

## پیش‌بینی‌کننده‌های جمعیت‌شناختی و روان‌شناختی استفاده مرضی از دارو و مواد در جانبازان

علیرضا آقاییوسفی\* PhD

آدرس مکاتبه: دانشگاه پیام نور، قم، ایران  
arayeh1100@gmail.com

تاریخ اعلام قبولی مقاله: ۸۸/۸/۳

تاریخ اعلام وصول: ۸۷/۵/۲۷

### چکیده

**اهداف.** این مطالعه با هدف برآورد پیش‌بینی‌کننده‌های جمعیت‌شناختی و روان‌شناختی استفاده مرضی از دارو و مواد در جانبازان انجام شد.

**روش‌ها.** این مطالعه همبستگی در جمعیت جانبازان شهر قم در سال ۱۳۸۶ انجام شد. ۴۵۲ جانباز با آسیب ۲۵ تا ۷۰٪ به‌روش نمونه‌گیری تصادفی طبقه‌ای نظام‌دار انتخاب شدند. برای جمع‌آوری داده‌ها از آزمون سرنده‌گری استفاده مرضی از دارو و مواد، نشانگر شدت اعتیاد، پرسش‌نامه شیوه‌های مقابله‌ای *تسیر* و *کارور* (شکل کوتاه)، مقیاس افکار خودکار، مقیاس نشانه‌های اختلال تنیدگی پس‌آسیبی، فهرست نشانه‌های تنیدگی مزمن و پرسش‌نامه کامل جمعیت‌شناختی متغیرهای مربوطه استفاده شد. داده‌ها با استفاده از SPSS 11 و همبستگی پیرسون، همبستگی پاره‌ای و نیز تحلیل رگرسیون چندمتغیری خطی به‌روش گام‌به‌گام، مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

**یافته‌ها.** استفاده مرضی از دارو و مواد با کنترل اثر متغیرهای جمعیت‌شناختی، اعتیاد، گوشه‌گیری رفتاری، افکار خودکار، شدت اعتیاد، نشانه‌های تنیدگی مزمن و PTSD همبستگی نشان داد، ولی با بهزیستی روانی رابطه‌ای نشان نداد. تحلیل رگرسیون با حضور همه متغیرهای جمعیت‌شناختی و روان‌شناختی نشان داد که پناه بردن به دارو و مواد در برابر تنیدگی‌ها، اعتیاد به سیگار و قلیان، سابقه ترک، افکار خودکار، نارضایتی از تندرستی، مدت جانبازی، ساعات حضور در منزل و احساس عضویت گروهی مجموعاً ۶۲٪ از پراکنش اعتیاد را تبیین کردند.

**نتیجه‌گیری.** استفاده مرضی از دارو و مواد با اختلال تنیدگی پس‌آسیبی، افکار خودکار، شدت اعتیاد، بهزیستی روانی، راه‌های مقابله‌ای نارسا و نشانه‌های تنیدگی مزمن همبسته است.

**کلیدواژه‌ها:** جانباز، استفاده مرضی از دارو و مواد، عوامل جمعیت‌شناختی، عوامل روان‌شناختی، اعتیاد

## مقدمه

بخش بزرگی از جانبازان بستری، شکایات جسمانی و بخش بیشتری، شکایات روان‌شناختی (به‌ویژه اختلال تنیدگی پس‌آسیبی) دارند [۱]. مطالعات مادرشاهیان نیز در مورد پیامدهای روان‌شناختی ناشی از آسیب‌های شیمیایی در جانبازان نشان می‌دهد که مشخصات جمعیت‌شناختی و جسمانی جانبازان شیمیایی با یکدیگر تفاوت معنی‌داری ندارد [۲]. ضمناً، جانبازان دارای تحصیلات عالی، سازش‌یافتگی بیشتری با پیامدهای تنیدگی از خود نشان می‌دهند. جکوبسن و همکاران، ضمن نشان‌دادن رابطه اختلال تنیدگی پس‌آسیبی و اعتیاد، در تبیین علت‌شناختی آن، تعادل حیاتی را مطرح کرده و آن را دلیل اعتیاد می‌دانند [۳]. به‌عبارت دیگر، به‌نظر می‌رسد که جانبازان، به‌دنبال آسیب‌های جسمانی، شیمیایی و روان‌شناختی ناشی از جنگ، به‌منظور کاهش نشانه‌ها به استفاده مرضی از دارو و مواد، روی می‌آورند و سپس، تحمل دارویی، آنها را به استفاده از مواد قوی‌تر و خیابانی سوق می‌دهد. مطالعه جانسون و همکاران نیز این مسأله را بیان می‌کند [۴].

درباره نقش عوامل جمعیت‌شناختی در اعتیاد، می‌توان به پژوهش دهقان‌متگابادی [۵] در جانبازان استان یزد، قراخانو [۶]، کلاتری و همکاران [۷] اشاره کرد که معتقدند عامل اقتصادی، در درجه اول، بیشترین تاثیر را دارد. نتایج مطالعات میرزمانی [۸]، سرگنزابی [۹] و محمدخان‌کرم‌شاهی [۱۰]، نقش بیکاری، کاهش عزت نفس و پراکندگی هویتی ناشی از آن و نیز احساس ناکارآمدی، در ایجاد تنیدگی و مشکلات روان‌شناختی جانبازان و در نتیجه، اعتیاد را نشان می‌دهد. سلیمی و همکاران در مقایسه ویژگی‌های روانی و اجتماعی جانبازان معتاد و غیرمعتاد تهران، چنین نتیجه گرفتند که جانبازان معتاد با میانگین سنی ۳۷ سال، اغلب کم‌سواد، متاهل، بیکار، چندمعلولیتی، دارای اختلال خواب و میانگین آسیب ۳۰٪ بوده و از دردهای جسمی و روحی رنج می‌برند [۱۱].

رابینر [۱۲] و نیس و همکاران [۱۳] نشان دادند که در شرایط عادی کهنه‌سربازان ویتنام، بیشتر به استفاده مرضی از مواد روی می‌آورند، ولی باسکارینو [۱۴] با کنترل آماری عوامل جمعیت‌شناختی، مشاهده کرد که همه‌گیری آن با جمعیت عادی تفاوتی ندارد. میسر [۱۵] در مروری بر ادبیات پژوهشی مربوط به کهنه‌سربازان مبتلا به اختلال تنیدگی پس‌آسیبی و استفاده مرضی از دارو و مواد، نشان داد که اعتیاد در این افراد، از شیوع بالایی برخوردار است، به‌گونه‌ای که بسیاری از پژوهش‌ها، اختلال تنیدگی پس‌آسیبی را اختلال نخستینی می‌دانند که مبتلایان به‌منظور «درمان خودسرانه»، به استفاده مرضی از مواد و داروها، روی می‌آورند. مطالعات گسترده دیگر، روی کهنه‌سربازان جنگ ویتنام [۱۶، ۱۷]، سربازان رژیم اشغالگر قدس (توسط شیلو و همکاران [۱۸]، سالومون و میکولینسر [۱۹]) نیز این یافته‌ها را تایید می‌کنند. بریدی [۲۰]، وولکو [۲۱]، کاهون و همکاران [۲۲]، دن‌بلیکر [۲۳]، جیاکونیا و همکاران [۲۴]،

مک‌نئود و همکاران [۲۵] نیز به نتایج مشابهی دست یافتند. سلوان و رابو [۲۶] نشان دادند که تشخیص‌های چندگانه (وجود هم‌زمان چند اختلال) بر وخامت اوضاع و احتمال اعتیاد می‌افزاید. با توجه به این که برخی پژوهش‌ها بر عوامل جمعیت‌شناختی و پاره‌ای دیگر بر عوامل روان‌شناختی در استفاده مرضی جانبازان از دارو و مواد تاکید می‌کنند، هدف این پژوهش، تعیین پیش‌بینی‌کننده‌های جمعیت‌شناختی و روان‌شناختی استفاده مرضی از دارو و مواد (به‌صورت هم‌زمان) در جانبازان شهر قم در سال ۱۳۸۷ بود.

## روش‌ها

جامعه پژوهش، کلیه جانبازان ساکن شهر قم بودند که در سال ۱۳۸۶ در اداره کل بنیاد شهید و امور ایثارگران استان قم پرونده داشتند. با محاسبات ویراست دوم نرم‌افزار GPower، حدود دو برابر حداقل نمونه لازم (۴۶۰ نفر)، به‌روش نمونه‌برداری تصادفی طبقه‌ای (برحسب شدت آسیب و منطقه سکونت، مطابق تقسیم‌بندی شهرداری قم) انتخاب شدند و در نهایت، ۴۵۲ نفر حاضر به همکاری شدند. از این گروه ۳ نفر مجرد و بقیه متاهل و همه شرکت‌کنندگان مذکر بودند. ابتدا نمونه‌گیری انجام شد و سپس در جریان پردازش داده‌ها، با ادغام هر دو طبقه متوالی، به ۵ طبقه تقسیم شدند:

سطح ۱- جانبازان ۳۰ - ۲۵٪ (آسیب بسیار کم)

سطح ۲- جانبازان ۴۰ - ۳۵٪ (آسیب کم)

سطح ۳- جانبازان ۵۰ - ۴۵٪ (آسیب متوسط)

سطح ۴- جانبازان ۶۰ - ۵۵٪ (آسیب زیاد)

سطح ۵- جانبازان ۷۰ - ۶۵٪ (آسیب بسیار زیاد)

از آن‌جا که این پژوهش، به‌دنبال برآورد رابطه، میان متغیرهای از پیش موجود است، پژوهش حاضر از نوع «همبستگی» است. پس از انتخاب تصادفی گروه نمونه، پرسشگران آموزش‌دیده، فهرست ویژه خویش را دریافت کرده و پس از تماس تلفنی با خانواده مربوطه و تعیین فرصت مناسب برای مصاحبه و پاسخ‌گویی به پرسش‌نامه و آزمون‌ها، به نشانی مربوطه مراجعه کرده و مواد آزمون را ارایه کردند. ابزار پژوهش:

الف) نشانگر شدت اعتیاد: این مقیاس ۱۲ ماده داشت که در ۱۱ ماده آن، در هر کدام، یک طبقه از داروها و مواد قرار داشتند و در ماده ۱۲، وابستگی چندماده‌ای، مورد پرسش بود. پاسخ به هر ماده مشخص کرد که فرد، در یک ماه گذشته و نیز در طول عمر، از این طبقه از مواد و داروها استفاده مرضی کرده و نیز آن را از چه راه و با چه شیوه‌ای استفاده کرده است. در این پژوهش، نسخه کوتاه سازمان بهداشت جهانی، که همان سازمان به فارسی برگردانده بود، استفاده شد و روایی آن از راه محاسبه ضرایب همبستگی آن با آزمون سرنندگری استفاده مرضی از دارو و مواد (۰/۵۵) و ظاهر معتادگونه (۰/۶۶) به‌دست آمد. پایایی آن نیز به‌روش محاسبه ضریب هماهنگی درونی مواد، ۰/۴۰ محاسبه شد. پایایی محاسبه شده معنی‌دار بود، اما چندان

یک مقیاس ۱۱ درجه‌ای که از صفر تا ۱۰ نمره‌گذاری شده‌بودند، قرار می‌گرفت. آفایوسفی [۲۷] همبستگی منفی میان این مقیاس با فهرست نشانه‌های تنیدگی (۰/۵۰) و مقیاس افکار خودکار (۰/۵۲) را به‌عنوان روایی هم‌زمان به‌دست آورد. پایایی این مقیاس در آن پژوهش به‌روش آلفای کرونباخ ۰/۸۵ و در مطالعه حاضر ۰/۸۸ محاسبه شد. در پژوهش حاضر، روایی هم‌زمان ۰/۴۷ و ملاک ۰/۴۹ به‌دست آمد.

ز) مقیاس نشانه‌های پس‌آسیبی (PTSS-10): این مقیاس نخستین بار توسط رافایل، لاندین و ویسه [۳۰] ارائه شد که دارای ۱۰ ماده بود که نشانه‌های مهم اختلال تنیدگی پس‌آسیبی را مورد پرسش قرار می‌داد. هر ماده ۷ گزینه داشت که از نمره‌ای از صفر تا ۶ را می‌توانست به خود بگیرد. شافل، شید و شانک [۳۱] پایایی ۰/۸۶ روی گروه کنترل و ۰/۷۹ روی گروه‌های ماموریتی را به‌دست آوردند و روایی ۰/۷۶ تا ۰/۷۹ در پژوهش‌های پیشین و پایایی ۰/۸۵ (ضریب هم‌انگهی درونی مواد) در پژوهش خود، روی نیروهای نظامی آلمان مستقر در کمبوجیه را برای آن گزارش کردند. در این پژوهش، روایی هم‌زمان از راه محاسبه همبستگی با نمرات نشانه‌های تنیدگی مزن (۰/۷۸) به‌دست آمد. تحلیل عاملی این مقیاس نیز نشان داد که مواد این آزمون، تنها یک عامل را می‌سازند. پایایی مقیاس نیز به‌روش آلفای کرونباخ ۰/۸۸ بود.

ح) پرسش‌نامه عوامل جمعیت‌شناختی: پرسش‌نامه‌ای به‌منظور یادداشت پاسخ‌های شرکت‌کنندگان درباره ویژگی‌های جمعیت‌شناختی آنان، تدوین شد که موارد زیر را مورد اندازه‌گیری قرار داد: سن، وضع تاهل، تعداد فرزندان، تحصیلات، مدت ازدواج، شغل، مدت بیکاری، مدت زمان حضور در منزل در شبانه‌روز، ساعات کار در شبانه‌روز، حالت اشتغال، حقوق، درآمد کلی ماهیانه خانواده، مبلغ ماهیانه اقساط وام‌های دریافتی، داشتن مهارت حرفه‌ای قبل و بعد از جانبازی، ادامه تحصیل، منطقه حضور در جبهه، مدت جانبازی به سال، مدت حضور در جبهه به ماه، درصد جانبازی، محل سکونت از نظر تقسیمات شهرداری قم، عادت به مصرف سرخود داروهای روان‌گردان و مسکن، داشتن بستگان درجه یک معتاد، داشتن دوست معتاد، سابقه محکومیت کیفری، اعتیاد به سیگار و میزان و مدت آن، منبع یاری در زمان نیاز، سابقه ترک، تعداد دفعات ترک، شهرت به زود از کوره در رفتن از سوی اطرافیان، رضایت از پزشک معالج، واکنش به نارضایتی و زمان آغاز استفاده سرخود از داروهای روان‌گردان و مواد.

## نتایج

برای دستیابی به هدف پژوهش، ابتدا همبستگی میان شدت آسیب، متغیرهای روان‌شناختی و استفاده مرضی از دارو و مواد، محاسبه شد. نتایج، نشان داد که استفاده مرضی از دارو و مواد با شدت آسیب (درصد جانبازی) رابطه‌ای نداشت، ولی با مقابله نارسا،

بالا نبود. تحلیل بعدی نشان داد که بسیاری از شرکت‌کنندگان، به ماده اول به‌دلیل آن که فقط استفاده مرضی از داروهای قانونی روان‌گردان و مسکن، به‌صورت سرخود را اندازه می‌گرفت، پاسخ مثبت دادند و همبستگی آن با سایر مواد کاهش یافته است و حذف آن می‌تواند شاخص پایایی را به ۰/۵۳ افزایش دهد.

ب) آزمون سرندگری استفاده مرضی از دارو و مواد: این آزمون ۲۰ ماده‌ای که پایایی ۰/۸۶ (هم‌انگهی درونی) و ۰/۷۱ (بازآزمایی) و روایی ۰/۶۸ را به‌دست آورد، پیامدهای استفاده مرضی از دارو و میل به آن را مورد پرسش قرار داد. دامنه نمرات این آزمون ۰ تا ۲۰ بود و نمرات بالاتر، نشانگر سوء استفاده بیشتر از دارو بود. برای محاسبه روایی هم‌زمان، از ضریب همبستگی این آزمون با نشانگر شدت اعتیاد (۰/۵۵)، ظاهر معتادگونه (۰/۴۲) و استفاده مرضی از دارو و مواد به‌عنوان روش مقابله‌ای (۰/۵۳) و برای محاسبه پایایی از محاسبه هم‌انگهی درونی مواد (۰/۸۸) استفاده شد.

ج) پرسش‌نامه شیوه‌های مقابله‌ای (شکل کوتاه): این پرسش‌نامه ۲۸ ماده داشت و پاسخ فرد به موقعیت‌های تنیدگی‌زا را مورد پرسش قرار داد. کارور و همکاران پایایی و روایی آن را مناسب گزارش کردند. این پرسش‌نامه ۱۴ مقیاس داشت. در این پژوهش، برای محاسبه روایی هم‌زمان، ضریب همبستگی مقیاس‌های آن با متغیرهای دیگر، مانند آزمون سرندگری استفاده مرضی از دارو و مواد و اختلال تنیدگی پس‌آسیبی محاسبه شد که همگی معنی‌دار و دامنه‌ای از ۰/۲۰ تا ۰/۵۵ داشتند. پایایی آن نیز به‌روش محاسبه ضریب آلفای کرونباخ اجرا شد و ضریب ۰/۸۳ به‌دست آمد.

د) فهرست نشانه‌های تنیدگی مزن: شامل ۴۵ نشانه جسمانی و روان‌شناختی تنیدگی، همراه با امکان افزودن دو نشانه دیگر بود که پاسخ‌دهنده می‌توانست یکی از گزینه‌های هرگز، گاهی، معمولاً، اغلب و همیشه را برگزیند. این مقیاس، همبستگی مثبت معنی‌داری با رویدادها و تغییرات زندگی و افکار خودکار و همبستگی منفی معنی‌داری با بهزیستی شخصی داشته که در مطالعه آفایوسفی [۲۷] گزارش شده است. درخصوص روایی هم‌زمان، با اختلال تنیدگی پس‌آسیبی، ضریب همبستگی ۰/۷۸ و پایایی آن به‌روش هم‌انگهی درونی مواد، ۰/۹۶ به‌دست آمد.

ه) مقیاس افکار خودکار: این مقیاس، شامل ۱۰ عبارت برگرفته از نظریه شناختی آرون بک است که نخستین بار در سال ۱۳۷۸ [۲۸] به‌منظور سنجش عوامل همبسته با افسردگی دختران نوجوان قم تدوین شد و سپس در سال ۲۰۰۴ با تجدیدنظر در ماده نخست، این مقیاس در نخستین کنگره علوم شناختی در ا...آباد هندوستان معرفی شد. آفایوسفی [۲۷] ضریب پایایی را ۰/۷۰ به‌دست آورد. مقیاس، در مطالعه حاضر، روایی ۰/۳۹ تا ۰/۵۱ را نشان داد. پایایی آن نیز از راه محاسبه هم‌انگهی درونی، میان مواد آزمون، ۰/۷۲ محاسبه شد.

و) نشانگر بهزیستی روانی - شکل بزرگسالان [۲۹]: مقیاس، دارای ۸ ماده بود که هر کدام یک حوزه را مورد پرسش قرار می‌داد. پاسخ‌ها در

دل مشغولی نسبت به تنیدگی ایجاد شده (عدم خودگیج گردانی) و احساس رضایت از بستگی و عضویت در میان دیگران و هم عوامل جمعیت شناختی مانند استفاده سرخود از داروهای روان گردان و مسکن، اعتیاد به سیگار، اعتیاد به قلیان، سابقه ترک، مدت جانبازی، ساعات حضور در منزل در شبانه روز می توانند استفاده مرضی از دارو و مواد را پیش بینی کنند.

مرتبط بود. برای آن که مشخص شود رابطه چندگانه این متغیرها چگونه است و هریک از متغیرهای پیش بین چه سهمی در تبیین پراکنش استفاده مرضی از دارو و مواد دارند، تحلیل رگرسیون چند متغیری خطی، به روش گام به گام اجرا شد. بر پایه داده های جدول ۱، هم عوامل روان شناختی مانند روش های مقابله ای نارسا، وجود افکار خودکار، عدم رضایت از تندرستی،

جدول ۱) نتایج تحلیل رگرسیون چند متغیری خطی (گام به گام) برای پیش بینی استفاده مرضی از دارو و مواد (M)

خطا	T	beta	B	F خطای	F	R sq.	پیش بین
۰/۰۰۰۱	۷/۴۲۴	۰/۳۷۹	۰/۷۱۶			۰/۲۸۰	پناه بردن به مواد برای مقابله با تنیدگی A
۰/۰۰۰۱	۶/۲۶۲	۰/۳۲۰	۳/۹۹۰			۰/۱۸۴	سابقه ترک B
۰/۰۱۷	۲/۴۱۲	۰/۱۳۴	۰/۲۵۰			۰/۰۴۲	افکار خودکار C
۰/۰۴۵	۲/۰۱۸	۰/۱۰۰	۱/۰۱۹			۰/۰۲۲	استفاده سرخود از داروهای روان گردان و مسکن D
۰/۰۰۱	۳/۲۵۵	۰/۱۶۳	۰/۴۵۲			۰/۰۱۶	شوخی طبیعی در برابر تنیدگی E
۰/۰۱۱	۲/۵۶۵	۰/۱۳۴	۱/۳۱۹	۰/۰۰۰۱	۲۴/۲۹۳	۰/۰۱۳	اعتیاد به سیگار F
۰/۰۰۳	-۲/۹۹۲	-۰/۱۵۷	-۰/۲۱۲			۰/۰۱۲	رضایت از تندرستی G
۰/۰۲۱	۲/۳۳۷	۰/۱۱۰	۲/۸۸۹			۰/۰۱۰	اعتیاد به قلیان H
۰/۰۴۳	-۲/۰۳۷	-۰/۱۰۰	-۰/۲۶۱			۰/۰۱۰	خودگیج گردانی در برابر تنیدگی I
۰/۰۰۷	-۲/۷۴۴	-۰/۱۳۱	-۰/۱۶۸			۰/۰۱۰	مدت جانبازی J
۰/۰۱۳	۲/۵۱۰	۰/۱۲۶	۱/۲۶۱			۰/۰۱۲	ساعات حضور در منزل در شبانه روز K
۰/۰۴۷	۲/۰۰۵	۰/۱۰۴	۰/۱۴۶			۰/۰۰۸	احساس بستگی و عضویت میان دیگران L
	۲/۹۴۵			عرض از مبدأ		۰/۶۲۰	مجموع

$$M = 0.716A + 0.379B + 0.134C + 0.100D + 0.163E + 0.134F + 0.131G + 0.110H + 0.157I - 0.100J + 0.126K + 0.104L + 2.945$$

جدول ۲) نتایج تحلیل رگرسیون چند متغیری خطی (گام به گام) برای پیش بینی نمرات شدت اعتیاد (N)

خطا	T	beta	B	F خطای	F	R sq.	پیش بین
۰/۰۰۰۱	۵/۶۸۱	۰/۳۵۸	۲/۱۲۰			۰/۱۰۵	محکومیت کیفی A
۰/۰۰۱	۳/۴۹۶	۰/۲۳۰	۰/۶۵۹			۰/۱۳۵	استفاده سرخود از داروهای روان گردان و مسکن B
۰/۰۰۱	۳/۴۶۳	۰/۲۲۹	۰/۱۲۴			۰/۰۰۵	پناه بردن به دارو و مواد در برابر تنیدگی ها C
۰/۰۰۴	۲/۸۹۶	۰/۱۷۹	۱/۸۰۰			۰/۰۳۷	فقدان منبع یاری در مواقع نیاز D
۰/۰۰۲	۳/۰۹۵	۰/۱۸۸	۰/۶۱۰	۰/۰۰۰۱	۱۷/۵۶۹	۰/۰۲۵	آسیب دیدگی روان شناختی - جسمانی E
۰/۰۱۰	۲/۶۲۲	۰/۱۶۹	۰/۴۵۹			۰/۰۳۰	شروع مصرف سرخود داروهای روان گردان و مسکن درست پس از جانباز شدن F
۰/۰۱۹	۲/۳۷۲	۰/۱۵۱	۰/۵۴۷			۰/۰۱۹	سابقه ترک G
۰/۰۴۴	۲/۰۳۰	۰/۱۲۷	۰/۰۹۳			۰/۰۱۴	برنامه ریزی در برابر تنیدگی ها H
	-۰/۵۹۰			عرض از مبدأ		۰/۴۱۵	مجموع

$$N = 0.358A + 0.230B + 0.229C + 0.179D + 0.188E + 0.169F + 0.151G + 0.127H - 0.590$$

### بحث

یافته های این مطالعه نشان می دهد که استفاده مرضی از دارو و مواد با اختلال تنیدگی پس آسیبی، افکار خودکار، شدت اعتیاد، بهزیستی روانی، راه های مقابله ای نارسا و نشانه های تنیدگی مزمن همبسته است. وقتی اثر متغیرهای جمعیت شناختی به جز شدت آسیب، کنترل شود، استفاده مرضی از دارو و مواد همچنان با عوامل روان شناختی به جز بهزیستی روانی، همبستگی معنی داری نشان می دهد. این یافته ها با آن چه پژوهشگران دیگر [۳، ۴، ۱۱، ۱۵] و

داده های جدول ۲ نشان می دهد که عمدتاً عوامل جمعیت شناختی مانند سابقه محکومیت کیفی، استفاده سرخود از داروهای روان گردان و مسکن، فقدان منبع یاری رسانی در مواقع نیاز، آسیب دیدگی روان شناختی - جسمانی، شروع مصرف سرخود داروهای روان گردان و مسکن درست پس از جانباز شدن، سابقه ترک و برخی عوامل روان شناختی از جمله مقابله نارسا مانند پناه بردن به دارو و مواد در برابر تنیدگی ها و برنامه ریزی در برابر تنیدگی ها می توانند شدت اعتیاد را پیش بینی کنند.

مرضی از دارو و مواد افزایش می‌یابد. به‌نظر می‌رسد فرضیه تعادل حیاتی، شروع اعتیاد و عوامل روان‌شناختی، شدت اعتیاد را تبیین می‌کنند.

**تشکر و قدردانی:** در اجرای این پژوهش، از حمایت مالی بنیاد شهید و امور ایثارگران استان قم و همکاری پرسشگران محترم، قدردانی می‌نمایم.

## منابع

- ۱- فتحی‌آشتیانی علی، کرمی‌نیا رضا. بررسی سیمای بالینی تعدادی از مصدومین روانی ناشی از جنگ. مجله طب نظامی. ۱۳۸۱؛ ۴(۴):۹-۲۲۵.
- ۲- مادرشاهیان فرح. مقایسه تطابق با اثرات مستقیم و غیرمستقیم استرس در زندگی جانبازان شیمیایی با جانبازان فیزیکی. مجله طب نظامی. ۱۳۸۲؛ ۵(۲):۲۰-۱۱۷.
- 3- Jacobsen LK, Southwick SM, Kosten TR. Substance use disorders in patients with posttraumatic stress disorder: A review of the literature. *Am J Psychiatry*. 2001;158(8):1184-90.
- 4- Johnson DR, Fontana A, Lubin H, Corn B, Rosenheck R. Long term course of treatment seeking Vietnam veterans with posttraumatic stress disorder: Mortality. *J Nerv Ment Dis*. 2004;192(1):35-41.
- ۵- دهقان‌متگابادی بمانعلی. بررسی علل و عوامل گرایش جانبازان به مواد مخدر در استان یزد [پایان‌نامه کارشناسی‌ارشد]. یزد: دانشگاه یزد؛ ۱۳۸۰.
- ۶- قراخلو رضا. بررسی اوقات فراغت جانبازان و معلولان [طرح تحقیقاتی]. تهران: جهاد دانشگاهی تهران؛ ۱۳۶۸.
- ۷- کلانتری صمد، ربانی رسول، صداقت کامران. ارتباط فقر با قانون‌گریزی و شکل‌گیری آسیب اجتماعی. فصل‌نامه رفاه اجتماعی. ۱۳۸۴؛ ۵(۱۸):۸۷-۶۲.
- ۸- میرزمانی سیدمحمود. نقش دوسویه اوقات فراغت در سوء مصرف مواد مخدر. زنجان: همایش سراسری اعتیاد، چالش‌ها و درمان‌ها؛ ۱۰-۸ آبان ۱۳۸۱.
- ۹- سرگلزایی محمدرضا، اردکانی‌موقتی محمدرضا، بلالی مهدی، آزاد رضا. مطالعه فراوانی سوء مصرف مواد روان‌گردان و ارتباط آن با وضعیت فردی و خانوادگی دانشجویان پزشکی مشهد. زنجان: همایش سراسری اعتیاد، چالش‌ها و درمان‌ها؛ ۱۰-۸ آبان ۱۳۸۱.
- ۱۰- محمدخان کرمانشاهی سیما. بررسی مشکلات جسمی، روانی، اجتماعی جانبازان قطع نخاعی مقیم شهرک‌های مسکونی شهر تهران [پایان‌نامه کارشناسی‌ارشد]. تهران: دانشگاه تربیت مدرس؛ ۱۳۷۱.
- ۱۱- سلیمی سیدحسین، رحمانی رمضان، میرزایی جعفر، کرمی غلامرضا. ویژگی‌های روان‌شناختی - اجتماعی جانبازان دارای وابستگی به مواد مخدر. زنجان: همایش سراسری اعتیاد، چالش‌ها و درمان‌ها؛ ۱۰-۸ آبان ۱۳۸۱.
- 12- Robins LN. The Vietnam drug user returns. Washington: U.S. Government Printing Office; 1973.
- 13- Nace EP, O'Brien CP, Mintz J. Adjustment among Vietnam veteran drug users two years post service, in stress disorders among Vietnam veterans: Theory, research and treatment. New York: Biometrics Research Department; 1978.
- 14- Boscarino J. Current drug involvement among Vietnam and non-Vietnam veterans. *Am J Drug Alcohol Abuse*. 1979;6(3):301-12.
- 15- Meisler AW. Trauma, PTSD and substance abuse. *Psychother Res*. 1996;7(4):1-7.
- 16- Centers for Disease Control Vietnam Experience. Health

به‌ویژه/نگل و همکاران[۳۲] یافته‌اند، همخوانی دارد. از آن‌جا که شدت آسیب با استفاده مرضی از دارو و مواد رابطه‌ای نشان نمی‌دهد، احتمالاً شدت از کارافتادگی، اثرات خود را به‌طور غیرمستقیم اعمال می‌کند. یکی از دلایل احتمالی این پدیده می‌تواند توجه کمتر اطرافیان به جانبازان با آسیب‌های کم تا متوسط و نیز حمایت کمتر اقتصادی و درمانی سازمان بنیاد شهید و امور ایثارگران از این گروه باشد.

به‌منظور بررسی روابط چندگانه متغیرهای پژوهش برای تبیین پراکنش نمرات استفاده مرضی از دارو و مواد، تحلیل رگرسیون چند متغیری خطی به‌روش گام‌به‌گام و با حضور همه متغیرهای جمعیت‌شناختی و روان‌شناختی نشان می‌دهد که هم عوامل جمعیت‌شناختی و هم عوامل روان‌شناختی می‌توانند استفاده مرضی از دارو و مواد را (۶۲٪) پیش‌بینی کنند. این که چرا جانبازانی که دیرتر آسیب دیده‌اند، بیشتر به مواد و دارو پناه می‌برند چندان مشخص نیست. شاید یک دلیل آن، این باشد که در اواخر جنگ، نسبت داوطلبان به کل رزمندگان در مقایسه با سربازانی که به اجبار و برای انجام خدمت سربازی به جنگ اعزام شده بودند، کمتر بوده است. این یافته‌ها با الگوهای نظری [۳۳، ۳۴، ۳۵، ۳۶، ۳۷، ۳۸، ۳۹، ۴۰، ۴۱، ۴۲] و بسیاری از پژوهش‌های مرتبط مانند: سلیمی و همکاران [۱۱]، بکام و همکاران [۴۲]، میسلر [۱۵]، سگال و اینگرام [۴۳] و اینگرام و همکاران [۴۴] هم‌خوانی دارد. در این پژوهش، در صورتی که عوامل روان‌شناختی بدون حضور عوامل جمعیت‌شناختی وارد معادله رگرسیون شوند، نشانه‌های اختلال تنیدگی پس‌آسیبی، نخستین پیش‌بینی‌کننده استفاده مرضی از دارو و مواد است. اما با حضور عوامل جمعیت‌شناختی، اختلال تنیدگی پس‌آسیبی، از معادله خارج می‌شود. اگرچه پژوهش‌های پیشین حاکی از اهمیت اختلال تنیدگی پس‌آسیبی در استفاده مرضی از دارو و مواد هستند، ولی یکی از دلایل احتمالی این نتیجه، آن است که مجموعه پیچیده‌ای از عوامل روان‌شناختی و نیز شبکه‌ای از عوامل جمعیت‌شناختی، همزمان وارد معادله می‌شوند.

## نتیجه‌گیری

در آخرین تحلیل، باید گفت که برخی عوامل روان‌شناختی مانند مقابله نارسا، اثر مستقیم و برخی مانند نشانه‌های اختلال تنیدگی پس‌آسیبی، اثر غیرمستقیمی بر استفاده مرضی از دارو و مواد دارند که در حضور برخی عوامل جمعیت‌شناختی اثرگذار، در مجموع فرد را در برابر اعتیاد، آسیب‌پذیر می‌کنند. در حضور عوامل جمعیت‌شناختی موثری مانند اعتیاد به نیکوتین، سابقه ترک، شروع بلافاصله مصرف سرخود داروهای مسکن پس از جانباز شدن و عوامل روان‌شناختی مانند افکار خودکار و مقابله نارسا به اضطراب، افسردگی، اختلال خواب و کاهش بهزیستی روانی، احتمال استفاده

- 30- Raphael B, Lundin T, Weisath L. A research method for the study of psychological and psychiatric aspects of disaster. *Acta Psychiatrica Scandinavia*. 1989;353(80):13-9.
- 31- Schuffel W, Schade B, Schunk T. Abschlußbericht Streß und Belastungsbewältigung des deutschen Sanitätspersonals in Kambod-scha, Marburg. 1996
- 32- Engel CC, Liu X, McCarthy BD, Miller RF, Ursano R. Relationship of physical symptoms to posttraumatic stress disorder among veterans seeking care for Gulf war related health concerns. *Psychosom Med*. 2000;62:739-45
- 33- Bandura A. Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change. *Psychol Rev*. 1977;84(2):191-215.
- 34- Davison GC. Differential relaxation and cognitive restructuring in therapy with a paranoid schizophrenic or paranoid state. Washington: American Psychological Association; 1966.
- 35- Ellis A. Reason and emotion in psychotherapy. Secaucus: LyleStuart; 1962.
- 36- Goldfried MR, Davison GC. Clinical behavior therapy. New York: Holt Rinehart and Winston; 1976.
- 37- London P. The modes and morals of psychotherapy. New York: Holt Rinehart and Winston; 1964.
- 38- Mahoney MJ. Cognition and behavior modification. Cambridge: Ballinger; 1974.
- 39- Meichenbaum D. Self-instructional methods. In: Kanfer F, Gold A, editors. Helping people change. New York: Pergamon; 1975.
- 40- Mischel W. Personality and assessment. New York: John Wiley and Sons; 1968.
- 41- Beck AT. Depression: Clinical, experimental and theoretical aspects. Philadelphia: University of Pennsylvania Press; 1967.
- 42- Beckham JC, Feldman ME, Kirby AC, Hertzberg MA, Moore SD. Interpersonal violence and its correlates in Vietnam veterans with chronic posttraumatic stress disorder. *J Clin Psychol*. 1997;53(2):859-69
- 43- Segal ZV, Ingram RE. Mood priming and construct activation in tests of cognitive vulnerability to unipolar depression. *Clin Psychol Rev*. 1994;14:663-95.
- 44- Ingram RE, Trenary L, Odom M, Berry L, Nelson T. Cognitive, affective and social mechanisms in depression risk: Cognition, hostility and coping style. *Cogn Emot*. 2007;21(1):78-94.
- status of Vietnam veterans. *JAMA*. 1988;259:2708-14.
- 17- Litz BT, Keane TM, Fisher L, Marx B, Monaco V. Physical health complaints in combat related posttraumatic stress disorder: A preliminary report. *J Trauma Stress*. 1992;5:131-41.
- 18- Shalev A, Bleich A, Ursano RJ. Posttraumatic stress disorder: Somatic comorbidity and effort tolerance. *Psychosomatics*. 1990;31:197-203.
- 19- Solomon Z, Mikulincer M. Combat stress reactions, posttraumatic stress disorder and somatic complaints among Israeli soldiers. *J Psychosom Res*. 1987;31:131-7.
- 20- Brady KT. Comorbid posttraumatic stress disorder and substance use disorders. *Psychiatric Annals*. 2001;31(5):313-9.
- 21- Volkow ND. Drug abuse and mental illness: Progress in understanding comorbidity. *Ame J Psychiatry*. 2001;158(8):1181-3.
- 22- Calhoun PS, Sampson WS, Bosworth HB, Feldman ME, Kirby AC, Hertzberg MA, et al. Drug use and validity of substance use self-reports in veterans seeking help for posttraumatic stress disorder. *J Consult Clin Psychol*. 2000;68(5):923-7.
- 23- Bleyker K. Dual diagnosis of posttraumatic stress disorder and substance abuse: A literature review and treatment protocol. *Diss Abstr Int*. 2000;60(8):42-5.
- 24- Giaconia RM, Reinherz HZ, Hauf AC, Paradis AD, Wasserman MS, Langhammer DM. Comorbidity of substance use and posttraumatic stress disorders in a community sample of adolescents. *Am J Orthopsychiatry*. 2000;70(2):253-61.
- 25- McLeod DS, Koenen KC, Meyer JM, Lyons MJ, Eisen S, True W, et al. Genetic and environmental influences on the relationship among combat exposure, posttraumatic stress disorder symptoms and alcohol use. *J Trauma Stress*. 2001;14(2):259-75.
- 26- Sloan KL, Rowe G. Substance abuse and psychiatric illness: Psychosocial correlates. *Am J Addic*. 1995;4(1):60-9.
- ۲۷- آقايوسفی عليرضا. مقابسه فشار روانی و پیامدهای آن در خانواده‌های شاهد و ایثارگر استان قم [طرح پژوهشی]. قم: بنیاد شهید و امور ایثارگران استان قم؛ ۱۳۸۵.
- ۲۸- آقايوسفی عليرضا. معرفی جدیدترین روی‌آوردهای روان‌درمانگری، بنیان‌های نظری و راهبردهای عملی. تهران: انتشارات شهریار؛ ۱۳۷۸.
- 29- Cummins RA. Personal wellbeing index. Melbourne: Deakin University; 2006.

## Demographic and psychological predictors of substances and drug abuse in disabled veterans

Agha Yousefi A. R.\*

Address: Payam-e-Noor University, Qom, Iran  
arayeh1100@gmail.com

Submission Date: 18/8/2008

Acceptation Date: 25/10/2009

### Abstract:

**Aims.** This study was to estimate the demographic and psychological predictors of substances and drug abuse (SDA) in disabled veterans (DV).

**Methods.** This correlation study performed in DVs population of Qom city in 2007. 452 DVs with severity of disability from 25 to 70% were selected by systematic categorical random sampling. Data were collected by Drug Abuse Screening Test (DAST), Addiction Severity Index (ASI), Automatic Thoughts Scale (ATS), Brief COPE, Chronic Stress Symptoms Checklist (CSSC), Post-Traumatic Symptom Scale-10 items (PTSS-10), Personal Well-being Index (PWI) and demographic questionnaire. Data was analyzed by SPSS 11 and Pearson correlation test, partial correlation tests and multivariate linear regression analysis using stepwise.

**Results.** SDA correlated with behavior disengagement, ATS, ASI, CSSC and PTSD (PTSS) scores, but no correlation was seen with PWI scores. Regression analysis by all demographic and psychological variables showed that refuge to substances and drug against stress, cigarettes and hookah addiction, withdrawal, ATS, dissatisfaction by healthy status, disability time, home hours spending during day and group membership satisfaction explained 62% of SDA variances.

**Conclusion.** SDA correlates with PTSS, DAST, ASI, ATS, Brief COPE, PWI and CSSC scores.

**Keywords:** Disable Veteran, Substance & Drug Abuse, Demographic Factors, Psychological Factors, Addiction