
اثربخشی برنامه درمانی همسران جانبازان دارای اختلال استرس پس از ضربه با رویکرد آدلر بر کاهش نشانه‌های این اختلال در جانبازان و افزایش رضایت زناشویی زوجین

دکتر حمید علیزاده*

دانشیار دانشگاه علامه طباطبایی

مهدیه هاشمی

کارشناس ارشد مشاوره خانواده

چکیده

هدف این پژوهش بررسی تأثیر آموزش برنامه‌ای است، که پژوهشگران حاضر با رویکرد آدلر بر افزایش رضایت زناشویی جانبازان مبتلا به اختلال استرس پس از ضربه و همسران آنها و نیز بر کاهش نشانه‌های این اختلال در جانبازان تدوین کرده‌اند. بدین منظور، از بین جامعه آماری جانبازان مبتلا به اختلال استرس پس از ضربه که در فاصله سال‌های ۱۳۸۳ - ۱۳۸۵ به درمانگاه بیمارستان روانپزشکی صدر مراجعه کرده بودند، به شیوه تصادفی، ۳۰ زوج (جانباز و همسر) که شرایط ورود به این طرح را داشتند، انتخاب شده و به شیوه تصادفی و به طور مساوی در دو گروه آزمایش و گواه قرار گرفتند. در این پژوهش آزمایشی، از طرح پیش‌آزمون - پس‌آزمون با گروه کنترل استفاده شده است. همسران (زنان) گروه آزمایش در معرض آموزش تدوین شده با رویکرد آدلر در ۱۰ جلسه هر جلسه به مدت ۲ ساعت قرار گرفتند و گروه کنترل نیز در فهرست انتظار ماندند. از هر دو گروه، پیش‌آزمون و پس‌آزمون به عمل آمد. ابزارهای به کار رفته در این پژوهش عبارت بودند از: پرسشنامه رضایت زناشویی اینریچ که برای زوجها اجرا شد، و مصاحبه تشخیصی اختلال استرس پس از ضربه که تنها برای جانبازان اجرا شد. در این پژوهش از روش‌های آماری تحلیل کوواریانس و تحلیل واریانس استفاده شد. نتایج حکایت از آن داشت که نشانه‌های اختلال در جانبازان گروه آزمایش در مقایسه با

*نویسنده مسئول hamidalizadehl@yahoo.com

گروه کنترل، کاهش معناداری داشته است. همچنین رضایت زناشویی زوجها در گروه آزمایش در مقایسه با گروه کنترل افزایش یافت که این افزایش در گروه زنان، از لحاظ آماری معنادار نبود. بنابراین، می‌توان نتیجه‌گیری کرد که آموزش برنامه تدوین شده براساس نظریه آدلر در این پژوهش برای همسران جانبازان مبتلابه اختلال استرس پس از ضربه، می‌تواند در کاهش نشانه‌های این اختلال (در سطح $P < 0/01$) و در افزایش رضایت زناشویی این جانبازان (در سطح $P < 0/05$) مؤثر است.

کلید واژه‌ها:

برنامه درمانی آدلر، اختلال استرس پس از ضربه، جانبازان، رضایت زناشویی

مقدمه

سازمان جهانی بهداشت در سال ۲۰۰۱ اعلام کرد، که در سال ۲۰۲۰، جنگ از شانزدهمین علت مرگ و میر، به هشتمین علت تغییر خواهد یافت (به نقل از میرزایی، ۱۳۸۳). جنگ ضربه‌ای روان‌شناختی است که از تجربه‌های طبیعی انسان خارج بوده و برای هرکس بالقوه تهدید کننده است. جنگ ترسی دائمی است برای کشته شدن خود یا دیگرانی که باید انسانیت آنها به فراموشی سپرده شود. با این توصیف، جای شگفتی نیست اگر سربازی پس از جنگ به اختلال استرس پس از ضربه مبتلا شود (فلانری، ۱۹۹۴).

بر اساس تعریف انجمن روانپزشکان امریکا^۱ (۱۳۷۹) اختلال استرس پس از ضربه، نشانه‌هایی است که پس از مشاهده، درگیر شدن، یا شنیدن عامل استرس‌زای بسیار شدید رخ می‌دهد. شخص نسبت به این تجربه با ترس و درماندگی پاسخ می‌دهد، رویداد را مکرراً در ذهن خود زنده می‌کند و در عین حال می‌کوشد آن را به یاد نیاورد. این نشانه‌ها باید بیش از یک ماه ادامه یابند و مشکلاتی در زمینه‌های مهم زندگی نظیر خانواده و شغل را موجب شوند. (سادوک و سادوک^۲، ۱۳۸۴).

پژوهشگران بسیاری تأثیر طولانی مدت اختلال استرس پس از ضربه را بر خانواده و روابط زناشویی بررسی کرده و به این نتیجه رسیده‌اند که خانواده مبتلایان به این اختلال و به

1. American Psychological Association
2. Sadock & Sadock

ویژه همسران آنها مشکلات فراوانی دارند (انیسی، ۱۳۷۷؛ بحرینیان و برهانی، ۱۳۸۱؛ مسکینی و سر دره‌ای، ۱۳۸۱؛ فرشیدفر، ۱۳۷۲؛ فیروزآبادی، ۱۳۷۹؛ همتی و همکاران، ۱۳۷۹؛ دژکام و امین‌الرعایا، ۱۳۸۲). این افراد در درازمدت و به دنبال زندگی با عضو مبتلا، به نشانه‌هایی مشابه این اختلال دچار می‌شوند که به آن ضربه ثانویه^۱ گفته می‌شود. از سوی دیگر، رضایت زناشویی^۲ در این همسران که قربانیان فراموش شده جنگ نام گرفته‌اند، در مقایسه با گروه عادی، کاهش ملاحظه پذیر دارد (کترهال^۳، ۲۰۰۴؛ لینک^۴، ۲۰۰۵؛ سلیمی و آزاد مرزآبادی، ۲۰۰۶). پژوهش‌ها نشان داده‌اند که به احتمال زیاد همسران مبتلا به این اختلال، در مقایسه با سایر افراد، بیشتر طلاق می‌گیرند (پنک و آلن^۵، ۱۹۹۱ به نقل از فلانری^۶، ۱۹۹۴). بر طبق آمارها، آمار طلاق در این افراد ۲ برابر جمعیت عادی است (کترهال، ۲۰۰۴).

از سوی دیگر، پژوهش‌ها نشان می‌دهند که گذشت زمان، نه تنها به بهبودی این اختلال کمکی نمی‌کند، بلکه بیماری را مزمن و آسیب‌های وارد شده به خانواده را بیشتر می‌کند (احمدی، ۱۳۸۱).

اثر بخشی روابط سالم زناشویی و نقش حمایت کننده این روابط در بهبودی قربانیان مبتلا به اختلال استرس پس از ضربه نیز بررسی شده است (وندركولک^۷، پری، هرمن^۸، ۱۹۹۱؛ وندركولک و مک فارلن^۹، ۱۹۹۶ به نقل از کترهال، ۲۰۰۴). اعضای خانواده وقتی خود از سوی منابع دیگری حمایت شوند، برای کمک به فرد حادثه دیده توانایی بیشتری خواهند داشت (کترهال، ۲۰۰۴). براساس بررسی‌های پژوهشگران حاضر، متأسفانه بیشتر پژوهش‌های انجام شده درباره همسران مبتلا به این اختلال، به صورت توصیفی بوده و کمتر پژوهشی، حتی در خارج از کشور، نقش آموزش و حمایت از آنها را بررسی کرده است. با توجه به آمار در حال افزایش مشکلات زناشویی در این همسران، و با توجه به دیدگاه سیستمی آدلر در خصوص

-
1. second traumatization
 2. marital satisfaction
 3. Catherall.
 4. Link
 5. Penk & Allen
 6. Flannery
 7. Vanderkolk
 8. Perry & Herman
 9. Vander Kolk & Mc Farlean

تغییر سبک زندگی، تحریف‌های شناختی، دلگرم‌سازی^۱ به افراد، در این پژوهش سعی شده است، که با استفاده از رویکرد آدلر، به همسران جانبازان مبتلابه اختلال استرس پس از ضربه آموزش داده شود تا با مشکلات خود مقابله کنند و در عین حال با کمک به خود برای کمک به همسران خود گامی بردارند و در کاهش مشکلات همسران مؤثر باشند.

این پژوهش فرضیه‌های زیر را بررسی می‌کند:

- آموزش همسران جانبازان دارای اختلال استرس پس از ضربه با رویکرد آدلر در کاهش نشانه‌های این اختلال در جانبازان تأثیر دارد.
- آموزش همسران جانبازان دارای اختلال استرس پس از ضربه با رویکرد آدلر بر افزایش رضایت زناشویی زنان تأثیر دارد.
- آموزش همسران جانبازان دارای اختلال استرس پس از ضربه با رویکرد آدلر بر افزایش رضایت زناشویی جانبازان تأثیر دارد.
- میزان اثربخشی آموزش همسران جانبازان دارای اختلال استرس پس از ضربه، بر تغییرات رضایت زناشویی در جانبازان و همسران آنها متفاوت است.

روش پژوهش

در این پژوهش از روش آزمایشی و از نوع پیش‌آزمون - پس‌آزمون با گروه گواه استفاده شده است.

جامعه آماری

جامعه آماری در این پژوهش عبارت است از جانبازان با اختلال استرس پس از ضربه ساکن شهر تهران و همسران آنها، که در فاصله سال‌های ۱۳۸۵-۱۳۸۳ به درمانگاه بیمارستان روانپزشکی صدر مراجعه کرده‌اند.

با توجه به آنکه در ابتدای پژوهش، فهرستی از جامعه آماری در دسترس نبود، پژوهشگران نخست به تعریف جامعه آماری و تهیه فهرست اسامی ناگزیر شدند و با مراجعه به پرونده‌های موجود سال‌های ۸۵-۱۳۸۳ در درمانگاه بیمارستان روانپزشکی صدر، اسامی جانبازانی را

1. encouragement

استخراج کردند، که از سوی روانپزشک تشخیص PTSD دریافت کرده بودند. و ضمناً شرایط ورود (تأهل، ساکن تهران، نداشتن سابقه اعتیاد، دامنه سنی ۳۵-۵۵ و تحصیلات پنجم ابتدایی به بالا) را داشتند. سپس، از طریق مکالمه تلفنی از خود آنها و همسران آنها دعوت شد تا جهت انجام آزمون به بیمارستان مراجعه کنند. لازم ذکر است که این آزمون ها (مصاحبه تشخیصی PTSD برای جانبازان، و آزمون رضایت زناشویی انریچ برای زوجین) به منظور همگن شدن هر چه بیشتر جامعه آماری انجام شد. با توجه به آنکه شرط نخست برای ورود به این پژوهش، نبود رضایت زناشویی زوجین ($t < 40$) و تشخیص PTSD برای جانبازان (دریافت نمره لازم در مصاحبه PTSD) بود، پژوهشگران پس از بررسی آزمون ها، اسامی زوج های با شرایط فوق را مجزا کردند و در فهرست جداگانه قرار دادند. شایان ذکر است که تعداد این افراد به ۱۰۰ زوج می رسید، و در واقع جامعه آماری این پژوهش را این ۱۰۰ زوج تشکیل می دهند.

نمونه گیری

نمونه گیری در این پژوهش به شیوه نمونه گیری تصادفی است. به این صورت که با در دست داشتن فهرست اسامی اعضای جامعه آماری، ۳۰ زوج (۶۰ نفر) به شیوه تصادفی ساده (قرعه کشی) انتخاب شده و به طور تصادفی، در دو گروه مساوی آزمایشی و کنترل قرار گرفتند (۱۵ زوج در گروه آزمایش و ۱۵ زوج در گروه کنترل). لازم ذکر است که در ادامه پژوهش با افت آزمودنی ها مواجه شدیم که به این ترتیب ۱۰ زوج در گروه آزمایش و ۹ زوج در گروه کنترل باقی ماندند. یعنی در مجموع تعداد اعضای نمونه از ۳۰ زوج به ۱۹ زوج کاهش یافت.

شایان ذکر است که به منظور کنترل سایر متغیرهای مداخله کننده، همسرانی که در این طرح پژوهشی شرکت داده شدند تاکنون تحت هیچ گونه آموزش مدون، روان درمانی، یا مشاوره قرار نگرفته و شوهران آنها نیز به جز درمان دارویی یا بستری در بیمارستان، درمان دیگری را دریافت نکرده بودند. این همسران نیز مانند شوهران آنها، پیش از ورود به طرح، در رابطه با متغیرهای زیر همتراز شدند:

۱- دامنه سنی ۳۰-۵۰ سال

۲- تحصیلات پنجم ابتدایی به بالا

۳- داشتن حداقل یک فرزند

۴- عدم سابقه بیماری روانی و اعتیاد

ابزار

به منظور اندازه‌گیری و گردآوری داده‌ها و بررسی اثربخشی روش آموزشی تدوین شده در این پژوهش از دو آزمون استفاده شده است:

۱. پرسش‌نامه رضایت زناشویی اینریچ^۱: این پرسش‌نامه را در سال ۱۹۸۹ اولسون^۲، فورنیز و دراکمن^۳ ساخته‌اند. این پرسش‌نامه ابزاری ۱۱۵ سؤال را شامل است، که جزء مقیاس‌های خودسنجی و پرسش‌نامه‌های مداد-کاغذی به شمار می‌آید. سؤال‌های این پرسش‌نامه ۵ گزینه‌ای است. از پرسش‌نامه اینریچ به عنوان ابزاری معتبر در تحقیقات متعددی برای بررسی رضایت زناشویی استفاده شده است (ثنایی، ۱۳۷۹). در این پژوهش از فرم ۴۷ سؤالی آن استفاده شده است، که سلیمانیان (۱۳۷۳) آن را هنجار کرده است. ضریب آلفای فرم ۴۷ سؤالی این پرسش‌نامه در پژوهش سلیمانیان (۱۳۷۳)، ۰/۹۵ به دست آمده است. ضریب همبستگی پرسش‌نامه اینریچ با مقیاس‌های رضایت خانوادگی از ۰/۴۱ تا ۰/۶۰ و با مقیاس‌های رضایت زندگی از ۰/۳۲ تا ۰/۴۱ است که نشانه‌روایی سازی آن است (ثنایی، ۱۳۷۹).

۲. مصاحبه تشخیصی اختلال استرس پس از ضربه (PTSD I)^۴: پرسش‌نامه مصاحبه تشخیصی PTSD را در سال ۱۹۸۹ واتسون^۵، جویا و همکاران و براساس معیارهای DSM III^R ساخته‌اند. این پرسش‌نامه ۲۲ سؤال دارد، که نشانه‌های این اختلال را در ۵ طبقه A, B, C, D, E و براساس ملاک‌های PTSD در DSM مطرح می‌کند. اجرای مصاحبه تشخیصی واتسون، با سایر مصاحبه‌های تشخیصی بالینی متفاوت است به این ترتیب که پس از پرسیدن سؤال اول (A) در صورت مثبت بودن پاسخ آزمودنی، یک برگه از پاسخ‌نامه به آزمودنی داده می‌شود، که مشابه آن در دست مصاحبه‌گر نیز وجود دارد، تا

-
1. Enrich
 2. Olson
 3. Fournier & Druckman
 4. PTSD Interview
 5. Watson

همزمان با مصاحبه گر، پاسخ نامه را مشاهده کند. از آزمودنی خواسته می شود تا با در دست داشتن این برگه کپی شده درباره هر سؤال، نمره خود را در مقیاسی از نوع لیکرت (از ۱ تا ۷) به مصاحبه گر خود اعلام کند. این شیوه به پرسش نامه های خودسنجی شباهت زیادی دارد، اما با این تفاوت که در این روش، مصاحبه گر به نمره اعلام شده از سوی آزمودنی اکتفا نمی کند و از تخصص و تجربه خود نیز استفاده می کند (فوا^۱ و همکاران، ۲۰۰۴).

واتسون و همکاران (۱۹۹۹) این مصاحبه را در ۳۱ بیمار مزمن مبتلا به اختلال استرس پس از ضربه در ارتش ویتنام اجرا کردند که نتایج به دست آمده ضریب آلفای ۰/۹۲ را نشان داد. همچنین در مرحله ای دیگر، آنها این مصاحبه را در ۶۱ سرباز ویتنامی مبتلا به این اختلال اجرا کردند که ضریب همبستگی دو رشته ای بین نمره های کلی پرسش نامه و معیارهای این اختلال، در حد ۰/۹۴ بود (واتسون و همکاران، ۱۹۹۹). مداحی (۱۳۷۱) نیز در پژوهش خود این مصاحبه را در ۶۲ نفر اجرا کرد، که قبلاً تشخیص این اختلال را دریافت کرده بودند که ضریب روایی آن با آلفای کرونباخ ۰/۶۸ تأیید شد.

روش تحلیل آماری

در این پژوهش، به منظور تجزیه و تحلیل داده های پژوهش، از روش های آمار توصیفی (میانگین و انحراف معیار)، آمار استنباطی (تحلیل کواریانس، و تحلیل واریانس یک طرفه و دوطرفه) و نرم افزار SPSS استفاده شده است.

نتایج پژوهش

ابتدا زوج های دو گروه آزمایش و گواه، از لحاظ سن آزمودنی ها، طول مدت ازدواج، درصد جانبازی، تعداد فرزندان، و سطح تحصیلات، به کمک آزمون تحلیل واریانس یک طرفه مقایسه شدند. نتایج نشان داد که میان آزمودنی های دو گروه مذکور از لحاظ این متغیرها تفاوت معناداری وجود ندارد.

میانگین نمره ها PTSD مردان در دو گروه آزمایش و گواه، در جدول ۱ مقایسه شده است. همانگونه که مشاهده می شود، میانگین این نمره ها در گروه کنترل از مرحله پیش

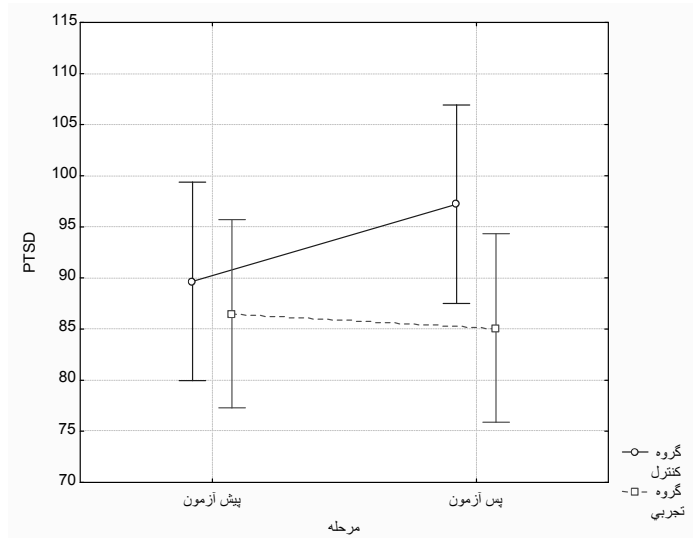
1. Foa

آزمون (۸۹/۶۷) به مرحله پس آزمون (۹۷/۲۲) افزایش داشت، در حالی که در گروه آزمایش، با کاهش این میانگین (از ۸۶/۵۰ در مرحله پیش آزمون به ۸۵/۱۰ در مرحله پس آزمون) مواجه شدیم که این مسئله نشانه تأثیر احتمالی برنامه آموزشی همسران در کاهش علائم PTSD جانبازان است. میزان معناداری این تفاوت، در جدول ۵ بررسی شده است. نمودار ۱ نیز این تفاوت را به خوبی نشان می‌دهد.

جدول ۱: مقایسه میانگین نمره‌ها PTSD مردان در دو گروه آزمایشی و کنترل در مرحله پیش آزمون و پس آزمون

گروه‌ها	موقعیت آزمون	تعداد	میانگین	انحراف معیار	خطای معیار	فاصله اطمینان	
						+۹۵/۰۰	-۹۵/۰۰
گروه کنترل	پیش آزمون	۹	۸۹/۶۷	۱۳/۳۷	۴/۴۶	۷۹/۳۹	۹۹/۹۴
	پس آزمون	۹	۹۷/۲۲	۱۳/۲۳	۴/۴۱	۸۷/۰۶	۱۰۷/۳۹
گروه آزمایش	پیش آزمون	۱۰	۸۶/۵۰	۱۵/۳۷	۴/۸۱	۷۵/۵۰	۹۷/۵۰
	پس آزمون	۱۰	۸۵/۱۰	۱۵/۰۴	۴/۷۵	۷۴/۳۴	۹۵/۸۶

نمودار ۱: مقایسه میانگین نمره‌ها PTSD مردان در گروه آزمایش و کنترل از مرحله پیش آزمون به پس آزمون

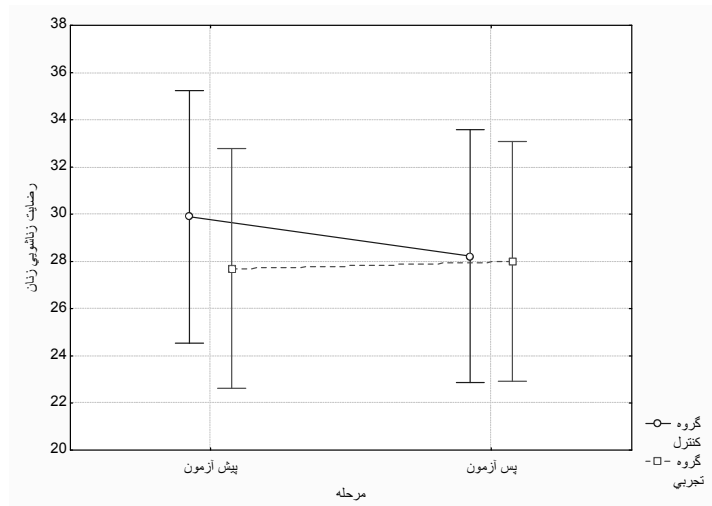


میانگین رضایت زناشویی همسران(زنان) در دو گروه آزمایش و گواه در مراحل پیش آزمون و پس آزمون، در جدول ۲ مقایسه شده است. همانگونه که مشاهده می شود، تفاوت نمره رضایت زناشویی از مرحله پیش آزمون به پس آزمون در هر دو گروه اندک است، که میزان معناداری این تفاوت، در جداول بعدی(جدول ۶) بررسی شده است. نمودار ۲ نیز این تفاوت اندک را نشان می دهد.

جدول ۲: مقایسه میانگین نمرهها رضایت زناشویی زنان در دو گروه آزمایشی و کنترل در مرحله پیش آزمون و پس آزمون

گروهها	موقعیت آزمون	N	میانگین	انحراف معیار	فاصله اطمینان	
					خطای معیار	
گروه کنترل	پیش آزمون	۹	۲۹/۸۹	۸/۰۴	۲/۶۸	۲۳/۷۱
	پس آزمون	۹	۲۸/۲۲	۸/۷۰	۲/۹۰	۲۱/۵۳
گروه آزمایش	پیش آزمون	۱۰	۲۷/۷۰	۷/۵۰	۲/۳۷	۲۲/۳۴
	پس آزمون	۱۰	۲۸/۰۰	۷/۴۲	۲/۳۵	۲۲/۶۹

نمودار ۲: مقایسه میانگین نمرهها رضایت زناشویی در دو گروه آزمایشی و کنترل در مرحله پیش آزمون و پس آزمون

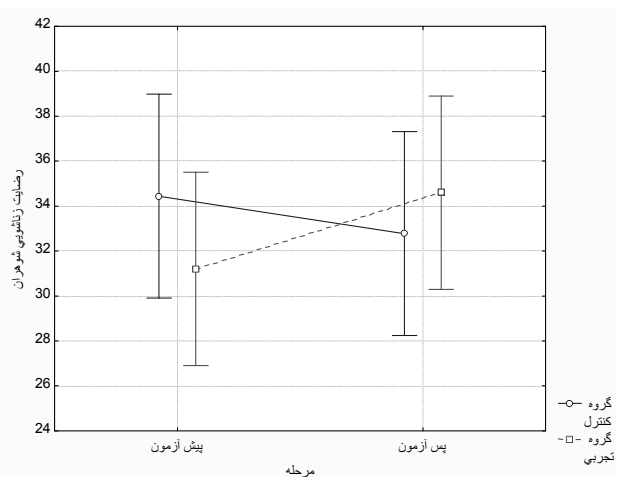


میانگین رضایت زناشویی مردان(جانبازان) در دو گروه آزمایش و کنترل در مرحله پیش آزمون و پس آزمون در جدول ۳ مقایسه شده است. نکته جالب توجه در این جدول، در مقایسه با جدول ۲(میانگین رضایت زناشویی زنان)، تفاوت ملاحظه‌پذیر میانگین نمره‌ها رضایت زناشویی مردان از مرحله پیش آزمون به پس آزمون است که میزان معناداری این تفاوت، در جداول بعدی(جدول ۷) بحث و بررسی شده است. نمودار ۳ نیز این تفاوت را به خوبی نشان می‌دهد.

جدول ۳: مقایسه میانگین نمره‌ها رضایت زناشویی مردان در دو گروه آزمایشی و کنترل در مرحله پیش آزمون و پس آزمون

گروه‌ها	موقعیت آزمون	N	میانگین	انحراف معیار	خطای معیار	فاصله اطمینان	
						-۹۵/۱۰۰	+۹۵/۱۰۰
گروه کنترل	پیش آزمون	۹	۳۴/۴۴	۶/۱۹	۲/۰۶	۲۹/۶۹	۳۹/۲۰
	پس آزمون	۹	۳۲/۷۸	۵/۰۹	۱/۷۰	۲۸/۸۶	۳۶/۶۹
گروه آزمایش	پیش آزمون	۱۰	۳۱/۲۰	۷/۶۶	۲/۴۲	۲۵/۷۲	۳۶/۶۸
	پس آزمون	۱۰	۳۴/۶۰	۷/۳۲	۲/۳۲	۲۹/۳۶	۳۹/۸۴

نمودار ۳: مقایسه میانگین نمره‌ها رضایت زناشویی مردان در دو گروه آزمایشی و کنترل در مرحله پیش آزمون و پس آزمون



اثر بخشی برنامه درمانی همسران جانبازان ... ۱۰۳

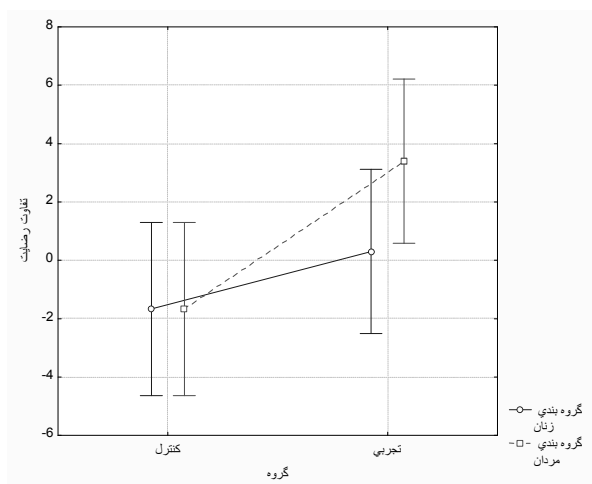
به منظور مقایسه میانگین تفاوت رضایت زناشویی در دو گروه زنان و مردان، داده‌های حاصل، در جدول ۴ ارائه شده است، که معناداری این تفاوت نیز در جداول بعدی (جدول ۸) بررسی شده است.

نمودار ۴ نیز این تفاوت را، در دو گروه زنان و مردان، به خوبی نشان می‌دهد. همانگونه که در این نمودار ملاحظه می‌شود، رضایت زناشویی مردان در مقایسه با زنان، تغییر بیشتری داشته است.

جدول ۴: مقایسه میانگین تفاوت نمره‌ها رضایت زناشویی زنان و مردان از مرحله پیش آزمون به پس آزمون در دو گروه آزمایش و کنترل

گروه‌ها	موقعیت آزمون	میانگین تفاوت رضایت	انحراف معیار	خطای معیار	فاصله اطمینان	
					+۹۵/۰۰	-۹۵/۰۰
گروه کنترل	زنان	-۱/۶۷	۵/۰۰	۱/۶۷	-۵/۵۱	۲/۱۸
	مردان	-۱/۶۷	۳/۶۴	۱/۲۱	-۴/۴۶	۱/۱۳
گروه آزمایش	زنان	۰/۳۰	۲/۴۱	۰/۷۶	-۱/۴۲	۲/۰۲
	مردان	۳/۴۰	۵/۷۲	۱/۸۱	-۰/۶۹	۷/۴۹

نمودار ۴: مقایسه میانگین تفاوت نمره‌ها رضایت زناشویی زنان و مردان در دو گروه آزمایش و کنترل از مرحله پیش آزمون به پس آزمون



به منظور بررسی فرضیه اول پژوهش، از آزمون تحلیل کوواریانس استفاده شد که نتایج آن در جدول ۵ آمده است. همان‌گونه که در جدول ۵ مشاهده می‌شود، F به دست آمده با درجه آزادی (df=۱) و سطح معناداری ($p < 0/05$) نشان می‌دهد که بین دو گروه آزمایش کنترل در میزان نشانه‌های اختلال استرس پس از ضربه تفاوت وجود دارد که این تفاوت در سطح ۰/۰۱ معنادار است. بنابراین فرضیه اول این پژوهش تأیید و چنین نتیجه‌گیری می‌شود که استفاده از برنامه آموزشی تدوین شده در این پژوهش، با احتمال ۹۹٪ در کاهش نشانه‌های اختلال استرس پس از ضربه در جانبازان مذکور مؤثر است.

جدول ۵: نتایج حاصل از آزمون تحلیل کوواریانس در رابطه با فرضیه اول

P	F	MS	df	SS	PTSD
۰/۰۰	۲۸/۰۶	۲۱۸۷/۳۹	۱	۲۱۸۷/۳۹	نمره‌های PTSD دو گروه در مرحله پیش‌آزمون
۰/۰۳	۵/۵۷	۴۳۴/۲۸	۱	۴۳۴/۲۸	نمره‌های PTSD دو گروه در مرحله پس‌آزمون
-	-	۷۷/۹۴	۱۶	۱۲۴۷/۰۷	میزان خطا

به منظور بررسی فرضیه دوم این پژوهش نیز از آزمون تحلیل کوواریانس استفاده شد، که نتایج آن در جدول ۶ آمده است. همان‌گونه که در جدول ۶ مشاهده می‌شود، F به دست آمده با درجه آزادی (df=۱) و سطح معناداری ($p < 0/05$) نشان می‌دهد که میان زنان دو گروه آزمایش و کنترل در میزان رضایت زناشویی تفاوت معناداری وجود ندارد. به این دلیل فرضیه دوم این پژوهش تأیید نمی‌شود و چنین نتیجه‌گیری می‌شود که استفاده از برنامه آموزشی تدوین شده در این پژوهش، در افزایش رضایت زناشویی همسران جانبازان دارای اختلال استرس پس از ضربه تأثیر معناداری نداشته است.

جدول ۶: نتایج حاصل از آزمون تحلیل کوواریانس در رابطه با فرضیه دوم

P	F	MS	df	SS	رضایت‌مندی زناشویی زنان
۰/۰۰	۵۶/۰۱	۸۵۶/۱	۱	۸۵۶/۸۱	رضایت زنان در مرحله پیش‌آزمون
۰/۳۴	۰/۹۶	۱۴/۷۰	۱	۱۴/۷۰	رضایت زنان در مرحله پس‌آزمون
-	-	۱۵/۳۰	۱۶	۲۴۴/۷۴	میزان خطا

اثر بخشی برنامه درمانی همسران جانبازان ... ۱۰۵

به منظور بررسی فرضیه سوم این پژوهش، از آزمون تحلیل واریانس یک طرفه استفاده شد که نتایج آن در جدول ۷ ذکر شده است. همان گونه که در جدول ۷ مشاهده می شود، F به دست آمده با درجه آزادی (df=1) و سطح معناداری ($p < 0/05$) نشان می دهد که میان جانبازان گروه آزمایش و گواه در میزان رضایت زناشویی تفاوت وجود دارد، که این تفاوت در سطح 0/05 معنادار است. بنابراین، می توان چنین نتیجه گرفت که استفاده از برنامه آموزشی تدوین شده در این پژوهش با احتمال 0/95 در افزایش رضایت زناشویی جانبازان (مردان) مؤثر است.

جدول ۷: نتایج حاصل از آزمون تحلیل واریانس یک طرفه در رابطه با فرضیه سوم

P	F	MS	df	SS	
0/04	5/16	121/60	1	121/60	رضایت مندی زناشویی مردان در دو گروه
-	-	23/55	17	400/40	میزان خطا

به منظور بررسی فرضیه چهارم این پژوهش، از آزمون تحلیل واریانس دوطرفه استفاده شد. نتایج آن در جدول ۸ آمده است. همان گونه که در جدول ۸ مشاهده می شود، F به دست آمده با درجه آزادی (df=1) و سطح معناداری ($p > 0/05$) نشان می دهد که میان زنان و مردان گروه آزمایش و گواه در میزان تغییرات رضایت زناشویی تفاوت معناداری وجود ندارد. به این دلیل فرضیه چهارم این پژوهش تأیید نمی شود و چنین نتیجه گیری می شود که بین میزان اثربخشی آموزش همسران جانبازان مبتلابه اختلال استرس پس از ضربه با رویکرد آدلر بر تغییرات رضایت زناشویی در دو گروه زنان و مردان، تفاوت معناداری وجود ندارد.

جدول ۸: نتایج حاصل از تحلیل واریانس دو طرفه در رابطه با فرضیه چهارم

P	F	MS	df	SS	
0/02	6/10	117/16	1	117/16	تفاوت رضایت زناشویی در دو گروه آزمایش و کنترل
0/28	1/19	22/76	1	22/76	تفاوت رضایت زناشویی در دو گروه زنان و مردان
-	-	19/19	34	652/50	میزان خطا

بحث و نتیجه‌گیری

همان‌گونه که در جدول ۱ مشاهده شد، نتایج تحلیل کوواریانس از معنادار بودن اثربخشی آموزش همسران جانبازان دارای اختلال استرس پس‌از ضربه با رویکرد آدلر، و از کاهش نشانه‌های این اختلال در جانبازان حکایت می‌کند. این یافته با پژوهش‌های قماشچی (۱۳۷۰)، ویلیامز و سامر^۱ (۱۳۷۷)، و فوآ و همکاران (۲۰۰۴) هماهنگ است، که در آن نشان داده بودند مداخلاتی که به منظور کاهش تنش‌های خانوادگی و افزایش حمایت درون خانواده به کار می‌روند، در کاهش نشانه‌ها و مشکلات ناشی از ضربه مفید هستند. به اعتقاد کترهال (۲۰۰۴)، اعضای خانواده وقتی خود از سوی منابع دیگری حمایت شوند، برای کمک به فرد حادثه دیده توانایی بیشتری خواهند داشت. پژوهش‌ها نشان داده‌اند که روابط با کیفیت مطلوب، اثرات منفی ضربه را بر افراد کاهش می‌دهند و بالعکس، روابط ضعیف و نامناسب، آن‌ها را برای آشفتگی‌های عاطفی ناشی از حادثه در معرض خطر بیشتری قرار می‌دهند. آموزش روانی خانواده و حمایت از اعضای خانواده، یکی از درمان‌هایی است که در زمره درمان‌های حمایتی برای مبتلایان به اختلال استرس پس از ضربه قرار می‌گیرد و می‌تواند در کاهش نشانه‌های این اختلال مؤثر باشد (کترهال، ۲۰۰۴).

همان‌گونه که در جدول ۲ مشاهده می‌شود، نتایج آزمون تحلیل کوواریانس حاکی از $P > 0/05$ است، بنابراین، فرضیه دوم این پژوهش مبنی بر اثربخشی آموزش همسران جانبازان دارای اختلال استرس پس‌از ضربه با رویکرد آدلر بر افزایش رضایت زناشویی همسران، تأیید نمی‌شود. این یافته با پژوهش احمدی (۱۳۸۲) ناهماهنگ است که در آن نشان داده بود آموزش تغییر شیوه زندگی به کمک رویکرد آدلر بر زوج‌ها، افزایش سازگاری زناشویی را موجب می‌شود. در پژوهش دیگری نیز هیکمون و همکاران در ۱۹۹۷ (به نقل از کترهال، ۲۰۰۴) نشان داده بودند که برنامه‌های روانی آموزشی^۲ برای خانواده‌ها، حس بهزیستی خانواده و زوج‌ها و رضایت از روابط را افزایش می‌دهد که این یافته با آن ناهماهنگ است. اگرچه یافته‌ها در خصوص فرضیه دوم این پژوهش، با پژوهش‌های مذکور ناهماهنگ

-
1. Williams & Summer
 2. psychoeducational programs

است، اما تحلیل واریانس یک طرفه در رابطه با فرضیه سوم این پژوهش، از معنادار بودن اثر بخشی این آموزش بر افزایش رضایت زناشویی جانبازان حکایت و پژوهش‌های فوق را تأیید می‌کند. به اعتقاد کترهال (۲۰۰۴)، هنوز دقیقاً مشخص نیست که آیا شرکت زوجها در این برنامه‌ها واقعاً حیاتی است یا نه، اما آنچه مسلم است این که تحکیم پیوندهای زناشویی از طریق برنامه‌های روانی - آموزشی، می‌تواند به حسی از کنترل در مواقعی منجر شود که در گذشته آشفتگی و فروپاشی خانواده را رقم می‌زد. به اعتقاد او، این که آیا به کمک این آموزش‌ها می‌توان مشکلات را کاهش داد و روابط زناشویی را تقویت کرد، نیازمند انجام پژوهش‌های آتی است.

از سوی دیگر، نتایج حاصل از تحلیل واریانس دوطرفه در رابطه با فرضیه چهارم این پژوهش، حاکی از $P > 0/05$ بوده و بنابراین، می‌توان نتیجه گرفت که میان زنان و مردان از نظر میزان اثر بخشی این آموزش بر رضایت زناشویی، تفاوت معناداری وجود ندارد. این یافته نیز با پژوهش کمالی در ۱۹۶۹ (به نقل از مک دوناف^۱، ۱۹۷۴) ناهماهنگ است که به دنبال بررسی تأثیر دوره‌های آموزشی آدلر، به این نتیجه رسیده بود که زنان در مقایسه با مردان، برای پذیرش عقاید جدید و تغییر نگرش‌ها آمادگی بیشتری دارند.

در پایان می‌توان گفت با توجه به تأیید فرضیه‌های اول و سوم و تأیید نشدن فرضیه‌های دوم و چهارم، به نظر می‌رسد که این آموزش بر متغیرهای دیگری غیر از رضایت زناشویی تأثیر گذاشته که پژوهشگر آن‌ها را نسنجیده است. احتمالاً این متغیرها سلامت روان زنان، کیفیت زندگی، نگرش زنان یا مردان نسبت به PTSD یا نسبت به کل زندگی، تغییر سبک زندگی، افزایش امید و دلگرمی یا متغیرهای دیگری است. همچنین کاهش نشانه‌های این اختلال در مردان گروه آزمایش، که با یافته‌های پژوهشی در داخل و خارج از کشور هماهنگ است، می‌تواند بیان کننده مطلب دیگری هم باشد و آن این که، نه تنها آموزش‌های روانی بر اعضای خانواده‌های مبتلایان به اختلال استرس پس از ضربه به عنوان درمانی حمایتی می‌تواند نشانه‌های این اختلال را کاهش دهد، بلکه نوع این آموزش‌ها و محتوای آن نیز اهمیت بسزایی دارد. شاید در این میان، آموزش با رویکرد آدلر مستقیماً در کاهش نشانه‌های اختلال استرس

1. Mc Donough

پس از ضربه نقش نداشته و متغیرهای دیگری مداخله داشته‌اند، که پژوهشگر آنها را نادیده گرفته است. آنچه مسلم است، برخلاف پژوهش‌های انجام شده در خارج از کشور، این متغیر رضایت زناشویی زنان نیست، اما شاید شرکت زنان در این کلاس‌ها و تغییر سبک زندگی آنها، بر نگرش جانبازان نسبت به بیماری خود تأثیر غیر مستقیم گذاشته و به دنبال احساس درک شدن، نشانه‌های این اختلال در آنها کاهش یافته است. از سوی دیگر، نباید فراموش کرد که پیگیری طولانی مدت متغیرهای وابسته این پژوهش، می‌تواند نتایج دیگری را داشته باشد و از حقایق دیگری پرده بردارد که این مسئله، زمان بیشتری را می‌طلبد.

همان‌طور که مک‌دوناف (۱۹۷۴) پیشنهاد می‌کند، پژوهش‌های آتی در خصوص اثربخشی برنامه‌های آموزش خانواده با رویکرد آدلر، باید به جای توجه به ارزیابی‌ها و نتایج، بیشتر به فرآیند این آموزش‌ها توجه کنند. از سوی دیگر، نقش مؤثر ویژگی‌های شخصیتی آموزش دهنده را در تغییرات رفتاری و نگرشی آزمودنی‌ها نباید نادیده گرفت.

به اعتقاد راتر در ۱۹۶۲ (به نقل از مک‌دوناف، ۱۹۷۴)، اگر قرار است از دیدگاه آدلر به ماهیت انسان نگاه شود و این رویکرد ادامه یابد، اجرای پژوهش‌ها علمی‌تر بررسی‌های دقیق‌تر ضرورت دارد. مک‌دوناف (۱۹۷۴) معتقد است که این کار تا حدودی انجام شده است، اما برای بررسی اثربخشی مراکز آموزش خانواده آدلری، به پژوهش‌های بیشتری نیاز است.

فرآیند و محتوای جلسه‌های آموزشی

برنامه روانی - آموزشی استفاده شده در این پژوهش که پژوهش‌گران آن را و با بهره‌گیری از رویکرد آدلر تهیه کرده‌اند ۱۰ جلسه آموزشی هر جلسه به مدت ۲ ساعت را شامل می‌شود. این جلسه‌ها آموزشی، هفته‌ای یک بار و در محل بیمارستان روانپزشکی صدر برگزار می‌شد. شایان ذکر است که هر جلسه فرآیند یکسانی را، متشکل از سه مرحله و به ترتیب زیر طی می‌کند: مروری بر جلسه قبل، ارائه محتوای آموزشی و ارائه تکلیف. شرح جلسه‌ها به ترتیب زیر است:

جلسه اول: همدلی، ارتباط و ارائه اطلاعات در خصوص تکالیف زندگی

هدف: آشنا ساختن شرکت کنندگان با مفهوم سبک زندگی، شاخه‌های درخت زندگی، و

پی بردن به سبک زندگی خویش

در این جلسه، مشاور پس از معرفی خود و توضیح مختصری در خصوص روند جلسات، معرفی و آشنایی اعضای گروه با یکدیگر، اصطلاح سبک زندگی، و شاخه‌های درخت سبک زندگی (عشق، شغل، و سایر مردم) را توضیح می‌دهد. سپس، فرصت کوتاهی برای بحث و تبادل نظر داده شده و از شرکت کنندگان خواسته می‌شود تا راجع به سبک زندگی خود در این سه مقوله فکر و مشکلات خود را در جلسه بعد بیان کنند.

جلسه دوم: انواع سبک زندگی، ریشه‌های درخت سبک زندگی

هدف: آشنایی با عنوان سبک زندگی و عوامل مؤثر در شکل‌گیری سبک زندگی
این جلسه به طور خاص انواع سبک زندگی شامل تیپ سلطه‌گر یا حاکم، اجتناب‌کننده، گیرنده، و تیپ سودمند اجتماعی را معرفی کند. همچنین در ادامه جلسه، مشاور در حین معرفی کردن ریشه‌های درخت سبک زندگی شامل ظاهر و سلامتی، موقعیت اجتماعی - اقتصادی خانواده، نگرش‌های والدین، منظومه خانواده، و نقش‌های جنسیتی را آموزش می‌دهد.

جلسه سوم: نقش نگرش‌های والدین در شکل‌گیری سبک زندگی

هدف: پی بردن به تأثیر نگرش‌های والدین بر شکل‌گیری سبک زندگی افراد
در این جلسه، با توجه به مبحث نگرش‌های والدین، که در جلسه قبل به عنوان یکی از ریشه‌های سبک زندگی طرح شده بود، مشاور به ارائه توضیحات و جدولی (برگرفته از استین، ۲۰۰۵) در رابطه با سبک‌های والدینی و تأثیر آن بر کودک اقدام می‌کند.

جلسه چهارم: منظومه خانواده، ترتیب تولد، رؤیاها

هدف: پی بردن به تأثیر منظومه خانواده و ترتیب تولد بر شکل‌گیری سبک زندگی و تجلی سبک زندگی در رؤیاها
در این جلسه، به منظور آشنایی بیشتر اعضا با ریشه‌های سبک زندگی، مبحث منظومه خانواده و ترتیب تولد بررسی می‌شود. از آنجایی که لازمه پی بردن به سبک زندگی، علاوه بر موارد ذکر شده، به رؤیاها و خاطرات اولیه نیز توجه می‌شود، در ادامه این جلسه، مبحث

رؤیاهای و ارتباط آن با سبک زندگی کنونی بررسی می‌شود.

جلسه پنجم: خاطره‌های اولیه

هدف: آشنایی با نقش خاطره‌های اولیه و تأثیر آن در شکل‌گیری سبک زندگی این جلسه، در طول جلسه‌های قبل و با هدف پی بردن و آشنایی بیشتر با سبک زندگی، به خاطره‌های اولیه اختصاص دارد. ابتدا در رابطه با خاطره‌های اولیه در رویکرد آدلر توضیحی داده می‌شود و سپس، اعضای گروه، به مرور خاطره‌های اولیه خویش و ارتباط آن با سبک زندگی را توضیح می‌دهند.

جلسه ششم: اشتباه‌های اساسی^۱

هدف: پی بردن به اشتباه‌های اساسی در تفکر خویش و رابطه آن با سبک زندگی کنونی از آنجایی که خاطرات اولیه، مؤید اشتباهات اساسی هستند که فرد آنها را صحیح می‌پندارد، در این جلسه، به این مبحث پرداخته شده و اشتباه‌های اساسی زیر بررسی می‌شوند: تعمیم‌های افراطی، هدف‌های ایمنی‌بخش غیر واقع‌بینانه، سوء ادراک از زندگی و نیازهای آن، دست‌کم گرفتن ارزش خود و ارزش‌های نادرست (برگرفته از موزاک^۲، ۱۹۹۵ به نقل از علیزاده، ۱۳۸۳).

جلسه هفتم: دلگرم‌سازی و مهارت‌های آن

هدف: آشنایی با مفهوم دلگرم‌سازی و تمرین مهارت‌های آن در عمل این جلسه به مبحث دلگرم‌سازی اختصاص دارد که یکی از اصول اساسی نظریه آدلر است. مهارت‌های دلگرم‌سازی عبارت هستند از: پذیرش، نشان دادن ایمان و اعتماد، تکیه بر توانمندی‌ها، اهمیت دادن به نقاط مثبت و ترویج مسئولیت‌پذیری. از شرکت‌کنندگان خواسته می‌شود تا حداقل به سه نمونه از توانمندی‌های همسر خود اشاره و آنها را یادداشت کنند.

1. basic mistakes
2. Mozak

جلسه هشتم: خود- دلگرم سازی

هدف: پی بردن به تفاوت‌های تحسین و دلگرمی، و تمرین دلگرمی بخشیدن به خویشتن در ابتدای این جلسه، مشاور جدولی در خصوص تفاوت‌های تحسین و دلگرمی (برگرفته از مک کی، ۲۰۰۴). از آنجایی که لازمه دلگرمی دادن به دیگران، دلگرمی دادن به خویشتن است، در ادامه این جلسه، مشاور گام‌هایی عملی در خصوص دلگرمی دادن به خود ارائه می‌کند و از اعضای گروه می‌خواهد تا این گام‌ها را در کلاس تمرین کنند.

جلسه نهم: شناسایی اهداف و موانع موجود در تحقق آنها

هدف: هر یک از شرکت کنندگان هدف تعیین می‌کنند موانع و روش‌های دستیابی به هدف را بررسی می‌کنند. در این جلسه، مشاور اهداف اعضا در خصوص مسائل خانوادگی را بررسی می‌کند و در حین بررسی مشکلات و موانع موجود در سه حیطه رفتار، افکار و احساسات، به تحقق آنها کمک می‌کند.

جلسه دهم: خود خلاق، و خلاصه مطالب و ارزیابی

هدف: آشنا ساختن شرکت کنندگان با مفهوم خود خلاق، و نقش آن در شکل گیری و تغییر سبک زندگی در ابتدای این جلسه، مبحث «خود خلاق» از دیدگاه آدلر مطرح شده و صرف نظر از مسائل محیطی و ژنتیک، بر نقش خود فرد در شکل گیری سبک زندگی او تأکید می‌شود. خودخلاق با تأثیر گذاری بر شرایط زیستی و اجتماعی، اجازه نمی‌دهد که فرد صرفاً محصول این شرایط باشد، بلکه به واقعیت‌های ژنتیکی و محیطی زندگی فرد معنی می‌دهد و آنها را در شخصیت یکپارچه‌ای می‌گنجانند که پویا، ذهنی و منحصر به فرد است. در پایان جلسه نیز جلسات پیشین مرور می‌شود، در زمینه سبک زندگی به اعضا بازخورد داده شده، و در نهایت از اعضا ارزیابی ثانویه از انجام می‌شود.

منابع

- احمدی، خدابخش، (۱۳۸۲). بررسی عوامل مؤثر بر سازگاری زوجین و مقایسه دو روش مداخله‌ای تغییر شیوه زندگی و حل مشکل خانوادگی در کاهش ناسازگاری زناشویی. رساله دکترا. دانشگاه علامه طباطبایی.
- احمدی، خدابخش، (۱۳۸۱). بررسی و تحلیل وضعیت بهداشت روانی خانواده‌های نظامیان در دهه دوم بعد از پایان جنگ تحمیلی، خلاصه مقالات کنگره سراسری طب نظامی، دانشگاه علوم پزشکی بقیه‌ا....
- انجمن روانپزشکان امریکا، (۱۳۷۹). راهنمای تشخیص و آماری اختلالات روانی، جلد ۲ ترجمه م، نائینیان و همکاران، تهران، دانشگاه شاهد.
- انیسی، جعفر، (۱۳۷۷). بررسی وضعیت روانی همسران جانبازان اعصاب و روان در مقایسه با وضعیت روانی همسران غیراعصاب و روان، پایان‌نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه علامه طباطبایی.
- بحرینیان، عبدالمجید و برهانی، حسین، (۱۳۸۱). بررسی بهداشت روانی در خانواده‌های جانبازان اعصاب و روان استان قم، خلاصه مقالات کنگره سراسری طب نظامی، دانشگاه علوم پزشکی بقیه‌ا....
- ثنایی، باقر، (۱۳۷۹). مقیاس‌های سنجش خانواده و ازدواج، تهران، بعثت.
- دژکام، محمود و امین‌الرعا، آریتا، (۱۳۸۲). مقایسه نسبت سلامت روانی همسران جانبازان اعصاب و روان تهرانی مراجعه کننده به بیمارستان صدر با همسران بیماران اعصاب و روان تهرانی مراجعه کننده به بیمارستان امام حسین (ع). مجموعه مقالات اولین همایش علمی جانباز و خانواده، به گردآوری رضا امینی، پژوهشکده مهندسی و علوم پزشکی جانبازان. چاپ اول.
- سادوک، بنیامین و سادوک، و، (۱۳۸۴). خلاصه روانپزشکی. ترجمه پورافکاری، شهرآب.
- سلیمانیان، علی‌اکبر، (۱۳۷۳). بررسی تفکرات غیرمنطقی بررسی رویکرد شناختی بر نارضایتی زناشویی، پایان‌نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه تربیت معلم.
- علیزاده، حمید، (۱۳۸۳). آدلر، پیشگام روانکاوای جامعه‌نگر، دانژه.

اثر بخشی برنامه درمانی همسران جانبازان ... ۱۱۳

فرشیدفر، ابوالقاسم، (۱۳۷۲). اثرات استرس ناشی از جنگ بر روی جانبازان و خانواده آنان و تأثیرات خانواده درمانی روی آنها، مجموعه مقالات سمپوزیوم بررسی عوارض عصبی روانی ناشی از جنگ، جلد ۲. به گردآوری احمدعلی نوربالا. دانشگاه علوم پزشکی تهران، چاپ و نشر بنیاد.

فیروزآبادی، علی، (۱۳۷۹). بررسی نشانه‌های اختلالات روانی در همسران جانبازان مراجعه کننده به مرکز درمانی بنیاد جانبازان استان سمنان، مجموعه مقالات سومین سمپوزیوم بررسی عوارض عصبی روانی ناشی از جنگ، به گردآوری محمدعلی همتی، با همکاری دانشگاه علوم پزشکی بقیه‌ا... و پژوهشکده فنی و پزشکی، گلپان.

قماشچی، فردوس، (۱۳۷۰). بررسی عوامل مؤثر در عود مجدد اختلال استرس پس از ضربه PTSD در گروهی از رزمندگان اسلام، پایان‌نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه تربیت مدرس. مداحی، محمد ابراهیم، (۱۳۷۱). بررسی اختلال استرس پس از ضربه PTSD ناشی از جنگ در مبتلایان به این اختلال، پایان‌نامه کارشناسی ارشد. دانشگاه علامه طباطبایی.

مسکینی، علی و سرده‌ای، اسماعیل. (۱۳۸۱). مقایسه میزان افسردگی در خانواده‌های جانبازان انقلاب اسلامی مبتلابه اختلال استرس ضایعه با خانواده‌های غیرجانباز، خلاصه مقالات کنگره سراسری طب نظامی، دانشگاه علوم پزشکی بقیه‌ا....

میرزایی، جعفر، (۱۳۸۳). مقایسه شدت و فراوانی نشانه‌های اختلال استرس پس از ضربه PTSD در جانبازان مبتلابه عوارض روانی جسمانی ناشی از جنگ، پایان‌نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه آزاد اسلامی واحد رودهن.

ویلیامز، ماری بث و سامر. ج، (۱۳۷۷). درمان اختلال استرس پس از حادثه، ترجمه س. ح، سلیمی، علم نو. چاپ اول.

همتی، محمد علی و همکاران، (۱۳۷۹). مقایسه نیم‌رخ روانی همسران جانبازان مبتلابه PTSD با همسران جانبازان غیرمبتلابه PTSD در استان چهارمحال و بختیاری با استفاده از پرسش‌نامه SCL90، مجموعه مقالات سومین سمپوزیوم بررسی عوارض عصبی روانی ناشی از جنگ، به گردآوری محمدعلی همتی، با همکاری دانشگاه علوم پزشکی بقیه‌ا... و پژوهشکده فنی و پزشکی، گلپان.

- Catherall, D. R. و (2004). *Handbook of stress, trauma, and the family*. New York, Taylor & Francis group.
- Flannery, R. B, (1994). *Post-traumatic stress disorder: The victim's guide to healing and recovery*, New York, Crossroad Publishing Company.
- Foa, E. B , Kean, T. M , & Friedman, M. J, (2004). *Effective treatment for PTSD*, Boston, Guilford.
- Link, D. J, (2005). Fire from a cloudless sky: A qualitative Study of loss, trauma, and resilience in the families of surviving New York city for fighters in the wake of the Terrorist Attack of September 11th 2001. Colombia: Columbia University.
- Mc Donough, J, (1974). Approaches to Adlerian family education research. *Journal of Individual Psychology*, 32, 224-230.
- Mc Kay, G. D, (2004). *Calming the family storm*. New York, Impact Press.
- Salimi, S. H & et al, (2006). Being a wife of a veteran with psychiatric problem or chemical warfare exposure: A Preliminary report from Iran, *Iranian Journal of Psychiatry*, 2, 65-69
- Stein. H, (2005). Impact of parenting style on children. Alfred Adler Institutes of San Francisco and Northwestern Washington. Available on: <www.ourword.com/compuserve.com/homepages/hstein/parenitn/htm>
- Watson, C & et al, (1999). The PTSD interview, rationale, description, reliability and concurrent validity of a DSM III. Based Technique. Veterans Administration Medical Center Minnesota, *Journal of Clinical Psychology*, 47,179-188.