رابطهٔ شیوه‌های مقابله و نشانه‌های تنیدگی مزمن با استفادهٔ مرضی از دارو و مواد در جانبازان قم

علیرضا آقایوسفی

دانشیار گروه روان‌شناسی دانشگاه پیام‌نور

*نویسنده پاسخگو: آدرس: قم، سالاریه، بلوار میثم بالا، پلاک ۱۰۱، کدپستی ۳۷۱۶۹۶۴۶۶۸، تلفن: ۰۹۱۲۱۵۱۹۰۲۳، فکس: ۰۲۵۱۲۸۵۱۸۵۱،
Email:arayeh1100@gmail.com

چکیده

مقدمه: پژوهش‌ها نشان‌داده‌اند که جانبازان در معرض استفادهٔ مرضی از دارو و مواد هستند. پژوهش‌های دیگر به نقش نوع و شدت آسیب در جانبازان پرداخته‌اند. مطالعات دیگری نیز به رابطهٔ مقابلهٔ نارسا و پیامدهای منفی آن پرداخته‌اند.

هدف: هدف از مطالعهٔ حاضر، بررسی رابطهٔ شیوه‌های مقابله و نشانه‌های تنیدگی مزمن با استفادهٔ مرضی از دارو و مواد در جانبازان ساکن شهر قم بود.

مواد و روش‌ها: در این مطالعه، ۴۵۲ جانباز با آسیب ۲۵ تا ۷۰ درصد شرکت داشتند که به روش نمونه‌گیری تصادفی طبقه‌ای نظام‌دار انتخاب‌شدند و به کمک آزمون سرندگری استفادهٔ مرضی از دارو و مواد، نشانگر شدت اعتیاد، پرسشنامهٔ شیوه‌های مقابله‌ای شییر و کارور (شکل کوتاه) و فهرست نشانه‌های تنیدگی مزمن متغیرهای مربوطه اندازه‌گیری شدند.

یافته‌ها: تحلیل رگرسیون چند متغیری خطی به روش گام به گام نشان‌داد که نشانه‌های تنیدگی مزمن، و شیوه‌های مقابله‌ای پناه‌بردن به دارو و مواد، انزوای رفتاری، شوخ‌طبعی و خودگیج‌گردانی می‌توانند استفادهٔ مرضی از دارو و مواد را پیش‌بینی کنند. تحلیل واریانس چند متغیری نیز مشخص کرد که جانبازان با آسیب جسمانی، کمتر از سایرین به اعتیاد مبتلا می‌شوند. چند معلولیتی بودن و آسیب زیاد نیز احتمال این مشکل را بیشتر می‌کند.

بحث: جانبازان نیازمند کمک برای اصلاح روش‌های مقابله‌ای نارسای خود هستند. مقابله‌درمانگری می‌تواند سودمندی خوبی برای جانبازان داشته باشد.

کلید واژه: جانباز، استفادهٔ مرضی از دارو و مواد، مقابله، تنیدگی، معلولیت.

تاریخ دریافت:۱۳۹۰/۳/۶
تاریخ پذیرش:۱۳۹۰/۴/۵

[Downloaded from ijwph.ir on 2026-11-11]

مقدمه

تنیدگی[I] همواره یکی از مهمترین جنبه‌های زندگی آدمی‌بوده است. از آنجا که انسان و جهان پدیده و مادی محسوب می‌شوند و محدودیت یکی از ضروریات ماده است، بنابراین، ما همواره در معرض شرایط ناخوشایند، محدودکننده و ناکام‌ساز قرار داریم. شاید بتوان گفت که تنیدگی و حتی شدت آن فی نفسه در بدو امر سازش نایافته نیستند، بلکه مهم، چگونگی مقابلهٔ موجود زنده با این شرایط است و این‌که از این شرایط چه پیامدهای مفید و سازگارآن‌ها ی را می‌تواند استخراج‌کند. یکی از عوامل مهم در زمینه تنیدگی «آسیب‌پذیری»[II] شخص است. برخی افراد چه به دلیل آمادگی زیست‌شناختی و چه به دلیل حساس‌سازی‌های اولیه، نسبت به دیگران به احتمال بیشتری به رویدادهای تنیدگی‌زای زندگی پاسخ منفی می‌دهند. ماهیت این آسیب‌پذیری تا حدودی در «نوع» بیماریی که در فرد ایجاد می‌شود، نمایان است (۱).

علاقه به پاسخ‌های افراد در اداره‌کردن مصیبت‌های زندگی در حال افزایش است. ارتباط میان روی‌دادهای تنیدگی‌زا یا سازش نایافتهٔ زندگی و سلامت روان‌شناختی مورد تایید قرارگرفته‌است و بسیاری از مطالعات گزارش می‌کنند که رویدادهای تنیدگی‌زای زندگی، بیماری و نارساکنش‌وری روان‌شناختی را تسریع می‌کنند. یکی از این پیامدها، «اعتیاد» یا سوءاستفاده از داروها و مواد است. مطالعات پیاپی گسترش زیاد وابستگی به مواد در سربازانی که در پی درمان اختلال تنیدگی پس ضربه‌ای خویش بوده‌اند را تأیید کرده‌اند و همایندی این دو اختلال در مطالعات بسیاری نشان داده شده‌است (۲). در پژوهش‌ها هر چه شدت ابتلاء به اختلال تنیدگی پس‌آسیبی بیشتر بوده، وابستگی به مواد هم بیشتر بوده‌است (۳). وابستگی به ترکیبات افیونی و کوکایین در سربازان امریکایی نشان داده‌شده و پژوهشگران معتقدند که اختلال وابستگی به مواد ثانوی بر اختلال تنیدگی پس‌آسیبی است (۳و۴).

افراد نه تنها به لحاظ رویدادهایی که در زندگی تجربه می‌کنند متفاوتند بلکه از لحاظ آسیب‌پذیری در برابر رویدادها نیز متفاوتند. آسیب‌پذیری هر کس در برابر تنیدگی متأثر از مهارت‌های مقابله و حمایت‌های اجتماعی موجود می‌باشد. آسیب‌پذیری‌ها احتمال پاسخ غیرانطباقی به تنیدگی را افزایش می‌دهند (ورنر اسمیت ۱۹۸۲،به نقل از ۵).

مهارت‌های مقابله طرق منحصر به فرد برخورد با موقعیت‌ها هستند. مقابله کننده‌های موفق افرادی نیستند که فقط بدانند کارها را چگونه باید انجام داد، بلکه علاوه‌بر آن, روش نزدیک‌شدن به موقعیت‌ها را می‌شناسد که برای مواجهه با آن‌ها پاسخ حاضری در دست ندارند. ویژگی‌هایی که افراد در موقعیت‌های زندگی با خود دارند انتظارات, ترس‌ها, مهارت‌ها, (امیدها) بر میزان تناسب مقابله با آن تأثیر می‌گذارند. تجربه و موفقعیت در مقابله با موقعیت‌های مشابه, اعتمادبه‌نفس استوار، و توانایی در خونسردماندن و "انسجام خود را از دست‌ندادن" به عوض از پا افتادن در رویارویی با مشکل بستگی به برآورد واقعی و پاسخ به موقعیت‌ها دارد. این ویژگی‌ها از رشد شخصیت ناشی می‌شوند که در حقیقت تحت تأثیر روابط اجتماع است. چهار نوع واکنش آشکار با مقابله رفتاری وجود دارد: رویارویی واقعی با موقعیت, احساس اضطراب، عصبانی‌شدن و دفاعی‌شدن. مقابلهٔ رفتاری آن چیزی است که به هنگام روبه‌رو شدن با خواسته‌ها، با وضعیت انجام می‌دهیم. مردم غالباً نمی‌توانند از دانسته‌ها و مهارتهایشان برای حل و فصل موقعیت تنش‌زا بهره‌برداری کنند. در چنین شرایطی است که علت نارسایی منابع دفاعی شخص برای مقابله رفتاری مؤثر نامعلوم به نظر می‌رسد. کار روانشناسان شناختی درباره فشارروانی و بهداشت بسیار با اهمیت تلقی می‌شود. لازاروس و همکارانش که تلاش‌های آن‌ها دراین زمینه بسیار مؤثر بوده است براین باورند که فشارهای روانی به شناخت فرد از محیط بستگی پیدا می‌کند (۶). در نظریهٔ شناختی، تنیدگی زمانی پیش می‌آید که فرد دریابد که شرایط طوری است که بر او فشار بیش از حد وارد می‌آید و ممکن است سلامت وی را در معرض خطر قراردهد. این برداشت، در طی دو مرحله ارزیابی شناختی صورت می‌گیرد. در ارزیابی اولیه، فرد به این جمع‌بندی می‌رسد که آیا توان مقابله با این موقعیت را دارد و آیا خطری وی را تهدید می‌کند یا نه؟ مثلاً این‌که، آیا زمینه کاهش عزت‌نفس فراهم است یا نه؟ و یا این‌که آیا سلامت خود فرد یا سلامت یکی از عزیزان وی در خطر است یا نه؟ در

[I] stress
[II] Vulnerability

[Downloaded from ijwph.ir on 2026-11-11]

ارزیابی ثانویه فرد به این جمع‌بندی می‌رسد که آیا می‌توان برای فایق‌آمدن بر این خطر، جلوگیری از آن یا تبدیل آن به یک مورد مفید اقدام کرد یا نه؟ به عبارت دیگر ارزیابی ثانویه متضمن ارزشیابی نیروهای فرد در کنارآمدن با زیان‌ها یا فواید بالقوه‌ای است که در مرحلهٔ اولیه ارزیابی شده‌است.

عیدوزهی (۷) در مطالعه‌ای در بارهٔ مقایسهٔ شیوه‌های مقابلهٔ معتادان و افراد غیرمعتاد دریافت که افراد معتاد کمتر از سایرین از تکنیک‌های مسأله‌مدار در رویارویی با عوامل تنیدگی‌زای زندگی استفاده می‌کنند. قاسمی (۸) نیز نشان‌داد که معتادان به حشیش در زندان قصر سازگاری اجتماعی کمتری دارند. مادرشاهیان (۹) نشان داده‌است که سازش‌یافتگی جانبازان با معلولیت‌های گوناگون یکسان نیست. بر پایهٔ پژوهش‌های او، جانبازان شیمیایی اختلالات خواب، خشم و تمایل رویارویی بیشتری با تنیدگی دارند. بکام و همکاران (۱۰) در مطالعه‌ای روی سربازان بازگشته از جنگ ویتنام مشاهده کردند که ۴۳٪ آنان سیگار می‌کشیده‌اند که ۵۸٪ این افراد مصرف سنگین (بیشتر از ۲۵ نخ در روز) داشته‌اند. تامتون و همکاران (۱۱) نشان داده‌اند که برای معتادان با اختلالات شدید روانشناختی و شیوه‌های مقابله‌ای منفی درمان رفتاری ساخت‌یافته و برای معتادان با اختلالات ملایم روانشناختی و شیوه‌های مقابله‌ای مثبت روان‌درمانگری ساخت‌نایافته (یا کمتر ساخت‌یافته) مناسبتر است. فوستر، مارشال و پیتر (۱۲) نشان داده‌اند که همایندی اختلالات روانشناختی با اعتیاد و نیز شدت نشانه‌های این اختلالات عوامل مهمی در تحلیل بهزیستی روانی هستند. پس از آن می‌توان به پژوهش اینگرام و همکاران (۱۳) اشاره‌کرد که رابطهٔ مکانیزم‌های شناختی، عاطفی و اجتماعی در افسردگی را از راه مطالعهٔ رابطهٔ شناخت، خصومت و سبک مقابله‌ای نشان‌داده‌است. ایزنبرگ و همکاران (۱۴) نیز به تأثیر درمان نگهدارنده با متادون برای ترک جانبازان وابسته به مواد اشاره کرده‌اند. گونزالز-روتی (۱۵) معتقداست استعمال دخانیات که همواره با الکل در جانبازان امریکایی همبسته است، همچنان مشکل مهمی برای بنیاد جانبازان این کشور محسوب می‌شود. سلیمی و همکاران (۱۶) در مقایسهٔ ویژگی‌های روانی و اجتماعی جانبازان معتاد و غیرمعتاد تهران بیان می‌کند که نتایج به دست آمده از پرسشنامه MMPI نیز نشان می‌دهد که نیم‌رخ روانی گروه جانبازان معتاد حاکی از نمرات زیاد آنان در مقایسه‌های Sc و HS,D,Pt است. به‌طورکلی می‌توان گفت که جانبازان مورد بررسی دارای واکنش‌های روان‌تنی، اضطراب، شخصیت وابسته نافعال، دردهای جسمانی و افسردگی هستند.

وفائی و صیدی (۱۷) نشان داده‌اند که اختلالات روانشناختی چون افسردگی در جانبازان بیش از مردم عادی است. این مطالعه نشان داده که شیوع افسردگی در یک نمونه از جانبازان ۷۱ درصد بوده در حالی که شیوع همین اختلال در افراد عادی ۳۶ درصد بوده است. بری و همکاران (۱۸) نیز نشان داده‌اند که کارکنان سازمآن‌های نظامی و کهنه‌سربازان بیش از سایرین به استفادهٔ مرضی از دارو و مواد روی می‌آورند. کانگ و همکاران (۱۹) و گروه مطالعهٔ خلیج فارس آیووا (۲۰) نیز معتقدند سربازان خط مقدم بیش از دیگران دچار آسیب می‌شوند.

هدف از مطالعهٔ حاضر، بررسی رابطهٔ شیوه‌های مقابله و نشانه‌های تنیدگی مزمن با استفادهٔ مرضی از دارو و مواد (اعتیاد) در جانبازان ساکن شهر قم بود.

مواد و روش‌ها

جامعهٔ پژوهش حاضر عبارت بود از کلیهٔ جانبازان ساکن قم که در سال ۱۳۸۹در ادارهٔ کل بنیاد شهید و امور ایثارگران استان قم دارای پرونده بودند. نخست فهرست کلیهٔ جانبازان دارای پرونده از سازمان بنیاد شهید و امور ایثارگران استان قم دریافت‌شد. سپس به کمک روش نمونه‌برداری تصادفی طبقه‌ای نظام‌دار از هر یک از زیر گروه‌های جامعه (جانبازان با درصدهای ۲۵، ۳۰، ۳۵، ۴۰، ۴۵، ۵۰، ۵۵، ۶۰، ۶۵ و ۷۰ درصد) به کمک رایانه و براساس حروف الفبا از هر طبقه به صورت نظام‌دار به تعداد لازم آدرس برگزیده شد. در مجموع ۳۲۴۵ آدرس وجودداشت که نخست آدرس‌های خارج از قم و اسامی فاقد آدرس و شماره تلفن حذف شدند و ۳۱۴۳ آدرس برای نمونه‌گیری باقی ماند. در جریان پردازش داده‌ها هر ۱۰ طبقهٔ ۲۵ تا ۷۰ درصد از کار افتادگی با ادغام هر دو طبقهٔ متوالی به ۵ طبقه تقسیم شدند:

سطح ۱- جانبازان ۲۵ و ۳۰ درصد (آسیب بسیار کم)

سطح ۲- جانبازان ۳۵ و ۴۰ درصد (آسیب کم)

سطح ۳- جانبازان ۴۵ و ۵۰ درصد (آسیب متوسط)

[Downloaded from ijwph.ir on 2026-11-11]

سطح ۴- جانبازان ۵۵ و ۶۰ درصد (آسیب زیاد)
سطح ۵- جانبازان ۶۵ و ۷۰ درصد (آسیب بسیار زیاد)
برای محاسبهٔ حجم نمونه نرم‌افزار GPower v2 که به منظور محاسبهٔ نمونه و میزان اثر طراحی‌شده، به کار گرفته‌شد. نرم‌افزار مربوط برای اندازهٔ اثر متوسط (d=۰.۲۵)، آلفای ۰.۰۵ و توان ۰.۹۵ نمونه‌ای با حجم ۲۲۰ نفر را برای تحلیل واریانس با ۱۰ سطح و برای تحلیل رگرسیون با اندازهٔ اثر متوسط (d=۰.۱۵) و خطای ۰.۰۵ تعداد ۲۴۲ نفر را برای ۲۵ متغیر پیش‌بینی پیشنهاد کرد. به منظور پیشگیری از افت آزمودنی‌ها از دو شیوه سود جستیم: الف) افزایش تعداد اعضای نمونه از سطح حداقلی محاسبه‌شده به سطح مطمئن‌تر (۴۶۰ آزمودنی را انتخاب کردیم که در نهایت ۴۵۲ نفر پاسخ دادند). ب) تماس مجدد با آزمودنی‌هایی که در تماس اول از شرکت در پژوهش خودداری کرده‌بودند. در پژوهش موزر و همکاران (۲۱) تنها ۲۹ نفر به پرسشنامه‌ها پاسخ داده‌بودند و ۳۴٪ افت پاسخ داشته‌اند. با این حال، سرایی (۲۲) معتقد است تماس مجدد و تشویق می‌تواند افت پاسخ‌دهندگان را به شدت کم کند. به همین جهت، در این پژوهش ما نمونه‌ها را با تلفن مجدداً به شرکت در پژوهش تشویق کردیم. ضمناً از بین ۴۵۲ شرکت‌کننده در پژوهش تنها ۳ نفر مجرد و بقیه متأهل بودند.

با در نظرگرفتن این نکته که گروه نمونه پیش از اجرای پژوهش جانباز شده‌بودند و آنان تنیدگی‌های مربوط به این رویدادها را پیشتر تجربه‌کرده‌اند و پژوهشگر توانایی هیچ نوع دستکاری از این نظر را نداشته‌است، و نیز این پژوهش به دنبال برآورد رابطهٔ میان متغیرهای از پیش موجود است، پژوهش حاضر از نوع «همبستگی» است که طی آن پژوهشگر تنها به محاسبهٔ رابطهٔ میان متغیرها می‌پردازد. از دیگر سو، چون برخی فرضیات که به مقایسهٔ جانبازان با نوع و شدت‌های گوناگون از کارافتادگی می‌پردازند، یک طرح «آزمایشی‌نما» در جریان پژوهش وجوددارد که متغیر مستقل آن نوع و سطوح گوناگون آسیب‌دیدگی جانبازان و سایر متغیرها، وابسته هستند. سن و تحصیلات نیز متغیرهای تعدیل‌کننده محسوب خواهندشد. متغیر جنس نیز در این پژوهش به دلیل فقدان پراکنش تأثیری نداشت.

روش اجرا

پس از انتخاب تصادفی گروه نمونه و دریافت فهرستی چاپی مشخصات و آدرس نمونه، پرسشگران آموزش‌دیده فهرست ویژهٔ خویش را دریافت‌کرده و پس از تماس تلفنی با خانوادهٔ مربوطه و تعیین فرصت مناسب برای مصاحبه و پاسخ‌گویی به پرسشنامه و آزمون‌ها، به منزل مربوطه مراجعه‌کرده و ضمن تحویل یک برگ دعوت‌نامهٔ مجری پژوهش که طی آن خود و اهداف پژوهش را به‌طور خلاصه و به‌گونه‌ای که تداخلی در پاسخ‌های شرکت‌کنندگان در پژوهش ایجاد نکند را بیان نموده‌بود، به ایشان تحویل‌داده و سپس مواد آزمون را ارائه می‌دادند. در صورتی که شرکت‌کنندگان بی‌سواد یا کم‌سواد بودند، پرسشگران خود مواد آزمون‌ها را با گفتاهنگی خنثی برای آنان می‌خواندند و پاسخ‌های آنان را یادداشت می‌کردند و درهرحال، گردآوری داده‌ها را با مصاحبه کامل می‌کردند. آن دسته از گروه نمونه که به شهر دیگری مهاجرت کرده بودند از گروه نمونه حذف‌شده و آنان که آدرسشان به جای دیگری در قم تغییر یافته‌بود به آدرس جدیدشان مراجعه‌می‌شد. در صورتی که خانواده به هر دلیل مایل به همکاری نبود و پرسشگر نمی‌توانست در او انگیزهٔ لازم برای شرکت در پژوهش را ایجاد کند، از گروه نمونه حذف می‌شد. پرسشگران آموزش دیده بودند که ضمن احترام به شرکت‌کنندگان، در برابر واکنش‌های تند برخی از آن‌ها واکنش آرامش‌بخشی نشان‌دهند. آن‌ها به شرکت‌کنندگان تفهیم می‌کردند که پژوهش مستقیماً به مسؤلین بنیاد مرتبط نخواهد شد و تنها نمرات کلی و نه نمرات فردی مورد مطالعه قرار خواهندگرفت. سپس، داده‌ها از پرسشنامه‌ها و آزمون‌ها استخراج شده و مورد پردازش قرارگرفتند.

ابزار پژوهش

۱. نشانگر شدت اعتیاد

این مقیاس ۱۲ ماده دارد و در ۱۱ مادهٔ آن هر کدام یک طبقه از داروها و مواد قراردارند و در مادهٔ دوازدهم وابستگی چندماده‌ای مورد پرسش قرارمی‌گیرد. آزمودنی در پاسخ به هر ماده مشخص می‌کند که در یک ماه گذشته و نیز در طول عمر از این طبقه از مواد و داروها استفادهٔ مرضی کرده‌است و نیز آن را از چه راه و با چه شیوه‌ای استفاده کرده‌است.

[Downloaded from ijwph.ir on 2026-11-11]

نشانگر شدت اعتیاد یک ابزار مصاحبه‌ای ساخت‌یافته است که از نخست در ایالات‌متحدهٔ‌امریکا به منظور مطالعهٔ کهنه سربازان و معلولان جنگی در سال ۱۹۷۷ توسط مک‌للن و همکاران ساخته‌شد و سپس هر بار در شکل آن تجدید نظر صورت‌گرفته و به شکل کنونی در آمد (۲۳). این نشانگر پایایی و روایی خوبی را در مطالعات گوناگون نشان‌داده و به همین جهت از آن استقبال شده‌است (آلترمن، براون، زابارلو و مک‌کی[I] ؛ به نقل از کونورز، دونووان و دی‌کلمنته[II]، (۲۴)). لئونارد و همکاران[III] (۲۵) پایایی و روایی آن را بالا و مناسب گزارش‌کرده‌اند. در این پژوهش نسخهٔ لایت سازمان بهداشت جهانی که همان سازمان به فارسی برگردانده است، استفاده‌شد و روایی از راه محاسبهٔ ضرایب همبستگی آن با آزمون سرندگری استفادهٔ مرضی از دارو و مواد (۰.۵۵)، ظاهر معتادگونه (۰.۶۶)، استفادهٔ مرضی از دارو و مواد به عنوان یک روش مقابله‌ای (۰.۳۲) و اعتیاد به سیگار (۰.۳۱) به‌دست‌آمد. پایایی آن نیز به روش محاسبهٔ ضریب هماهنگی درونی مواد (آلفای کرونباخ) ۰.۴۰ محاسبه شد. پایایی محاسبه شده معناداراست اما چندان بالا نیست. تحلیل بعدی نشان‌داد که مادهٔ نخست به دلیل آن که فقط استفادهٔ مرضی از داروهای قانونی روان‌گردان و مسکن به صورت سرخود را اندازه می‌گیرد از سوی بسیاری از شرکت‌کنندگان پاسخ مثبت داده شده و همبستگی آن را با سایر مواد نشانگر کاهش داده‌است و حذف آن می‌تواند شاخص پایایی را به ۰.۵۳۳ افزایش دهد. اما چون معمولاً تعداد کمی از آزمودنی‌ها در ایران مایل به پاسخ صادقانه به سایر مواد هستند، به نظر می‌رسد پایایی آزمون به شکل کاذبی پایین‌آمده اما همچنان معتبر است.

۲. آزمون سرندگری استفادهٔ مرضی از دارو و مواد

این آزمون ۲۰ ماده‌ای که پایایی ۰.۸۶ (هماهنگی درونی) و ۰.۷۱ (بازآزمایی) و روایی ۰.۶۸ به دست داده‌است (کوکو و کری[IV]، (۲۶)؛ و نیز گاوین، راس و سکینر[V]، (۲۷)). این آزمون پیامدهای استفادهٔ مرضی از دارو و میل به آن را مورد پرسش قرارمی‌دهد. هر مادهٔ دارای دو گزینهٔ بلی خیر است. آزمون هم توسط مصاحبه‌گر و هم خودِ شرکت‌کننده در پژوهش قابل اجرا است (۲۴). دامنهٔ نمرات این آزمون صفر تا ۲۰ است و نمرات بالاتر نشانگر سوءاستفادهٔ بیشتر از دارو است. مطابق نظر سازندهٔ آزمون (۲۸) نمرات ۶ و بالاتر تشخیص «استفادهٔ مرضی از دارو» را به خود می‌گیرد. کونورز و همکاران (۲۴). این آزمون را یکی از بهترین معدود آزمون‌ها در این زمینه می‌دانند. آخرین نسخهٔ این آزمون مبتنی بر DSM-IV است.

برای محاسبهٔ روایی همزمان، ضریب همبستگی این آزمون را با نشانگر شدت اعتیاد (۰.۵۵)، ظاهر معتادگونه (۰.۴۲)، استفادهٔ مرضی از دارو و مواد به عنوان یک روش مقابله‌ای (۰.۵۳) و اعتیاد به سیگار (۰.۳۵) و برای محاسبهٔ پایایی از پریب آلفای کرونباخ برای محاسبهٔ هماهنگی درونی مواد (۰.۸۸) استفاده شد.

۳. پرسشنامهٔ شیوه‌های مقابله‌ای (شکل کوتاه)

این پرسشنامه ۲۸ ماده دارد و پاسخ فرد به موقعیت‌های تنیدگی‌زا را مورد پرسش قرار می‌دهد. کارور و همکاران (۲۹) پایایی و روایی آن را مناسب گزارش‌کرده‌اند. پرسشنامه ۱۴ مقیاس دارد که شامل موارد زیر است:

- خود-گیج‌گردانی(sd)[VI]
- مقابلهٔ فعال(ac)[VII]
- انکار(denial)[VIII]
- استفادهٔ مرضی از مواد(su)[IX]
- کاربرد حمایت هیجانی(ues)[X]
- کاربرد حمایت ابزاری(uis)[XI]
- انزوای رفتاری(bd)[XII]
- برون‌ریزی(venting)[XIII]
- چارچوب مثبت‌دادن(pr)[XIV]
- برنامه‌ریزی(planing)[XV]
- شوخ‌طبعی(humor)[XVI]

[I] Alterman, Brown, Zaballero, & McKay
[II] Connors, G J, Donovan, D M, DiClemente, C
[III] Leonhard, C., Mulvey, K., Gastfriend, D. R., & Shwartz, M.
[IV] Cocco K M, Carey K B
[V] Gavin D R; Ross H E; Skinner H A

[VI] Self-distraction
[VII] Active coping
[VIII] Denial
[IX] Substance Use
[X] Use emotional support
[XI] Use instrumental support
[XII] Behavioral disengagement
[XIII] Venting
[XIV] Positive reframing
[XV] Planning
[XVI] Humor

[Downloaded from ijwph.ir on 2026-11-11]

- پذیرش(a)[I]
- مذهب(r)[II]
- خودسرزنش‌گری(sb)[III]

برخی از این مقیاس‌ها سازش‌یافته و برخی دیگر روش‌های مقابله‌ای دشوار و کمتر سازش‌یافته محسوب می‌شوند (۳۰). هر یک از این مقیاس‌ها ۲ ماده را در برمی‌گیرند و هر ماده دارای ۴ گزینه است. این مقیاس در این پژوهش به صورت «رگه‌ای» استفاده شده‌است. به این معنا که از آزمودنی‌ها خواسته شد تا پاسخی را که معمولاً به عوامل تنیدگی‌زا می‌دهند بیان‌کنند. هم فولکمن-لازاروس (۳۱) و هم کارور و همکاران (۲۹). این نوع اجرا را مجاز می‌دانند. آلدوین (۳۲) این مقیاس را ابزاری با یک دستورالعمل منعطف می‌داند که استفاده‌های آن را بیشتر می‌کند. در این مطالعه، پایایی مقیاس‌ها از ۰.۰۵ تا ۰.۹۰ توسط او گزارش‌شد. پایهٔ این آزمون بخشی از نظریهٔ فولکمن-لازاروس (۶) و بخشی دیگر مدل خودتنظیمی رفتاری کارور و شیر (۳۳ و ۳۴) است.

در این پژوهش برای محاسبهٔ روایی همزمان، ضریب همبستگی مقیاس‌های آن با متغیرهای دیگر همچون آزمون سرندگری استفادهٔ مرضی از دارو و مواد و اختلال تنیدگی پس‌آسیبی محاسبه‌شد که همگی معنادار و دامنه‌ای از ۰.۲۰ تا ۰.۵۵ داشتند. پایایی آن نیز به روش محاسبهٔ ضریب آلفای کرونباخ (هماهنگی درونی مواد) اجرا شد و ۰.۸۳ به دست آمد.

۴. فهرست نشانه‌های تنیدگی مزمن

شامل ۴۵ نشانهٔ جسمانی و روانشناختی تنیدگی همراه با امکان افزودن دو نشانهٔ دیگر می‌باشد که پاسخ دهنده می‌تواند یکی از گزینه‌های هرگز، گاهی، معمولاً، اغلب و همیشه را برگزیند. نمونهٔ این فهرست در بخش پیوست‌ها آورده شده‌است. این مقیاس همبستگی مثبت معناداری با رویدادها و تغییرات زندگی و افکار خودکار و همبستگی منفی معناداری با بهزیستی شخصی داشته که در مطالعهٔ آقایوسفی (۳۵) گزارش شده‌است. در خصوص روایی هم‌زمان با اختلال تنیدگی پس‌آسیبی، ضریب همبستگی ۰.۷۸ و پایایی آن به روش هماهنگی درونی مواد، ۰.۹۶ به دست آمد.

یافته‌ها

نخست رابطهٔ همبستگی پیرسونی سادهٔ روش‌های چهارده‌گانهٔ مقابله با تنیدگی و نمرهٔ کل فهرست نشانه‌های تنیدگی مزمن با استفادهٔ مرضی از دارو و مواد و شدت آن را بررسی می‌کنیم.

چنان که جدول ۱ نشان می‌دهد، مقابلهٔ فعال، استفاده از حمایت ابزاری دیگران، چارچوب مثبت دادن به تنیدگی و پذیرش با هیچ یک از نشانگرهای مربوط استفادهٔ مرضی از دارو و مواد و شدت آن را بطه‌ای ندارند.

جدول ۱: همبستگی روش‌های مقابله، نشانه‌های تنیدگی مزمن، استفادهٔ مرضی از دارو و مواد و شدت اعتیاد

نام متغیر	استفادهٔ مرضی از دارو و مواد		شدت اعتیاد	
	ضریب	خطا	ضریب	خطا
خودگیج‌گردانی			۰.۱۴۵	۰.۰۰۲
مقابلهٔ فعال				
انکار	۰.۳۴۷	۰.۰۰۰۱	۰.۱۹۵	۰.۰۰۰۱
استفادهٔ مرضی از مواد در برابر تنیدگی	۰.۵۲۷	۰.۰۰۰۱	۰.۳۱۹	۰.۰۰۰۱
استفاده از حمایت هیجانی دیگران	۰.۲۰۲	۰.۰۰۰۱	۰.۱۳۸	۰/۰۰۳
استفاده از حمایت ابزاری دیگران				
انزوای رفتاری	۰.۳۱۷	۰.۰۰۰۱	۰.۱۸۳	۰.۰۰۰۱
برون‌ریزی	۰.۲۹۹	۰.۰۰۰۱	۰.۲۰۵	۰.۰۰۰۱
چارچوب مثبت دادن				
برنامه‌ریزی	-۰.۱۷۵	۰.۰۰۰۱		
شوخ‌طبعی	۰.۱۴۵	۰.۰۰۲	۰.۱۵۷	۰.۰۰۰۱
پذیرش				
مذهب	-۰.۰۹۵	۰.۰۴۴		
خودسرزنشگری	۰.۲۸۹	۰.۰۰۰۱	۰.۲۰۴	۰.۰۰۰۱
شدت اعتیاد	۰.۵۴۵	۰.۰۰۰۱		
نشانه‌های تنیدگی مزمن	۰.۵۳۷	۰.۰۰۰۱	۰.۳۶۰	۰.۰۰۰۱

کاربرد دارو و شدت آن در جانبازانی که در برابر تنیدگی‌ها به انکار عامل تنیدگی‌زا می‌پردازند، به دارو و مواد پناه می‌برند، حمایت هیجانی دیگران را طلب می‌کنند، گوشه‌گیر می‌شوند، هیجاناتشان را برون‌ریزی می‌کنند، شوخ‌طبعی نشان می‌دهند و خود را سرزنش می‌کنند، بیشتر است. استفاده از باورهای مذهبی و برنامه‌ریزی برای حل مدبرانهٔ مسأله در سوءاستفاده

[I] Acceptance
[II] Religion
[III] Self-blaming

[Downloaded from ijwph.ir on 2026-11-11]

کنندگان از دارو و مواد کمتر است ولی با شدت اعتیاد رابطه‌ای ندارند. برعکس، افرادی که در برابر روی‌دادهای تنیدگی‌زا حواس خود را پرت می‌کنند و می‌کوشند که به تنیدگی موجود نیندیشند اعتیاد شدیدتری دارند. هر چه جانباز نشانه‌های تنیدگی مزمن بیشتری داشته‌باشد، احتمال استفادهٔ مرضی از دارو و مواد و نیز اعتیاد شدید و ترکیبی در او بیشتر می‌شود. با این وجود، یک رابطهٔ سادهٔ همبستگی برای درک روابط میان این متغیرها کافی نیست. تحلیل رگرسیون چند متغیری خطی به روش گام به گام (جدول ۲) می‌تواند بگوید که کدام متغیرها رابطهٔ معنادار و جدی با استفادهٔ مرضی از دارو و مواد داشته و نیز سهم هر یک را در تبیین پراکنش متغیر وابسته مشخص می‌کند.

جدول ۲: نتایج تحلیل رگرسیون چندمتغیری خطی به روش گام به گام برای پیش‌بینی نمرات استفادهٔ مرضی از دارو و مواد

پیش‌بینی	R sq.	F	Sig. of F	B	beta	T	Sig.
نشانه‌های تنیدگی مزمن	۰.۲۸۸	۶۰.۵۰۴	۰.۰۰۰۱	۰.۰۴۴	۰.۳۴۹	۷.۶۸۳	۰.۰۰۰۱
استفادهٔ مرضی از دارو و مواد در برابر تنیدگی	۰.۰۷۷			۰.۵۶۷	۰.۳۰۱	۶.۷۹۷	۰.۰۰۰۱
انزوای رفتاری	۰.۰۱۷			۰.۳۵۳	۰.۱۴۸	۳.۷۳۵	۰.۰۰۰۱
شوخ‌طبعی	۰.۰۱۴			۰.۴۳۵	۰.۱۴۴	۳.۸۰۱	۰.۰۰۰۱
مقابله به روش خودگیج‌گردانی	۰.۰۱			-۰.۲۶۱	-۰.۱۰۹	-۲.۷۷۳	۰.۰۰۶
مجموع	۰.۴۰۶			عرض از مبدأ		-۱.۶۴۳	

نتایج جدول ۲ نشان می‌دهد اگر روش‌های چهارده‌گانهٔ مقابله و نمرهٔ کل نشانه‌های تنیدگی مزمن به عنوان متغیر مستقل وارد معادله شوند، تنها نشانه‌های تنیدگی مزمن (۲۸.۸٪)، پناه‌بردن به دارو در برابر تنیدگی (۷.۷٪)، گوشه‌گیری (۱.۷٪)، شوخ‌طبعی (۱.۴٪) و مقابله به روش خودگیج‌گردانی (۱٪) از پراکنش استفادهٔ مرضی از دارو و مواد (در مجموع ۴۰.۶٪) را پیش‌بینی می‌کنند و دیگر روش‌های مقابله‌ای اثر معناداری نخواهند داشت. به این ترتیب، می‌توان معادلهٔ این رابطه را به شرح زیر بیان کرد:

نمرهٔ جانباز در آزمون سرندگری استفادهٔ مرضی از دارو و مواد= (نمرهٔ نشانه‌های تنیدگی مزمن)* ۰.۳۴۹+ (نمرهٔ پناه‌بردن به دارو و مواد به عنوان روش مقابله‌ای) * ۰.۳۰۱+۰.۱۴۸ * (نمرهٔ فرد در روش انزوای رفتاری) + ۰.۱۴۴ * (نمرهٔ شوخ‌طبعی) − ۰.۱۰۹ * (نمرهٔ مقابله به روش خود گیج‌گردانی) − ۱.۶۴۳

اکنون این پرسش مطرح می‌شود که نوع آسیب در جانباز و شدت از کارافتادگی او چه تأثیری در نشانه‌های تنیدگی مزمن و روش‌های چهارده‌گانهٔ مقابله با تنیدگی دارد؟ به این منظور، یک آزمون تحلیل واریانس با دو متغیر مستقل و همان متغیرهای وابسته اجرا کردیم (جدول ۳). نتایج جدول ۳ توسط آزمون توکی پردازش شده و نشان داده شد که جانبازان با آسیب زیاد (سطح ۴= ۵۵ و ۶۰ درصد) بیش از سایرین به استفادهٔ مرضی از دارو و مواد روی می‌آورند. جانبازان با آسیب متوسط (سطح ۳= ۴۵ و ۵۰ درصد) کمتر از دیگران با تنیدگیها فعالانه مقابله می‌کنند. جانبازان با آسیب بسیار کم بیش از دیگران در برابر تنیدگیها از حمایت ابزاری دیگران سود می‌جویند.

جدول ۳: نتایج تحلیل واریانس اثر شدت و نوع آسیب در جانباز بر اعتیاد، مقابله و نشانه‌های تنیدگی مزمن

متغیر مستقل		F	احتمال خطا
شدت از کارافتادگی	استفادهٔ مرضی از دارو و مواد (سرندگری)	۴.۱۰۳	۰.۰۰۳
	مقابلهٔ فعال	۴.۶۸۲	۰.۰۰۱
	حمایت ابزاری دیگران	۲.۶۴۸	۰.۰۳۳
	برون‌ریزی	۲.۸۵۹	۰.۰۱۱
	انکار	۲.۸۴۰	۰.۰۲۴
	چارچوب مثبت دادن	۳.۶۴۵	۰.۰۰۶
	پذیرش	۷.۸۲۳	۰.۰۰۰۱
نوع آسیب جانباز	استفادهٔ مرضی از دارو و مواد (سرندگری)	۶.۱۸۲	۰.۰۰۰۱
	نشانه‌های تنیدگی مزمن	۷.۷۵۷	۰.۰۰۰۱
	مقابله با استفادهٔ مرضی دارو و مواد	۵.۳۷۸	۰.۰۰۰۱
	حمایت هیجانی دیگران	۲.۸۳۱	۰.۰۱
	برون‌ریزی	۲.۲۸۷	۰.۰۳۵
اثر تعاملی شدت آسیب و نوع آسیب	مذهب به عنوان روش مقابله	۱.۷۱۸	۰.۰۲۴

[Downloaded from ijwph.ir on 2026-11-11]

جانبازان با از کار افتادگی بسیار زیاد (سطح ۵= ۶۵ و ۷۰ درصد) کمتر از همه برون‌ریزی و انکار می‌کنند و در برابر روی‌دادهای تنیدگی‌زا می‌کوشند تودار باشند. جانبازان با آسیب کم (سطح ۲) و متوسط (سطح ۳) در موقعیت‌های تنیدگی‌زا کمتر می‌کوشند تفسیر مثبتی از آن استخراج کنند. همچنین جانبازان با آسیب متوسط کمتر از دیگران روی‌داد تنیدگی‌زا را می‌پذیرند. از نظر نوع آسیب نیز نشان داده‌شد که جانبازان با آسیب جسمانی و جسمانی شیمیایی کمتر از دیگران به دچار استفادهٔ مرضی از دارو و مواد هستند. نشانه‌های تنیدگی مزمن در جانبازان روانی شیمیایی جسمانی بیش از جانبازان جسمانی و جسمانی شیمیایی دیده می‌شوند. بیشترین میزان پناه‌بردن به دارو و مواد و نیز استفاده از حمایت هیجانی دیگران در برابر روی‌دادهای تنیدگی‌زا در جانبازان روانی شیمیایی و جانبازان روانی شیمیایی جسمانی است. همچنین جانبازان جسمانی شیمیایی بیش از دیگران در برابر رویدادهای تنیدگی‌زا برون‌ریزی می‌کنند. دربارهٔ اثر تعاملی نوع و شدت آسیب نیز نشان داده‌شد که جانبازان روانی شیمیایی با آسیب زیاد (سطح ۴) کمتر از جانبازان گروه خودشان اما با آسیب‌های دیگر در برابر روی‌دادهای تنیدگی‌زا از باورهای مذهبی یاری می‌جویند.

نتیجه‌گیری و بحث

نتایج پژوهش حاضر روی جانبازان مرد و متأهل (به جز ۳ نفر) در شهر قم نشان داد که روش‌های مقابله با تنیدگی و وجود نشانه‌های تنیدگی مزمن با استفادهٔ مرضی از دارو و مواد و شدت اعتیاد رابطه دارد. وجود نشانه‌های تنیدگی مزمن بیشترین سهم را در ابتلاء به اعتیاد دارد و پس از آن روش‌های نارسای مقابله با روی‌دادهای تنیدگی‌زا شامل پناه‌بردن به دارو، انزوای رفتاری، شوخ‌طبعی و خود گیج‌گردانی پیش‌بینی‌کننده‌های استفادهٔ مرضی از دارو و مواد هستند. پژوهش‌ها اغلب نشان‌داده‌اند که شوخ‌طبعی با سلامت روانی همبستگی مثبت دارد. ولی در پژوهش حاضر، این روش مقابله‌ای با ابتلاء به اعتیاد همبسته بود. یکی از دلایل احتمالی این یافتهٔ متناقض می‌تواند استفادهٔ نابه‌جا از شوخ‌طبعی باشد. به نظر می‌رسد که جانبازان با نادیده گرفتن واقعیت، انکار، روی برتافتن از آن چه اتفاق افتاده‌است (خودگیج‌گردانی) و مانند آن به نوعی از برابر روی‌دادهای تنیدگی‌زا می‌گریزند. این نوع گریز به زعم بسیاری از پژوهشگران که فولکمن و لازاروس (۳۱) یافته‌های آن‌ها را فهرست کرده‌اند با کاهش بهداشت روانی همراه است. در این حالت، یافته‌های این پژوهش با آن چه دیگر پژوهشگران نشان داده‌اند همسو است. روش‌های نادرست مقابله به افزایش بار منفی تنیدگی و ازمان آن منجر می‌شود و رنج ناشی از این نشانه‌ها مجموعه‌ای از اختلالات روانی و تنی را در برمی‌گیرند خود مشکلی مضاعف ایجاد می‌کنند که جانباز برای گریز از آن‌ها و کاهش رنج ایجادشده به دارو و مواد پناه می‌برد. با این‌حال، مشکل در تمام جانبازان یکسان توزیع نشده و شدت آسیب و نیز نوع آسیب‌دیدگی جانباز نیز به عنوان یک متغیر میانجی در این مدل دخالت می‌کنند. آسیب‌های روانی و شیمیایی و نیز چند معلولیتی‌بودن جانباز او رابیش از دیگران در معرض استفادهٔ مرضی از دارو و مواد قرار می‌دهد. نشانه‌های تنیدگی مزمن (نشانه‌های اختلالات روانی و علایم بیماریهای روان‌تنی در آن‌ها بیشتر دیده می‌شود و در برابر روی‌دادهای تنیدگی‌زا بیش از دیگران از روش‌های هیجان‌مدار مانند استفاده از حمایت هیجانی دیگران و برون‌ریزی استفاده می‌کنند. این یافته‌ها با آن چه پژوهشگران دیگر به دست آورده‌اند همسو است. یافته‌ها با آن چه ورنر اسمیت ۱۹۸۲ (۵) به دست آورده‌است، همگرایی نشان می‌دهند. فولکمن و لازاروس (۳۱) پژوهش‌های بسیاری را در این باره فهرست‌کرده‌اند. نتایج مطالعات عیدوزهی (۷)، مادرشاهیان (۹) و تامتون و همکاران (۱۱)، فوستر، مارشال و پیتر (۱۲)، اینگرام و همکاران (۱۳) و سلیمی و همکاران (۱۶) با یافته‌های این پژوهش همسو هستند.

جانبازان با آسیب بسیار زیاد بیش از جانبازان با آسیب بسیار کم مشکلات خود را می‌پذیرند و کمتر آن‌ها را انکار می‌کنند. با این وجود، جانبازان با آسیب متوسط در یک حالت تعارض قرار دارند که سبب می‌شود فعالیت کمتری برای مقابله با تنیدگی‌ها نشان دهند. جانبازان با آسیب بسیار کم و بسیار زیاد هنوز می‌توانند از روی‌داد تنیدگی‌زا یک نتیجهٔ مثبت استخراج کنند. اما جانبازان با آسیب متوسط و تا حدودی جانبازان با آسیب زیاد هنوز نمی‌توانند به این جنبه‌های مثبت بالقوه یا بالفعل بیندیشند. اعتیاد در جانبازان با آسیب زیاد به مراتب بیشتر از سایرین است. چنان که یاری‌گرفتن از باورهای مذهبی در جانبازان روانی شیمیایی نیز در این گروه (با

[Downloaded from ijwph.ir on 2026-11-11]

آسیب زیاد) کمتر از دیگران است. به نظر می‌رسد جانبازان با آسیب کمتر هنوز توانایی‌هایی برای مقابله در خود می‌بینند و جانبازان با آسیب بسیار زیاد نیز شرایط خود را پذیرفته‌اند و می‌دانند که مشکلات آن‌ها مشخص است. اما جانبازان با آسیب متوسط در وضعیتی نسبتاً مبهم قرار دارند. بنابراین، روش‌های نارساتری را برای مقابله برمی‌گزینند که وضع آن‌ها را از آن چه هست وخیم‌تر می‌کند. با کنار هم گذاشتن این یافته‌ها می‌توان گمان برد که جانبازان نخست به توانایی‌های خود برای مقابله با روی‌دادهای تنیدگی‌زا تکیه می‌کنند. اما هر چه نوع آسیب از جسمانی به شیمیایی و روانشناختی و از تک معلولیتی به چند معلولیتی حرکت می‌کند و نیز هر چه شدت آسیب بیشتر می‌شود به تدریج، جانباز به روش‌های هیجان‌مدار برای مقابله و سپس استفادهٔ مرضی از دارو و مواد پناه می‌برد.

به نظر می‌رسد روش «مقابله‌درمانگری» (۱ و ۳۶) ابزار مناسبی برای پیش‌گیری از استفادهٔ مرضی از دارو و مواد و بروز نشانه‌های تنیدگی مزمن باشد. این روش همچنین می‌تواند جانبازان را یاری کند تا روشهای نارسای مقابلهٔ خود را اصلاح‌کنند و نشانه‌های کنونی خود را کاهش دهند.

تقدیر و تشکر

این پژوهش با استفاده از پژوهانه‌ی دانشگاه پیام نور انجام شده‌است. همچنین، در اجرای این پژوهش از همکاری بنیاد شهید و امور ایثارگران استان قم و پرسشگران محترم طرح خانم‌ها اکرم شریفی، علوی، اعظم برخوردار، الهام برقعی، الهام رسولی، فرزانه احمدی، فاطمه حمزه حسین‌آبادی، فاطمه فراهانی، فاطمه حسین‌پور، فاطمه سیف‌زاده، هانیه بشارتی، حسینی کوسه‌لر، مریم امجدی، معصومه آفتابی، معصومه قائدی، معصومه قلی‌زاده، مطهره دولتی، یوسف‌زاده، زهرا غلامی، زهرا خدیوی کاشانی و زهرا استادیان سود جسته‌ام که برای یکایک آن‌ها سپاس می‌گزارم. امیدوارم که همواره شادکام و پیروز در سایهٔ مهربانی خداوند باشند.

منابع

1- Aghayousefi, Alireza. Latest Approaches in Psychotherapy: theoretical foundations and practical strategies. 1999. Shahryar (in Persian)

2- Meisler, Andrew W. Trauma, PTSD, and Substance Abuse. The National Center for Post-Traumatic Stress Disorder PTSD Research Quarterly. Volume 7, Number 4, fall 1996. Pg. 1-7.

3- Saxon, A.J.; Davis, T.M.; Sloan, K.L.; McKnight, K.M.; McFall, M.E.; Kivlahan, D.R. Trauma, symptoms of posttraumatic stress disorder, and associated problems among incarcerated veterans. Psychiatric Services, 52(7). 2001:959-964

4- Schnurr, P.P.; Spiro, A. III Combat exposure, posttraumatic stress disorder symptoms, and health behaviors as predictors of self-reported physical health in older veterans. Journal of Nervous and Mental Disease, 187(6). 1999: 353-359

Sarason, B & Sarason, I G. Abnormal Psychology. Translator: B Najjarian ET. Al. 1998. Soroush (in Persian)

6- Lazarus, R. S. & Folkman, S. Stress, Appraisal and Coping. 1984. New York: Springer-Verlag.

7- Eidouzehi, A. Comparison coping skills in Drug Abusers and No abusers at Stressful Situations. (Ph D Dissertation). Supervisor: Kianpour, M. 1998. Zahedan Medical University. (In Persian)

8- Ghasemi, M H. Effects of Social Adjustment in Cannabis Abusing among Male Students in Tehran. 2001. National Conference of Drug Abuse, Challenges and Treatments. (In Persian)

9- Madarshahiean F. Comparison of Coping With direct and indirect consequences of war stress in later life between chemical and physical war injureds. Journal of Military Medicine, 2003; 5 (2) :117-120 (in Persian)

10- Beckham, J C; Feldman, M E; Kirby, A C; Hertzberg, M A & Moore, S D . Interpersonal Violence and its correlates in Vietnam Veterans with Chronic Posttraumatic Stress Disorder. Journal of Clinical Psychology. Vol. 53. 1997. Pp. 859-869

11- Thomton, Charles, Gottheil, Edward, Patkar, Ashwin and Weinstein, Stephen. Coping Styles and Response to High versusLow-Structure Individual Counseling for Substance Abuse. American Journal on Addictions, 12. 2003:1, 29 – 42

12- Foster, J. H., Marshall, E. J. & Peters, T. J. . Application of a quality of life measure, the life situation survey (LSS) to alcohol dependent subjects in relapse and remission. Alcoholism Clinical and Experimental Research, 2000.24(11), 1687–1692.

13- Ingram, Rick E.; Trenary, Lucy; Odom, Mica; Berry, Leandra & Nelson, Tyler. Cognitive,

[Downloaded from ijwph.ir on 2026-11-11]

affective and social mechanisms in depression risk: Cognition, hostility, and coping style. Cognition and Emotion, 2007, 21 (1), 78_94
14- Eisenberg, Mark, Isaacs, Cecil D. and Bourque, Andre. Reduction of the Frequency of Drug Use of Veterans Enrolled in an Outpatient Methadone Maintenance Treatment Program. Substance Use & Misuse, 16:7, 1981. 1277- 1280
15- Gonzalez-Rothi, R J. Tobacco smoking in VA hospitals: A health care paradox. VA Practitioner.Vol. 1(5). 1984: 6167.
16- Salimi, S H; Rahmani, R; Mirzaei, J & Karami, GH R. Psycho-Social Characteristics of Drug Abuser Disabled Veterans. 2000. National Conference of Drug Abuse, Challenges and Treatments. (In Persian)
17- Vafai B. , Seidy A. , Study of The Prevalence and Intensity Of Depression in 100 Devotees With Chemical and non-chemical war injuies (30-70%) of Imposed war in Tabriz. Journal of Military Medicine, 2003; 5 (2):105-110 (in Persian)
18- Bray, Robert M., Hourani, Laurel L., Rae, Kristine L., Dever, Jill A., Brown, Janice M., Vincus, Amy A., Pemberton, Michael R., Marsden, Mary Ellen, Faulkner, Dorothy L., Vandermass-Peeler, Russ. Department of Defense Survey of Health Related Behaviors among Military Personnel. Washington, D.C.: U.S. Department of Defense, November 2003, p. 3-3.
19- Kang HK, Mahah CM, Lee Ky, Magee CA, Murphy FM. Illnesses among United States veterans of the Gulf War: a population-based survey of 30,000 veterans. Am J Occ Env Med 2000; 42: 491–501.
20- The Iowa Persian Gulf Study Group. Self-reported illness and health status among Gulf War veterans. JAMA 1997; 277: 238–45.
21- Mueser, K; Rosenberg, S; Goodman, L A; Trumbetta, S L. Trauma, PTSD and the course of severe mental illness: and interactive model. Schizophrenia Research. 53. 2002:123-143.
22- Sarei, H. Sampling in Research. 2005. SAMT (in Persian)
23- McLellan, AT, Kushner, H. and Metzger, D. The fifth edition of the addiction severity index. J Subst Abuse Treat 9, 1992. pp. 199-213.
24- Connors, G J, Donovan, D M, DiClemente, C . Substance Abuse Treatment and the Stages of Change: Selecting and Planning Interventions. 2001. Guilford Publications.
25- Leonhard, C., Mulvey, K., Gastfriend, D. R., & Shwartz, M. The Addiction Severity Index: A field study of internal consistency and validity. Journal of Substance Abuse Treatment, 18, 2000. 129-135.
26- Cocco K M, Carey K B. Psychometric properties of the Drug Abuse Screening Test in psychiatric outpatients. Psychological Assessment. 10. 1998:408–414.
27- Gavin D R; Ross H E; Skinner H A. Diagnostic validity of the Drug Abuse Screening Test in the assessment of DSM-III drug disorders, British Journal of Addiction 84(3). 1989: 301-307.
28- Skinner, HA. Drug Use Questionnaire (DAST-20). Toronto, Canada: 1982. Addiction Research Foundation.
29- Carver, C S; Scheier, M F; Weintraub, J K . Assessing Coping Strategies, A Theoretically based approach. Journal of Personality and Social Psychology. Vol. 56, 1989. Pp. 267-283.
30- Carver, C. S. You want to measure coping but your protocol's too long: Consider the Brief COPE. International Journal of Behavioral Medicine, 4(1), 1997: 92-100.
31- Folkman, S & Lazarus, R. S. The Manual of Coping Ways Questionnaire. 1988. Mind Garden.
32- Aldwin, M A . Stress, Coping, and Development: An Integrative Perspective. 2007. Guilford Press.
33- Carver, C S; Scheier, M F . Principles of Self-Regulation, Action and Emotion. In E T Higgins & R M Sorrentino (Eds). Handbook of Motivation and Cognition. Fondations of Social Behavior. (Vol. 2. 1990. Pp. 3-52). Newyork: Guilford.
34- Carver, C S; Scheier, M F. Attention and Self-Regulation, A control-Theory Approach To Human Behavior, 1981. Newyork. Springer-Verlag.
35- Aghayousefi, A. Stress and its consequences among Families of Combats in Qom. 2006. Bonyade Shahid va Omoore Isargaran- Qom Province (in Persian)
36- Aghayousefi A. Role of personality trait on coping ways and coping therapy's effect on personality trait and depression. (Ph D Dissertation). Tarbiat Modares University. 1380. (In Persian)

[Downloaded from ijwph.ir on 2026-11-11]