

Developing and Validation of Post-Traumatic Growth Protocol for Iranian Veterans

Mohammad Javad Ahmadizadeh *, Mohammad Hossein Zarghami

Assistant professor, Behavioral sciences Research Center, Life style Institute, Baqiyatallah University of Medical Sciences, Tehran, Iran

Received: 20 July 2020 Accepted: 6 October 2020

Abstract

Background and Aim: Post-traumatic growth is a relatively new concept in psychology, and refers to the positive interpersonal changes that occur after a person is exposed to traumatic events. The purpose of this study is to develop and validate the post-traumatic growth protocol for war veterans.

Methods: This cross-sectional study was conducted in 2018. The statistical population included Iranian veterans of eight years of holy defense who referred to Tehran medical centers. 406 veterans from this community were selected by convenience sampling. Data was collected by the Tedeschi and Calhoun Post-Impact Growth Index (PTGI) and the demographic information questionnaire, then analyzed by SPSS-21 software. The protocol developed by the Appraisal of Guidelines for Research & Evaluation (AGREE) was reviewed by expert panels. Also, the content validity index (CVI) and Content Validity Relative (CVR) were calculated in this protocol.

Results: Protocol validation show 97.77% vision and goal, 91.66% stakeholder participation, 98.09% accuracy and methodology of formulation, 97.5% explanation and presentation, 96.66% usability, 100% editing independence. In the final evaluation section, 90% of experts recommended the use of this protocol. Also, the CVI was 94% and the CVR was 86%.

Conclusion: The results showed that the post-traumatic growth protocol designed for war veterans for 8 sessions and each session for 120 minutes has the appropriate validity and reliability and can be used by psychologists and experts to help the well-being of veterans.

Keywords: Post-Traumatic Growth, Veterans, Protocol.

تدوین و اعتباریابی پروتکل رشد پس از ضربه برای جانبازان ایرانی

محمد جواد احمدی زاده*، محمد حسین ضرغامی

استادیار، مرکز تحقیقات علوم رفتاری، پژوهشکده سبک زندگی، دانشگاه علوم پزشکی بقیه الله (عج)، تهران، ایران

چکیده

زمینه و هدف: رشد پس از ضربه مفهومی نسبتاً جدید در روانشناسی است، و به تغییرات درون فردی مثبتی که پس از مواجهه فرد با وقایع آسیب‌زا ایجاد می‌شود، گفته می‌شود. هدف پژوهش حاضر تدوین و اعتباریابی پروتکل رشد پس از ضربه برای جانبازان جنگ می‌باشد. **روش‌ها:** این پژوهش مقطعی در سال ۱۳۹۷ انجام شد. جامعه آماری شامل جانبازان هشت سال دفاع مقدس مراجعه‌کننده به مراکز خدمات درمانی تهران بودند. تعداد ۴۰۶ نفر از این جامعه به صورت نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند. ابزار اندازه‌گیری، پرسشنامه سنجش رشد پس از ضربه تدسچی و کالهنون (PTGI) و پرسشنامه اطلاعات جمعیت شناختی محقق ساخته بود و داده‌های جمع‌آوری شده با نرم‌افزار SPSS-21 تحلیل شد. سپس پروتکل تدوین شده به وسیله ابزار اعتباریابی پروتکل‌ها (AGREE) توسط اساتید متخصص این حوزه بررسی شد. همچنین شاخص روایی محتوا (CVI) و ضریب نسبی روایی محتوا (CVR) در این پروتکل محاسبه گردید. **یافته‌ها:** اعتبارسنجی پروتکل نشان داد که چشم‌انداز و هدف ۹۷/۷۷ درصد، مشارکت ذینفعان ۹۱/۶۶ درصد، دقت و متدولوژی تدوین ۹۸/۰۹ درصد، گویایی و ارائه ۹۷/۵ درصد، قابلیت به کارگیری ۹۶/۶۶ درصد، استقلال در ویرایش ۱۰۰ درصد بود. در بخش ارزیابی نهایی ۹۰ درصد متخصصان استفاده از این پروتکل را توصیه کردند. همچنین مقدار شاخص روایی محتوا (CVI) برابر با ۹۴ درصد و مقدار ضریب نسبی روایی محتوا (CVR) برابر است با ۸۶ درصد محاسبه گردید. **نتیجه‌گیری:** نتایج حاکی از آن بود که، پروتکل رشد پس از ضربه طراحی شده برای جانبازان ناشی از جنگ برای ۸ جلسه و هر جلسه به مدت ۱۲۰ دقیقه از اعتبار و روایی مناسب برخوردار بوده و برای استفاده روانشناسان و متخصصان این حوزه و کمک به بهزیستی جانبازان قابل استفاده می‌باشد.

کلیدواژه‌ها: رشد پس از ضربه، جانبازان، پروتکل.

*نویسنده مسئول: محمد جواد احمدی زاده. پست الکترونیک: mjahmadizadeh@yahoo.com

دریافت مقاله: ۱۳۹۹/۰۴/۳۰ پذیرش مقاله: ۱۳۹۹/۰۷/۱۵

مقدمه

رویدادها و حوادث مختلف بخش جدایی ناپذیر زندگی آدمی است. اما مطالعات انجام شده بیشتر بر پیامدهای منفی و اختلالات ناشی از این رویدادهای آسیب‌زا مثل؛ اختلال استرس پس از ضربه Posttraumatic Stress Disorder (PTSD) و روش‌های درمان آن متمرکز بوده‌اند (۴-۱). این اختلال براساس پنجمین ویرایش راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی (DSM-5) مواجهه با مرگ واقعی یا تهدید مرگ، جراحت جدی یا خشونت جنسی، از ملاک‌های اصلی تشخیص آن می‌باشد (۵). اگرچه اغلب مردم (۵۰ تا ۹۰٪) یک رویداد بسیار تنش‌زا را تا پایان عمر به یاد دارند ولی فقط ۸٪ در جمعیت عمومی به این اختلال مبتلای شونند (۶). شیوع این اختلال در افراد در معرض خطر از جمله نیروهای نظامی به دلیل ماهیت و شرایط شغلی بیش از مردم عادی گزارش شده است (۷). مطالعات انجام شده حاکی از آن است که حوادث و رویدادهای آسیب‌زا علاوه بر پیامدهای منفی می‌توانند پیامدهای روانی، اجتماعی و جسمی مثبت و سطوح مختلفی از رشد را برای فرد به دنبال داشته باشد (۱۰-۸). هر چند آگاهی از این موضوع ریشه تاریخی داشته و موضوع جدیدی نیست، ولی مطالعات تجربی در این حوزه سابقه طولانی ندارد (۱۱). در این ارتباط Tedeschi و Calhoun با مطالعه در این حوزه تغییرات مثبت ناشی از رویدادها و حوادث و تجربه ذهنی مثبت و تغییرات روانشناختی فرد در تقابل با رویدادها و حوادث به شدت چالش برانگیز را تحت عنوان، رشد پس از ضربه (Growth Posttraumatic) تعریف کرده و با هدف توصیف پایه‌های مفهومی آن با تکیه بر شواهد تجربی یک مدل نسبتاً جامع از رشد پس از ضربه ارائه دادند (۱۲). در این مدل، رشد پس از ضربه به عنوان یک فرایند مستمر و غیر مقطعی تعریف شده که پردازش شناختی، ویژگی‌های فردی و وقایع آسیب‌زا در آن نقش مهمی ایفا می‌کنند. به عبارت دیگر رشد پس از ضربه، تغییرات شخصی و روانشناختی مثبتی که پس از وقوع یک حادثه سخت در فرد ایجاد شده و نتیجه مقابله او علیه رویداد آسیب‌زا می‌باشد. شواهد نشان می‌دهد که این مفهوم به رغم وجود تفاوت در فرهنگ‌های مختلف و حتی خرده فرهنگ‌ها دارای ویژگی‌های منحصر به فردی است و اشتراکات آن، این مفهوم را به عنوان یک مفهوم جهانی مطرح می‌کند (۱۶-۱۳). یافته‌های پژوهشی حاکی از آن است که تغییرات مثبت ناشی از رشد پس از ضربه در حوزه‌های متعددی از جمله؛ افزایش ارزش زندگی، تغییر اولویت‌های زندگی، درک جدید از استعدادهای فردی، شناسایی روش‌ها و جهت‌های جدید در زندگی، بهبود و افزایش روابط نزدیک با دیگران و توسعه ابعاد معنوی زندگی رخ داده و به رشد ذهنی، سازماندهی مجدد و تصورات و مفروضات جدید در مورد جهان، خود، دیگران و افزایش بینش فرد منجر می‌شود. ذکر این نکته حائز اهمیت است که افراد این تغییرات مثبت را به عنوان نتیجه مستقیم حادثه گزارش می‌کنند (۱۴، ۱۶، ۱۷). در مجموع می‌توان این تغییرات مثبت را در

سه حوزه تقسیم بندی کرد: اول؛ تغییر در اولویت‌ها و اهداف زندگی، دوم؛ تغییر در روابط با دیگران، سوم؛ احساس قدرت درونی بیشتر (۱۸). یکی از نکات با اهمیت و مورد توجه پژوهشگران این حوزه، شناخت عواملی است که این نوع از تغییرات مثبت یا رشد را تسهیل می‌کند. در این زمینه دیدگاه‌های مختلفی وجود دارد از جمله اینکه؛ این تغییرات مثبت یا رشد را می‌توان از طریق مبارزه با یک رویداد بسیار استرس‌زا، تقویت افراد، خانواده و جوامع، کشف توانایی‌ها و استعدادهایی که قبلاً به رسمیت شناخته نشده و همچنین از استحکام روابط به دست آورد (۱۶). با توجه به اینکه مدل‌های مفهومی رشد پس از ضربه دربردارنده عوامل روانی اجتماعی و شناختی می‌باشد، و شواهد علمی از نقش این مولفه‌ها حمایت می‌کند. در فرآیند رشد پس از ضربه عوامل متعددی دخالت دارند، از جمله این عوامل سبک‌های دلبستگی فرد می‌باشد (۱۹، ۸). در این ارتباط مهرابی و همکاران (۲۰) با بررسی شیوه‌های مقابله‌ای و راهبرد های حل مسئله و کیفیت زندگی جانبازان مبتلا به اختلال استرس پس از ضربه به این نتیجه رسیدند که رشد پس از ضربه با تحصیلات، درصد جانبازی، دلبستگی اجتنابی، سبک مقابله با استرس مسئله مدار و کیفیت زندگی رابطه معناداری دارد. همچنین حیدرزاده و همکاران (۱۲) در ارتباط با حوزه‌ها و ابعاد رشد پس از ضربه به این نتیجه رسیدند که؛ همبستگی بین ابعاد رشد پس از ضربه "ارتباط با دیگران" و "معنویت" بیشتر از سایر ابعاد است. در مطالعه دیگری سیدمحمودی و همکاران (۸) نقش راهبردهای مقابله‌ای و خوش‌بینی در افزایش رشد پس از ضربه را بررسی و اظهار کردند؛ سبک‌های انطباقی در رشد پس از ضربه بیماران موثر و راهبردهای هیجان مدار و یا مسئله مدار در رشد و یا عدم رشد پس از ضربه می‌تواند موثر باشد. Lee و همکاران در مطالعه‌ای به بررسی حمایت اجتماعی و رشد پس از ضربه در میان دو گروه از جانبازان پرداخت. نتایج این مطالعه نشان داد که جانبازان مسن‌تر، رشد مثبت بیشتری را در حوزه‌های ارتباط با دیگران، قدردانی از زندگی و تغییرات معنوی گزارش کردند (۲۱).

از آنجایی که لزوم توجه بیشتر به بهداشت روان نیروهای نظامی جهت افزایش کیفیت زندگی و حمایت روانی، اجتماعی برای افزایش توانمندیهای آنها و پیشگیری از بروز پیامدهای سوء ناشی از مواجهه با رویدادهای آسیب‌زا می‌باشد. در این مسیر هرچه شناخت و درک ما از تغییراتی که پس از وقوع رویداد آسیب‌زا برای افراد بوجود می‌آید عمیق‌تر باشد، می‌توان خدمات را با کیفیتی بیشتر و تخصصی‌تر به آنها ارائه کرد. اما با نگاهی به مطالعات انجام شده در حوزه استرس در کشور ما، می‌توان پی برد که به جنبه‌های مثبت رویدادهای آسیب‌زا به اندازه جنبه‌های منفی آن توجه نشده است. لذا با توجه به گستردگی عوامل تسریع کننده رشد پس از ضربه و ضرورت تعیین عوامل موثر بر آن در جانبازان جنگ ۸ ساله عراق علیه ایران، در این مطالعه تدوین پروتکل اختصاصی رشد پس از ضربه متناسب با فرهنگ ایرانی به عنوان هدف انتخاب

تا با سنجش دقیق رشد پس از ضربه در جانبازان، همچنین بر مبنای وجه مثبتی که ممکن است رویدادهای آسیب‌زا برای نیروهای نظامی داشته باشد، از بروز پیامدهای سوء ناشی از ضربه‌های روانی و اختلالات ناشی از آن پیشگیری به عمل آید.

روش‌ها

این مطالعه یک پژوهش کمی و از نظر گردآوری داده‌ها پیمایشی است. جامعه‌ی آماری شامل جانبازان ایرانی جنگ ایران و عراق که به مراکز خدمات درمانی شهر تهران شامل: بیمارستان بقیه‌الله الاعظم (عج)، بیمارستان ۵۰۵ ارتش و همچنین سازمان ایثارگران نزا از مهر ماه تا آبان ماه سال ۱۳۹۷ مراجعه کرده بودند که از میان آنها ۴۰۶ نفر به صورت نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند. حجم نمونه لازم ۳۰۰ نفر برآورد شد ولی با در نظر گرفتن افزایش احتمال برآزش مدل‌های مفروض و همچنین روایی سازه از ۴۰۶ نمونه برای پژوهش اطلاعات جمع‌آوری گردید. ملاک‌های ورود پژوهش شامل: جانباز مرد ناشی از حضور در دوران هشت سال دفاع مقدس، سن آنها هنگام رویداد آسیب‌زا به ۱۸ سال رسیده باشد و تمایل به شرکت در پژوهش داشته باشند؛ ملاک‌های خروج نیز عدم تکمیل و ناقص بودن پرسشنامه بود.

ابزارهای پژوهش: الف- پرسشنامه رشد پس از ضربه (PTGI): این پرسشنامه در سال ۱۹۹۶ توسط تدسچی و کالهنون به منظور بررسی مفهوم رشد پس از ضربه طراحی شد. این ابزار ۲۱ گویه‌ی میزان رشد پس از ضربه را در ۵ حوزه؛ ۱- موقعیت‌های جدید ۲- قدرت شخصی ۳- ارتباط با دیگران ۴- تغییرات معنوی ۵- ارزش‌گذاری زندگی را می‌سنجد. براساس مقیاس ۶ درجه‌ای لیکرت نمره‌دهی می‌شود و نمره بیشتر نشان دهنده‌ی رشد پس از ضربه بیشتر است. ویژگی‌های روانسنجی این ابزار در سال ۱۳۹۲ توسط حیدرزاده و همکاران بر روی ۴۰۲ بیمار مبتلا به سرطان مورد بررسی قرار گرفت و برای جامعه‌ی ایرانی استاندارد شد (۱۲). ضرایب برای مولفه‌های مقیاس ۵ عامل اصلی $0.77 - 0.57$ و ضریب آلفای کرونباخ برای کل ابزار 0.87 می‌باشد (۸).

ب- پرسشنامه مشخصات دموگرافیک: از این پرسشنامه برای سنجش ویژگی‌های جمعیت‌شناختی، توسط پژوهشگر تنظیم شد. در این پرسشنامه: سن، جنسیت، تحصیلات، سابقه حضور در جبهه، میزان جانبازی، میزان درآمد، وضعیت مسکن و همچنین حمایت‌های صورت گرفته از جانبازان مورد بررسی قرار گرفت.

روش بررسی و نقد پروتکل: ابزار نقد و بررسی پروتکل (AGREE): این ابزار چارچوبی برای ارزیابی کیفیت راهنماها و پروتکل‌های ارائه‌کننده خدمات بالینی و بهداشتی فراهم می‌آورد. به منظور اطمینان از عدم وجود سوگیری‌های احتمالی در فرایند تولید و تدوین راهنمای بالینی و پروتکل، روایی داخلی و خارجی، دستورالعمل‌های تدوین شده و قابلیت اجرای دستورالعمل‌ها و نکات

ارائه شده می‌باشد. این ارزیابی شامل موارد زیر است: ۱- روش به کار گرفته شده ۲- محتوای توصیه شده نهایی توسط متخصصان ۳- عوامل موثر در بکارگیری توصیه‌های درمانی (۲۲). همچنین این ابزار به بررسی کیفیت جنبه‌های مختلف توصیه‌های درمانی ارائه شده می‌پردازد و احتمال موفقیت پروتکل در دستیابی به پیامدهای رفتاری موردنظر را بررسی می‌کند. برای سنجش و ارزیابی پروتکل‌ها و دستورالعمل‌هایی که به صورت بومی، ملی و یا بین‌المللی تهیه شده‌اند مناسب بوده و می‌تواند پروتکل‌های جدید، نسخه‌های بروز شده و نسخه‌های موجود قبلی را مورد ارزیابی قرار دهد. این ابزار به صورت جداگانه به سنجش معیارهای چشم‌انداز و هدف، مشارکت ذینفعان، دقت و کیفیت متدولوژی تدوین، گویایی و ارائه، قابلیت به‌کارگیری و استقلال در ویرایش پرداخته و بر اساس نمرات ارائه شده توسط هریک از ارزیابان نمره‌ای از ۱۰۰ برای هر یک از معیارها به دست می‌آورد (۲۳).

فرآیند اجرای پژوهش: در گام اول، برای شناخت بهتر و پایش نظری به مطالعه پیشینه مطالعات انجام شده و پروتکل‌های موجود با استفاده از مبانی نظری ارایه شده توسط تدسچی و همکاران (۱۴) برای تدوین پروتکل و تهیه پرسشنامه به‌عنوان ابزار سنجش این مولفه مورد استفاده قرار گرفت. در گام دوم، پس از بررسی‌های کارشناسی مراکز خدمات درمانی تهران ۳ مرکز به عنوان هدف پژوهش انتخاب و اقدام به جمع‌آوری اطلاعات از طریق توزیع پرسشنامه مربوط و مصاحبه کوتاه با هر یک از جانبازان صورت گرفت. پس از توضیح تحقیق و اهداف آن برای جانبازان، در صورت رضایت و تمایل به همکاری ایشان، پرسشنامه تکمیل می‌شد. در گام سوم؛ داده‌های حاصل از پرسشنامه‌ها تحلیل و بر این اساس اصول ابتدایی پروتکل‌های موجود، تدوین پروتکل آغاز گردید. پروتکل با هدف بهبود پنج عامل اصلی رشد از نظریه تدسچی و همکاران شامل: ۱- موقعیت‌های جدید ۲- قدرت شخصی ۳- ارتباط با دیگران ۴- تغییرات معنوی ۵- ارزش‌گذاری به زندگی طراحی گردید. گام چهارم بررسی پروتکل به‌وسیله ابزار اعتبارسنجی AGREE بود که برای این کار ابتدا پروتکل را به جزئی‌ترین بخش‌های ساخته شده تقسیم کرده که ۹۸ گویه را تشکیل داد. این ۹۸ گویه براساس ابزار اعتبار سنجش مورد ارزیابی ۱۰ نفر از متخصصان روانشناس در حوزه‌های روانشناسی بالینی، روانشناسی سلامت، روانسنجی و همچنین درمانگران در حوزه تروما و استرس قرار گرفت و نتایج تحلیل و بررسی گردید. در گام پنجم، نکات به دست آمده از مرحله قبل در پروتکل اعمال شد و نسخه نهایی مجدداً مورد بررسی متخصصان قرار گرفت و نمرات ابزار اعتبار سنجش محاسبه و بررسی گردید. در گام آخر پرسشنامه سنجش ضریب نسبی روایی محتوا (CVR) و شاخص روایی محتوا (CVI) برای بررسی توسط متخصصان تکمیل (۲۴) و بازخوردها در پروتکل نهایی اعمال گردید.

نتایج

این پروتکل از ۸ جلسه یک و نیم ساعته تشکیل و برای درمان گروهی حداکثر با ۱۵ نفر شرکت کننده طراحی شده است. درمانگر باید به تکنیک های شناخت درمانی و مبانی گروه درمانی و درمان ذهن آگاهی مسلط باشد.

هدف کلی این پروتکل تعیین، تعریف و بهبود ارائه خدمات روانشناختی حرفه ای مرتبط با سلامت روان و بهزیستی جانبازان و تمرکز بر نیاز های واقعی جانبازان تحت تاثیر ضربه و سانحه است. خلاصه جلسات درمانی پروتکل رشد پس از ضربه در جدول ۱- به اختصار ذکر شده است.

تجزیه و تحلیل داده ها: در تحلیل داده های پژوهش از آمار توصیفی (فراوانی و درصد فراوانی) استفاده شد. داده ها به کمک نرم افزار SPSS-21 مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. همچنین از جداول ابزار بررسی اعتبار پروتکل AGREE استفاده گردید.

ملاحظات اخلاقی: با رعایت تمامی موارد مطرح شده در بیانیه Helsinki (۲۵) اعم از کسب رضایت آگاهانه، توضیح اهداف پژوهش، اختیاری بودن شرکت در پژوهش، حق خروج از مطالعه، پاسخ به سوالات و در اختیار قرار دادن نتایج پژوهش در صورت تمایل انجام شد و به شرکت کنندگان اطمینان داده شد تمامی اطلاعات محرمانه مانده و نتایج به صورت کلی ارزیابی و تحلیل شد.

جدول-۱. موضوعات جلسات درمان

جلسه	موضوع
۱	آموزش های روانشناختی و عادی سازی واکنش های احساسی
۲	کمک به بهبود و راحتی ابراز احساسات مهار شده و ارتباطات افراد
۳	آموزش و تمرین مهارت های خود تنظیمی احساسات
۴	بررسی ترس ها و نگرانی ها حول محور مشکلات و معلولیت ها و خاطرات جنگ
۵	تلاش برای ایجاد تعادل بین سود و زیان های ناشی از جنگ و جانبازی
۶	ساخت و برنامه ریزی یک هدف و مسیر منسجم و جدید در زندگی
۷	توسعه و پیشبرد ارزش ها و اولویت های جدید در زندگی
۸	تعریف و تعیین اهداف جدید و اهداف مهم در زندگی

سنجش شاخص روایی محتوا (CVI) چهار گزینه "غیرمرتبط"، "نیاز به بازبینی جدی"، "مرتبط اما نیاز به بازبینی" و "کاملاً مرتبط" قرار داده شد (۲۶). داده های جمع آوری شده در جدول-۲ آمده است.

در بخش سنجش میزان روایی پروتکل، در سنجش ضریب نسبی روایی محتوا (CVR) و شاخص روایی محتوا (CVI) ابتدا تمام بخش ها و گویه های پروتکل را جداسازی شد. برای سنجش ضریب نسبی روایی محتوا (CVR) از سه گزینه "ضروری است"، "مفید است ولی ضرورتی ندارد" و "ضرورتی ندارد" و برای

جدول-۲. جدول سنجش شاخص های روایی و نمرات به دست آمده توسط متخصصین

CVI					CVR				
میانگین	مجموع	مجموع امتیاز	مجموع امتیاز	مجموع	مقدار	مجموع امتیاز	مجموع	مجموع	مجموع
مقدار	امتیاز	"مرتبط"	"مرتبط"	امتیاز	میانگین	"غیرضروری"	امتیاز	"ضروری"	گویه ها
CVI	"کاملاً"	بازبینی	بازبینی جدی"	"غیرمرتبط"	CVR	"مفید"	غیرضروری	گویه	
	مرتبط"	جزئی"	"	"					
۰/۹۴۸	۶۹۹	۴۷	۳۱	۷	۰/۸۶۴	۵	۴۸	۷۳۱	۹۸

گرفت که نتایج به طور جداگانه در جداول قرار گرفته است. در جدول-۳ نتایج مربوط با معیار چشم انداز و هدف را مشاهده می کنید.

با توجه به اطلاعات جدول-۳ نمره استاندارد مربوط به معیار چشم انداز و هدف پروتکل ۹۷/۷۷ درصد می باشد.

در جدول-۴ شماره به بررسی اعتبار پروتکل از نظر معیار مشارکت ذینفعان پرداخته شده است.

بر اساس نتایج مندرج در جدول-۲ مقدار شاخص روایی محتوا (CVI) برابر با ۹۴ درصد می باشد که بر طبق جدول این پروتکل دارای روایی استاندارد می باشد و همچنین مقدار ضریب نسبی روایی محتوا (CVR) برابر است با ۸۶ درصد که طبق جدول میزان روایی بر اساس تعداد متخصص، ضریب نسبی روایی محتوا نیز به میزان استاندارد و قابل قبول می باشد.

برای سنجش میزان اعتبار پروتکل توسط ابزار AGREE هر یک از ۶ مولفه به طور جداگانه مورد بررسی ۱۰ متخصص قرار

با توجه به اطلاعات جدول ۷-نمره استاندارد مربوط به قابلیت بکارگیری ۶۹/۶۶ درصد می باشد.
 در جدول ۸- شماره به بررسی اعتبار پروتکل از نظر استقلال در ویرایش پرداخته شده است
 با توجه به اطلاعات جدول ۸-نمره استاندارد مربوط به استقلال در ویرایش ۱۰۰ درصد می باشد.
 در انتها تمامی ارزیاب ها، استفاده از پروتکل رشد پس از ضربه را توصیه نمودند (۹۰٪ اکیداً توصیه نمودند و ۱۰٪ مشروط به اجرای تغییرات جزئی توصیه نمودند). پس از ارزیابی نهایی نکاتی که توسط ارزیاب ها مطرح گردید با مشورت خبرگان و متخصصان همکار در طرح لحاظ گردید. بر اساس نتایج در ابعاد مختلف اعتبارسنجی پروتکل رشد پس از ضربه، موافقت ۹۶/۹۴٪ ارزیابان به دست آمد.

با توجه به اطلاعات جدول ۴-نمره استاندارد مربوط به معیار مشارکت ذینفعان ۹۱/۶۶ درصد می باشد.
 در جدول ۵- شماره به بررسی اعتبار پروتکل از نظر دقت و کیفیت متدولوژی تدوین پرداخته شده است.
 با توجه به اطلاعات جدول ۵-نمره استاندارد مربوط به دقت و کیفیت متدولوژی تدوین ۹۸/۰۹ درصد می باشد.
 در جدول ۶- شماره به بررسی اعتبار پروتکل از نظر گویایی و ارائه پرداخته شده است.
 با توجه به اطلاعات جدول ۶-نمره استاندارد مربوط به گویایی و ارائه ۹۷/۵ درصد می باشد.
 در جدول ۷- شماره به بررسی اعتبار پروتکل از نظر قابلیت بکارگیری پرداخته شده است.

جدول ۳- چشم انداز و هدف (معیار ۳-۱)

معیار	هدف یا اهداف اصلی پروتکل به طور مشخص بیان شده اند.	پرسش یا پرسش های بالینی که در پروتکل به آنها پرداخته شده است به طور مشخص بیان شده اند.	بیمارانی که پروتکل به آنها پرداخته است به وضوح توصیف شده اند (توصیف دقیق جامعه هدف).	جمع
۴۰	۳۸	۴۰	۱۱۸	
نمره استاندارد بخش	$x = \frac{88}{90} = 97/77$		استاندارد نمره = $\frac{(\text{نمره کسب شده} - \text{حداقل نمره ممکن})}{(\text{حداکثر نمره ممکن} - \text{حداقل نمره ممکن})}$	

جدول ۴- مشارکت ذینفعان (معیار ۴-۷)

معیار	افرادی از کلیه گروه های تخصصی مرتبط در گروه تدوین پروتکل مشارکت داشته اند.	به دیدگاه ها و خواسته های بیماران توجه شده است.	کاربران اصلی پروتکل به روشنی مشخص شده اند.	پروتکل در گروه کاربران اصلی پیش آزمون شده است.	جمع
۳۸	۳۹	۴۰	۳۳	۱۵۰	
نمره استاندارد بخش	$x = \frac{110}{120} = 91/66$		استاندارد نمره = $\frac{(\text{نمره کسب شده} - \text{حداقل نمره ممکن})}{(\text{حداکثر نمره ممکن} - \text{حداقل نمره ممکن})}$		

جدول ۵- دقت و کیفیت متدولوژی تدوین (معیار ۵-۸)

معیار	در جستجوی شواهد از روش های نظام مند استفاده شده است	معیار های انتخاب شواهد به روشنی بیان شده اند	روش های به کار رفته در تدوین توصیه ها به روشنی بیان شده اند	در تدوین توصیه ها و دستورالعمل ها به فواید سلامتی، عوارض جانبی و خطرات احتمالی توجه شده است	بین هر توصیه و دستورالعمل و شواهد حمایت کننده آن ارتباط آشکار وجود دارد	پروتکل پیش از انتشار توسط خارج از گروه تدوین بررسی شده است	مسیری برای به روز رسانی پروتکل ارائه شود	جمع
۴۰	۳۹	۳۹	۴۰	۳۸	۴۰	۴۰	۲۷۶	
نمره استاندارد بخش	$x = \frac{206}{210} = 98/09$		استاندارد نمره = $\frac{(\text{نمره کسب شده} - \text{حداقل نمره ممکن})}{(\text{حداکثر نمره ممکن} - \text{حداقل نمره ممکن})}$					

جدول-۶. گویایی و ارائه (معیار ۱۵-۱۸)

معیار	توصیه ها و دستورالعمل ها مشخص و بدون ابهام باشد	گزینه‌های مختلف مراقبت و درمان بیماری به روشنی بیان شده اند	توصیه ها و دستورالعمل های کلیدی به خوبی مشخص شده اند	همراه پروتکل ابزاری برای تسهیل به کارگیری آن ارائه شده است	جمع
	۳۸	۳۹	۴۰	۴۰	۱۵۷
نمره استاندارد بخش	$x = \frac{117}{120} = 97/5$				
	$\text{استاندارد نمره} = \frac{(\text{نمره کسب شده} - \text{حداقل نمره ممکن})}{(\text{حداکثر نمره ممکن} - \text{حداقل نمره ممکن})}$				

جدول-۷. قابلیت به کارگیری (معیار ۱۹-۲۱)

معیار	موانع ساختاری احتمالی به کارگیری توصیه ها و دستورالعمل ها بحث شده اند	هزینه های احتمالی به کارگیری توصیه ها و دستورالعمل ها مورد توجه قرار گرفته است	شاخص های کلیدی برای پایش و یا نظارت بر اجرای پروتکل ارائه شده اند	جمع
	۳۹	۴۰	۳۸	۱۱۷
نمره استاندارد بخش	$x = \frac{87}{90} = 96/66$			
	$\text{استاندارد نمره} = \frac{(\text{نمره کسب شده} - \text{حداقل نمره ممکن})}{(\text{حداکثر نمره ممکن} - \text{حداقل نمره ممکن})}$			

جدول-۸. استقلال در ویرایش (معیار ۲۲-۲۳)

معیار	پروتکل از نظر ویرایشی از ساختار تامین کننده هزینه ها مستقل است	تعارض منافع احتمالی اعضای گروه تدوین پروتکل ثبت شده است	جمع
	۴۰	۴۰	۸۰
نمره استاندارد بخش	$x = \frac{60}{60} = 100$		
	$\text{استاندارد نمره} = \frac{(\text{نمره کسب شده} - \text{حداقل نمره ممکن})}{(\text{حداکثر نمره ممکن} - \text{حداقل نمره ممکن})}$		

بحث

مطالعات انجام شده حاکی از اثربخشی حمایت اجتماعی و ارتباط با دیگران بر رشد پس از ضربه با نتایج حاصل از این مطالعه همسو می‌باشد (۳۰-۳۷). این منابع حمایت می‌توانند رسمی و یا غیررسمی باشند. منابع حمایتی غیررسمی شامل: دوستان، خانواده و گروه‌های اجتماعی و منابع حمایتی رسمی شامل متخصصان و سازمان‌هایی مانند پزشکان، مراکز مذهبی و بهداشتی می‌باشند. در خانواده‌های خویشاوند و غیرخویشاوند، حمایت اجتماعی می‌تواند از طریق خانواده، بستگان، دوستان، همسایگان، همکاران، مراکز مذهبی، باشگاه‌ها و سازمان‌های اجتماعی به دست آید (۳۱). نظریه رشد پس از ضربه کالهن و تدسچی در حمایت از این یافته به این نکته اشاره می‌کند؛ افرادی که قادر به اشتراک گذاشتن تجارب با دیگران هستند و در جستجوی حمایت محسوس هستند به احتمال بیشتری رشد پس از ضربه را تجربه می‌کنند (۳۲). نتایج یافته‌های پژوهشی دیگر حمایت اجتماعی را به عنوان یک پیش نیاز رشد شخصی برای مقابله و سازگاری موثر نسبت به بحران‌های زندگی باشد. با این وجود، برخی پژوهش‌های دیگر بین حمایت اجتماعی و رشد پس از ضربه به رابطه‌ای دست نیافتند (۳۳-۳۶). در مجموع

هدف این مطالعه تدوین و اعتباریابی پروتکل رشد پس از ضربه برای جانبازان هشت سال دفاع مقدس بود. نتایج حاکی از آن بود که پروتکل تهیه شده برای رشد پس از ضربه جانبازان ایرانی جنگ هشت ساله عراق علیه ایران از روایی و پایایی مناسب برخوردار بوده و دارای قابلیت استفاده بالینی می‌باشد. این پروتکل به صورت جداگانه به بهبود هر ۵ بعد رشد پس از ضربه شامل: ارتباط با دیگران، یافتن اولویت‌های جدید در زندگی، توانایی‌های شخصی، رشد معنوی و قدردانی از زندگی می‌پردازد. یافته‌های این پژوهش نشان داد؛ حوزه "ارتباط با دیگران" در جانبازان کمتر از سایر مولفه‌ها رشد یافته بود. لذا افزایش توانایی ارتباط جانبازان با خانواده، دوستان و سایر افراد مهم زندگی‌شان و همچنین مدیریت و حل مسئله هر آن چیزی که سبب شکل‌گیری ارتباط موثر بود از اهداف مهم تدوین پروتکل رشد پس از ضربه قرار گرفت. با توجه به اینکه رشد پس از ضربه در هر پنج مولفه رشد داشته است، بیشترین میزان رشد در مولفه ارتباط با دیگران و کمترین میزان رشد در مولفه رشد معنویت بود. نتایج به دست آمده با نتایج

می توان این گونه بیان کرد که حفظ ارتباطات اجتماعی به خصوص افراد آسیب دیده با یکدیگر و گفتگو در مورد جزئیات ضربه و همچنین خاطرات پیرامون آن خود سبب افزایش مکالمه و تحکیم ارتباط، همدلی و حتی همدردی شده که این خود نقش حمایت کننده داشته و به کاهش میزان استرس در فرد از طریق عادی سازی این حوزه کمک می کند، به گونه ای که فرد با برقراری ارتباط با دیگر افرادی که ضربه ای مشابه را تجربه کرده اند متوجه این موضوع می شود که خود تنها نیست که به این مشکل دچار شده است و این در فرآیند پذیرش و ورود به مراحل بعدی پردازش که از الزامات رشد پس از ضربه است بسیار موثر است. در فراتحلیل انجام شده توسط Prati و Pietranton (۳۷) به این نتیجه دست یافتند که خوش بینی، حمایت اجتماعی، معنویت، مقابله پذیرش، مقابله ارزیابی مجدد، مقابله مذهبی و مقابله به دنبال حمایت اجتماعی با رشد پس از ضربه بزرگسالان ارتباط دارد و نتایج دیگر اینکه سن و جنسیت تعدیل کننده معناداری برای رشد پس از ضربه محسوب شده به طوری که مقابله های معنوی برای افراد مسن تر و زنان مفیدتر است. مولفه بعدی یافتن اولویت های جدید در زندگی که Martz و همکاران (۳۸) در تأیید نتایج به دست آمده از این پژوهش عنوان کردند؛ هر چقدر میزان ضربه شدید تر بوده و موقعیت ها، اهداف و شرایط پیشین بیشتر دستخوش تغییر شود؛ فرد تلاش بیشتری در جهت یافتن اولویت ها و اهداف جدی می کند. به همین سبب با توجه به تأثیراتی که جانبازی و معلولیت های ناشی از آن اعم از مشکلات حرکتی و محدودیت ها، مشکلات تنفسی و پوستی و همچنین مشکلات حوزه اعصاب و روان سبب تغییرات بسیاری در اهداف، اولویت ها و توانایی های جانبازان می شود. تدسچی و همکاران (۱۴) همسو با نتایج پژوهش حاضر بیان کردند؛ پس از ضربه فرد دچار نشخوارهای فکری شده که پس از گذشت زمان به شکل گیری طحاره های جدید در فرد می انجامد. طحاره های جدید یعنی جهان بینی جدید و نگاه تازه به زندگی که خود به صورت خودکار سبب تغییر در اولویت های زندگی فرد می شود. مولفه دیگر، رشد در توانایی های شخصی است که در مطالعه Maercker و Zoellner (۳۹) نشانه های رشد پس از ضربه را افزایش میزان قدرشناسی از زندگی، تنظیم اصول و مبانی جدید برای زندگی، احساس قدرت شخصی، تعیین و تشخیص توانایی های جدید، گسترش و بهبود روابط صمیمی و یا تغییرات مثبت روانی عنوان می کنند. در تبیین نتایج می توان استنباط کرد که گذر از ضربه به معنای گذر از مانعی است که فرد توانایی گذر از آن را در خود نمی بیند، به همین جهت از نظر روانی برای فرد ضربه محسوب می شود. زمانی که فرد بتواند از ضربه عبور کند و به آرامش روانی برسد به طوری که تفکر منطقی فرد فعال شده و بتواند به بررسی موقعیت بپردازد و به این نتیجه برسد که توانایی های فردی خود را دست کم گرفته است. در حالی که تجربه حاصل از ضربه به او نشان می دهد توانایی های فردی او بیش از

برآورد خودش است. ضربه به دلیل تغییراتی که در یافتن اولویت های جدید در فرد ایجاد می کند فرد را وادار به ورود به حوزه هایی از توانایی های خود می کند که هیچ گاه به آن توجه نکرده است. لذا، ایجاد محدودیت ها و کمبودهای حاصل از جانبازی سبب می شود فرد در جهت یافتن توانایی های جدید تلاش کند تا بتواند محدودیت های حاصل شده را جبران نماید.

بر اساس نتایج به دست آمده در دو مولفه دیگر نسبت به سایر مولفه های رشد پس از ضربه رشد کمتری را شاهد بودیم. درخصوص مولفه قدردانی از زندگی، برخی پژوهشگران از جمله Shaw و همکاران (۴۰) و تدسچی و کالهن معتقدند؛ وقتی یک فرد در اثر یک رویداد آسیبزا به اختلال استرس پس از ضربه مبتلا می شود، در سه حیطة تفسیر از خود، تعاملات بین فردی و فلسفه زندگی می تواند "موجب ایجاد یا یافتن معنا در زندگی شود". در همین ارتباط، نشانه های رشد پس از ضربه را می توان در تغییر در ارتباط یعنی ارتباط بیشتر با دیگران، تغییر در امکانات جدید، تغییر در توانایی فردی، تغییر در هویت، تغییراتی در معنای زندگی و اساس معنوی زندگی و تغییراتی در درک از زندگی شامل ظهور تغییر در برخی از نظام باورهای فرد معرفی شده است. همچنین مطالعات (۲۷،۲۱) درخصوص بررسی تأثیرات رشد پس از ضربه نتایج این پژوهش مبنی بر اینکه مولفه قدردانی از زندگی در رشد پس از ضربه دستخوش تغییرات مثبت می شود، همسو می باشد. در این ارتباط می توان بیان کرد، زمانی که فرد در شرایط آسیبزا قرار می گیرد و در برخی موارد تا مرحله از دست دادن جان خود پیش می رود تا جایی که زندگی خود را مشروط به عبور از آن شرایط دشوار می داند. پس از قرار گرفتن در شرایط با ثبات و عبور از مخاطرات ناشی از ضربه نسبت به نعمت های زندگی و اصل زندگی قدردان تر می شود.

آخرین مولفه که کمترین میزان رشد را در بین مولفه های رشد پس از ضربه در جانبازان دفاع مقدس داشته است، معنویت است. این مولفه نیز در جانبازان رشد داشته اما مقدار آن نسبت به دیگر مولفه ها در سطح پایین تری بود. علت را می توان در سطح بالای معنویت رزمندگان پیش از تجربه رویداد آسیبزا دانست، و اینکه سطوح معنویت رزمندگان در زمان دفاع مقدس بالا بوده است، تغییرات رشد در حوزه معنویت کمتر از دیگر مولفه های رشد پس از ضربه بود. به طور کلی اکثر مطالعات یک رابطه مثبت معناداری بین رشد پس از ضربه، بهزیستی، کیفیت زندگی و معنویت را نشان می دهند (۴۵-۴۱،۳۸) ولی در مطالعه حیدرزاده و همکاران (۱۲) که مولفه معنوی از بالاترین رشد برخوردار بود، با نتایج این مطالعه ناهمسو بود.

برای جمع بندی نتایج می توان گفت پروتکل با محتوای رشد پس از ضربه برای جانبازان ۸ سال دفاع مقدس حاوی آموزش های روانی، تکنیک ها و مهارت هایی می باشد و سنجش اعتبار و روایی پروتکل خود، گویای این دستاورد می باشد. در حوزه رشد پس از

توسعه تحقیقات بالینی بیمارستان بقیه الله (عج)، سازمان اینترگران نراجا کمال تشکر و قدردانی را به عمل آورد. این مقاله مستخرج از طرح تحقیقاتی مصوب در ۹۶/۶/۲۰ در دانشگاه بقیه الله (عج) بوده و با کد اخلاق (IR.BMSU.REC.1396.234) به تصویب رسیده است.

نکات بالینی کاربردی برای جوامع نظامی

- رشد پس از ضربه یکی از راهکارهای مفید است که می‌تواند در زمینه کمک به نیروهای نظامی و توجه به وجه مثبت جنگ تحمیلی برای جانبازان در معرض حوادث آسیب‌زا مورد استفاده قرار گیرد.
- شناسایی ابعاد رشد پس از ضربه و میزان رشد این ابعاد و شناسایی نقاط ضعف و خلاءهای موجود در حوزه‌های مختلف رشد پس از ضربه در جانبازان.
- تمرکز پژوهش‌های انجام شده در مورد پیامدهای اختلالات مربوط به رویدادهای آسیب‌زا باید به سمت پیشگیری از بروز این اختلالات با اجرای پروتکل‌ها و راهنماهای رشد پس از ضربه هدایت شود.

نقش نویسندگان: همه نویسندگان در ارائه ایده و طرح

اولیه، جمع‌آوری داده‌ها، تکمیل پرسشنامه‌ها، مصاحبه با بیماران، تحلیل و تفسیر داده‌ها و نگارش اولیه مقاله یا بازنگری آن سهیم بودند و با تایید نهایی مقاله حاضر، مسئولیت دقت و صحت مطالب مندرج در آن را می‌پذیرند.

تضاد منافع: نویسندگان تصریح می‌کنند که هیچ‌گونه تضاد

منافی در مطالعه حاضر وجود ندارد.

منابع:

1. Lancaster LC, Teeters JB, Gros FD, Back ES. Posttraumatic Stress Disorder: Overview of Evidence-Based Assessment and Treatment. *J Clin Med*. 2016; 5(11): 105 doi:10.3390/jcm5110105
2. Quiroga CV, Binfaré LF, Rudnicki T, de Lima Argimon II. Rumination and social support as predictors of posttraumatic growth in women with breast cancer: a systematic review. *Psicooncología investigación clínica biopsicosocial en oncología*. 2018; 15(2):301-14
3. Watkins EL, Sprang RK, Rothbaum OB. Treating PTSD: A Review of Evidence-Based Psychotherapy Interventions *Front Behav Neurosci*. 2018; 12:258. doi:10.3389/fnbeh.2018.00258
4. Ahmadizadeh MJ, Rezaei M. Unilateral right and bilateral dorsolateral prefrontal cortex transcranial magnetic stimulation in treatment post-traumatic stress disorder: A randomized controlled study. *Brain research bulletin*. 2018;140:334-40. doi:10.1016/j.brainresbull.2018.06.001

ضربه در جامعه ایرانی این پروتکل به صورت کاملا اختصاصی و صورت بندی شده برای این اختلال و همچنین برای این نمونه یعنی جانبازان می‌پردازد. یکی از محدودیت‌های این مطالعه مشکلات کار در محیط‌های نظامی و مشکلات مربوط به درصدهای جانبازی و کمیسیون‌های پزشکی در همکاری و پاسخ به سوالات احتمال تاثیر گذار بود. همچنین استفاده از نمونه در دسترس از دیگر محدودیت‌های این مطالعه بود. در نهایت با توجه به اینکه رشد پس از ضربه همانند اکثر مباحث علوم انسانی وابسته به فرهنگ بوده و به صورت جهان‌شمول در همه جوامع، فرهنگ‌ها، سازمان‌ها و شرایط به‌طور یکسان صدق نمی‌کند و ممکن است برداشت‌های متفاوتی از این مفهوم وجود داشته باشد. پیشنهاد می‌شود مطالعات آتی با در نظر گرفتن محدودیت‌های این مطالعه جهت بررسی دقیق‌تر پروتکل رشد پس از ضربه، این برنامه را بر گروه‌های مختلف از نظر نوع ضربه یا آسیب، جنس، فرهنگ مورد اجرا قرار گیرد.

نتیجه‌گیری

ایجاد راهنمای کار بالینی مدون (پروتکل) سبب توجه برنامه‌ریزان سازمان‌های نظامی به‌منظور ارائه خدمات بهتر به جانبازان و توجه دقیق‌تر و واقع‌بینانه‌تر درمانگران و پیشگیری از ابتلا نظامیان به جنبه‌های منفی موقعیت‌های آسیب‌زای جنگی مثل اختلال استرس پس از ضربه از طریق طراحی مداخلات روانی و اجتماعی بر مبنای یافته‌های پژوهش حاضر خواهد شد.

تشکر و قدردانی: بدین‌وسیله نویسندگان بر خود لازم

می‌دانند از کارکنان درمانگاه و معاونت پژوهش و فن‌آوری (واحد

5. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5). American Psychiatric Pub; 2013. doi:10.1176/appi.books.9780890425596
6. Sadock B, Ruiz P. Kaplan & Sadock's synopsis of psychiatry: behavioral sciences. Walters Kluwer; 2015.
7. Ahmadizadeh M J, Ahmady K, Anisi J. The Effectiveness of Problem Solving and Prolonged Exposure Therapy Methods and a Combination of Both on the Adjustment of Veterans Suffering from War-Related Post-Traumatic Stress Disorder. *J Mil Med*. 2012; 14 (3):178-185.
8. Seyed Mahmoudi SJ, Rahimi C, Mohamadi N, Hadiyan Fard H. Increased post traumatic growth over time and its relation to coping styles and optimism in people with HIV-positive. *Iranian journal of Psychological Achievements (Educational Sciences and Psychology)*. 2010;17(2):165-86
9. Elderton A, Berry A, Chan C. A systematic review of posttraumatic growth in survivors of interpersonal

- violence in adulthood. *Trauma, Violence, & Abuse*. 2017;18(2):223-36. doi:10.1177/1524838015611672
10. Tedeschi RG, Calhoun LG. The Posttraumatic Growth Inventory: Measuring the Positive Legacy of Trauma. *Journal of Traumatic Stress*. 2011; 9: 455-471. doi:10.1002/jts.2490090305
11. Affleck G, Tennen H. Construing benefits from adversity: Adaptational significance and dispositional underpinnings. *Journal of Personality*. 1996; 64:899-922 doi:10.1111/j.1467-6494.1996.tb00948.x
12. Heydarzadeh M, Rasouli M, Mohamadi Shahbalaghi F, Alavi Majid H, Mirzaei H, Tahmasebi M. Validation of the Persian version of the Posttraumatic Growth Inventory in patients with cancer. *Payesh*. 2015;14(4):467-73
13. Weiss T, Berger R. Posttraumatic growth and culturally competent practice: Lessons learned from around the globe. John Wiley & Sons; 2010. doi:10.1002/9781118270028
14. Tedeschi RG, Calhoun LG. Posttraumatic growth: Conceptual foundations and empirical evidence. *Psychological inquiry*. 2004;15(1):1-8. doi:10.1207/s15327965pli1501_01
15. Calhoun LG, Cann A, Tedeschi RG, McMillan J. A correlational test of the relationship between posttraumatic growth, religion, and cognitive processing. *Journal of Traumatic Stress: Official Publication of the International Society for Traumatic Stress Studies*. 2000;13(3):521-7. doi:10.1023/A:1007745627077
16. Kanako K, Calhoun L, Tedeschi R, Gil-Rivas V, Kilmer R, Cann A. Examining posttraumatic growth among Japanese university students. *Anxiety, Stress & Coping*. 2008;20:353-367. doi:10.1080/10615800701295007
17. Seyed Mahmoudi SJ, Rahimi C, Mohamadi N, Hadiyan Fard H. Increased post traumatic growth over time and its relation to coping styles and optimism in people with HIV-positive. *Iranian journal of Psychological Achievements (Educational Sciences and Psychology)*. 2010; 17(2):165-86
18. Affleck G, Tennen H. Construing benefits from adversity: Adaptation significance and dispositional underpinnings. *Journal of Personality*. 2012; 64: 899-922. doi:10.1111/j.1467-6494.1996.tb00948.x
19. McElheran M, Briscoe-Smith A, Khaylis A, Westrup D, Hayward C, Gore-Felton C. A conceptual model of post-traumatic growth among children and adolescents in the aftermath of sexual abuse. *J. Counseling Psychology Quarterly*. 2012; 25(1): 73-82. doi:10.1080/09515070.2012.665225
20. Mehrabi H, Norouzi S, Mirzaei G, Kazemi H. An investigation the relationship between post traumatic growth and attachment styles, stress coping styles & quality of life in veterans with post-traumatic stress disorder. *Nurse and physician in War*. 2014; 2(4):153-61
21. Lee H, Mason D, Holden B, Adams Guardiola, Jr MSW L, Buetikofer E. Social Support and Post Traumatic Growth (PTG) among OEF-OIF and America Korean War Veterans: A Mixed Research Study. *International Journal of Humanities and Social Science*. 2015; 5:8.
22. Agree C. Appraisal of guidelines for research & evaluation (AGREE) instrument. The AGREE Collaboration (end). 2001.
23. Brouwers MC, Kho ME, Browman GP, Burgers JS, Cluzeau F, Feder G, et al. AGREE II: advancing guideline development, reporting and evaluation in health care. *Can Med Assoc J*. 2010;182(18):E839-42. doi:10.1503/cmaj.090449
24. Hajizadeh E, Asghari M. Methods and statistical analysis by looking at the research method in biotechnology and health sciences. Iran: Jahad daneshgahi; 2015.
25. Organization WMAGBOTWH. World Medical Association Declaration of Helsinki. Ethical principles for medical research involving human subjects. 2001; 79(4):373.
26. Cafaro V, Iani L, Constantine M, Di Leo S. Promoting post-traumatic growth in cancer patients: A study protocol for a randomized controlled trial of guided written disclosure. *Journal of health psychology*. 2019;24(2):240-53. doi:10.1177/1359105316676332
27. Waugh A, Kiemle G, Slade P. What aspects of post-traumatic growth are experienced by bereaved parents? A systematic review. *European journal of psych traumatology*. 2018; 9(1):1506230. doi:10.1080/20008198.2018.1506230
28. Calhoun LG, Todeschini RG. Facilitating posttraumatic growth: A clinician's guide. *Rutledge*; 1999. doi:10.4324/9781410602268
29. Tanriverd D, Savas E, Can G. Posttraumatic growth and social support in Turkish patients with cancer. *Asian Pacific Journal of Cancer Prevention*. 2012; 13(9):4311-4. doi:10.7314/APJCP.2012.13.9.4311
30. Bhat RM, Rangaiah B. The impact of conflict exposure and social support on posttraumatic growth among the young adults in Kashmir. *Cogent Psycholog*. 2015;2(1):1000077. doi:10.1080/23311908.2014.1000077
31. Strozier AL. The effectiveness of support groups in increasing social support for kinship caregivers. *Journal of Children and Youth Services Review*. 2012; 34(4):876-881. doi:10.1016/j.childyouth.2012.01.007
32. Calhoun L, Tedeschi R. The foundations of posttraumatic growth: An expanded framework. In L. G. Calhoun, & R. G. Tedeschi (Eds.), *Handbook of posttraumatic growth* (pp. 3_23). Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates. 2006.
33. Kilmer RP, Gil-Rivas V. Exploring posttraumatic growth in children impacted by Hurricane Katrina: Correlates of the phenomenon and developmental considerations. *Child Development*. 2010;81:1211-1227. doi:10.1111/j.1467-8624.2010.01463.x
34. Park S. Exposure to community violence and aggressive beliefs in adolescents: Role of posttraumatic growth and developmental resources. *Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences and Engineering*. 2006;67(3-B):1732.
35. Powell S, Rosner R, Butollo W, Tedeschi R, Calhoun L. Posttraumatic growth after war: A study with former refugees and displaced people in

- Sarajevo. *Journal of Clinical Psychology*. 2003;59: 71-83. doi:10.1002/jclp.10117
36. Schmidt SD, Blank TO, Bellizzi KM, Park CL. The relationship of coping strategies, social support, and attachment style with posttraumatic growth in cancer survivors. *Journal of health psychology*. 2012; 17(7): 1033-1040. doi:10.1177/1359105311429203
37. Prati G, Pietrantonio L. Optimism, social support and coping strategies as factors contributing to posttraumatic growth: A meta-analysis. *Journal of Loss and Trauma*. 2009;14:364-388. doi:10.1080/15325020902724271
38. Martz E, Livneh H, Southwick SM, Pietrzak RH. Posttraumatic growth moderates the effect of posttraumatic stress on quality of life in US military veterans with life-threatening illness or injury. *Journal of psychosomatic research*. 2018. doi:10.1016/j.jpsychores.2018.03.004
39. Zoellner T, Maercker A. Posttraumatic growth in clinical psychology- A critical review and introduction of a two component model. *Clinical Psychology Review*. 2006;26:626-653. doi:10.1016/j.cpr.2006.01.008
40. Shaw S, Joseph S, Alex Linley P. Religion, spirituality, and posttraumatic growth: a systematic review. *Mental Health, Religion & Culture*. 2005;8(1):1-11. doi:10.1080/1367467032000157981
41. Sinclair S, Booker R, Fung T, Raffin-Boucha S, Enns B, Beamer K, et al. Factors associated with post-traumatic growth, quality of life, and spiritual well-being in outpatients undergoing bone marrow transplantation: a pilot study. *Oncology Nursing Forum*. 2016(43). doi:10.1188/16.ONF.772-780
42. Gesselman AN, Bigatti SM, Garcia JR, Coe K, Cella D, Champion VL. Spirituality, emotional distress, and posttraumatic growth in breast cancer survivors and their partners: an actor-partner interdependence modeling approach. *Psycho-Oncology*. 2017; 26(10):1691-9. doi:10.1002/pon.4192
43. Turner JK, Hutchinson A, Wilson C. Correlates of post-traumatic growth following childhood and adolescent cancer: A systematic review and meta-analysis. *Psycho-oncology*. 2018;27(4):1100-9. doi:10.1002/pon.4577
44. Milam JE, Ritt-Olsen A, Tan S, Unger JB, Nezami E. The September 11th 2001 terrorist attacks and reports of posttraumatic growth among a multi-ethnic sample of adolescents. *Traumatology*. 2005; 11: 233-246. doi:10.1177/153476560501100404
45. Augustine J. Predictors of posttraumatic growth among adult tsunami survivors: The role of employment, religion, and family attributes. *Journal of Social Service Research*. 2014;40(4):491 doi:10.1080/01488376.2014.894368