

Metodebeskrivelse til Afghanistan-undersøkelsen 2020

Gjennomføring av undersøkelsen

Konstruksjon av spørreskjema

Undersøkelsens spørreskjema ble satt sammen av prosjektgruppen etter innspill fra ulike fageksperter. Veteranorganisasjonene fikk også mulighet til å komme med innspill til innholdet i undersøkelsen, samt at de rekrutterte 17 veteraner som deltok i en pilotundersøkelse med påfølgende mulighet til å gi tilbakemelding på undersøkelsens form og innhold. Flere justeringer ble gjort som følge av innspill fra disse eksterne samarbeidspartnerne.

Populasjon

Hele populasjonen av Afghanistan-veteraner fra 2001 til 2020 ble inkludert i studien. Forsvarets personell- og vernepliktssenter identifiserte personellet som var registrert med tjeneste for Norge i Afghanistan før utsending av undersøkelsen. Datainnsamlingen ble gjennomført fra 24. september til 24. november 2020.

Prosedyre

Undersøkelsen ble gjennomført i fire trinn. Først fikk alle registrerte Afghanistan-veteraner en invitasjon med informasjon om undersøkelsen per post. Deretter fikk alle tilsendt første lenke til spørreundersøkelsen i sin digitale postkasse. (Altinn, Digipost eller eBoks). For å nå lenken måtte de logge på med sin BankID. I trinn tre fikk de som ikke hadde fullført undersøkelsen en påminnelse på SMS. De som ikke var ansatt i Forsvaret fikk i tillegg tilsendt sin personlige spørreskjema-lenke direkte i denne påminnelsen. De som var ansatt i Forsvaret måtte fremdeles logge seg inn med BankID for å nå sin lenke. Årsaken til denne forskjellen var sikkerhetsmessige vurderinger fra Forsvarets sikkerhetsavdeling. Trinn fire var en ny påminnelse, på samme måte som i trinn tre.

Datalagring

Datainnhenting ble gjort via Conformat, som hadde rammeavtale med Forsvaret om innhenting av bl.a. helseopplysninger. Den enkelte person fikk et løpenummer (anonymisering) i denne databasen som senere kunne kobles til personnummer i Forsvarets helseregister (FHR). Den enkeltes svar ble lagret fortløpende slik at respondenter som avbrøt undersøkelsen underveis fikk sine svar registrert, samt at det var mulig å starte opp igjen der man slapp dersom man måtte fullføre undersøkelsen senere. FHR oppfyller lovkravene for sikker behandling av personopplysninger, og tilfredsstillende det nye personvernregelverket i Europa (General Data Protection Regulation - GDPR). Datainnsamlingen bruker norsk server, og prosedyrer for innsamling og lagring av data er i tråd med anbefalinger fra Forsvarets sikkerhetsavdeling. Helsepersonell eller befal uten tilknytning til FHR har ikke tilgang til dette registeret. Forskere kan søke om å få utlevert avidentifiserte opplysninger på gruppenivå. Alle

data ble lagret i FHR, som er regulert gjennom egen forskrift (<https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2005-09-02-1010>).

Beredskap

Det ble tatt høyde for at noen av deltakerne kunne oppleve reaksjoner/ forverring av symptomer eller økt erkjennelse av at man var i behov for helsehjelp. Prosjektet brukte Nasjonal militærmedisinsk poliklinikk (NMP) som kontaktpunkt dersom deltakerne skulle være i behov for helsehjelp. NMP kunne gjøre vurderinger og yte helsehjelp, eller evt. henvise til lokale, sivile helsetjenester (evt. militært der det var tilgjengelig). Deltakerne fikk også kontaktdetaljer til prosjektleder og verneombud. Denne informasjonen ble nedtegnet i følgeskrivet til undersøkelsen. Kontaktdetaljer til prosjektleder og verneombud var også synlig på siste side av spørreskjemaet, før deltakerne avsluttet undersøkelsen. Da deltakerne avsluttet undersøkelsen ble de videresendt automatisk til hjemmesiden til NMP (<https://forsvaret.no/afghanistan-2020>). Der var kontaktdetaljene til NMP synlig på nytt, samt informasjon om Forsvarets helsetilbud til veteraner.

Insentiver for å delta i undersøkelsen

Prosjektet kjøpte inn 30 nettbrett til utlodning blant de som besvarte undersøkelsen. De som ville være med i trekningen ble bedt om å markere dette på siste side i undersøkelsen.

Samtykke og godkjenninger

Alle deltakere måtte gi informert samtykke for å delta. De som anga at de ikke ønsket å delta, fikk ikke ytterligere henvendelser om å besvare undersøkelsen. Undersøkelsen ble godkjent av Forsvarets sanitets forskningsråd og Regional komite for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (REK; saksnummer 33032).

Spørsmål og kartleggingsinstrumenter

Alle mål på helseplager i Afghanistan-undersøkelsen 2020 baserer seg på selvrapporing. Helseplager kan variere over et spekter fra veldig lite plagsomt/veldig sjeldent til svært plagsomt/svært ofte. Alle slike måleinstrumenter opererer derfor med terskelverdier for å indikere hvorvidt symptomene antas å være på et nivå hvor de medfører vesentlig plage for personen. I denne studien har vi bestemt disse terskelverdiene basert på tidligere forskning og før vi analyserte data, for å øke nøytraliteten i tolkningene av våre resultater.

Demografiske variabler

Undersøkelsen inneholdt innledningsvis spørsmål om demografiske forhold. Ett av disse var spørsmålet om man sluttet i Forsvaret etter tjenesten i Afghanistan eller om man gikk ut i det sivile. Det ble også spurt om utdanning, hovedkilde til livsopphold og samlivsstatus. For øvrig ble følgende variabler hentet fra P3/Forsvarets helseregister for hele populasjonen: alder, kjønn, antall

deployeringer i Afghanistan totalt, og totalt antall måneder deployert (både i Afghanistan og generelt i internasjonale operasjoner).

Alvorlige hendelser under tjeneste i Afghanistan

I denne undersøkelsen ble eksponering for alvorlige hendelser registrert gjennom en traume-indeks som etterspurte et bredt utvalg av opplevelser samsvarende med definisjonen av traumatisk eksponering, slik beskrevet av diagnostiske retningslinjer for posttraumatisk stresslidelse (PTSD). Indeksen består av 20 spørsmål med svaralternativene; «Ikke opplevd» (1), «Opplevd 1-2 ganger» (2), «Opplevd 3-12 ganger» (3), «Opplevd 13-50 ganger» (4) og «Opplevd 50+ ganger» (5). Mulig sumskåre vil dermed spenne fra 20 til 100. Disse 20 spørsmålene var fordelt på 5 ulike typer alvorlige hendelser, spesifikt; Personlig Trussel, Aktive Stridshandlinger, Vitnehendelser, Personlig Tap og Moralske utfordringer. På denne måten registrerte man både farebaserte opplevelser slik som å bli angrepet av fienden, samt ikke-farebaserte hendelser slik som å overvære lidelse og død hos andre eller moralske utfordringer. Denne indeksen ga anledning til å rapportere antall traumatiske hendelser man hadde vært utsatt for under tjenesten i Afghanistan, og man kunne dermed undersøke gjentatt eksponering for alvorlige hendelser. Traume-indeksen i Afghanistan-undersøkelsen 2020 er tredje versjon av en indeks som tidligere er brukt i Afghanistan-undersøkelsen 2012 og i UNIFIL-undersøkelsen 2016 (1, 2). Den ble utviklet og revidert av prosjektgruppen for denne studien. Tre av de ikke-farebaserte spørsmålene er hentet fra Moral Injury Event Scale (MIES; 3).

Psykiske helseplager

Posttraumatic Symptom Scale (PTSS-10; 4): I denne undersøkelsen brukte vi PTSS-10 for å fange opp generelle stressplager/ tilpasningsforstyrrelse. Instrumentet består av 10 utsagn som måler vanlige psykiske stressreaksjoner/symptomer. Svarformatet er 1-7, der 1 tilsvarer «Aldri/sjelden» og 7 «Meget ofte». I dette utvalget viste instrumentet utmerket intern konsistens ($\alpha = 0,91$). Studier har vist at en sumskåre på 35 eller over på PTSS-10 gir en god indikasjon på klinisk signifikante stressplager (5, 6). Vi benyttet derfor sumskåre 35 eller mer for å kategorisere klinisk signifikante generelle stressplager i denne undersøkelsen. PTSS-10 har god reliabilitet og validitet (5), og ble utviklet i en norsk befolkning.

Hospital Anxiety and Depression Rating Scale (HADS; 7): I denne undersøkelsen benyttet vi HADS for å fange opp både depresjon og angstlidelse. HADS er et mye brukt selvutfyllingskjema for angst og depresjon, og består av 14 påstander som respondenten må ta stiling til. Hvert ledd på HADS skåres fra 0 til 3, med ulike svaralternativer for hvert enkelt ledd. For leddene 1, 3, 5, 6, 8, 10, 11 og 13 er svaralternativene reversert, og påstandene negativt formulert. For disse leddene reverseres skåren. Minimumsskåren for hele skalaen er 0, mens maksimumsskåren er 42. I dette utvalget viste instrumentet god intern konsistens ($\alpha = 0,88$). Instrumentet er todelt, slik at syv ledd måler angst (HADS-A), mens de syv resterende leddene måler depresjon (HADS-D). Disse subskalaene har vist seg å være gode indikatorer for henholdsvis depresjon og angstlidelse når de, slik som i denne undersøkelsen, brukes hver for seg (8). På subskalaene kan man få en skåre fra 0-21. En subskala sumskåre på 8-10 indikerer milde plager, 11-15 indikerer moderate plager, og 16 eller over indikerer alvorlige plager (7). I denne undersøkelsen har vi kategorisert klinisk signifikant depresjon eller

angstlidelse som en skåre på 11 eller mer. Man har funnet at HADS har god reliabilitet og validitet i norsk befolkning **(9)**.

Posttraumatic Stress Disorder Checklist (PCL-5; 10): I denne undersøkelsen brukte vi PCL-5 for å fange opp posttraumatisk stresslidelse (PTSD). PCL-5 er et selvutfyllingsinstrument som består av 20 spørsmål svarende til DSM-5-kriterier for lidelsen PTSD. I dette utvalget viste instrumentet utmerket intern konsistens ($\alpha = 0,95$). PCL-5 har fire subskalaer som korresponderer med hver av symptomkategoriene for PTSD i DSM-5. Hvert spørsmål skåres fra 0 – «slett ikke» til 4 – «svært mye». Vi brukte U.S. Department of Veteran Affairs/National Center for PTSDs retningslinjer for bruk av PCL-5 i kategoriseringen av hvorvidt respondenter tilfredstilte symptomkriteriene for PTSD (<https://www.ptsd.va.gov/professional/assessment/adult-sr/ptsd-checklist.asp>). Instrumentet ble knyttet opp til militære hendelser i Afghanistan, og var bare tilgjengelig for respondenter som rapporterte eksponering for belastende hendelser i tjenesten. PLC-5 har vist god reliabilitet og validitet i en norsk befolkning **(11)**.

Insomnia Severity Index (ISI; 12): I denne undersøkelsen benyttet vi ISI for å fange opp søvnproblemer av en slik grad at de tilsvarer klinisk insomni. ISI er et selvutfyllingsskjema som måler søvn og søvnrelaterte problemer gjennom syv spørsmål som skåres fra 0 til 4, med ulike svaralternativer for hvert spørsmål. I dette utvalget viste instrumentet god intern konsistens ($\alpha = 0,87$). Minimumsskåren for skalaen er 0, mens maksimumsskåren er 28. Tidligere studier (**f.eks. 13**), gir ISI et normgrunnlag for følgende grenseverdier: 0–7 (ingen søvnevansker), 8–14 (grensetilfelle), 15–21 (moderat søvnforstyrrelse) og 22–28 (alvorlig søvnforstyrrelse). I denne undersøkelsen har vi kategorisert sumskårer på 15 eller mer som klinisk signifikante søvnproblemer. ISI har vist seg å ha god reliabilitet og validitet på tvers av flere kulturelt ulike populasjoner **(14)**.

Alcohol Use Disorder Identification Test (AUDIT; 15): I denne undersøkelsen benyttet vi AUDIT for å fange opp skadelig/bekymringsfull alkoholbruk. Dette selvutfyllingsskjemaet er utviklet av Verdens helseorganisasjon (WHO) for kartlegging av alkoholproblemer i primærhelsetjenesten, og er omfattende brukt. AUDIT inneholder 10 spørsmål, der 8 spørsmål skåres fra 0 «aldri/1–2 enheter» til 4 «nesten daglig/fire ganger i uken eller mer/10 eller flere enheter», mens 2 spørsmål skåres med 0 «nei», 2 «ja, men ikke ilt. det siste året» eller 4 «ja, i løpet av det siste året». I dette utvalget viste instrumentet akseptabel intern konsistens ($\alpha = 0,72$). Følgende grenseverdier benyttes vanligvis for tolkning av sumskåre på instrumentet: 0–7 (sone I), 8–15 (sone II), 16–19 (sone III) og 20–40 (sone IV) **(16)**. Sone refererer i denne sammenhengen til grovinndeling av drikkemønster slik indikert av AUDIT-skåre. I denne undersøkelsen har vi kategorisert en sumskåre på 16 eller mer som indikasjon på klinisk signifikant alkoholbruk **(17)**. AUDIT har god reliabilitet og er validert i norske populasjoner **(18)**.

Kroppslige helseplager

Spørsmål om kroppslige helseplager ble hentet fra Helseundersøkelsen i Nord-Trøndelag (HUNT-4), og ble der utviklet for å kartlegge selvrapporterte kroppslige helseplager i en større populasjon. Plager i ulike organsystemer ble dekket gjennom følgende fire spørsmål: 1. Muskel- og skjelettplager: «Har du vært plaget med smerter i muskler og ledd sammenhengende i minst 3 måneder?». 2. Mage- og tarmplager: «Har du vært plaget med smerter eller ubehag fra magen de

siste 12 måneder?». 3. Hodepine: «Har du vært plaget med hodepine det siste året?». 4. Fysisk utmattelse/fatigue: «Kjenner du deg vedvarende utmattet/sliten?». Spørsmålene hadde svaralternativene «Ja» eller «Nei», og ble brukt som selvstendige indikatorer for kroppslige helseplager (altså ikke som gruppevariabler).

Mild traumatisk hjerneskade (mTBI)

The Brief Traumatic Brain Injury Screen (BTBIS; 19): I denne undersøkelsen benyttet vi BTBIS for å identifisere mulig mild traumatisk hjerneskade (mTBI). Instrumentet er utviklet for bruk blant militært personell, og er mye benyttet i undersøkelser som gjøres av amerikanske Veterans Affairs (VA) og Department of Defence (DoD). Dette screeninginstrumentet består av tre ledd som fanger opp henholdsvis; en sannsynlig hodeskade som kan føre til mTBI, bevissthetsforandringer som følge av denne skademekanismen, og til sist om man har vedvarende mTBI symptomer (f.eks hukommelsesproblemer, balanseproblemer eller svimmelhet) på undersøkelsestidspunkt. En person som har utslag på de to første leddene av BTBIS betraktes som å screene positivt for mTBI (**20**), men endelig diagnose kan først stilles ved klinisk undersøkelse. De psykometriske egenskapene til BTBIS er ikke godt etablert, og prediktiv validitet for mTBI ved klinisk undersøkelser er ennå usikker. Foruten BTBIS utformet forskningsgruppen følgende to spørsmål for å fange opp potensielle mTBI-symptomer som BTBIS ikke dekket; 1. «(Har/er du for tiden...) Sensitiv for skarpt lys?», 2. «(Har/er du for tiden...) Problemer med å finne ord når jeg snakker?».

Livskvalitet/-tilfredshet

Satisfaction With Life Scale (SWLS; 21): I denne undersøkelsen benyttet vi SWLS for å få en indikasjon på livskvalitet/livstilfredshet blant veteranene. Selvutfyllingsinstrumentet består av fem utsagn som besvares på en skala fra 1 «Helt uenig» til 5 «Helt enig». I dette utvalget viste instrumentet utmerket intern konsistens ($\alpha = 0,92$). Nivåer av livstilfredshet kan beregnes med bakgrunn i følgende normering: verdier under 9 = svært lav, mellom 10-19 = lav, mellom 20-24 = gjennomsnittlig, mellom 25 og 30 = høy og over 31 = svært høy (**22**). Skalaen har vist seg å ha god reliabilitet og validitet på tvers av flere kulturelt ulike populasjoner, og er oversatt og validert til norske forhold (**23**). I tillegg ble det lagt inn ett spørsmål fra HUNT4 om livstilfredshet: «Når du tenker på hvordan du har det for tiden, er du stort sett fornøyd med tilværelsen eller er du stort sett misfornøyd?» (HUNT-4. spm. 48). I Afghanistan-undersøkelsen 2012 (**1**) målte man livskvalitet på samme måte som i HUNT-studiene. Der brukte man en 7 punkts likert-skala istedenfor 5. Analyser av endring i livskvalitet fra 2012 til 2020 ble derfor gjort ved sammenlikne standardskårer (z-skåre).

Øvrig

Preferanser ved behov for helsehjelp for psykiske plager: Afghanistan-undersøkelsen 2012 (**1**) viste at veteranene i svært liten grad foretrekker offentlige distriktpsikiatriske sentre (DPS) dersom de skulle ha behov for helsehjelp for psykiske helseplager. Det er uheldig at så få av veteranene har tillit til hjelp fra den behandlingsressursen med størst kapasitet. Gjennom Regjeringens handlingsplan for veteraner er det gjennomført tiltak som kan ha endret på dette. Vi stilte derfor samme spørsmål nå åtte år senere: «Hvis du en gang i fremtiden skulle ha behov for helsehjelp mot psykiske plager, hvem vil du da helst ha hjelp av?». Svaralternativene var som følger: 1. «Fastlege», 2. «Militærlege», 3.

«Psykiatrisk poliklinikk/DPS», 4. «Prest eller annen åndelig veileder», 5. «Forsvarets stressmestringsteam», 6. «Andre».

Statistiske analyser

Analyser ble gjennomført med SPSS 27 (24) og R 4.1.0 (25). Plan for hvilke analyser som skulle gjennomføres ble forhåndsregistrert på The Open Science Framework (OSF) sin nettportal (<https://osf.io/w7kq5/>). Under utviklingen av rapporten ble kapittelinnndelingen noe modifisert. I tillegg ble det innført en analyse der vi vektet forekomst av psykiske helseplager basert på frafallsdata i 2020-utvalget, mens den planlagte vektingen av 2012- og 2020-data basert på sykmeldingsdata utgikk. Betydningen av potensiell overhyppighet av psykisk sykdom blant de som ikke svarte ble i stedet drøftet i diskusjonsdelen, der det også ble presentert et tentativt estimat basert på sykmeldingsdata frem til 2012.

Hovedmålet med rapporten var å kartlegge helsetilstanden blant Afghanistan-veteranene ved å estimere forekomst av ulike helseplager. De fleste analysene er derfor av deskriptiv art, slik som kalkulering av frekvenser og prosenttall.

Der hvor vi direkte testet forskjeller mellom uavhengige grupper, slik som mellom deltakere og ikke-deltakere, ble kjiqvadrat (χ^2) beregnet. Der hvor det forelå avhengighet mellom gruppene, som for eksempel forskjeller mellom to tidspunkt, ble forskjellene testet med McNemars test (z).

Der hvor vi ønsket å se på sammenhengen mellom fenomener innad i grupper brukte vi Pearson-korrelasjoner dersom variablene var kontinuerlige, og punktbiserielle korrelasjoner der vi så på sammenhengen mellom dikotome og kontinuerlige variabler. Cronbachs alfa (α) ble rapportert som mål på intern konsistens på de instrumentene som ble brukt til å måle latente variabler.

Vekting for svarstatus ble gjennomført ved å gjøre en logistisk regresjon på datamaterialet, med svart (1) og ikke svart (0) som avhengig variabel, og alder, kjønn, utdanning og deployeringstid som uavhengige variabler. Predikerte sannsynligheter ble så ekstrahert for de som hadde svart, og inversen av denne sannsynligheten ble lagret som vektingsvariabel. Denne ble så brukt for å regne ut et vektet gjennomsnitt. Konfidensintervaller ble beregnet ved bruk av "bootstrap percentile"-metoden.

Alle signifikanstester var tohalede, og på grunn av utvalgets størrelse benyttet vi et konservativt signifikansnivå på $p < 0,001$.

Referanser

1. Forsvaret. Afghanistan-undersøkelsen 2012. En undersøkelse av psykisk helse hos norsk militært personell som har tjenestegjort i Afghanistan fra 2001-2011. Oslo: Kontor for psykiatri og stressmestring; 2012.
2. Forsvaret. UNIFIL-undersøkelsen 2016. En etterundersøkelse av norsk militært personell som tjenestegjorde i Libanon i årene 1978-1998. Oslo: Institutt for militærpsykiatri og stressmestring; 2016.
3. Nash WP, Marino Carper TL, Alice Mills M, Au T, Goldsmith A, Litz BT. Psychometric evaluation of the moral injury events scale. *Mil Med.* 2013;178(6):646-52.
4. Sund A, Holen A, Weisæth L, Alexander L. Kielland-katastrofen 27. mars 1980: Psykiske reaksjoner hos overlevende: Foreløpig sluttrapport [The Alexander L. Kielland catastrophe March 27 1980: Mental reactions in survivors: Preliminary report]. Oslo: Kontoret for katastrofepsykiatri; 1983. 1 b. (flere pag.) p.
5. Stoll C, Kapfhammer HP, Rothenhäusler HB, Haller M, Briegel J, Schmidt M, et al. Sensitivity and specificity of a screening test to document traumatic experiences and to diagnose post-traumatic stress disorder in ARDS patients after intensive care treatment. *Intensive Care Med.* 1999;25(7):697-704.
6. Eid J, Thayer JF, Johnsen BH. Measuring post-traumatic stress: A psychometric evaluation of symptom- and coping questionnaires based on a Norwegian sample. *Scand J Psychol.* 1999;40(2):101-8.
7. Zigmond AS, Snaith RP. The Hospital Anxiety and Depression Scale. *Acta Psychiatrica Scandinavica.* 1983;67:361-70.
8. Bjelland I, Dahl AA, Haug TT, Neckleman D. The validity of the Hospital Anxiety and Depression Scale : an updated literature review. *Journal of psychosomatic research (trykt utg).* 2002;52(2002)nr 2:s. 69-77.
9. Mykletun A, Stordal E, Dahl AA. Hospital Anxiety and Depression (HAD) scale: factor structure, item analyses and internal consistency in a large population. *The British Journal of Psychiatry.* 2001;179:540-4.
10. Weathers FW, Litz BT, Palmieri PA, Marx BP, Schnurr PP. The PTSD Checklist for DSM-5 (PCL-5). 2013.
11. Heir T, Bonsaksen T, Grimholt T, Ekeberg Ø, Skogstad L, Lerdal A, et al. Serious life events and post-traumatic stress disorder in the Norwegian population. *BJPsych open.* 2019;5(5):e82-e.
12. Bastien CH, Vallières A, Morin CM. Validation of the Insomnia Severity Index as an outcome measure for insomnia research. *Sleep Medicine.* 2001;2:297-307.
13. Morin CM, Belleville G, Bélanger L, Ivers H. The Insomnia Severity Index: psychometric indicators to detect insomnia cases and evaluate treatment response. *Sleep.* 2011;34:601-8.
14. Gerber M, Lang C, Lemola S, Colledge F, Kalak N, Holsboer-Trachsler E, et al. Validation of the German version of the insomnia severity index in adolescents, young adults and adult workers: Results from three cross-sectional studies. *BMC Psychiatry.* 2016;16(1):174-.
15. Babor TF, Higgins-Biddle JC, Saunders JB, Monteiro MG. The Alcohol Use Disorders Identification Test. Guidelines for use in primary care. 2nd ed. Geneva, Switzerland: World Health Organization; 2001.
16. Babor TF, Robaina K. The Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT): A review of graded severity algorithms and national adaptations. *The International Journal Of Alcohol And Drug Research.* 2016;5(2):17-24.
17. Fear NT, Iversen A, Meltzer H, Workman L, Hull L, Greenberg N, et al. Patterns of drinking in the UK Armed Forces. *Addiction.* 2007;102:1749-59.
18. Gundersen ØH, Mordal J, Berman AH, Bramness JG. Evaluation of the Alcohol Use Disorders Identification Test and the Drug Use Disorders Identification Test among patients at a Norwegian psychiatric emergency ward. *European Addiction Research.* 2013;19:252-60.

19. Schwab K, Baker G, Ivins B, Sluss-Tiller M, Lux W, Warden D. The Brief Traumatic Brain Injury Screen (BTBIS): Investigating the validity of a self-report instrument for detecting traumatic brain injury (TBI) in troops returning from deployment in Afghanistan and Iraq. *Neurology*. 2006;66:A235.
20. Porter KE, Stein MB, Martis B, Avallone KM, McSweeney LB, Smith ER, et al. Postconcussive symptoms (PCS) following combat-related traumatic brain injury (TBI) in Veterans with posttraumatic stress disorder (PTSD): Influence of TBI, PTSD, and depression on symptoms measured by the Neurobehavioral Symptom Inventory (NSI). *J Psychiatr Res*. 2018;102:8-13.
21. Diener E, Emmons RA, Larsen RJ, Griffin S. The Satisfaction With Life Scale. *Journal of Personality Assessment*. 1985;49(1):71-5.
22. Pavot W, Diener E. The Satisfaction With Life Scale and the emerging construct of life satisfaction. *The journal of positive psychology*. 2008;3(2):137-52.
23. Vittersø J. Satisfaction With Life Scale. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*. 2009;46(8):757-8.
24. IBM Corp. IBM SPSS Statistics for Windows/Mac. Version 27.0 Armonk, NY: IBM Corp; 2020.
25. R Core Team. R: A language and environment for statistical computing. Vienna, Austria: R Foundation for Statistical Computing; 2021.