

An Investigation of Demographic and Familial Characteristics of Addicted Soldiers

Ahmadi k.¹ PhD, Mehrazmay A.*¹ MD, Karambakhsh A.¹ MD, Salesi M.¹ PhD

¹ Behavioral science research center, Baqiyatallah University of Medical Science, Tehran, Iran

Abstract

Aims: Young people of our society, especially soldiers are at risk of substance abuse, due to various reasons. The aim of this study is to identify related demographic and familial characteristics of addicted soldiers to prevent the spread of addiction.

Method: This is a descriptive research and statistic population includes 1025 Iranian soldiers who were doing national service at the time of conducting current study (2010-2011). They were selected by quota sampling method. Data gathering was done by addiction screening questionnaire, Addiction Severity Index (ASI), military duty status, and demographic questionnaire.

Results: Strong tendency to drug abuse and multi-substance abuse were observed in unemployed soldiers. Tendency for multi-substance abuse were much stronger among people who had illegal revenues (69.6%). Tendency towards alcohol and multi-substance abuse was more common among people who lived separated from family and who had a history of temporary marriage, divorce and separation. Tendency for drug abuse was more prevalent in people with large families. Moreover, tendency to alcohol, drugs and multiple drug abuse were stronger in soldiers having a history of psychological or physical conditions.

Conclusion: Factors such as unemployment, illegal income, separation, divorce and temporary marriage, living separated from family, intimate relationships outside of the family, serious problems in familial relationships, spending leisure time without family and a background of psychological illness were correlated significantly with the type of drug used. By controlling flexible factors, we can prevent continuation or escalation of drug addiction.

Key words: Army, Addiction, Substance abuse, Risk factor, Family, Psychology

بررسی عوامل جمعیت شناختی و خانوادگی مبتلایان به سوءمصرف مواد در سربازان

خدابخش احمدی^۱ PhD، علیرضا مهرآزمای^{۱*} MD، علیرضا کرم بخش^۱ MD، محمود ثالثی^۱ PhD

^۱ مرکز تحقیقات علوم رفتاری، پژوهشگاه دانشگاه علوم پزشکی بقیه الله (عج)، تهران، ایران

چکیده

اهداف: قشر جوان از جمله سربازان جامعه ما به دلایل مختلفی در معرض سوءمصرف مواد هستند. هدف این مطالعه، شناخت ویژگی‌های فردی و خانوادگی مرتبط با نوع ماده مصرفی در سربازان معتاد به منظور کمک به پیشگیری از گسترش اعتیاد است.

روش‌ها: روش مطالعه توصیفی است. جامعه آماری ۱۰۲۵ نفر از سربازان وظیفه است که در زمان اجرای پژوهش (۱۳۸۹ تا ۱۳۹۰) مشغول خدمت سربازی بودند و به روش نمونه‌گیری مبتنی بر سهم انتخاب شدند. جمع‌آوری اطلاعات با تکمیل پرسشنامه‌های غربالگری اعتیاد، مقیاس شدت اعتیاد، وضعیت خدمت سربازی و اطلاعات جمعیت شناختی انجام شد.

یافته‌ها: بیش‌ترین گرایش به مواد و چند سوءمصرف در افراد بیکار دیده شد. گرایش به چند سوءمصرف در افرادی که درآمد غیرقانونی داشتند بسیار بالاتر بود (۶۹٫۶٪). گرایش به مصرف الکل و چند سوءمصرف در افرادی که بدون خانواده زندگی می‌کردند و در سربازان با سابقه ازدواج موقت، طلاق و متارکه بیشتر بود. گرایش به مواد در افراد خانواده‌های پرجمعیت بالاتر بود. گرایش به مصرف الکل، مواد و چند سوءمصرف در معتادینی که سابقه بیماری روانی یا جسمی داشتند بالاتر بود.

نتیجه‌گیری: بیکاری، درآمد غیرقانونی، متارکه و طلاق و ازدواج موقت، زندگی بدون خانواده، ارتباطات صمیمانه بیرون خانواده و مشکل جدی در روابط با خانواده، گذران اوقات فراغت بدون خانواده و سابقه‌ی بیماری روانی با نوع ماده مصرفی در معتادان ارتباط داشتند. با کنترل عوامل قابل‌تغییر می‌توان از تداوم یا تشدید اعتیاد پیشگیری کرد.

کلیدواژه‌ها: سربازی، اعتیاد، عوامل خطر، خانواده، روان‌شناسی

*نویسنده مسئول: علیرضا مهرآزمای. پست الکترونیک: a_mehrazma@yahoo.com

مقدمه

اعتیاد پدیده‌ای است که از شش هزار سال پیش به تدریج در تار و پود جوامع بشری رسوخ کرده است بطوریکه امروزه طیف وسیعی از مردمان جهان را در کام خویش فرو برده و خانواده‌های بسیاری را به پیامدهای ناگوارش مبتلا ساخته و امنیت جوامع را به خطر انداخته است [۱]. اعتیاد و سوءمصرف مواد یک مسئله جهانی است و در کشور ما (ایران) نیز بنا به دلایلی، سوءمصرف و اعتیاد به مواد مخدر وضعیت فراگیری دارد. قرار گرفتن در همسایگی کشورهای تولیدکننده مواد مخدر، جمعیت جوان و آسیب‌پذیر ضرورت مطالعات گسترده‌تر را مطرح می‌نماید.

عوامل مختلف فردی، خانوادگی و اجتماعی در ایجاد این پدیده نقش دارند؛ عوامل فردی شامل احساس لذت جسمی و روانی، کنجکاوی، تمتع، مسائل و مشکلات روان‌شناختی هستند. در زمینه عوامل خانوادگی اغلب افرادی که در خانواده‌های معتاد متولد می‌شوند و پرورش می‌یابند تکرار مصرف اعضای خانواده، برایشان عادی شده، و عادی شدن مصرف مواد، به سهولت گرایش به مصرف دیگر اعضای خانواده کمک می‌کند [۲]. از جمله مهم‌ترین عوامل مؤثر بر رشد اعتیاد به مواد مخدر، سبک والدینی و عملکرد خانوادگی ضعیف و همنشینی با هم سن و سالان منحرف شناخته شده است. وجود رفتارهای انحرافی در بین اعضای خانواده، نظارت ضعیف والدین، غیبت والدین، جدایی یا طلاق و تعارض خانوادگی [۳] فقر مادی خانواده و رفاه اقتصادی بیش از حد خانواده نیز موثر دانسته شده‌اند. در مورد عوامل اجتماعی، یکی از مهم‌ترین عوامل اعتیاد در دسترس بودن مواد مخدر است چون چیزی که به آسانی در اختیار افراد قرار گیرد، گرایش به آن را آسان‌تر می‌کند. ثابت شده است که در زمان قانونی بودن مصرف سیگار و حشیش، درصد معتادان بسیار بالاتر بوده است. نظریه تمایل به دسترس‌پذیری درباره مصرف غیرمجاز مواد به بیان ساده چنین می‌گوید که اگر فردی با تمایل به مصرف در شرایطی قرار گیرد که میزان دسترسی مواد بالا باشد، اعتیاد حاصل می‌شود. در همین زمینه اگر در جامعه‌ای رشد صنعت به سرعت افزایش یابد و درآمد ناشی از این صنعت، به طور عادلانه توزیع نگردد و مردم برای اداره زندگی خود مجبور باشند ساعات بیشتری را به کار مشغول شوند، خستگی جسمی و روانی آنان ممکن است آن‌ها را به منظور رفع آن‌ها به سوی مصرف مواد مخدر سوق دهد. به ویژه اگر برای تفریح و گذراندن اوقات فراغت برنامه‌ریزی‌های اجتماعی نشده باشد [۲]. بیکاری نیز زمینه مساعدی برای انحرافات به ویژه اعتیاد است.

آموزش نظامی یک رویداد پر تنش در زندگی بسیاری از سربازان در بدو ورود به پادگان به حساب می‌آید. این آموزش بطور جدی و به منظور آماده کردن افراد نظامی برای وضعیت‌های پر تنش در جنگ برنامه‌ریزی شده است. استرس‌های شغلی و فشار زیاد در هیچ جایی آشکار تر از مجموعه‌های نظامی نیست. فشارهای

شغلی و سنگینی مسئولیت به عنوان استرس‌های روانی همراه با در بر گرفتن مسائل روانی منجر به تغییرات پاتولوژیک می‌شود. زندگی نظامی دارای شرایط خاصی است. از جمله این شرایط باقی ماندن در سرزمین بیگانه، جدا بودن از خانواده و دوستان، سرما، گرما، گرسنگی، بی‌خوابی، سر و صدای زیاد را می‌توان نام برد. از طرفی سربازان جوان از استان‌های مختلف با فرهنگ‌های متفاوت و از خانواده‌های گوناگون دور هم جمع می‌شوند و مرحله جدیدی از زندگی و مسئولیت‌پذیری خود را آغاز می‌کنند. ورود به محیط نظامی در اوایل دوران جوانی و دوران پنجم رشد روانی بعنوان مقطع بسیار حساس در زندگی نیروی جوان و کارآمد هر کشوری به حساب می‌آید. بخصوص اینکه این دوران در سازمان نظامی با تغییرات شناختی، رفتاری، سازمانی، فرهنگی، قومی و قبیله‌ای همراه است. قرار گرفتن در چنین شرایط پر فشار، اغلب عملکرد فرد را تحت تأثیر قرار می‌دهد، چرا که فرد باید بیاموزد چگونه نقش‌های سخت، خشن، صمیمیت و عواطف را ایفا کند و چه جایگاهی را در تعهدات و روابط خود اخذ نماید. روبرو شدن با این نقش‌ها و همچنین آموزش‌های سخت و مداوم، مأموریت‌های متعدد، فراگیری تخصص‌های مخاطره‌آمیز، تحمل فشار برای انجام تکلیف از دیگر عوامل استرس‌زای دوران سربازی به شمار می‌آید [۴].

بنابراین می‌توان گفت ورود به دوره خدمت سربازی منجر به تغییرات عمده‌ای در زندگی فردی، خانوادگی و اجتماعی افراد می‌شود و مقطع بسیار حساسی به شمار می‌رود [۵].

از دیگر استرس‌های زندگی نظامی و سربازان می‌توان به موارد زیر اشاره کرد: جدا شدن از خانواده و سیستم‌های حمایتی، جدا شدن از کسانی که دوستشان داشته، تغییر در عادات تغذیه، محدودیت در انتخاب و آزادی عمل، انضباط ویژه زیاد و تحمیلی، تغییر مکان مکرر و اجباری، تغییر در عادات خواب، اضطراب ناشی از عملکرد در برابر انتظارات فوق‌العاده، مشکلات در رابطه با فرمانده یا هم‌قطاران، ترس از برقراری رابطه با دیگران، ناتوانی در حل و برخورد مناسب با مسائل. چنین استرس‌های زندگی نظامی در کنار سختی‌ها و خطرات بالقوه دوره آموزشی و کار نظامی، به عنوان عوامل آشکارکننده به یکباره بر سرباز وارد شده و با توجه به استعداد و زمینه قبلی، ممکن است منجر به مشکلات انطباقی شده و با توجه به تعریف سلامت، به عنوان برآیندی از سلامت جسم، سلامت روان و سلامت اجتماعی ظهور یافته که در تعامل با یکدیگر عمل می‌کنند [۶].

به نظر می‌رسد قرار گرفتن جوانان در محیط‌های نظامی به دلیل عواملی همچون دوری از خانواده، تنیدگی و قرارگیری در معرض رفتارهای همسالان، احتمال گرایش به مصرف مواد اعتیادآور از جمله دخانیات را افزایش می‌دهد. یافته‌های مطالعات متعدد از شیوع بالای مصرف سیگار و رفتارهای پرخطر سربازان حکایت دارد. در مطالعه انجام‌شده در سوئیس نشان داده شد که ۴۵ درصد سربازان دخانیات مصرف می‌کنند. مطالعه دیگری در ایالات

اثرگذار در سوء مصرف مواد در بین سرbazان پرداخته شده است.

روش

این مطالعه پیمایشی شامل دو بخش توصیفی و تحلیلی است. از بین جامعه آماری کلیه سرbazان وظیفه مشغول به خدمت، بر اساس روش نمونه‌گیری مبتنی بر سهم، از هر یک از نیروهای پنج‌گانه و ستاد مشترک در مجموع ۱۰۲۵ نفر عنوان نمونه انتخاب شدند و پرسشنامه را تکمیل کردند و این پرسشنامه‌ها مورد بررسی قرار گرفت. انتخاب نمونه‌ها به صورتی بود که نسبت‌های موقعیت جغرافیایی، تحصیلات و نوع نیروی خدمتی و رسته خدمتی در آن لحاظ شدند. لازم به ذکر است که معیار انتخاب افراد، ابتلا به سوء مصرف دخانیات، الکل یا مواد در زمان نمونه‌گیری بود.

نمونه‌گیری از ۱۳ استان بر اساس پراکنندگی جغرافیایی و بر مبنای روش نمونه‌گیری خوشه‌ای انجام شد و برای جمع‌آوری اطلاعات از روش پرسشنامه‌ای استفاده شد که ترکیبی از پرسشنامه شدت اعتیاد (ASI) (Addiction severity Index)، پرسشنامه TCU Drug Screen II بود. همچنین از پرسشنامه وضعیت خدمت سرbazی و پرسشنامه اطلاعات دموگرافیک و مصاحبه اکتشافی نیز استفاده شد که بدون ذکر نام تکمیل شدند. مراحل تحقیق در تابستان و پاییز ۱۳۸۹ انجام شد. اطلاعات به دست آمده توسط نرم‌افزار SPSS تحلیل شد و ویژگی‌های جمعیت شناختی جمعیت مبتلا به سوء مصرف مواد در بین سرbazان توصیف شده و ارتباط هر کدام از آن‌ها با وجود یا عدم وجود اعتیاد و احياناً گرایش به نوع خاصی از مواد به وسیله آزمون کای اسکوتر تحلیل شد.

یافته‌ها

از مجموع ۱۰۲۵ سرbazی که به سوء مصرف مبتلا بودند، ۹۱۸ نفر (۸۹٫۶٪) سیگار، ۱۴۰ نفر (۱۳٫۷٪) مواد و ۲۲۰ نفر (۲۱٫۵٪) الکل مصرف می‌کردند و ۲۱۹ نفر از این جمعیت (۲۱٫۴٪) همزمان بیش از یک ماده مصرف می‌کردند. عوامل تحت بررسی به سه دسته‌ی فردی، خانوادگی و اجتماعی تقسیم شدند.

عوامل فردی: از مجموع سرbazان دارای سوء مصرف ۶۶٫۶٪ در گروه سنی ۱۸ تا ۲۲ سال، ۲۸٫۲٪ در گروه سنی ۲۲ تا ۲۶ سال قرار داشتند. ۸۵٫۲٪ سرbazان مجرد، ۱۱٫۸٪ متأهل بودند. از نظر تحصیلات، ۷۴٫۷٪ زیر دیپلم، ۲۵٫۳٪ بالای دیپلم بودند. از نظر شغل قبل از دوره سرbazی ۱۱٫۴٪ دانش‌آموز، ۱۹٪ دانشجو، ۹٫۹٪ بیکار، ۱۷٫۵٪ مغازه‌دار و ۲۵٫۱٪ کارگر بودند. ۲۵٫۱٪ مخارج ماهیانه‌ی کمتر از ۵۰ هزار تومان، ۶۷٫۶٪ بین ۵۰ هزار تومان تا ۵۰۰ هزار تومان، و ۷٫۳٪ بالای ۵۰۰ هزار تومان داشتند. در مورد شیوه‌ی تأمین مخارج ماهیانه، ۲۶٪ معتادین از کمک خانواده، ۱۵٪ از پس انداز، ۲۴٫۸٪ از حقوق سرbazی، ۳۳٫۲٪ از کار

متحدۀ نشان داد مصرف سیگار سرbazان طی ۱۴ هفته اول ورود به ارتش به دلیل فشارهای روانی افزایش می‌یابد. در نروژ ۵۰/۹ درصد سرbazان مصرف سیگار دارند که از این میزان ۵۰/۷ درصد از آن‌ها با ورود به ارتش مصرف خود را افزایش دادند. عامل گرایش سرbazان اسپانیایی که حدود ۵۳ درصد جمعیت را تشکیل می‌دادند، تنیدگی‌های روانی گزارش شد. مطالعات در آمریکا نشان داد شیوع رفتارهای غیربهداشتی هم‌چون مصرف سیگار و الکل و مواد مخدر در میان سرbazان در مقایسه با کل جامعه بالاتر است. در ایران نیز مطالعه از سرbazان در بدو ورود خدمت نشان داد که ۲۰/۸ درصد آن‌ها به طور دایم سیگار مصرف می‌کنند و ۷۲/۴ درصد نیز تجربه مصرف سیگار دارند [۷]. همچنین یافته‌ها نشان داد ۳۲ درصد سرbazان مورد بررسی مبتلا به سیگار و ۲۲ درصد از آن‌ها سابقه ابتلا به سیگار دارند [۸]. در مطالعه‌ای نیز نشان داده شد که در مجموع میزان مصرف سیگار در بین سرbazان ۲۲٪ است که به عواملی مانند مدت زمان خدمت، میزان استفاده از مرخصی ساعتی در هفته، تعداد روزهای غیبت، تعداد دفعات فرار و تعداد روزهای بازداشت در طول دوره خدمت، احساس تنهایی، نوع رده خدمتی، نوع تنبیه و وضعیت شغلی پیش از سرbazی مرتبط می‌باشد [۹].

به عبارت دیگر عدم توانایی در حل مشکلات و برخورد مناسب با آن‌ها ممکن است منجر به مشکلات سازشی شود که خود را به شکل آشفتگی هیجانی، افزایش حساسیت به محرک‌های بیرونی، اضطراب، ناراحتی، تغییرات خلقی و افسردگی نشان می‌دهد. این فشار روانی می‌تواند زمینه‌ساز و افزایش‌دهنده برخی نابهنجاری‌ها و واکنش‌های رفتاری مانند کشیدن سیگار، نوشیدن الکل و مصرف مواد و دارو در سرbazان شود که این عادت‌ها خود بر روی استرس اثرات منفی ایجاد خواهند کرد [۶].

این امور می‌توانند به افزایش گرایش سرbazان به سوء مصرف مواد منجر شوند. از طرفی برخی از سرbazان سابقه مصرف مواد دارند و ممکن است سایر هم‌قطاران خود را نیز آلوده کنند. از آنجا که وظیفه این سرbazان حفاظت و دفاع از میهن است در نتیجه سلامت جسمی و روانی آن‌ها اهمیت ویژه‌ای دارد و با امنیت و بهزیستی ملی در ارتباط است. با این وصف سوء مصرف مواد و الکل در این افراد موجب نگرانی زیاد فرماندهان نظامی و سیاست‌گذاران این امور می‌شود [۱۰]. لذا تلاش برای شناخت ریسک فاکتورهای فردی و اجتماعی ابتلا به سوء مصرف مواد و راهکارهای برون‌رفت از این معضل اجتماعی-فردی-خانوادگی-سازمانی، که می‌تواند در شناسایی افراد در معرض خطر و کمک به مبتلایان و پیشگیری از ابتلای دیگران، ایجاد اطمینان برای خانواده‌ها برای اعزام فرزندان‌شان به خدمت سرbazی و در مجموع مصون‌سازی جوانان کشور در برابر این مسئله کمک کننده باشد، ضروری به نظر می‌رسد. در این مقاله به متغیرهای

در زمینه‌ی عوامل فردی و گرایش به نوع ماده مصرفی، ارتباطات معنادار زیر بدست آمد ($p < 0.05$). در بین گروه‌های سنی، مصرف سیگار در گروه سنی ۲۲ تا ۲۶ سال (۷۷،۱٪) و مصرف قلیان در گروه سنی ۱۸ تا ۲۲ سال (۴۹،۱٪) بیشتر بود. گرایش به مصرف الکل در به طور معنی‌داری در معتادینی که سابقه ازدواج موقت داشته‌اند بیشتر (۵۰٪) و در افراد مجرد یا متأهل

نیمه‌وقت و ۷٪ از راه‌های غیرقانونی بود. از نظر شیوه گذران اوقات فراغت ۷۶٪ ورزش، ۲۵٪ مطالعه، ۳۱،۸٪ کار، ۳۱،۵٪ گردش و تفریح، ۵،۱٪ کامپیوتر و بازی و ۲۱،۴٪ بدون برنامه. ۳۱،۹٪ افراد، اوقات فراغت خود را با خانواده، ۴۷،۵٪ با دوستان و ۲۰،۶٪ به تنهایی می‌گذراندند. ۴۱،۸٪ از نحوه گذران اوقات فراغت خود راضی، ۲۶،۴٪ ناراضی و ۳۱،۸٪ بی تفاوت بودند.

جدول ۱. رابطه میزان و نوع مواد مصرفی برحسب عوامل فردی

ویژگی	زیرگروه	تعداد (درصد)	دخانیات		الکل		مواد		چند سوءمصرف	
			معتاد	سالم	معتاد	سالم	معتاد	سالم	بله	خیر
سن	۱۸ تا ۲۲	۶۶۶۶۳ (۹۰،۵۹۷)	۱۱۴۲ (۲۱،۴۱۴)	۵۲۱ (۷۸،۶۵۲)	۱۸۷ (۱۳،۱۸۷)	۵۷۶ (۸۶،۹۵۶)	۱۴۰ (۲۱،۱۱۴)	۵۲۳ (۷۸،۹۵۳)	۲۳۳ (۳۴،۶۶۳)	
	۲۶ تا ۲۶	۲۸۱ (۲۸،۲۸۱)	۵۵ (۱۹،۶۵۵)	۲۲۶ (۸۰،۴۲۶)	۴۱ (۱۴،۶۴۱)	۲۴۰ (۸۵،۴۲۴)	۵۸ (۲۰،۶۵۸)	۲۳۳ (۳۴،۶۶۳)	۲۳۳ (۳۴،۶۶۳)	
	بالای ۲۶	۵۲ (۵،۲۵۲)	۱۱۲ (۲۳،۱۱۲)	۹۴۰ (۷۶،۹۴۰)	۵ (۰،۰۵۲)	۴۷ (۹،۶۴۷)	۴ (۰،۰۴۷)	۱۵ (۱،۵۴۴)	۴۴ (۸۴،۶۴۴)	
	مجموع	۱۰۰۹۹۶ (۱۰۰)	۱۸۴ (۱،۸۴)	۱۵۸۱ (۱۵،۸۱)	۱۵۸ (۱،۵۸)	۶۴۵ (۶،۴۵)	۱۶۷ (۱،۶۷)	۵۸۵ (۵،۸۵)	۵۲۳ (۵،۲۳)	
تحصیل	زیر دیپلم	۷۵۲ (۷۴،۷۵۲)	۶۸۱ (۹۰،۶۸۱)	۷۱ (۹،۴۷۱)	۱۵۸ (۲۱،۱۵۸)	۹۴ (۷۹،۹۴)	۶۴۵ (۸۵،۶۴۵)	۱۶۷ (۲۲،۲۱۶۷)	۵۸۵ (۷۷،۵۸۵)	
	فوق دیپلم/لیسانس	۳۳۴ (۲۳،۳۳۴)	۳۰۴ (۸۷،۳۰۴)	۳۰ (۱۲،۸۳۰)	۵۱ (۲۱،۸۵۱)	۱۸۳ (۷۸،۲۱۸۳)	۲۰۸ (۸۸،۹۲۰۸)	۳۲ (۱۷،۹۳۲)	۱۹۲ (۸۲،۱۹۲)	
	فوق لیسانس به بالا	۳۱ (۲،۱۳۱)	۲۰ (۹،۵۲۰)	۱۱ (۴،۸۱۱)	۳ (۲۸،۶۳)	۱۵ (۷۱،۴۱۵)	۱۸ (۸۵،۷۱۸)	۶ (۱۴،۳۱۶)	۱۵ (۷۱،۴۱۵)	
	مجموع	۱۰۰۷ (۱۰۰)	۲۳۳ (۲،۳۳۳)	۱۸۷ (۱۸،۷۱۸۷)	۱۵۸ (۱۵،۸۱۵۸)	۹۴ (۷۹،۹۴)	۶۴۵ (۶،۴۵)	۱۶۷ (۱،۶۷)	۵۸۵ (۵،۸۵)	
تاهل	مجرد	۷۵۸ (۸۹،۷۵۸)	۸۷ (۱۰،۳۸۷)	۱۰۶ (۱۲،۵۱۰۶)	۳۹ (۸۷،۵۳۹)	۱۷۳ (۲۰،۵۱۷۳)	۶۷۲ (۷۹،۶۷۲)	۱۶۹ (۲۰،۱۶۹)	۶۷۶ (۸۰،۶۷۶)	
	متاهل	۱۰۸ (۹۲،۳۱۰۸)	۷ (۷،۷۷)	۱۸ (۱۵،۴۱۸)	۹۹ (۸۴،۶۹۹)	۹۲ (۷۸،۶۹۲)	۹۲ (۷۸،۶۹۲)	۳۸ (۳۳،۹۳۸)	۱۸۹ (۱۶،۱۸۹)	
	طلاق / متارکه	۱۱ (۹،۱۷۱۱)	۳ (۸،۳۱۱)	۳ (۲۵،۳)	۳ (۲۵،۳)	۳ (۲۵،۳)	۳ (۲۵،۳)	۳ (۲۵،۳)	۳ (۲۵،۳)	
	ازدواج موقت	۱۸ (۱،۸۱۸)	۱۶ (۱۱،۱۱۲)	۵ (۲۷،۸۱۵)	۱۲ (۷۲،۲۱۲)	۱۲ (۷۲،۲۱۲)	۱۲ (۷۲،۲۱۲)	۱۲ (۷۲،۲۱۲)	۱۲ (۷۲،۲۱۲)	
	مجموع	۱۰۰۹۹۲ (۱۰۰)	۸۲ (۸،۲)	۱۸۷ (۱۸،۷۱۸۷)	۱۵۸ (۱۵،۸۱۵۸)	۹۴ (۷۹،۹۴)	۶۴۵ (۶،۴۵)	۱۶۷ (۱،۶۷)	۵۸۵ (۵،۸۵)	
شغل قبل از سربازی	دانش آموز	۹۲ (۱۱،۴۹۲)	۳۳ (۹،۸۱۹)	۱۵ (۱۶،۳۱۵)	۷۷ (۸۳،۷۷۷)	۱۰ (۱۰،۹۱۰)	۱۲ (۸۹،۱۱۲)	۱۴ (۱۵،۲۱۴)	۷۸ (۸۴،۸۷۸)	
	دانشجو	۱۵۴ (۱۹،۱۵۴)	۳۰ (۱۵،۶۳۰)	۳۲ (۲۰،۸۳۲)	۲۲ (۷۹،۲۱۲۲)	۳۰ (۱۳،۳۰)	۳۴ (۸۷،۳۴)	۲۵ (۱۶،۲۲۵)	۱۲۹ (۸۳،۸۱۲۹)	
	بیکار	۸۰ (۹،۹۸۰)	۳۵ (۶،۳۳۵)	۳۳ (۲۸،۸۳۳)	۵۷ (۷۱،۳۵۷)	۳۷ (۳۳،۸۳۷)	۳۲ (۶۶،۳۵۲)	۳۵ (۴۳،۳۳۵)	۳۵ (۵۶،۳۳۵)	
مغازه‌دار	کشاورز	۳۸ (۴،۷۳۸)	۳۱ (۸،۱۶۳۱)	۱۳ (۱۸،۴۱۳)	۲۵ (۶۵،۸۲۵)	۲۹ (۲۳،۲۲۹)	۲۹ (۷۶،۳۲۹)	۱۳ (۳۴،۲۱۳)	۲۵ (۶۵،۸۲۵)	
	راننده	۴۸ (۵،۹۴۸)	۴۲ (۸۷،۵۴۲)	۱۲ (۲۵،۱۲)	۳۶ (۷۵،۷۵)	۳۳ (۶،۳۳۳)	۴۵ (۹۳،۸۴۵)	۸ (۱۸،۸۱۸)	۳۹ (۸۱،۳۳۹)	
	مغازه‌دار	۱۴۲ (۱۷،۵۱۴۲)	۱۲۸ (۹۰،۱۱۲۸)	۲۹ (۲۰،۴۲۹)	۱۱۳ (۷۹،۹۱۱۳)	۵ (۳،۵۵)	۱۲۷ (۹۶،۵۱۲۷)	۱۹ (۱۳،۴۱۹)	۱۲۳ (۸۶،۶۱۲۳)	
کارمند	کارمند	۵۳ (۶،۵۵۳)	۳۰ (۹۴،۳۰)	۳ (۵،۷۳)	۱۹ (۳۵،۸۱۹)	۱۱ (۲۰،۸۱۱)	۴۲ (۷۹،۲۴۲)	۲۲ (۴۱،۵۲۲)	۳۱ (۵۸،۵۳۱)	
	کارگر	۲۰۲ (۲۵،۱۲۰۲)	۱۸۲ (۸۹،۱۸۲)	۳۵ (۱۷،۲۳۵)	۱۶۸ (۸۲،۸۱۶۸)	۳۰ (۱۴،۳۰)	۱۷۳ (۸۵،۲۱۷۳)	۳۸ (۱۸،۷۳۸)	۱۶۵ (۸۱،۳۱۶۵)	
	مجموع	۱۰۰۸۱۰ (۱۰۰)	۲۳۷ (۲،۳۷)	۱۸۷ (۱۸،۷۱۸۷)	۱۵۸ (۱۵،۸۱۵۸)	۹۴ (۷۹،۹۴)	۶۴۵ (۶،۴۵)	۱۶۷ (۱،۶۷)	۵۸۵ (۵،۸۵)	
تأمین مخارج	کمک خانواده	۹۵ (۲۵،۵۱۹۵)	۱۷۲ (۸۸،۲۱۷۲)	۳۳ (۱۱،۸۳۳)	۳۹ (۲۰،۳۹)	۱۵۶ (۸۰،۱۵۶)	۲۷ (۱۳،۸۲۷)	۳۶ (۸۶،۲۳۶)	۱۵۹ (۸۱،۵۱۵۹)	
	پس انداز	۱۱۲ (۱۴،۶۱۱۲)	۹۶ (۸۵،۷۹۶)	۱۶ (۱۴،۳۱۶)	۳۰ (۲۶،۸۳۰)	۱۴ (۱۲،۵۱۴)	۹۸ (۸۷،۹۸)	۲۶ (۲۳،۲۲۶)	۱۲۹ (۷۶،۸۱۲۹)	
	حقوق سربازی	۱۸۶ (۲۴،۳۱۸۶)	۱۶۳ (۸۷،۶۱۶۳)	۳۳ (۱۲،۴۳۳)	۳۶ (۱۹،۴۳۶)	۱۵۸ (۸۰،۶۱۵۸)	۱۵۴ (۸۲،۸۱۵۴)	۳۷ (۱۹،۹۳۷)	۱۹۸ (۸۰،۱۱۹۸)	
	کار نیمه‌وقت	۲۴۹ (۳۲،۵۲۴۹)	۲۳۳ (۹۳،۳۲۳۳)	۱۶ (۶،۴۱۶)	۵۱ (۲۰،۵۵۱)	۱۹ (۲۰،۸۱۱)	۴۲ (۷۹،۲۴۲)	۲۲ (۴۱،۵۲۲)	۳۱ (۵۸،۵۳۱)	
	غیرقانونی	۲۳ (۳،۲۳)	۲۰ (۸۷،۲۰)	۳ (۱۳،۳)	۱۴ (۲۰،۹۱۴)	۱۹ (۲۰،۸۱۱)	۳ (۵۶،۵۱۳)	۱۶ (۴۳،۱۶)	۷ (۲۰،۴۷)	
	مجموع	۱۰۰۷۶۵ (۱۰۰)	۱۲۴ (۱،۲۴)	۱۸۷ (۱۸،۷۱۸۷)	۱۵۸ (۱۵،۸۱۵۸)	۹۴ (۷۹،۹۴)	۶۴۵ (۶،۴۵)	۱۶۷ (۱،۶۷)	۵۸۵ (۵،۸۵)	

جدول ۲. رابطه میزان و نوع مواد مصرفی با وضعیت گذران اوقات فراغت

ویژگی	زیرگروه	تعداد (درصد)	دخانیات		الکل		مواد		چند سوءمصرف	
			معتاد	سالم	معتاد	سالم	معتاد	سالم	بله	خیر
ورزش	ورزش	۲۷ (۷،۶۲۷)	۴ (۱۴،۸۴)	۸ (۲۹،۶۲۸)	۱۹ (۷۰،۴۱۹)	۲ (۷،۴۱۹)	۲۵ (۹۲،۶۲۵)	۲۶ (۲۲،۲۲۶)	۲۱ (۷۷،۸۲۱)	
	مطالعه	۹ (۲،۵۱۹)	۷ (۷۷،۸۰۷)	۲ (۲۲،۲۲)	۷ (۷۷،۸۰۷)	۳ (۳۳،۳۳)	۶ (۶۶،۷۶)	۳ (۳۳،۳۳)	۶ (۶۶،۷۶)	
	کار	۱۱۳ (۳۱،۸۱۱۳)	۱۰۱ (۸۹،۴۱۰۱)	۱۲ (۱۰،۶۱۲)	۲۱ (۱۸،۶۲۱)	۱۷ (۱۵،۱۱۷)	۹۶ (۸۵،۸۹۶)	۲۲ (۱۹،۵۲۲)	۹۱ (۸۰،۵۹۱)	
نحوه گذران اوقات فراغت	گردش و تفریح	۱۱۲ (۳۱،۵۱۱۲)	۱۰۴ (۹۲،۹۱۰۴)	۸ (۷،۱۰۸)	۳۱ (۲۷،۷۳۱)	۱۹ (۱۷،۱۱۹)	۹۳ (۸۳،۹۳)	۳۷ (۳۳،۳۳۷)	۷۵ (۶۷،۸۶۷)	
	کامپیوتر و بازی	۱۸ (۵،۱۱۸)	۱۸ (۱۰۰،۱۸)	۰ (۰،۰)	۰ (۰،۰)	۰ (۰،۰)	۱۸ (۱۰۰،۱۸)	۴ (۲۲،۲۲۴)	۱۴ (۷۷،۸۱۴)	
	بدون برنامه	۶۸ (۲۱،۴۶۸)	۶۸ (۸۹،۵۶۸)	۸ (۱۰،۵۸)	۱۶ (۲۱،۱۱۶)	۶۰ (۷۸،۹۶۰)	۱۵ (۱۹،۷۱۵)	۶۱ (۸۰،۳۶۱)	۵۸ (۷۶،۳۵۸)	
	مجموع	۳۵۵ (۱۰۰)	۳۰۴ (۸۵،۷۳۰۴)	۳۰ (۸،۳۰)	۳۷ (۱۳،۳۷)	۲۳۳ (۸۶،۳۲۳۳)	۲۸ (۱۰،۴۲۸)	۲۴۲ (۸۹،۶۲۴۲)	۲۴۲ (۸۹،۶۲۴۲)	
افراد همراه در اوقات فراغت	خانواده	۲۷۰ (۳۱،۹۲۷۰)	۳۴ (۱۳،۳۳۴)	۳۷ (۱۳،۳۳۷)	۲۳۳ (۸۶،۳۲۳۳)	۲۸ (۱۰،۴۲۸)	۲۴۲ (۸۹،۶۲۴۲)	۲۸ (۱۰،۴۲۸)	۲۴۲ (۸۹،۶۲۴۲)	
	دوستان	۴۰۲ (۴۷،۵۴۰۲)	۳۶۹ (۹۱،۸۳۶۹)	۳۳ (۸،۲۳۳)	۱۹۷ (۲۴،۱۹۷)	۵ (۷۵،۹۳۰۵)	۶۱ (۱۵،۲۶۱)	۳۴۱ (۸۴،۸۳۴۱)	۲۹۴ (۷۳،۱۲۹۴)	
	به تنهایی	۱۷۴ (۲۰،۶۱۷۴)	۱۵۸ (۹۰،۸۱۵۸)	۱۶ (۹،۲۱۶)	۴۳ (۲۴،۷۴۳)	۱۳۱ (۷۵،۳۱۳۱)	۲۶ (۱۴،۹۲۶)	۱۴۸ (۸۵،۱۱۴۸)	۱۳۱ (۷۵،۳۱۳۱)	
	مجموع	۸۴۶ (۱۰۰)	۸۸ (۱۰،۸۸)	۳۷ (۱۳،۳۳۷)	۳۳۹ (۷۹،۳۳۹)	۲۸ (۱۰،۴۲۸)	۲۴۲ (۸۹،۶۲۴۲)	۲۸ (۱۰،۴۲۸)	۲۴۲ (۸۹،۶۲۴۲)	
رضایت از اوقات فراغت	راضی	۴۱۵ (۴۱،۸۴۱۵)	۳۶۴ (۸۷،۷۳۶۴)	۵۱ (۱۲،۳۵۱)	۸۶ (۲۰،۷۸۶)	۲۲۹ (۷۹،۳۲۲۹)	۶۰ (۱۴،۵۶۰)	۳۵۵ (۸۵،۳۵۵)	۳۳۲ (۸۰،۳۳۲)	
	ناراضی	۲۶۲ (۲۶،۴۲۶۲)	۲۴۰ (۹۱،۶۲۴۰)	۲۲ (۸،۴۲۲)	۶۲ (۲۳،۷۶۲)	۲۰ (۷،۶۳۲۰)	۲۷ (۱۳،۴۲۷)	۲۲۷ (۸۶،۶۲۲۷)	۱۹۶ (۷۴،۸۱۹۶)	
	بی تفاوت	۳۱۵ (۳۱،۸۳۱۵)	۲۸۹ (۹۱،۷۲۸۹)	۲۶ (۸،۳۲۶)	۶۱ (۱۹،۴۶۱)	۲۵۴ (۸۰،۶۲۵۴)	۳۶ (۱۱،۴۳۶)	۲۷۹ (۸۸،۶۲۷۹)	۲۵۵ (۸۱،۲۵۵)	
	مجموع	۹۹۲ (۱۰۰)	۱۲۰ (۱۲،۰)	۳۷ (۱۳،۳۳۷)	۳۳۹ (۷۹،۳۳۹)	۲۸ (۱۰،۴۲۸)	۲۴۲ (۸۹،۶۲۴۲)	۲۸ (۱۰،۴۲۸)	۲۴۲ (۸۹،۶۲۴۲)	

جدول ۳. مقایسه نوع و میزان مواد مصرفی برحسب سابقه بیماری روانی و جسمی

ویژگی	زیر گروه	تعداد (درصد)	دخانیات		الکل		مواد		چند سوء مصرف	
			معتاد	سالم	معتاد	سالم	معتاد	سالم	بله	خیر
سابقه	-/-	(/۴۶۶)۴۶۶	(/۸۶,۳)۴۰۲	(/۱۳,۷)۶۴	(/۱۸,۹)۸۸	(/۸۱,۱)۳۷۸	(/۱۲,۷)۵۹	(/۸۷,۳)۴۰۷	(/۱۶,۳)۷۶	(/۸۳,۷)۳۹۰
بیماری	-/+	(/۳۱,۴)۳۱۱	(/۹۵,۳)۳۹۶	(/۴,۸)۱۵	(/۱۹)۵۹	(/۸۱)۳۵۲	(/۷,۷)۲۴	(/۹۲,۳)۲۸۷	(/۱۹,۳)۶۰	(/۸۰,۷)۲۵۱
روانی/ نیاز	+/+	(/۲۱,۷)۲۱۵	(/۸۹,۸)۱۹۳	(/۱۰,۲)۲۲	(/۳۰,۲)۶۵	(/۶۹,۸)۱۵۰	(/۲۴,۲)۵۲	(/۷۵,۸)۱۶۳	(/۳۵,۳)۷۶	(/۶۴,۷)۱۳۹
به درمان	مجموع	(/۱۰۰)۹۹۲	P=-/۰۰۰	P=-/۰۰۲	P=-/۰۰۳	P=-/۰۰۳	P=-/۰۰۳	P=-/۰۰۳	P=-/۰۰۳	P=-/۰۰۳
اضطراب		(/۲۷,۲)۸۸	(/۸۱,۸)۷۲	(/۱۸,۲)۱۶	(/۲۳,۹)۲۱	(/۷۶,۱)۶۷	(/۲۵)۲۲	(/۷۵)۶۶	(/۲۷,۳)۲۴	(/۷۲,۷)۶۴
افسردگی		(/۵۶)۱۸۱	(/۹۰,۱)۱۶۳	(/۹,۹)۱۸	(/۲۷,۶)۵۰	(/۷۲,۴)۱۳۱	(/۱۹,۹)۳۶	(/۸۰,۱)۱۴۵	(/۳۱,۵)۵۷	(/۶۸,۵)۱۲۴
تشخیص	وسواس	(/۵)۱۶	(/۹۳,۸)۱۵	(/۶,۳)۱	(/۵۰)۸	(/۵۰)۸	(/۶,۳)۱	(/۹۳,۸)۱۵	(/۵۰)۸	(/۵۰)۸
بیماری	اختلال	(/۱۱,۸)۳۸	(/۹۲,۱)۳۵	(/۷,۹)۳	(/۲۸,۹)۱۱	(/۷۱,۱)۳۷	(/۱۰,۵)۴	(/۸۹,۵)۳۴	(/۲۳,۷)۹	(/۷۶,۳)۲۹
روانی	شخصیت	مجموع	(/۱۰۰)۳۲۳	P=-/۰۰۲	P=-/۰۰۱	P=-/۰۰۱	P=-/۰۰۱	P=-/۰۰۱	P=-/۰۰۱	P=-/۰۰۱
دارو درمانی		(/۴۷,۵)۱۵۹	(/۸۹,۳)۱۴۲	(/۱۰,۷)۱۷	(/۲۳)۳۵	(/۷۸)۱۲۴	(/۱۶,۴)۳۶	(/۸۳,۶)۱۳۳	(/۲۴,۵)۳۹	(/۷۵,۵)۱۲۰
نوع درمان	روان درمانی	(/۲۴,۳)۸۱	(/۸۶,۴)۷۰	(/۱۳,۶)۱۱	(/۳۲,۱)۳۶	(/۶۷,۹)۵۵	(/۱۸,۵)۱۵	(/۸۱,۵)۶۶	(/۲۵,۹)۲۱	(/۷۴,۱)۶۰
بیماری	بستری	(/۲۲,۴)۷۵	(/۸۸)۶۶	(/۱۲)۹	(/۳۲)۲۴	(/۶۸)۵۱	(/۲۰)۱۵	(/۸۰)۶۰	(/۳۳,۳)۲۵	(/۶۶,۷)۵۰
روانی	شوک	(/۶)۳۰	(/۹۰)۱۸	(/۱۰)۲	(/۳۵)۷	(/۶۵)۱۳	(/۴۰)۸	(/۶۰)۱۲	(/۱۰)۱۰	(/۵۰)۱۰
	مجموع	(/۱۰۰)۳۳۵	P=-/۹۲۰	P=-/۰۲۰۴	P=-/۰۲۰۴	P=-/۰۲۰۴	P=-/۰۰۹	P=-/۰۰۹	P=-/۰۰۹	P=-/۰۰۹
بیماری		(/۵۸,۵)۴۹۵	(/۸۸,۷)۴۳۹	(/۱۱,۳)۵۶	(/۲۰)۹۹	(/۸۰)۳۹۶	(/۱۱,۳)۵۶	(/۸۸,۹)۴۳۹	(/۱۸)۸۹	(/۸۲)۴۰۶
جسمی		(/۲۵,۸)۲۱۸	(/۹۳,۱)۲۰۳	(/۶,۹)۱۵	(/۲۲)۴۸	(/۷۸)۱۷۰	(/۱۲,۴)۳۷	(/۸۷,۶)۱۹۱	(/۲۲,۹)۵۰	(/۷۷,۱)۱۶۸
نیاز به		(/۱۵,۷)۱۳۳	(/۸۹,۵)۱۱۹	(/۱۰,۵)۱۴	(/۳۳,۳)۴۳	(/۶۷,۷)۹۰	(/۲۶,۳)۳۵	(/۷۳,۷)۹۸	(/۴۱,۴)۵۵	(/۵۸,۶)۷۸
مصرف	مجموع	(/۱۰۰)۸۴۶	P=-/۱۸۹	P=-/۰۱	P=-/۰۱	P=-/۰۱	P=-/۰۰۰	P=-/۰۰۰	P=-/۰۰۰	P=-/۰۰۰
مرتب دارو										

داشتند.

در زمینه‌ی سابقه مشکلات روانی و جسمی و گرایش به نوع ماده مصرفی، ارتباطات معنادار زیر بدست آمد ($p < 0.05$). گرایش به دخانیات در افرادی که سابقه بیماری روانی داشتند ولی درمان نگرفته بودند بالاتر بود (۹۵,۲٪). اما گرایش به مصرف الکل، مواد و چند سوء مصرف در معنادینی که سابقه بیماری روانی و درمان را داشتند بالاتر بود (به ترتیب ۳۰,۲٪ و ۲۴,۲٪ و ۳۵,۳٪). همچنین گرایش به مصرف الکل، مواد و چند سوء مصرف در معنادینی که سابقه بیماری جسمی و مصرف مرتب دارو را داشتند بالاتر بود (به ترتیب ۳۳,۳٪ و ۲۶,۳٪ و ۴۱,۴٪).

از نظر وضعیت خانوادگی و اجتماعی: ۱۶,۹٪ از معنادان در خانواده‌های کم جمعیت، ۶۳,۶٪ در خانواده‌های متوسط جمعیت و ۱۹,۵٪ در خانواده‌های پر جمعیت زندگی می‌کردند. ۸۴,۴٪ با یک خانواده کامل، ۱۰,۳٪ با یک خانواده ناقص (مانند خانواده‌ای که پدر یا مادر از دست داده‌اند) و ۵,۳٪ بدون خانواده زندگی می‌کردند. ۲۳,۱٪ از معنادان دارانی مشکل جدی با اعضای خانواده، ۲۹,۵٪ با دوستان و همسایگان و همکاران، و ۴۷,۵٪ با مسئولین بودند. ۵۱,۲٪ روابط صمیمی با اعضای خانواده داشتند و ۴۸,۸٪ با افراد بیرون خانواده.

در زمینه‌ی عوامل خانوادگی و اجتماعی و گرایش به نوع ماده مصرفی، ارتباطات معنادار زیر بدست آمد ($p < 0.05$). گرایش به الکل و چند سوء مصرف در افرادی که بدون خانواده زندگی می‌کرده‌اند بیشتر بود (به ترتیب ۳۹,۲٪ و ۴۱,۲٪) که تقریباً دو برابر افرادی بود که با خانواده کامل یا ناقص زندگی می‌کردند.

کمتر (به ترتیب ۲۰,۵٪ و ۲۱,۴٪) بود. همچنین تمایل به چند سوء مصرف بطور معناداری در معنادینی که ازدواج موقت داشته‌اند بیشتر (۵۰٪) و در افراد مجرد یا متأهل (به ترتیب ۲۰٪ و ۲۳,۹٪) کمتر بود. در مورد سابقه‌ی شغلی، بیش‌ترین گرایش به مواد در افراد بیکار (۳۳,۸٪)، بیش‌ترین گرایش به الکل در رانندگان (۲۵,۸٪) و کشاورزان (۳۴,۲٪) و بیش‌ترین گرایش به چند سوء مصرف در بیکاران (۴۳,۸٪) و سپس رانندگان (۴۱,۵٪) وجود داشت. تمایل به مواد (۵۶,۵٪)، الکل (۶۰,۹٪) و چند سوء مصرف (۶۹,۶٪) در افراد با درآمد غیرقانونی بسیار بیشتر از افراد دیگر بود.

بالعکس تمایل به مصرف فقط دخانیات (قلیان یا سیگار) در افرادی که درآمد غیرقانونی داشتند بسیار کمتر از دیگران بود (۲۱,۷٪). گرایش به مصرف الکل (۱۳,۷٪) و همچنین چند سوء مصرف (۱۰,۴٪) در افرادی که اوقات فراغت خود را با خانواده می‌گذرانند، کمتر بود.

از نظر وضعیت روانی و جسمی ۴۷٪ بدون سابقه بیماری روانی یا مصرف دارو بودند. ۳۱,۴٪ سابقه بیماری روانی داشتند ولی درمان نگرفته بودند. ۲۱,۷٪ نیز هم سابقه بیماری روانی و هم درمان داشتند. تشخیص‌های بیماری روانی عبارت بود از: ۲۷,۲٪ اضطراب، ۵۶٪ افسردگی، ۵٪ وسواس و ۱۱,۸٪ اختلال شخصیت. درمان‌هایی که برای بیماران روانی انجام شده بود عبارت بود از: دارو درمانی برای ۴۷,۵٪، روان درمانی برای ۲۴,۲٪، شوک برای ۶٪، ۲۲,۴٪ بیماران نیاز به بستری پیدا کرده بودند. در مورد بیماری‌های جسمی، ۵۸,۵٪ سابقه بیماری جسمی یا نیاز به مصرف مرتب دارو نداشتند، ۲۵,۸٪ سابقه بیماری جسمی بدون نیاز به مصرف مرتب دارو و ۱۵,۷٪ سابقه هر دو را

گرایش به دخانیات در افراد خانواده‌های پرجمعیت (۸۴,۲٪) کمتر از خانواده‌های با جمعیت متوسط و پایین (به ترتیب ۹۱,۳٪ و

جدول ۴. مقایسه نوع و میزان مواد مصرفی برحسب وضعیت خانواده و روابط اجتماعی

ویژگی	زیرگروه	تعداد (درصد)	دخانیات		الکل		مواد		چند سوءمصرف	
			معتاد	سالم	معتاد	سالم	معتاد	سالم	بله	خیر
جمعیت خانواده (تعداد فرزندان)	۱ تا ۳	۱۶۴ (۱۶,۹٪)	۱۱۳ (۷,۹٪)	۳۳ (۲۰,۱٪)	۱۳۱ (۷۹,۹٪)	۱۸ (۱,۱٪)	۱۴۶ (۸۹,۱٪)	۳۱ (۱۸,۹٪)	۱۳۳ (۸۱,۱٪)	
	۴ تا ۷	۶۱۹ (۶۳,۶٪)	۵۴ (۸,۷٪)	۱۲۶ (۲۰,۴٪)	۴۹۳ (۷۹,۶٪)	۶۷ (۱۰,۸٪)	۵۵۲ (۸۹,۲٪)	۱۲۴ (۲۰,۱٪)	۴۹۵ (۸۰,۹٪)	
	بیش از ۷	۱۹۰ (۱۹,۵٪)	۳۰ (۱۵,۸٪)	۴۵ (۲۳,۷٪)	۱۴۵ (۷۶,۳٪)	۴۳ (۲۲,۶٪)	۱۴۷ (۷۷,۴٪)	۴۹ (۲۵,۸٪)	۱۴۱ (۷۴,۲٪)	
	مجموع	۱۰۷۵ (۱۰۰٪)	۰/۰۱۱	۰/۵۸۹	۰/۰۰۰	۰/۱۸۱				
وضعیت زندگی با خانواده	خانواده کامل	۸۰۷ (۸۴,۴٪)	۸۳ (۱۰,۳٪)	۱۶۰ (۱۹,۸٪)	۶۴۷ (۸۰,۲٪)	۹۸ (۱۲,۱٪)	۷۰۹ (۸۷,۹٪)	۱۵۵ (۱۹,۲٪)	۶۵۲ (۸۰,۸٪)	
	خانواده ناقص	۹۸ (۱۰,۳٪)	۱۰ (۱,۰٪)	۲۲ (۲۲,۴٪)	۷۶ (۷۷,۶٪)	۱۶ (۱۶,۳٪)	۸۲ (۸۳,۷٪)	۲۴ (۲۴,۵٪)	۷۴ (۷۵,۵٪)	
	بدون خانواده	۵۱ (۵,۳٪)	۷ (۷,۰٪)	۲۰ (۲۹,۲٪)	۳۱ (۶۰,۸٪)	۱۴ (۲۷,۵٪)	۳۷ (۷۲,۵٪)	۲۱ (۴۱,۲٪)	۳۰ (۵۸,۸٪)	
	مجموع	۱۰۵۶ (۱۰۰٪)	۰/۷۳۶	۰/۰۰۴	۰/۰۰۵	۰/۰۱				
مشکل در روابط	اعضای خانواده	۱۱۹ (۲۳,۱٪)	۱۱ (۹,۲٪)	۳۸ (۳۱,۹٪)	۸۱ (۶۸,۱٪)	۲۷ (۲۲,۷٪)	۹۲ (۷۷,۳٪)	۴۳ (۳۶,۱٪)	۷۶ (۶۳,۹٪)	
	دوست، همسایه	۱۵۲ (۲۹,۵٪)	۱۴ (۹,۲٪)	۳۳ (۲۱,۷٪)	۱۱۹ (۷۸,۳٪)	۲۰ (۱۳,۲٪)	۱۳۲ (۸۶,۸٪)	۳۶ (۲۳,۷٪)	۱۱۶ (۷۶,۳٪)	
	مسئولین	۲۴۵ (۴۷,۵٪)	۲۲ (۹,۲٪)	۵۷ (۲۳,۳٪)	۱۸۸ (۷۶,۷٪)	۳۴ (۱۳,۹٪)	۲۱۱ (۸۶,۱٪)	۵۸ (۲۳,۷٪)	۱۸۷ (۷۶,۳٪)	
	مجموع	۵۱۶ (۱۰۰٪)	۰/۹۹۵	۰/۱۱۵	۰/۰۵۶	۰/۰۲۶				
روابط صمیمی	درون خانواده	۲۳۷ (۵۱,۲٪)	۲۳ (۹,۷٪)	۵۳ (۲۲,۴٪)	۱۸۴ (۷۷,۶٪)	۲۷ (۱۱,۴٪)	۲۱۰ (۸۸,۶٪)	۵۱ (۲۱,۵٪)	۱۸۶ (۷۸,۵٪)	
	بیرون خانواده	۲۲۶ (۴۸,۸٪)	۱۹ (۸,۴٪)	۵۶ (۲۴,۸٪)	۱۷۰ (۷۵,۲٪)	۴۹ (۲۱,۷٪)	۱۷۷ (۷۸,۳٪)	۶۹ (۳۰,۵٪)	۱۵۷ (۶۹,۵٪)	
	مجموع	۴۶۳ (۱۰۰٪)	۰/۶۲۷	۰/۵۴۰	۰/۰۰۳	۰/۰۲۷				

تحصیلات و نوع مصرف مواد رابطه‌ای پیدا نشد. در مطالعات انجام شده بیکاری و شغل موقت و در مواردی پرستیژ شغلی پایین، بعنوان عامل خطر مصرف سیگار و اعتیاد به مواد معرفی شده‌اند [۷, ۱۶-۱۸] و در مطالعه‌ای در چین بر روی معتادین به هروئین نشان داده شد که ۲۸,۴٪ آن‌ها شاغل هستند [۱۶]. در مطالعه‌ی حاضر ۹,۹٪ معتادان بیکار بودند و گرایش به مواد و همچنین چند سوءمصرف در آن‌ها بیشتر بود. تأمین مخارج معتادان در ۷٪ مبتلایان از راه‌های غیرقانونی بود که این گروه تمایل بالاتری به مصرف مواد، الکل و چند سوءمصرف داشتند و مصرف فقط دخانیات در آن‌ها بسیار کمتر از دیگران بود. در مورد ارتباط وضعیت تأهل با اعتیاد و نوع ماده مصرفی در مطالعات انجام شده، اختلاف نظر وجود دارد، بطوری که برخی مطالعات آن را بی‌ارتباط [۷, ۱۵]، برخی آن را عامل خطر [۱۹] و برخی دیگر محافظتی [۲۰] دانسته‌اند. در مطالعه‌ای در چین ۵۵,۱٪ معتادین به هروئین از بین متأهلین بودند [۱۶]. در مطالعه‌ی حاضر ۸۵,۲٪ معتادان مجرد و ۱۱,۸٪ متأهل بودند که میزان مصرف الکل و چند سوءمصرف در آن‌ها کمتر از افرادی بود که سابقه متارکه، طلاق یا ازدواج موقت داشتند. بنابراین به نظر می‌رسد ازدواج ناموفق منجر به طلاق یا متارکه می‌تواند گرایش به سوءمصرف مواد را افزایش دهد. در یک مطالعه انجام شده، نحوه‌ی گذران اوقات فراغت مانند ورزش با میزان مصرف سیگار رابطه معناداری دارد [۷] و در مطالعه‌ی دیگری نیز مهم‌ترین عوامل گرایش به

۹۲,۱٪) بود، اما گرایش به مواد در افراد خانواده‌های پرجمعیت (۲۲,۶٪) حدود دو برابر افراد خانواده‌های با جمعیت متوسط و کم جمعیت (به ترتیب ۱۰,۸٪ و ۱۱٪) بود. گرایش به چند سوءمصرف در افرادی که در روابط خود با اعضای خانواده مشکل جدی داشتند (۳۶,۱٪) بیشتر از افرادی بود که با دوستان و همکاران و یا مسئولین مشکل جدی داشتند (۲۳,۷٪). همچنین گرایش به مواد و چند سوءمصرف در افرادی که روابط صمیمی درون خانواده داشتند (به ترتیب ۱۱,۴٪ و ۲۱,۵٪) کمتر از افرادی بود که روابط صمیمی بیرون خانواده (به ترتیب ۲۱,۷٪ و ۳۰,۵٪) داشتند.

بحث

عوامل بررسی شده در این پژوهش به سه دسته تقسیم شد و هر کدام جداگانه مورد بررسی قرار گرفت. این سه دسته عبارت بودند از عوامل فردی، خانوادگی و اجتماعی. در مورد عوامل فردی، برخی مطالعات نشان داده‌اند که افزایش سن و تحصیلات بطور معناداری باعث کاهش مصرف سیگار یا قلیان می‌شود [۱۱-۱۴]. اما برخی مطالعات هم رابطه‌ای در این زمینه نشان ندادند [۷, ۱۵]. در مطالعه حاضر نشان داده شد که ۶۶٪ جمعیت سربازان معتاد در گروه سنی ۱۸ تا ۲۲ سال قرار دارند و گرایش به قلیان در این گروه سنی بیشتر از سنین دیگر است. همچنین گرایش به مصرف سیگار در گروه سنی ۲۲ تا ۲۶ سال بیشتر است. اما بین سطح

در مورد عوامل خانوادگی و اجتماعی در مطالعه نشان داده شد که ۱۹٫۵٪ معتادان در خانواده‌های پرجمعیت زندگی می‌کردند گرایش به دخانیات در این سرbazان کمتر ولی گرایش به مواد حدود دو برابر سرbazان با خانواده‌های با جمعیت متوسط و کم بود. زندگی در خانواده پرجمعیت یکی از ویژگی‌های جمعیت شناختی معتادین در یک مطالعه بوده است [۲۵]. در مورد روابط خانوادگی و اجتماعی حدود ۵٫۳٪ معتادان بدون خانواده زندگی می‌کردند که گرایش بالاتری به الکل و چند سوءمصرف در آن‌ها وجود داشت. در بعضی مطالعات حضور پدر و مادر در خانواده به عنوان عامل محافظتی در روی آوردن به سوءمصرف مواد معرفی شده است [۲۰]. همچنین ۲۳٫۱٪ معتادان با اعضای خانواده مشکل جدی داشتند و ۴۸٫۸٪ معتادان نیز ارتباط صمیمانه بیرون خانواده و نه درون خانواده داشتند که هر دو گروه گرایش بیشتری به چند سوءمصرف داشتند و گروه دوم گرایش بالاتری به مواد نیز داشتند.

نتیجه گیری

با شناختن عوامل خطری مانند بیکاری، سابقه ازدواج موقت یا دائم منجر به طلاق یا متارکه، گذراندن اوقات فراغت به تنهایی یا با دوستان، فقدان حمایت مناسب و ارتباطات صمیمانه و صحیح خانوادگی، حضور در خانواده‌ی بسیار پرجمعیت، سابقه بیماری روانی (به ویژه افسردگی) و جسمی و نیاز به استفاده از دارو و درمان، اختلال شخصیت، می‌توان اقدامات نظارتی یا حمایتی را جهت پیشگیری از تشدید و عود اعتیاد در سرbazان به عمل آورد و آموزش‌هایی را در این زمینه برای خانواده‌ها در نظر گرفت تا عواملی که قابل تغییر هستند را بتوان کنترل کرد. همچنین مطالعات دیگری نیز باید انجام گیرد تا پیش‌بینی کننده‌های سوءمصرف مواد شناخته شود تا از شروع روند اعتیاد پیشگیری شود.

منابع

1. Chassin L, Presson CC, Rose J, Sherman SJ. What is addiction? Age-related differences in the meaning of addiction. *Drug Alcohol Depend.* 2007;87(1):30-8.
2. Farjad M, Behroush H, Vajdi Z. Addiction, Recognizing the factors, complications and treatment without drug. *Basic and Applied Dryland Research.* 1999;3. [Persian].
3. David N, Kinlock. T, Kevin OG, Thomas H. Differential Contributions of Family and Peer Factors to the Etiology of Narcotic Addiction. *Drug Alcohol Depend.* 1998;51:229 - 37.
4. Hajiamini Z, Zamani M, Fathi-Ashtiani A, Ebadi A, Khamseh F, Ghoreyshi H. Demographic

مصرف مواد بیکاری و انگیزه گرایش به مصرف مواد در بیشتر موارد تفریح، سرگرمی و پرکردن اوقات بوده است [۲۱]. در مطالعه‌ی ما ۳۱٫۹٪ معتادان اوقات فراغت خود را با خانواده می‌گذرانند که گرایش به مصرف الکل و همچنین چند سوءمصرف در آن‌ها کمتر از معتادینی است که اوقات فراغت خود را به تنهایی یا با دوستان می‌گذرانند.

در مورد سابقه بیماری روانی و جسمی برخی عوامل روانی در شروع، تداوم و افزایش مصرف مواد موثر بوده است مانند احساس حقارت، عزت نفس پایین، استفاده شدید از مکانیزم‌های دفاعی، احساس عدم امنیت، ناامیدی نسبت به خود و توانمندی‌های فردی، ضعف در مهارت‌ها ارتباطی و حل مسئله، داشتن اختلالات روانی، داشتن بیماری‌های جسمانی مزمن و ناتوانی فرد و یا شبکه‌های اجتماعی موجود در درمان و حمایت از وی همچنین اختلال شخصیت‌های مرزی و ضد اجتماعی در معتادان با شیوع بالاتری پیدا شده است [۲۲]. در این مطالعه نشان داده شد که ۲۱٫۷٪ از معتادان، سابقه بیماری عصبی و درمان داشتند که اولاً شایع‌ترین تشخیص افسردگی با ۵۶٪ بود و ثانیاً اکثراً دارودرمانی (۴۷٫۵٪) شده بودند. این افراد گرایش بالاتری به مصرف الکل، مواد یا چند سوءمصرف داشتند. در مطالعه‌ای که در ایتالیا انجام شده نشان داد که مصرف‌کنندگان کانابیس چه معتادین و چه مصرف‌کنندگان تفریحی حداقل یکی از تشخیص‌های روان‌پزشکی محور I را در DSM دارا هستند که رایج‌ترین آن‌ها اختلال سازگاری همراه با خلق افسرده (۱۶٪)، افسردگی اساسی (۱۴٪) و دیس‌تایمیا (۱۰٫۵٪) بودند که این نتیجه با مطالعه حاضر مشابهت دارد [۲۳] در مطالعه‌ی دیگری نیز در عربستان نشان داده شد که همچنین نشان داده شد که شایع‌ترین اختلال روانی مشاهده‌شده در معتادان، افسردگی بود [۲۴]. همچنین در مطالعه‌ی ما نشان داده شد که افرادی که سابقه بیماری عصبی داشتند ولی درمان نشده بودند بیشتر از افراد دیگر به سمت دخانیات رفته بودند.

- characteristic correlate to emotional reactions of soldiers. *MilMed J.* 2011;12(4):211-6. [Persian].
5. Farsi Z, Jabari Morouei M, Ebadi A. General health assessment of Army soldiers seen in a military medical outpatient clinic in Tehran. *J Army Univ Med Sci IRIran.* 2006;4(3):923-30. [Persian].
6. Fathi Ashtiani A, Sjadechi A. Psychological Assessment of the Soldiers of Material and Logistics Command of a Military Unit. *MilMed J.* 2005;7(2):153-9. [Persian].
7. Izadi M, Sajjadi A, Ghafourian A. Effect of education on the knowledge of soldiers about smoking hazards. *MilMed J.* 2009;11(2):7-8. [Persian].

8. Shafiqhi F, Roohani M, Kazemi J, Hosseini R, Donyavi V, Gharekhani S. The relative risk of smoking in the barracks of Islamic Republic of Iran Army soldiers. *J Army Univ Med Sci IRIran*. 2007;5(2):1197-201. [Persian].
9. Ahmadi K, Ghasri M, Seyedrazi H, Akhavi Z. Effective factors in smoking among soldiers. *Journal of Military Psychology*. 2011;2(7):23-35. [Persian].
10. Aghamollayee T, Zare S. Cigarette and hookah using pattern in over-15 population of Bandar Abbas, A demographic study. *Hormozgan Med J*. 2007;11(4):241-6. [Persian].
11. Heidarnia A, Ramezankhani A, Ghofranipoor F, Babaii G. Prevalence of smoking among adolescents and young people entering the military service. *Daneshvar Med J*. 1999;6(23):53-8. [Persian].
12. Tekbas F, Vaizoglu S, Guleç M, Hasde M. Smoking prevalence in military men, and factors affecting this. *MilMed J*. 2002;167(9):742-6.
13. Mousanegad A. Evaluation of social factors of boys' tendency to addictive substance [Thesis]. Isfahan: Isfahan University; 1997 [Persian].
14. Mazokopakis EE, Vlachonikolis IG, Lionis CD. Smoking behavior of Greek warship personnel. *MilMed J*. 2003;168(11):929-33.
15. Asayesh H, Salari H, Mansoorian M, Safdari R. Association of individual and family characteristics with the tendency to drug abuse. *J Gorgan Univ Med Sci*. 2010;12(4):91-4. [Persian].
16. Du WJ, Xiang YT, Wang ZM, Chi Y, Zheng Y, Luo XN, et al. Socio-demographic and clinical characteristics of 3129 heroin users in the first methadone maintenance treatment clinic in China. *Drug Alcohol Depend*. 2008;94(1-3):158-64.
17. Amiri M, Mirzamani. Determining the smoking pattern in army of Gilan province. *MilMed J*. 1997;7(3):193-8. [Persian].
18. Dehghani K, Dehghani H, Sadooghi H, Poormovahhed Z. Drug Abuse Prevalence and Risk Factors in Students of Shaheed Sadoughi University of Medical Sciences, Yazd. *J Shaheed Sadoughi Univ Med Sci*. 2010;18(3):164-9. [Persian].
19. Hamdieh M, Motalebi N, Asheri H, Boroujerdi A. Prevalence of Alcohol and Drug Abuse in Young People, 15-35 Year Old, Living in Tehran, Iran. *Journal of Research in Medical Sciences*. 2008;32(4):315-9. [Persian].
20. Aghabakhshi H, Sedighi B, Eskandari M. A survey on the effective factors of the youths' tendency towards industrial drugs abuse. *Social Research Journal*. 2009;2(4):71-8. [Persian].
21. Kaboli P. Evaluation of demographic characteristics of addicts in Kermanshah hospital [Thesis]. Kermanshah: Kermanshah University of Medical Science; 1997 [Persian].
22. Jazayeri A, Hajri F, Pourshahbaz A, Rezayee M. Relationship between anti-social and borderline personality disease and addiction in kermanshahi men(18-35 years old). *Hakim Research Journal*. 2004;7(1):49-55. [Persian].
23. Johns A. Psychiatric effects of Cannabis. *British J Psychiatry*. 2001;178:116-22.
24. Khadiga AS. Demographic characteristics of addicts in Jeddah, KSA. *Egyptian J Community Med*. 2004;22(1):29-38.
25. Lamptey JJ. Socio-demographic characteristics of substance abusers admitted to a private specialist clinic. *Ghana Med J*. 2005;39(1):2-7.