

## شیوع اختلالات افسردگی و اضطرابی در فرزندان جانبازان شهر شیراز و گروه شاهد آنان

محمد رضا مظفری\*، احمد غنی زاده\*\*، حمید اشکانی\*\*\*، علی فیروزآبادی\*\*\*\*، محمد جواد علیشاهی\*\*\*\*\*، غلامرضا ده بزرگی\*\*\*\*\*، مجتبی ادیب\*\*\*\*\*

\*دستیار روان پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی شیراز، شیراز، ایران.  
\*\*دانشیار روان پزشکی کودکان و نوجوانان، مرکز تحقیقات روان پزشکی و علوم رفتاری، دانشگاه علوم پزشکی شیراز، شیراز، ایران.  
\*\*\*استاد روان پزشکی، مرکز تحقیقات روان پزشکی و علوم رفتاری، دانشگاه علوم پزشکی شیراز، شیراز، ایران.  
\*\*\*\*دانشیار روان پزشکی، مرکز تحقیقات روان پزشکی و علوم رفتاری، دانشگاه علوم پزشکی شیراز، شیراز، ایران.  
\*\*\*\*\*دانشیار روان پزشکی کودکان و نوجوانان، دانشگاه علوم پزشکی شیراز، شیراز، ایران.  
\*\*\*\*\*استادیار روان پزشکی (روان شناس بالینی)، مرکز تحقیقات روان پزشکی و علوم رفتاری دانشگاه علوم پزشکی شیراز، شیراز، ایران.  
\*\*\*\*\*متخصص اعصاب و روان، بنیاد جانبازان شیراز، شیراز، ایران.

### چکیده

**زمینه و هدف:** شیوع اختلالات روان پزشکی در کودکان و نوجوانان حدود ۱۰ تا ۲۰٪ می باشد. افسردگی با میزان بالایی در مجروحان جنگی دارای آسیب مغزی گزارش شده است که این خود می تواند مرتبط با برخی اختلالات روان پزشکی در فرزندان آنان باشد. این مطالعه با هدف تعیین شیوع اختلالات روان پزشکی در فرزندان جانبازان و مقایسه آن با گروه کنترل در شیراز انجام گردید.

**روش بررسی:** این پژوهش به صورت مقطعی بر روی فرزندان ۱۸-۱۲ ساله ۲۲۳ خانواده جانباز ۷۰٪-۲۵٪ شهرستان شیراز انجام شد. نمونه گیری به صورت تصادفی بر اساس لیست جانبازان شهر شیراز انجام گرفت. هم چنین گروه کنترل نیز از بین دانش آموزان ۱۸-۱۲ ساله شهرستان شیراز انتخاب گردید. تشخیص گذاری بر اساس مصاحبه بالینی نیمه ساختاریافته، DSM-IV به وسیله K-SADS-PL (Kiddle Schedule for Affective Disorder and Schizophrenia Present and Life time Version) که دارای اعتبار و پایایی کافی است؛ صورت گرفت. از تست های آماری تی تست و فیشر در موارد مناسب استفاده شد.

**یافته ها:** در این مطالعه از ۲۲۳ خانواده جانباز که مورد مصاحبه قرار گرفتند، در ۱۲۳ خانواده حداقل یک فرزند مبتلا به یکی از اختلالات روان پزشکی مشاهده گردید که در این تعداد ۵۲ نفر پسر (۱۵٪) و ۷۱ نفر دختر (۲۰٪)، حداقل یک اختلال روان پزشکی دیده شد و شیوع اختلالات افسردگی شامل دیس تایمی (۲۳٪)، افسردگی اساسی (۸/۴٪) و افسردگی مینور (۵/۸٪) و شیوع اختلالات اضطرابی شامل اختلال اضطراب منتشر (۱۰/۱٪)، اختلال اضطراب جدایی (۱/۴٪) و اختلال وسواسی جبری (۴٪) اختلال هراس (۳/۲٪)، اختلال استرس پس از سانحه (۳/۲٪)، اختلال فوبی اجتماعی (۴/۳٪)، اختلال فوبی خاص (۲٪) و آگوروفوبیا (۱/۴٪) بود.

**نتیجه گیری:** هر چند شیوع انواع اختلالات افسردگی و اضطرابی تفاوت آماری معنی داری با گروه کنترل نداشت، ولی با توجه به شیوع بالاتر بعضی از اختلالات اضطرابی مانند اختلال اضطراب منتشر (Generalize Anxiety Disorder) و بعضی از علایم افسردگی، نیاز به بررسی بیشتر و اقدامات مشاوره، پیشگیری و درمانی در فرزندان جانبازان ضروری به نظر می رسد.

**کلید واژه ها:** شیوع؛ اختلالات اضطرابی؛ اختلالات افسردگی؛ کودک؛ شیراز، ایران.

نویسنده مسئول مکاتبات: دانشگاه علوم پزشکی شیراز، شیراز، ایران؛

آدرس پست الکترونیکی: mozafari.dr@gmail.com

تلفن: ۰۹۱۲۱۵۳۹۶۶۹

تاریخ پذیرش: ۸۸/۳/۲۶

تاریخ دریافت: ۸۸/۲/۱

## مقدمه

شیوع اختلالات روان‌پزشکی در کودکان و نوجوانان حدود ۱۰ تا ۲۰٪ می‌باشد. افسردگی با میزان بالایی در مجروحان جنگی دارای آسیب مغزی گزارش شده، که این خود می‌تواند مرتبط با برخی اختلالات روان‌پزشکی در فرزندان آنان باشد (۱). به نقل از آمار گزارش شده از بنیاد جانبازان در سال ۸۱، ۴۳۹۱۳۰ نفر جانباز نخاعی، شیمیایی، اعصاب و روان و قطع عضو در کشور وجود داشته‌اند که دارای ۲۰ هزار فرزند در سنین نوجوانی می‌باشند (۲). بنابراین با توجه به تعداد قابل توجه فرزندان آنان و ابعاد روان‌شناختی جانبازی، بررسی اختلالات روان‌پزشکی در آنان ضروری است. بین اختلالات اضطرابی پدر و اضطراب فرزندان رابطه‌ی معنی‌داری وجود دارد و کودکانی که دارای پدر مبتلا به اختلال اضطرابی هستند شانس ابتلا به اختلال اضطرابی در آن‌ها ۲/۳۳ برابر بیشتر است، به عبارت دیگر اضطراب در خانواده به صورت تجمعی وجود دارد و وجود اختلال اضطرابی در خانواده باعث افزایش احتمال ابتلای سایر اعضای خانواده به اختلالات خلقی و سوء مصرف مواد می‌گردد (۳). از طرف دیگر در معرض قرار گرفتن خشونت‌های نظامی شدید، باعث افزایش رفتارهای ضد اجتماعی و پرخاشگری در کودکان می‌شود (۴). در ضمن کودکانی که به‌طور مستقیم یا غیرمستقیم در معرض صحنه‌های جنگی می‌باشند، استرس‌ورهای گوناگونی را تجربه می‌کنند و بسیاری از آن‌ها واکنش‌های کوتاه‌مدت و بلندمدت پس از سانحه را نشان می‌دهند که شایع‌ترین علائم آن‌ها ترس، کرحتی، تحریک‌پذیری، کابوس، اجتناب از موقعیت‌های یادآور تروما، نقص در تمرکز و احساس گناه است (۵). هم‌چنین مواجهه با تروماهای جنگی به‌طور قابل ملاحظه‌ای با هر سه دسته علائم اختلال استرس پس از سانحه (PTSD) و علائم اضطرابی مرتبط است، به نظر می‌رسد این تأثیر با تعداد و شدت حوادث نیز ارتباط دارد (۵). پدرانی که در خانواده حضور دارند، ولی به دلایل مختلفی از جمله معلولیت و یا جانبازی قادر به ایفای نقش خود نمی‌باشند؛ اثرات نامطلوبی بر روی خانواده گذاشته که آن نیز اثرات مخرب بعدی را به دنبال خواهد داشت (۶). مردان بازمانده از جنگ ویتنام که مبتلا به اختلال استرس پس از سانحه بودند سطوح بالاتری از مشکلات خانوادگی را نشان داده که منجر به

ایجاد علایمی در فرزندان آنان از جمله اعتماد به نفس پایین و اختلالاتی شبیه والد خود شد (۷). مطالعه بر روی کودکانی که در مناطق جنگی زندگی می‌کردند، نشان داد که ۵۴٪ از کودکان دچار نوع شدید، ۳۳/۵٪ متوسط و ۱۱٪ نوع خفیف تا مشکوک، اختلال استرس پس از سانحه را دارا می‌باشند (۸). در این حال مواجهه با خشونت‌های خانگی با مشکلات برونی‌سازی رفتاری مرتبط است (۹). تحقیقات فوق مشخص نمود که جنگ و خشونت نظامی خطر علایم افسردگی و اختلالات اضطرابی نظیر اختلال استرس پس از سانحه و رفتار پرخاشگرانه را در نوجوانان افزایش می‌دهد. البته روابط خانوادگی خوب تأثیر منفی جنگ برای ایجاد خشونت در کودکان و رفتارهای ضد اجتماعی آنان را کم می‌کند (۴). میزان مواجهه با جنگ با شیوع اختلالاتی نظیر اختلال افسردگی اساسی (MDD)، اختلال اضطراب جدایی (SAD) و اختلال استرس پس از سانحه در دانش‌آموزان رابطه دارد (۱۰). فرزندان پدرانی که در جنگ اسیر شده‌اند، اضطراب، افسردگی و رفتارهای غیرطبیعی بیشتری نسبت به گروه کنترل را نشان دادند (۱۱، ۱۲). نتایج مطالعات فوق بیان‌گر شیوع بالای اختلالات روان‌پزشکی در نوجوانانی که به‌طور مستقیم یا غیرمستقیم در معرض جنگ بوده‌اند؛ می‌باشد و لذا با توجه به تعداد قابل توجه جانبازان کشور بررسی اختلالات روان‌پزشکی در فرزندان آنان ضروری است. هدف این مطالعه نیز تعیین شیوع اختلالات روان‌پزشکی در فرزندان جانبازان و مقایسه با گروه کنترل می‌باشد.

## روش بررسی

این مطالعه از دو قسمت تشکیل شده است. قسمت اول مطالعه، به صورت مقطعی جهت بررسی شیوع اختلالات اضطرابی و افسردگی در فرزندان جانبازان شهر شیراز می‌باشد، و قسمت دوم، مطالعه‌ی تحلیلی است که برای بررسی مقایسه شیوع اختلالات افسردگی و اضطرابی در فرزندان جانبازان شهر شیراز و گروه شاهد انجام گرفت. در این مطالعه فرزندان ۱۸-۱۲ ساله جانبازان ۷۰٪-۲۵٪ شهرستان شیراز از نظر اختلالات اضطرابی و افسردگی مورد بررسی قرار گرفتند، هم‌چنین گروه شاهد نیز از دانش‌آموزان مدارس شهرستان شیراز انتخاب و مطالعه بر روی

اختلال هراس (پانیک)، اختلال استرس پس از سانحه، اختلال فوبیای اجتماعی، اختلال فوبی خاص و آگوروفوبیا بوده است. تجزیه و تحلیل اطلاعات جمع آوری شده با استفاده از برنامه‌ی آماری SPSS و با استفاده از آمار توصیفی و تحلیلی انجام و از تست‌های تی، فیشر در موارد مناسب استفاده گردید.  $P < 0/05$  معنی دار تلقی شد.

### یافته‌ها

در این مطالعه ۲۲۳ جانباز مورد بررسی قرار گرفتند، که جمعاً دارای ۳۴۷ فرزند ۱۸-۱۲ ساله ۱۹۸ دختر (۵۷٪) و ۱۴۹ پسر (۴۳٪) بودند. شیوع کلی انواع اختلالات افسردگی و اضطرابی در فرزندان جانبازان مطابق جدول شماره ۱ می‌باشد.

جدول شماره ۱: شیوع اختلالات روان‌پزشکی در فرزندان ۲۰-۱۲ ساله‌ی جانبازان شهر شیراز

اختلال	تعداد	درصد
دیس تایمی	۸	۲/۳
اختلال افسردگی اساسی	۲۹	۸/۴
اختلال افسردگی مینور	۲۰	۰/۸
اختلال اضطراب منتشر	۳۵	۱۰/۱
اختلال اضطرابی جدایی	۵	۱/۴
اختلال وسواسی-جبری	۱۴	۴/۰
اختلال هراس	۱۱	۳/۲
اختلال استرس پس از سانحه	۱۱	۳/۲
اختلال فوبی اجتماعی	۱۵	۴/۳
اختلال فوبی خاص	۷	۲/۰
آگوروفوبیا	۵	۱/۴

برای تعیین مقایسه شیوع اختلالات افسردگی و اضطرابی در فرزندان جانبازان با جمعیت نرمال شهر شیراز، شیوع این اختلالات در فرزندان اول جانبازان با شیوع اختلالات فوق در گروه شاهد که دانش‌آموزان ۱۸-۱۲ ساله‌ی شهر شیراز بودند؛ مقایسه گردید (جدول شماره ۲).

آن‌ها انجام شد. ۳۸۵ نفر از جانبازان شهر شیراز به روش نمونه‌گیری تصادفی بر اساس لیست بنیاد جانبازان شهرستان شیراز انتخاب گردیدند. از میان این تعداد، ۲۲۳ جانباز دارای درصد جانبازی ۷۰٪-۲۵٪ بوده و به سؤالات پاسخ دادند. ۳۷ جانباز از شرکت در مطالعه صرف‌نظر کردند و پاسخی به سؤالات ندادند. ۴ جانباز فاقد فرزند، ۱۲۱ جانباز نیز دارای درصد جانبازی کمتر از ۲۵٪ بوده، که از مطالعه خارج شدند. از مجموع ۲۲۳ جانبازی که شرایط تحقیق را داشتند و به سؤالات پاسخ دادند، جمعاً ۳۴۷ فرزند اول تا چهارم آن‌ها تحت مصاحبه بالینی قرار گرفتند. هم‌چنین فرم اطلاعات جمعیت‌شناختی جهت ۲۲۳ جانباز مورد مطالعه تکمیل گردید (در فرزندان اول جانبازان ۹۷ پسر (۴۳/۵٪) و ۱۲۶ دختر (۵۶/۵٪) مصاحبه بالینی شدند). گروه شاهد نیز به صورت تصادفی از میان دانش‌آموزان مدارس نواحی چهارگانه شهرستان شیراز انتخاب گردید. از میان ۳۰۰ پرسشنامه‌ی چک لیست رفتاری کودک‌کان (Childhood Behavioral Checklist) CBCL و اطلاعات جمعیت‌شناختی که به دانش‌آموزان مدارس راهنمایی و دبیرستان ارسال شد، ۱۹۹ فرم جمعیت‌شناختی به همراه ۲۴۳ پرسشنامه‌ی مذکور تکمیل و عودت گردید که تعداد ۵ عدد از پرسشنامه‌ها به دلیل عدم تکمیل از مطالعه خارج شد. از این تعداد ۸۴ نفر (۵۴ دختر، ۳۰ پسر) دارای نمره‌ی بالاتر از یک انحراف معیار استاندارد در پرسشنامه CBCL بودند، که مورد مصاحبه بالینی قرار گرفتند. پرسشنامه اطلاعات جمعیت‌شناختی و پرسشنامه CBCL (۱۳، ۱۴)، که توسط والدین فرزندان گروه کنترل تکمیل می‌شد، چنان‌چه نمره کودک و نوجوان در هر بعد پرسشنامه بیش از یک انحراف معیار از میانگین اختلاف داشت؛ آن دانش‌آموز نیز تحت مصاحبه‌ی بالینی نیمه‌ساختار یافته قرار می‌گرفت. مصاحبه‌ی بالینی نیمه‌ساختار یافته بر اساس DSM-IV به وسیله‌ی K-SADS-PL که دارای روایی و پایایی کافی می‌باشد؛ انجام پذیرفت (۱۵). اختلالات روان‌پزشکی مورد بررسی در این پژوهش شامل: اختلال افسردگی اساسی، افسردگی مینور، دیس تایمی، اختلال اضطراب منتشر، اختلال وسواسی جبری،

جدول شماره ۲: مقایسه شیوع اختلالات فرزندان اول جانبازان با گروه کنترل

اختلال	گروه جانبازان n=223		گروه کنترل n=199	
	تعداد	درصد	تعداد	درصد
دیس تایمی	۵	۲/۲	۲	۱
اختلال افسردگی اساسی	۲۲	۹/۹	۹	۴/۵
اختلال افسردگی مینور	۱۴	۶/۳	۱۸	۹
اختلال اضطراب منتشر	۲۶	۱۱/۷	۱۴	۷
اختلال اضطرابی جدایی	۴	۱/۸	۰	۰
اختلال وسواسی-جبری	۱۲	۵/۴	۷	۳/۵
اختلال هراس	۸	۳/۶	۲	۱
اختلال استرس پس از سانحه	۷	۳/۱	۳	۱/۵
اختلال فوبی اجتماعی	۱۱	۴/۹	۱۶	۸
اختلال فوبی خاص	۱	۰/۴	۶	۳
آگوروفوبیا	۴	۱/۸	۱	۱/۲
حداقل یک اختلال روان پزشکی	۸۷	۳۹	۷۳	۳۶/۷

عدم همخوانی بین عدد مربوط به داشتن حداقل یک بیماری و مجموع تمام بیماری‌ها ناشی از توأم بودن بیماری‌ها می‌باشد. از ۲۲۳ خانواده جانباز که مورد مصاحبه قرار گرفتند، در ۱۲۳ خانواده (۵۵/۲٪) حداقل یک فرزند مبتلا به یکی از اختلالات فوق بود. فرزندان اول جانبازان ۵۲ پسر (۱۵٪) و ۷۱ دختر (۲۰٪)، حداقل یک اختلال روان پزشکی داشتند؛ که از نظر آماری این تفاوت بین دو گروه جنسی اختلاف معنی‌داری نداشت. هم‌چنین مقایسه انواع اختلالات افسردگی و اضطرابی در بین فرزندان اول دختر و پسر جانبازان با گروه شاهد انجام گردید که تنها اختلال افسردگی اساسی و اختلال اضطراب منتشر دارای ارتباط

معنی‌داری با یکدیگر بود ( $P < 0/001$ ). در دو گروه تعداد دختر و پسر و نیز توزیع سنی و میانگین آن‌ها از نظر آماری اختلاف معنی‌داری دیده نشد. هم‌چنین علایم کلیدی افسردگی نیز در فرزندان اول جانبازان با گروه کنترل مقایسه شد؛ که در فرزندان اول جانبازان بیشتر مشاهده گردید و این اختلاف معنی‌دار بود ( $P < 0/001$ ، جدول شماره ۳). فراوانی اختلالات افسردگی و اضطرابی در فرزندان جانبازانی که دچار آسیب شیمیایی شده بودند، در مقایسه با جانبازان بدون آسیب شیمیایی تفاوت معنی‌داری وجود نداشت.

جدول شماره ۳: بررسی شیوع علایم کلیدی افسردگی در فرزندان اول جانبازان و گروه کنترل

علایم	گروه هدف		گروه کنترل	
	تعداد	درصد	تعداد	درصد
خلق افسرده	۴۱	۱۸/۴	۲۳	۱۱/۶
تحریک‌پذیری	۴۹	۲۲	۱۶	۸
عدم لذت	۳۶	۱۶/۱	۲۶	۱۳/۱

## بحث

نتایج این پژوهش نشان می‌دهد، فرزندان دختر و پسر تقریباً به یک میزان (بدون اختلاف آماری) مورد مصاحبه قرار گرفتند. در

مجموع ۵۵/۲٪ از خانواده جانبازان حداقل از یک اختلال روان پزشکی رنج می‌برند که اختلال اضطراب منتشر و افسردگی اساسی بالاترین میزان را در بین اختلالات روان پزشکی داراست. هرچند اختلاف بین دو جنس از نظر آماری معنی‌دار نمی‌باشد،

مشاهده شده است (۱۷-۱۹). در بررسی شیوع علایم کلیدی اختلال افسردگی تحریک پذیری (۲۲٪) بالاترین میزان را نسبت به دیگر علایم کلیدی نشان داد که با یافته‌های قبلی و نیز DSM-IV مبنی بر این که در کودکان و نوجوانان علایم افسردگی بیشتر با خلق تحریک پذیر همراه است، هم‌خوانی دارد. از نقاط قوت مطالعه حاضر این است که برخلاف بسیاری از مطالعات قبلی از ابزارهای تشخیصی استفاده نشده است و پرسشنامه‌ای می‌باشد (۱۱)، در این مطالعه از ابزار تشخیصی مناسب کودکان و نوجوانان که روایی و پایایی آن قبلاً تأیید شده (۱۵)؛ استفاده گردیده است، هم‌چنین کودک و خانواده به صورت چهره به چهره مورد مصاحبه‌ی بالینی قرار گرفته‌اند. از محدودیت‌های این مطالعه نیز می‌توان گفت، که این مطالعه از میزان و نوع حمایت اجتماعی جانبازان و ارتباط آن با اختلالات روان‌پزشکی کودکان آن‌ها آگاه نبود؛ چرا که امکان تأثیر حمایت اجتماعی بر میزان آسیب‌پذیری آن‌ها وجود داشت. از طرفی این مطالعه به صورت مقطعی انجام شد و لذا تنها به بررسی شیوع پرداخته است و این مطالعه نمی‌تواند پاسخگوی علت و معلولی برای اختلالات مذکور در فرزندان جانبازان باشد. از نکات دیگری که باید به آن توجه نمود؛ این که مطالعه حاضر بر روی فرزندان جانبازان انجام شده است و این شامل کلیه کسانی که در جنگ شرکت داشته‌اند، نمی‌شود. از محدودیت‌های دیگر این مطالعه عدم کنترل بعضی عوامل مخدوش‌کننده از جمله وضعیت اجتماعی-اقتصادی خانوار و تحصیلات می‌باشد. هم‌چنین به دلیل پایین بودن میزان بسیاری از اختلالات ممکن است برخی از عدم تفاوت‌ها به دلیل خطای آماری نوع ۲ باشد.

ولی اختلال افسردگی اساسی در بین فرزندان پسر بیشتر است. در فرزندان جانبازان میزان اضطراب منتشر و افسردگی اساسی نسبت به سایر اختلالات بالاتر بوده و نسبت به گروه کنترل نیز افزایش قابل ملاحظه‌ای دارد. میزان اضطراب منتشر ۱۱/۷٪ و افسردگی اساسی ۹/۹٪ می‌باشد که نسبت به فرزندان کویتی که پدرانشان در جنگ خلیج فارس شرکت داشتند و میزان اضطراب و افسردگی آنان ۱۴٪ گزارش شده (۱۱) و هم‌چنین از میزان افسردگی کودکان آسیب دیده در جنگ بوسنی و هرزگوین (۲۲/۶٪) کمتر است؛ اما از نتایج پژوهش افروز مبنی بر بررسی رابطه‌ی میزان افسردگی فرزندان پسر جانبازان و نحوه‌ی ارتباط با پدرانشان (۷/۶٪) بالاتر نشان داد (۱۶). نتایج این تحقیق مشخص نمود که میان آسیب‌شیمیایی هم‌زمان پدر و شیوع اختلالات روان‌پزشکی تفاوت معنی‌داری وجود ندارد. هرچند ممکن است به‌نظر برسد فرزندان جانبازان در معرض میزان بالاتری از اختلال استرس پس از سانحه می‌باشند؛ اما مطالعه‌ی جاری نشان داد که در بین گروه کنترل و گروه جانبازان تفاوت معنی‌داری دیده نمی‌شود، که این یافته با مطالعه قبلی انجام گرفته بر روی کودکان کویتی که والدین آن‌ها در جنگ شرکت نموده بودند، نیز هم‌خوانی دارد (۱۱). مطالعه قبلی نشان داده است کودکان والدینی که در جنگ شرکت داشته‌اند از انطباق‌پذیری (Adjustment) بهتری نسبت به گروه کنترل برخوردار بوده‌اند (۱۱)، و این ممکن است با یافته‌های این مطالعه که نشان می‌دهد، اختلالات روان‌پزشکی بین فرزندان جانبازان و گروه کنترل اختلاف معنی‌داری ندارد، هم‌خوانی داشته باشد. البته لازم به ذکر است که در برخی مطالعات این یافته‌ها تأیید نگردیده، و بیان‌گر این می‌باشد که رفتارهای پرخاشگرانه بیشتری، در فرزندان افراد شرکت‌کننده در جنگ

## References:

1. Elliot R, Shew Chuck M. Social Support and Leisure Activities Following Severe Physical Disability: Testing the Mediating Effects of Depression. *Basic and Applied Social Psychology* 1995;16:471-487.
2. Radfar Sh, Dehghan H, Tavalayi SA, Modirian E. The Study of Mental Health of the 15-18 Year Old Children of Veterans. *Military Medicine* 1984 Autumn;7(3):203-209.
3. Hughes AA, Furr JM, Sood ED, Barmish AJ, Kendall PC. Anxiety, Mood, and Substance Use Disorders in Parents of Children With Anxiety Disorders. *Child Psychiatry Hum Dev* 2009 Feb;20. [Epub ahead of prin]
4. Qouta S, Punamäki RL, Miller T, El-Sarraj E. Does War Beget Child Aggression? Military Violence, Gender, Age and Aggressive Behavior in Two Palestinian Samples. *Aggress Behav* 2008 May-Jun;34(3):231-44.

5. Thabet AA, Abu Tawahina A, El Sarraj E, Vostanis P. Exposure to War Trauma and PTSD Among Parents and Children in the Gaza Strip. *Eur Child Adolesc Psychiatry* 2008 Jun;17(4):191-9.
6. Rezaeian H. Mohammadi MR. The Study on the Rate of Behavioral Disorders in Children of Iran-Iraq War Martyrs and Psychosomatic Wounded. The Third Symposium Articles of Studying the War Neuropsychiatric Side Effects. Tehran: Golban Pub; 2000. p. 15-27. [Text in Persian]
7. Davidson, Anne C, Mellor, David. Adjustment of Children of Australian Vietnam Veterans: Is There Evidence for the Transgenerational Transmission of the Effects of War-Related Trauma? *Australian and New Zealand journal of Psychiatry* 2001;35(3):345-351.
8. Qouta S, Punamäki RL, El Sarraj E. Prevalence and Determinants of PTSD Among Palestinian Children Exposed to Military Violence. *Eur Child Adolesc Psychiatry* 2003 Dec;12(6):265-72.
9. Malik NM. Exposure to Domestic and Community Violence in a Nonrisk Sample: Associations with Child Functioning. *J Interpers Violence* 2008 Apr;23(4):490-504. Epub 2008 Feb 13.
10. Karam EG, Fayyad J, Nasser Karam A, Cordahi Tabet C, Melhem N, Mneimneh Z, Dimassi H. Effectiveness and Specificity of a Classroom-Based Group Intervention in Children and Adolescents Exposed to War in Lebanon. *World Psychiatry* 2008;7(2):103-9.
11. Fawziyah A, Al-Turkait, Jude U Ohaeri. Psychopathological Status, Behavior Problems and Family Adjustment of Kuwaiti Children Whose Fathers Were Involved in the First Gulf War *Child Adolesc. Psychiatry Ment Health* 2008; 2:12. Published online 2008 May 29.
12. Mevludin Hasanović, Correction: Hasanović, et al. Psychological Disturbances of War-Traumatized Children From Different Foster and Family Settings in Bosnia and Herzegovina. *Croat Med J* 2006;47:85-94.
13. Mohammadi MR, E Tylor, E Fombonne. Prevalence of Psychological Problems Amongst Iranian Immigrant Children and Adolescents In UK. *Iran J Psychiatry* 2006;1(1):12-18.
14. Ghanizadeh A, Mosallaei S. Psychiatric Disorders and Behavioral Problems in Children and Adolescents with Tourette Syndrome. *Brain Dev* 2009 Jan;31(1):15-9. Epub 2008 Jun 16.
15. Ghanizadeh A, Mohammadi MR, Yazdanshenas A. Psychometric Properties of the Farsi Translation of the Kiddie Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia-Present and Lifetime Version. *BMC Psychiatry* 2006 Mar;15;6:10.
16. Afrooz Gh, Vismeh AA. Study of Correlation Between Depression of Veteran Sun's and the Pattern of Their Relationship With Fathers. *Journal of Psychology and Train Science* 2001;2:35-50. [Full Text in Persian]
17. Glenn DM, Beckham JC, Feldman ME, Kirby AC, Hertzberg MA, Moore SD. Violence and Hostility Among Families of Vietnam Veterans with Combat-Related Posttraumatic Stress Disorder. *Violence Vict* 2002 Aug;17(4):473-89.
18. Jordan BK, Marmar CR, Fairbank JA, Schlenger WE, Kulka RA, Hough RL, Weiss DS. Problems in Families of Male Vietnam Veterans with Posttraumatic Stress Disorder. *J Consult Clin Psychol* 1992 Dec;60(6):916-26.
19. MacDonald C, Chamberlain K, Long N, Flett R. Posttraumatic Stress Disorder and Interpersonal Functioning in Vietnam War Veterans: A Mediational Model. *J Trauma Stress* 1999 Oct;12(4):701-7.