورد بررسی، پژوهشگران با تمرکز بر نوع خاصی از مسائل و مشکلات روانشناختی جانبازان مفاهیم اولیه و هسته ای خود را از مطالعات خارجی و غربی بیرون کشیده اند و از ابزارهایی استفاده کرده اند که صرفاً ترجمه محض و بدون انطباق ایرانی است. در این حوزه می توان گفت که یکی از خلاء های پژوهشی در این حوزه، وجود مطالعات کیفی از نوع تحلیل محتوا، استقرایی و مطالعات موردی است. به عبارتی، تولید علم و پرچم دار بودن در این حوزه و تولید فکر و ایده در سطح ملی و جهانی نیازمند آفرینش سازه ها و مفاهیم برآمده از دل تحقیقات کیفی همچون نظریه زمینه (grounded theory) است. به واسطه طراحی و اجرای این نوع مطالعات است که می توان به مفاهیم روانشناختی و سازه های سلامت و بهداشت روانی هسته ای در حوزه سلامت روانشناختی جانبازان و جمع بندی پژوهش های انجام شده قبلی در جهت پرکردن خلاء های پژوهشی و کاربست این یافته ها در مداخلات بالینی اقدام نمود. با وجود اثربخشی حرکت های علمی در علوم رفتاری و روانشناسی و با توجه به یافته های غنی و فراوان سه دهه گذشته در حوزه سلامت روان جانبازان و خانواده های آنها، کاربست این نوع روش شناسی پژوهشی در این حوزه از نقصان بزرگی رنج می برد. ۳- مطالعات انجام شده در این حوزه، به ترسیم نقشه راه و سند چشم انداز موسسات و سازمان های متولی و منتفع از خدمات بهداشت روانی جانبازان نپرداخته است. ۴- در مطالعات انجام شده به بررسی طولی اثرات آسیب های جسمانی و روانشناختی جانبازان بر فرایند های روانی، اجتماعی، زیستی، اقتصادی و خانوادگی آنها پرداخته نشده است و در این مطالعات به پیامدهای روانشناختی اختصاصی در جانبازان به تفکیک نوع معلولیت توجه نشده است. ۵- به نقش خانواده و همسران در تقویت بنیادهای روانی، جسمانی، اجتماعی و معنوی جانبازان پرداخته نشده است و نگاه روش شناسی اکثر این مطالعات از نوع آسیب شناسی روانی بوده است و در حوزه روانشناسی مثبت گرا، ساخت رفتار سالم، بررسی مولفه ها و موارد موفق پرداخته نشده است. ۶- به نقش محافظتی و حمایتی نوع ساختار خانواده شامل طیفی از خانواده-های هسته ای تا خانواده های گسترده پرداخته نشده است. با توجه به اینکه جامعه ایران یک خانواده تعلق گرا است و برخلاف جامعه غربی به تمایزگرایی کمتر تاکید می شود، سوالی که در اینجا پیش می آید این است که آیا نتایج مطالعات انجام شده در جانبازان غربی مستقیماً به جامعه ایرانی قابل انتقال و تعمیم است؟ اهمیت این مساله زمانی بیشتر جلوه می کند که امروزه تعلق خاطری زیادی به ترجمه صرف متون، نتایج مطالعات، کتاب ها و پروتکل های مداخله در کشورهای غربی وجود دارد. به عبارتی، آیا روش های مداخله و فنون مداخله مطالعات غربی قابل تعمیم در حوزه سلامت روانی جانبازان ایرانی است؟

جدول ۳) ماتریس پژوهش های سلامت روان جانبازان از نظر

| ابعاد                     | نوع تحقیقات     | وضع موجود | خلاء های پژوهشی  |
|---------------------------|-----------------|-----------|--|
| جهت گیری پژوهشی           | بنیادی          | ضعیف      | فرایند و مکانیسم عصب روانشناختی PTSD،PTSD،تأخیری،PTG،Vicarious& secondary PTSD   |
|                           | وضعیت سنجی      | متوسط     | وضعیت موجود اختلالات روانی، وضعیت موجود مشکلات خانوادگی، وضعیت موجود جایگاه، نگرش و ارزش های جانبازان، وضعیت موجود تحقیقات، محققان، امکانات، روش های درمانی، متخصصان، مراکز  |
|                           | نیاز سنجی       | ضعیف      | نیاز سنجی در مورد مشکلات آتی، امکانات مورد نیاز، نیازهای جانبازان، همسران، فرزندان، نیازهای سازمان امور جانبازان، نیازهای علمی، پژوهشی، آموزشی و خدماتی و درمانی   |
|                           | بهبود خدمات     | ضعیف      | تمایز روش ها، ابزارها و فنون درمانی مؤثر با استراتژی ها، راهبردها و قوانین و آیین نامه های اثربخش و آسیب زا؛ خدمات رفاهی و اجتماعی اثربخش  |
| روش                       | توصیفی          | خوب       | مطالعات طولی، مطالعات اجتماعی  |
|                           | مقایسه ای       | متوسط     | مطالعات بین نسلی، تحلیل عوامل، تحلیل مسیر  |
|                           | تاریخی          | ضعیف      | مسائل مرتبط با سلامت روانی جانبازان در صدر اسلام، دیدگاه های مرتبط در اندیشه اسلامی، مسائل سلامت روانی آسیب دیدگان جنگ در جنگ های تاریخی جهان  |
|                           | کیفی            | ضعیف      | فرا تحلیل، تحلیل محتوا، مطالعات موردی  |
| محورها و موضوعات تحقیقاتی | مداخله ای       | ضعیف      | بررسی اثر بخشی داروهای جدید، سنجش اثربخشی تمامی روش های روان درمانی، زوج درمانی، خانواده درمانی، مداخلات محیطی، سیستم های مداخله ای و مداخلات سیستمی   |
|                           | ابزارسازی       | ضعیف      | سنجش PTSD، PTSD،تأخیری،PTSD،نیایی،PTG، سامانه TMS، Virtual therapy، استعداد PTSD و PTG   |
|                           | روانشناختی      | خوب       | ویژگی ها و اختلالات شخصیتی، خودکشی، اعتیاد، اختلالات جنسی  |
|                           | خانوادگی        | ضعیف      | اختلالات نیایی، انتقال بین نسلی آسیب ها، درمان های خانوادگی  |
| سطح تحقیقاتی              | روانی-اجتماعی   | ضعیف      | حمایت اجتماعی، منزلت اجتماعی، رشد اجتماعی، تعاملات اجتماعی جانبازان و خانواده آنها، سیستم های حمایتی و خدمات رسانی(اثرات و آسیب ها)  |
|                           | روانشناسی معنوی | ضعیف      | نقش و اثر معنویت در پیشگیری و درمان آسیب های جانبازان، درمان های مأخوذ از مضامین اسلامی  |
|                           | محلّی           | خوب       | -  |
|                           | ملی             | ضعیف      | اپیدمیولوژی و اتیولوژی اختلالات و مشکلات، بانک اطلاعات سلامت روان، شاخص های سلامت روان در جانبازان و خانواده آنها، سندرم های ویژه در جانبازان ایرانی   |
| جامعه مورد پژوهش          | بومی و اسلامی   | ضعیف      | نقش آداب و رسوم و سنت های فرهنگی، نقش مذهبی بودن، روش های مداخله ای پیشگیری و درمان منبعث از مضامین اسلامی   |
|                           | بین المللی      | ضعیف      | مطالعات مقایسه ای با آسیب دیدگان جنگ های کشور ها و فرهنگ های دیگر، بررسی سندرم ها، عوامل و شیوه های مداخله ای جانبازان ایران در مقایسه با آسیب دیدگان جنگ سایر ملل   |
|                           | جانباز          | خوب       | روش های تشخیصی، روش های درمانی جدید  |
|                           | خانواده         | ضعیف      | آسیب نیایی، انتقال بین نسلی، درمان های سیستمی خانواده  |
| گذشته یا آینده نگری       | سازمان          | ضعیف      | بازنگری و ارزشیابی اثرات بر جانبازان و خانواده آنها، بازنگری و تدوین نظام حمایتی، آسیب نیایی در کارکنان، بازنگری شیوه-های سنجش، گزینش و آموزش کارکنان امور جانبازان  |
|                           | جامعه           | ضعیف      | مطالعات مقایسه ای با مردم عادی، روش های افزایش منزلت اجتماعی جانبازان، حمایت های اجتماعی از جانبازان، نگرش نسبت به جانبازان، سیستم های مداخله گر و حمایت کننده قوانین اجتماعی، ارزش ها و نگرش های اجتماعی، جامعه شناسی جانبازی و ایثارگری  |
|                           | گذشته نگر       | خوب       | نقش و تاثیر تحقیقات انجام شده در بهبود وضعیت جانبازان، ارزشیابی تحقیقات انجام شده، فراتحلیلی و تحلیل عوامل زمینه ساز، فعال کننده و تشدید کننده اختلالات و مشکلات اعصاب و روان جانبازان   |
| آینده نگری                | آینده پژوهی     | ضعیف      | روش های پیشگیری از آسیب های اعصاب و روان در حوادث آینده، شیوه های درمانی نوین، مدل های مداخله ای نوین، تئوری پردازی در زمینه پیشگیری و درمان آسیب دیدگان جنگ، شیوه های مداخله ای برای PTG و مدل سازی و تئوری پردازی آن، ابزارهای سنجش و تشخیص جدید، آسیب شناسی و روش های حفظ و ارتقای سلامت روانی و پیشگیری از آسیب ها در جنگ-های آتی از قبیل جنگ الکترونیک، جنگ مغزها، جنگ های مجازی، جنگ های فرهنگی و سایر جنگ های نامرئی و جنگ های نوین |



## منابع

- 1-Seal KH, Metzler TJ, Gima KS, Bertenthal D, Maguen S, Marmar CR. Trends and risk factors for mental health diagnoses among Iraq and Afghanistan veterans using Department of Veterans Affairs health care. *Am J Public Health*. 2008;99(9):1651-58.
- 2-Jacobson IG, Ryan MAK, Hooper TI, Smith TC, Amoroso PJ, Boyko EJ. Alcohol use and alcohol-related problems before and after military combat deployment. *JAMA Dermatol*. 2008;300(6):663-75.
- 3-Wilk JE, Bliese PD, Kim PY, Thomas JL, McGurk D, Hoge CW. Relationship of combat experiences to alcohol misuse among U.S. soldiers returning from the Iraq war. *Drug Alcohol Depend*. 2009;108(1-2):115-21.
- 4-Calhoun PS, Elter JR, Jones ER, Kudler H, Straits-TrAster K. Hazardous alcohol use and receipt of risk-reduction counseling among U.S. veterans of the wars in Iraq and Afghanistan. *J Clin Psychiatry*. 2008;69(11):1686-93.
- 5-Milliken CS, Auchterlonie JL, Hoge CW. Longitudinal assessment of mental health problems among active and reserve component soldiers returning from the Iraq war. *JAMA*. 2007;298(18):2141-48.
- 6-Elbogen EB, Fuller S, Johnson SC, Brooks S, Kinneer P, Calhoun PS, Beckham JC. Improving risk assessment of violence among military veterans: an evidence-based approach for clinical decision-making. *Clin Psychol Rev*. 2010;30(6):595-607.
- 7-Frueh B, Turner SM, Beidel DC, Cahill SP. Assessment of social functioning in combat veterans with PTSD. *Aggres Violent Behav*. 2001;6(1): 79-90.
- 8-Cigrang JA, Peterson AL, Schobitz RP. Three American troops in Iraq: Evaluation of a brief exposure therapy treatment for the secondary prevention of combat-related PTSD. *PCSD*. 2005;1(2):1-25.
- 9-Friedman MJ. Posttraumatic stress disorder among military returnees from Afghanistan and Iraq. *Am J Psychiatry*. 2006;163(4):586-93.
- 10-Grieger TA, Benedek DM. Psychiatric disorders following return from combat duty during the twenty-first century. *Prim Psychiatry*.

به نظر می رسد، پیشنهادات پژوهشی ارائه شده در تحقیقات انجام شده، بسیار ضعیف و غیر عملیاتی هستند. در این زمینه لازم است که اولاً محققان در زمینه شیوه های استخراج و تدوین پیشنهادات و راه کارهای عملی آموزش های لازم را ببینند و ثانیاً فرایند استخراج و تدوین پیشنهادات و راه کارها در تعامل بین محقق، کارفرما و کاربر انجام شود. با این وجود، برخی از پیشنهادات و راه کارهای پژوهشی و کاربردی در این پژوهش را می توان در قالب موارد زیر ارائه کرد: تشکیل پرونده سلامت روان برای جانبازان و خانواده آنها. قرار دادن درمان PTSD نیایی برای خانواده جانبازان به عنوان بخشی از درمان های ضروری بنیاد. آموزش درمان های روانشناختی، زوج درمانی و خانواده درمانی ویژه جانبازان و خانواده آنها برای کارشناسان و متخصصان روانشناسی و مشاوره که با جانبازان و خانواده آنها کار می کنند. قرار دادن درمان مشکلات و اختلالات جنسی به عنوان درمان های اصلی برای جانبازان. متولی پژوهش در بخش سلامت روان جانبازان مشخص شود. در این زمینه لازم است شورایی مرکب از مدیران سلامت بنیاد، پژوهشگاه مهندسی و علوم پزشکی بنیاد، دانشگاه علوم پزشکی بقیه ا... (عج) و چندین مرکز و متخصص این حوزه تشکیل و سیاست گذاران، برنامه ریزی و مدیریت پژوهش های مرتبط با سلامت روانی جانبازان و خانواده آنها را دنبال نمایند. پژوهش های انجام شده در زمینه سلامت روان جانبازان و خانواده آنها در یک مرکز و در یک بانک اطلاعاتی فراهم شود تا محققان، پژوهشگران و کارکنان بتوانند به آسانی به آنها دسترسی داشته و بهره گیری نمایند. پژوهشگران و محققان مرتبط با سلامت روان جانبازان و خانواده ها در یک تشکیلی از قبیل انجمن علمی و... گرد هم آمده و بطور ادواری آموزش های لازم در زمینه روش های تحقیق و اطلاع رسانی در مورد یافته ها، پژوهش ها و نیازها برای آنها صورت گیرد. با استفاده از ماتریس پژوهشی پیشنهادی در این تحقیق و با استفاده از شیوه های سمینار دلفی و نظر نخبگان سیاست ها، راهبردها و برنامه های بلند مدت و کوتاه مدت در زمینه پژوهش در حوزه سلامت روان جانبازان و خانواده آنها تدوین و مدیریت در این زمینه صورت گیرد.

## نتیجه گیری

نتایج این مطالعه می تواند در خصوص تدوین برنامه و نقشه راه متخصصان و متولیان درمان و پژوهش سلامت روانی جانبازان کمک کند و راهبرد های سیاست گذاری پژوهشی آینده را در قالب بررسی توصیفی-تحلیلی یافته ها، تنگناها و جهت گیری های پژوهشی گذشته سلامت روان جانبازان روشن تر سازد.

**تشکر و قدردانی:** لازم است از تمامی محققانی که در حوزه سلامت روان جانبازان تلاش علمی کرده اند و ما نیز اقدامات پژوهشی آنها را مورد استفاده قرار دادیم، از تمامی جانبازان و خانواده هایشان که با صبر و حوصله با پژوهش های مربوطه همکاری داشته اند و از تمامی مراکزی که با محققان این پژوهش همکاری کردند به ویژه مرکز تحقیقات علوم رفتاری دانشگاه علوم پزشکی بقیه ا... (عج)، پژوهشگاه مهندسی و علوم پزشکی بنیاد، مرکز بهداشت روانی بنیاد و به ویژه دکتر سروش سپاس گزاری نمایم.

- 2006;13(3):45-50.
- 11-Fiellin DA, Saxon A, Renner JA. Mental health after deployment to Iraq or Afghanistan: Commentary. *JAMA*:2006; 296(5):515.
- 12-Jakupcak M, Verra EM. Treating Iraq and Afghanistan War Veterans With PTSD Who Are at High Risk for Suicide. *Cogn Behav Practice* doi:10.1016/j.cbpra; 2010:1-13.
- 13-Kang H. Analysis of VA Health Care utilization among US Global War on Terrorism (GWOT) veterans. Unpublished report, VHA Office of Public Health and Environmental Hazards;2009.
- 14-Ahmadi K, Ranjbar Sh, Raiisi F. Sexual dysfunction and marital satisfaction among the chemically injured veterans. *Indi Jou of Urol*. 2007;23(4): pp.377-82.
- 15-Ahmadi K, Fathi Ashtiani A, Zareir A, Arabnia A, Amiri M. Sexual dysfunctions and marital adjustment in veterans with PTSD, *Archives of Medical Science*. 2006;2(4):280-85.
- 16- Khateri S, Ghanei M, Keshavarz S, Soroush M, Haines D. Incidence of lung, eye, and skin lesions as late complications in 34,000 Iranians with wartime exposure to mustard agent. *J Occup Environ Med*.2003;45(11):1136-43.
- 17- Tavallaie SA, Assari SH, Najafi M, Habibi M, Ghanei M. Study of Sleep Quality in Chemical-Warfare-Agents Exposed Veterans *Mil Med J*. 2005;6 (4):241-48.
- 18- Vafai B, Seidy A. Study of The Prevalence and Intensity Of Depression in 100 Devotees With Chemical and non-chemical war injuries (30-70%) of Imposed war in Tabriz. *Mil Med J*. 2003;5(2):105-10.
- 19-Ahmadi Kh, Reshadatjoo, M Karami G, Sepehrvand N, Ahmadi P. Vicarious PTSD in Sardasht chemical warfare victims' offspring, *Procedia - Soc Behav Sci*. 2010;5:170-73.
- 20- Vafaie Bagher, Ghaderi Salim; Prevalence of mental disorder in chemical injured. *Teh Med Scie Fac J*. 2004;62(10):858-63. [Persian]
- 21-Fathi Ashtiyani A, Karami R. Subsequent clinical study some psychological injuries of war. *Mil Med J*. 2002;4(4):225-9. [Persian]
- 22-Vafaei B, Saidi A. Prevalence and severity of depression in 100 persons who were injured 30 to 70 percent of chemical and non-chemical victims of war in Tabriz. *Mil Med J*. 2006;5(1):105-10. [Persian]
- 23- Izanlo B, Habibi M. Application of meta-analysis in social and behavioral science: a review of advantages, disadvantages, and methodological issues; *Beh Sci Res J*. 2010;9(1):70-82. [Persian]
- 24- Petticrew M, Roberts H. *Systematic reviews in the social sciences: A practical guide*. Malden, MA: Blackwell. 2006.
- 25- Healy M, Pperry C. Comprehensive criteria to judge validity and reliability of qualitative research within the realism paradigm, *Qual Mar Res: An Inter J*. 2000;3(3).
- 26- Marshall C, Rossman G. B. *Designing Qualitative Research*. 4th ed. Thousand Oaks, CA: Sage; 2006.
- 27- Habibi M, Eskandari F, Besharat MA, Mohammadifar MA. Comparison of Log-Linear and Chi-Square Models in Multi-Way Contingency Tables: Investigation of Relation among Sex, Attachment Styles and Defense Mechanism. *Iran J Psycho Sci*. 2006;5(2):143-66.
- 28- Habibi M, Besharat MA. A Comparison of Chi-Square and Log-Linear Models in Classification of Two-Way Contingency Tables: Analysis Attachment Styles among MZ and DZ Twins. *J of Psychol Sci*. 2005;3(2):159-80.
- 29-Ahmadi Kh, Azampoor Afshar S, Karami Gh & Mokhtari A: The Association of Veterans' PTSD with Secondary Trauma Stress among Veterans'Spouses. *J Aggress, Maltreat Trauma*. 2011;20(6):636-44.
- 30- Ahmadi K, Reshadatjoo M, Sepehrvand N, Ahmadi P, Yaribeygi H. Evaluation of vicarious PTSD among children of Sardasht chemical warfare survivors 20 years after Iran-Iraq war. *J of Appl Scie*. 2010;(23):3111-116
- 31-Madarshahiean F. Comparison of coping with direct and indirect consequences of war stress in later life between chemical and physical war injureds. *Mil Med J*. 2003;5(2):117-20.
- 32- Nejati V. Coparision of cognitive status of blind veterans with sighted people. *Mil Med J*.2008; 10(1):21-8.