

بررسی پروتکل‌های پیشگیری و درمان سوء مصرف مواد در مجروحین جنگی و جانبازان

محمدرضا نجارزادگان^۱، *سید عباس تولایی^۲

تاریخ اعلام قبولی مقاله: ۱۳۹۰/۱۲/۲۳

تاریخ اعلام وصول: ۱۳۹۰/۸/۱۸

چکیده

سابقه و هدف: مجروحین جنگی و جانبازان به دلیل قرار گرفتن در شرایط طاقت فرسای نبرد و آسیب‌های جسمی و روانی متعدد مستعد گرایش به سوء مصرف مواد و اعتیاد می‌باشند. در برخی ارتش‌های دنیا پروتکل‌هایی به منظور پیش‌گیری و درمان اعتیاد در مجروحین جنگی وجود دارد که در این پژوهش به بررسی آنها پرداخته شده است.

مواد و روش‌ها: در این مطالعه مروری، کلیه مقالات مرتبط با اعتیاد و سوء مصرف مواد در مجروحین جنگی موجود در پایگاه‌های اطلاعاتی داخلی و خارجی، کتب کتابخانه‌های دانشگاه‌های داخلی و خارج با عنوان روان‌شناسی نظامی و مجروحین جنگی، پروتکل‌های تهیه شده در زمینه پیشگیری از مصرف مواد در میان نیروهای نظامی و مجروحان جنگی در نقاط مختلف دنیا از نظر کاربرد آن در جانبازان جمهوری اسلامی ایران بررسی گردید.

یافته‌ها: نتایج نشان داد پروتکل‌های درمان با آگونیس‌های مواد افیونی، پروتکل روان‌درمانی فردی و شناختی-رفتاری، پروتکل درمان‌های اجتماعی و پروتکل خانواده‌درمانی از پروتکل‌های به‌کاررفته در مجروحین جنگی سایر نظامیان دنیا است که در جانبازان جمهوری اسلامی ایران قابل استفاده می‌باشد و برعکس پروتکل‌های درمان سوء مصرف الکل و ماری‌جوانا، پروتکل پیشگیری از رفتارهای پرخطر از قبیل تزریق مواد و پروتکل کاهش آسیب چندان در جانبازان کشور ما قابل استفاده و تعمیم نیست.

بحث و نتیجه‌گیری: با توجه به نتایج این پژوهش تدوین پروتکل اختصاصی در میان جانبازان جمهوری اسلامی ایران به منظور پیشگیری و درمان سوء مصرف مواد لازم و ضروری به نظر می‌رسد.

کلمات کلیدی: سوء مصرف مواد، پروتکل‌های پیشگیری و درمان اعتیاد و سوء مصرف مواد، مجروحین جنگی

مقدمه

مخدر و الکل وجود دارد (۲، ۳)، در برخی دیگر از مطالعات در نیروهای نظامی، اثرات مخرب مصرف مواد غیر قانونی به فعالیت رزمی آنان از جمله افزایش بروز صدمات و ضربات جسمی به اثبات رسیده است (۴-۷). سابقه مصرف مواد مخدر نیز از جمله عوامل افزایش دهنده طول مدت بستری پرسنل نظامی و بالطبع هزینه صرف شده می‌باشد (۸).

در میان نیروهای نظامی مجروحین جنگی و در کشور ما جانبازان به دلیل مشکلات متعدد جسمی و روانی نسبت به گرایش به سوء

اعتیاد به مواد مخدر به عنوان یکی از مشکلات بهداشتی، درمانی و اجتماعی قرن حاضر شناخته شده است. اعتیاد نه تنها منجر به آسیب‌های شدید و عمیق جسمی و روانی در فرد می‌گردد بلکه آسیب‌های اجتماعی نظیر افزایش طلاق، بزهکاری و بیکاری را نیز در بر دارد (۱). با وجود اینکه مصرف مواد در پرسنل نظامی در سراسر دنیا غیر قانونی می‌باشد اما مطالعات صورت گرفته نشان می‌دهند در نیروهای نظامی کشورهای مختلف دنیا اعتیاد به مواد

۱- پژوهشگر، ایران، تهران، دانشگاه علوم پزشکی بقیه‌الله (عج)، دپارتمان روان‌پزشکی

۲- دانشیار، ایران، تهران، دانشگاه علوم پزشکی بقیه‌الله (عج)، دپارتمان روان‌پزشکی (*نویسنده مسئول)

آدرس الکترونیک: Tavresearch@gmail.com

تلفن: ۰۹۱۲۱۰۹۸۷۴۳

روش کار بدین صورت بود که کلیه مقالات موجود در پایگاه‌های اطلاعاتی داخلی از جمله ایران مدکس (Iranmedex)، ایران داک (Irandoc) پایگاه اطلاعاتی سازمان مبارزه با مواد مخدر، وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی، پایگاه اطلاعات علمی جهاد دانشگاهی (SID: Scientific Information Database)، مجلات طب نظامی و مجله علمی-پژوهشی طب جانباز، پایگاه اطلاعاتی بنیاد جانبازان، پایگاه اطلاعاتی اینکاس (INCAS) و پایگاه‌های اطلاعاتی خارجی از جمله گوگل (Google Scholar) اسکوپس (SCOPUS)، پایگاه علمی و اطلاع رسانی سازمان بهداشت جهانی (WHO/EMR/ Index Medicus)، کوکران (Cochran) راهنمای دسترسی به مجلات آزاد (Directory of Open Access Journal)، مدلاین (Pubmed) (Medline)، پروکوئست (Proquest)، الزویر (Elsevier)، وب سایت مبارزه با مواد مخدر ارتش ملی آمریکا، وب سایت مبارزه با مواد مخدر ارتش اروپا مورد بررسی قرار گرفت.

کلیه منابع فوق از یکم ژانویه ۱۹۶۰ تا یکم ژانویه ۲۰۱۱ میلادی بررسی گردید و جهت جستجو از کلید واژه‌های:

"Military Substance Abuse" "Comprehensive Protocols for Substance Abuse in Injured Soldiers" "Injured Soldier Substance Abuse", "Protocol" and "Addiction" and "Military" and "Soldier" and "War Injured Soldiers" and "Veterans"

و سایر کلید واژه‌های مشابه استفاده شد. در انتخاب مقالات موارد مربوط به مباحث روان‌شناختی، اختلال‌های روان‌پزشکی و معلولیت‌ها و مشکلات جسمی، مشکلات با ماهیت روانی- اجتماعی و دستورالعمل‌ها و موارد مربوط به پیشگیری و درمان آنها مورد توجه قرار گرفت.

نحوه استخراج به این ترتیب بود که جستجو با کلید واژه‌های فوق انجام شده و کلیه مقالات پژوهشی مرتبط استخراج می‌گردید و پس از انتخاب متن کامل مقالات از طریق بانک‌های دیگری که متن کامل مقالات را در اختیار می‌گذاشتند تهیه گردید.

بررسی کتب کتابخانه‌های دانشگاه‌های داخل و خارج با عنوان روان‌شناسی نظامی (Military psychology) و روان‌شناسی مجروحین جنگی و بررسی پروتکل‌های تهیه شده در زمینه پیشگیری از مصرف مواد مخدر در میان مجروحان جنگی در نقاط مختلف دنیا صورت گرفت. شاخص مورد بررسی در منابع فوق پروتکل‌های پیشگیری

مصرف مواد مستعدتر می‌باشند. در مطالعه‌ای که در سری لانکا بر روی سربازان مبتلا به نقص عضو صورت گرفت نشان داد ۳۶ درصد آنها دچار انواع مختلف اختلال‌های روانی بوده‌اند که بیشترین شیوع این اختلال‌ها، سوء مصرف مواد و اعتیاد بوده است (۹) شیوع سوء مصرف هروئین در میان کهنه سربازان آمریکایی که در جنگ ویتنام حضور داشتند ۳۵ درصد برآورد شده که بیشتر به فرم تزریقی می‌باشد و سهم چشم‌گیری از سوء مصرف کنندگان مواد در آن کشور را به خود اختصاص داده است به طوری که در دهه ۷۰ میلادی بیشترین شیوع فرم تزریقی سوء مصرف مواد در میان همه اقشار جامعه در میان سربازان آسیب دیده جنگ ویتنام وجود داشته است (۱۰).

جانبازان در ایران که درصد عمده‌ای - حدود نیم میلیون نفر - از جمعیت ایران را به خود اختصاص داده‌اند، با مشکلات روان‌شناختی و اجتماعی متعددی روبه‌رو هستند. طی جنگ تحمیلی ۸ ساله تعدادی از ایثارگران با انواع آسیب‌های ناشی از جنگ به صورت جانباز در آمدند که هر کدام با درجات مختلف دچار معلولیت گردیدند و پس از آن با مشکلات زیادی مواجه شدند. مطالعات صورت گرفته در مورد جانبازان در سال‌های اخیر در جامعه ما، اغلب بر بیماری‌های مزمن و معلولیت جانبازان به عنوان یک مقوله بهداشتی پرداخته است. با این وجود آمارهای مربوطه نشان می‌دهد که جانبازان در معرض برخی از آسیب‌های اجتماعی نظیر گرایش به اعتیاد مواد مخدر نیز می‌باشند که نیازمند توجه و تحقیق جدی در این زمینه است.

با توجه به موارد ذکر شده و از آنجایی که دستورالعمل مدونی به منظور پیشگیری از گرایش به مواد در میان مجروحین جنگی در کشور ما موجود نمی‌باشد، بررسی پروتکل‌های پیشگیری و درمان اعتیاد در میان مجروحین جنگی در ایران و جهان در جهت کمک به پژوهش‌های آینده و سیاست‌گذاری پیشگیری و درمان سوء مصرف مواد در جانبازان لازم و ضروری به نظر می‌رسد.

در این پژوهش به بررسی این پروتکل‌ها و کاربرد آنها در مجروحین جنگی پرداخته‌ایم.

مواد و روش‌ها

مطالعه صورت گرفته یک مطالعه مروری و کتابخانه‌ای می‌باشد.

یافته‌ها

چنانکه ملاحظه گردید توجه به پیشگیری و درمان اختلال‌ها روانی از ارکان اصلی پروتکل‌های پیشگیری و درمان سوء مصرف مواد در مجروحین جنگی می‌باشد. چرا که برخی مطالعات از شیوع انواع اختلال‌های روانی از جمله اختلال‌های خلقی (۴۲ درصد) در پرسنل نظامی و تحمیل هزینه سنگین درمان آن به سیستم بهداشت و درمان نیروهای نظامی حکایت دارد (۲۹).

و نیز افسردگی که از شایعترین مشکلات روانی می‌باشد علاوه بر افت عملکرد و کاهش کیفیت زندگی و نیز ایجاد خودکشی حتی تا یک سوم مبتلایان (۳۰-۳۱) در پرسنل نظامی موجب عدم توجه به موارد درمانی و عدم تکمیل دوره درمانی گردد (۳۲) که این خود سبب عدم تحقق اهداف درمانی پروتکل‌ها و تحمیل هزینه‌های

و درمان اعتیاد و سوء مصرف مواد در مجروحین جنگی و بررسی مقایسه‌ای آن با الگوهای رفتاری و شناختی در مطالعات انجام شده در جانبازان جنگ تحمیلی، نوع ماده مورد سوء مصرف، علل گرایش و عود، الگوی مصرف و شیوه مصرف و ریسک فاکتورهای موثر بر گرایش به مصرف مواد مخدر در میان این قشر از جامعه بود. ارزیابی اطلاعات به دست آمده توسط مجریان طرح انجام و در جلسه‌های مشترک موارد ابهام برطرف شد.

الگوهای روان‌شناختی و روان‌درمانی و دارو درمانی براساس مطالعات داخلی و خارجی انجام شده جمع‌آوری شد و با توجه به مسائل فرهنگی، اجتماعی و اعتقادی موجود در کشور و توجه ویژه به مسائل ارزشی در جانبازان جمهوری اسلامی ایران مورد بررسی قرار گرفت.

جدول ۱ - پروتکل پیشگیری و درمان اعتیاد به هروئین در کهنه سربازان جنگ ویتنام

پروتکل پیشگیری و درمان اعتیاد به هروئین در کهنه سربازان جنگ ویتنام (۱۱-۱۴)

- ۱- نشان دادن نمایش دادن مخاطرات مربوط به سندرم ترک در قالب فیلم‌های آموزشی، مضرات استفاده از هروئین در افراد نظامی که دچار آن شده بودند و به خصوص بیان خطرهای ناشی از مصرف مواد مخدر به خصوص هروئین از طریق برنامه‌های مختلف آموزشی؛
- ۲- اعمال موارد تنبیهی از جمله جلوگیری از دسترسی کهنه سربازان مصرف کننده هروئین از خدمات ویژه‌ای که سایرین از آن بهره می‌بردند از قبیل بهره‌گیری از خدمات بیمه‌ای بهداشتی، یا تهدید به اخراج آنها از نیروی نظامی و قطع مستمری ایشان؛
- ۳- درمان اختلال‌های روانی ناشی از مصرف مواد از جمله افسردگی و اضطراب و استرس پس از سانحه با استفاده از پروتکل درمان اختلال‌های اضطرابی و استرس پس از سانحه؛
- ۴- شناخت مشکلات اقتصادی افراد معتاد و رفع آنها؛
- ۵- بهره‌گیری از پروتکل سم زدایی مواد افیونی، پروتکل پیشگیری از عود مواد افیونی با نالتروکسان، پروتکل درمان نگه‌دارنده با آگونیس‌های مواد افیونی برای درمان معتادان به هروئین؛
- ۶- بهره‌گیری از پروتکل درمانی نیکوتین برای آن دسته از معتادین به هروئین که به سیگار اعتیاد داشتند؛
- ۷- استفاده از روش‌های درمانی غیر دارویی از جمله پروتکل انجام ارزیابی‌های ساختار یافته، پروتکل انجام مصاحبه انگیزشی، پروتکل روان‌درمانی فردی شناختی-رفتاری، پروتکل پیشگیری از عود مصرف مواد با روش‌های غیر دارویی؛
- ۸- استفاده از پروتکل ارائه تمرین‌های آرمیدگی برای درمان اختلال‌های اضطرابی؛
- ۹- استفاده از پروتکل خانواده درمانی برای آن دسته از معتادین که مشکلات خانوادگی داشتند؛
- ۱۰- استفاده از پروتکل درمان‌های اجتماعی، پروتکل کاهش آسیب، پروتکل ارائه آموزش‌های کاهش آسیب برای معتادین به هروئین که به صورت تزریقی مصرف می‌کردند؛
- ۱۱- استفاده از پروتکل آموزش‌های پیشگیرانه برای جلوگیری از گرایش مجدد افراد به هروئین و سایر مواد؛
- ۱۲- استفاده از پروتکل گروه درمانی در مورد معتادینی که بیش از سایرین اعتیاد آنها وابسته به گروه همسالان می‌شد؛
- ۱۳- شناسایی مناطق با شیوع بالاتر سوء مصرف هروئین و استفاده از پروتکل آموزش‌های پیشگیرانه در مورد کهنه سربازان در آن مناطق.

جدول ۲- پروتکل پیشگیری و درمان سوء مصرف مواد در مجروحین جنگی و کهنه سربازان جنگ خلیج فارس

پروتکل پیشگیری و درمان سوء مصرف مواد در مجروحین جنگی و کهنه سربازان جنگ خلیج فارس (۱۵-۱۸)

- ۱- درمان اختلال‌های روانی شامل: استرس پس از سانحه (PTSD)، آسیب‌های ناشی از ضربات مغزی، افسردگی و اختلال‌های شناختی با استفاده از پروتکل درمان اختلال‌های اضطرابی، پروتکل روان‌درمانی فردی-شناختی-رفتاریو پروتکل ارائه تمرین‌های آرمیدگی
- ۲- درمان وابستگی به الکل با استفاده از پروتکل درمانی الکل؛
- ۳- درمان وابستگی به مواد مخدر با استفاده از پروتکل سم زدایی مواد افیونی، پروتکل پیشگیری از عود مواد افیونی با نالتروکسان، پروتکل درمان نگره‌دارنده با آگونیسست‌های مواد افیونی؛
- ۴- خانواده درمانی با استفاده از پروتکل خانواده درمانی؛
- ۵- به‌کارگیری مدل معتادین گمنام و درمان سرپایی و بستری و درمان در مراکز اختصاصی با استفاده از پروتکل گروه درمانی، پروتکل درمان‌های اجتماعی، پروتکل آموزش‌های پیشگیرانه؛
- ۶- استفاده از قوانین جاری ارتش جهت پیشگیری و درمان مواد با به‌کارگیری پروتکل پیشگیری و کنترل سوء مصرف مواد در بین پرسنل و نظامیان ارتش آمریکا؛
- ۷- استفاده از پروتکل به‌کارگیری پزشکان نظامی جهت پیشگیری و درمان اعتیاد (جدول ۳)

جدول ۳- پروتکل به‌کارگیری پزشکان نظامی جهت پیشگیری و درمان اعتیاد

پروتکل به‌کارگیری پزشکان نظامی جهت پیشگیری و درمان اعتیاد (۲۰-۲۱)

- ۱- افتتاح مراکز پیشگیری و بیمارستان‌های درمانی ویژه ارتش با همکاری فرماندهان ارشد و پزشکان نظامی به منظور پیشگیری و درمان اعتیاد. به همین دلیل در ژانویه سال ۱۹۷۸ میلادی از طرف ارتش ایالات متحده به برنامه‌های پیشگیری و درمانی اعتیاد در پرسنل نظامی تسهیلات بیشتری اعطا شد.
- ۲- ارائه آموزش‌هایی برای پرسنل مراکز پیشگیری و بیمارستان‌ها، فرماندهان ارتش، روسای خدمات بالینی و مسئولین پرستاری در جهت آگاهی و پشتیبانی از طرح با استفاده از پروتکل کاهش آسیب، پروتکل ارائه آموزش‌های کاهش آسیب، پروتکل نحوه انجام روش‌های تشخیص آزمایشگاهی
- الف) بازدید دوره‌ای متخصصین رشته مبارزه با مواد مخدر، با همکاری پزشکان ارشد ارتش از بیمارستان‌ها و مراکز پیشگیری ارتش
- ب) ارائه روش‌های درمانی در قالب کارگاه‌های آموزشی برای مشاوران اعتیاد در سطوح محلی توسط پزشکان نظامی آموزش دیده به منظور جهت‌گیری‌های مشابه درمانی و پیشگیری و برقراری تعامل بهتر با مراجعین با استفاده از پروتکل انجام ارزیابی‌های ساختار یافته، پروتکل انجام مصاحبه انگیزشی، پروتکل روان‌درمانی فردی-شناختی-رفتاری، پروتکل ارائه تمرین‌های آرمیدگی، پروتکل خانواده درمانی، پروتکل گروه درمانی، پروتکل درمان‌های اجتماعی، پروتکل آموزش‌های پیشگیرانه
- ۳- حمایت پزشکان نظامی از توان‌بخشی و پیشگیری و بازپروری در افسران و فرماندهان ارشد وابسته به مواد در جهت بیمار شناخته شدن این افراد و رهایی از مجازات‌های سنگین
- ۴- برگزاری جلسه‌های بحث و تبادل نظر ما بین پزشکان نظامی و فرماندهان ارشد در مورد مشکلات پیش رو و برنامه‌های آتی با استفاده از پروتکل آموزش‌های پیشگیرانه
- ۵- کمک به مشارکت فرماندهان در فرآیند بازپروری بیماران و قدردانی از آنان
- ۶- کمک به تجهیز و تاسیس مراکز پزشکی با همکاری و همراهی پزشکان نظامی

جدول ۴- پروتکل پیشگیری و درمان سوء مصرف مواد در مجروحین جنگی و کهنه سربازان ارتش کانادا

پروتکل پیشگیری و درمان سوء مصرف مواد در مجروحین جنگی و کهنه سربازان ارتش کانادا (۲۲-۲۴)

- ۱- درمان اختلال‌های روانی شامل استرس پس از سانحه (PTSD) با استفاده از پروتکل درمان اختلال‌های اضطرابی، پروتکل روان‌درمانی فردی شناختی-رفتاری و پروتکل ارائه تمرین‌های آرمیدگی
- ۲- به‌کارگیری پروتکل ۱۲ گام با استفاده از پروتکل گروه درمانی و پروتکل درمان‌های اجتماعی
- ۳- پیشگیری و درمان مصرف سیگار و الکل با استفاده از پروتکل درمانی الکل و پروتکل درمانی نیکوتین به عنوان قطع زمینه برای سوء مصرف مواد افیونی
- ۴- ارائه شماره‌های تماس ۲۴ ساعته در مورد قرار گرفتن در معرض ارتکاب جرم در مورد مجروحین مبتلا به اختلال‌های روانی در مراجع انتظامی
- ۵- به‌کارگیری مدل معتادین گمنام و درمان سرپایی و بستری و درمان در مراکز اختصاصی با استفاده از پروتکل گروه درمانی، پروتکل درمان‌های اجتماعی، پروتکل آموزش‌های پیشگیرانه
- ۶- انجام اقدام‌های توان‌بخشی با استفاده از دستورالعمل توان‌بخشی در مجروحین جنگی دارای نقص عضو
- ۷- ارائه موارد تشویقی از جمله رایگان نمودن خدمات درمانی برای مجروحینی که موفق به ترک مواد شده‌اند

سنگین به دلیل بستری مجدد به نیروی‌های نظامی می‌گردد.

بحث و نتیجه‌گیری

گزارش برنامه کنترل مواد سازمان ملل متحد در سال ۲۰۰۱ نشان می‌دهد که مجروحان جنگی ۵۰٪ کوکائین (Cocaine)، ۳۴٪ تریاک (Opioids) استفاده می‌کنند. (۳۳). ولی مطالعات صورت گرفته در ایران الگوی مصرف متفاوتی را در میان مجروحین جنگی ارائه می‌دهد. مواد مخدر تریاک و هروئین بیشترین ماده مصرفی را در جامعه جانبازان ایران تشکیل می‌دهد و در این میان سهم سوء مصرف تریاک به مراتب بیشتر از هروئین می‌باشد.

در مطالعه کرمی و همکاران در سال ۱۳۸۸ بر روی جانبازان دچار اعتیاد مراجعه کننده به بیمارستان‌های طرف قرارداد بنیاد جانبازان، ۷۷٪ از جانبازان سوء مصرف کننده مواد، تریاک را به عنوان ماده اصلی عنوان کردند. میزان مصرف هروئین در جانبازان در این مطالعه ۱۳/۹٪، هروئین و تریاک ۸٪، تریاک و شیره ۴/۹٪ و سایر مواد (حشیش، کراک، شیشه، ترامادول) ۳/۳٪ بود. نتایج این مطالعه نشان داد میزان مصرف هروئین در جانبازان در این مطالعه به طور معنی دار کمتر از جامعه کل معتادین بود. در مطالعه فوق این اختلاف فراوانی نوع مصرف به تفاوت‌های نگرش‌های مذهبی، خانوادگی و مسائل اجتماعی در گروه جانبازان ایران با مجروحین جنگی سایر نقاط

دنیا و سایر افراد جامعه نسبت داده شد و ذکر گردید قبح استعمال هروئین، سبب روی آوردن کمتر معتادین جانباز به هروئین نسبت به سایرین می‌گردد (۳۳) که این خود بیانگر تفاوت الگوی مصرف میان جانبازان ایران و مجروحین جنگی سایر نقاط دنیا می‌باشد. سایر مطالعات صورت گرفته در کشور ما و نیز آمارهای غیر رسمی حاکی از کمتر بودن مصرف هروئین و مواد صنعتی از جمله شیشه و کراک در مقایسه با سایر معتادان جامعه می‌باشد و در جانبازان کشور ما بیشترین ماده مصرفی تریاک و به فرم تدخینی می‌باشد. در مطالعه در تاج در سال ۱۳۸۸ که بر روی ۴۰۰ نفر از جانبازان استان کرمان صورت گرفت ۳۶/۷۵ درصد به صورت تدخینی و ۱۱/۲۵ درصد با سایر روش‌ها مصرف می‌کردند. از طرف دیگر این مطالعه نشان می‌دهد که مدت زمان مصرف سیگار و سوء مصرف مواد در جانبازان با هم رابطه دارند. به عبارت دیگر با افزایش مدت زمان مصرف سیگار به میزان دو درصد گرایش به سوء مصرف در بین جانبازان افزایش می‌یابد (۳۴). به همین دلیل پروتکل درمانی نیکوتین به منظور ترک سیگار و جلوگیری از گرایش جانبازان به مواد می‌تواند موثر باشد.

مطالعات صورت گرفته در ایالات متحده نشان می‌دهد در سال ۲۰۰۰ تقریباً دو میلیون نفر مجروح جنگی (Veteran) (۶٪ از جمعیت کل مجروحان جنگی ایالات متحده آمریکا) از داروهای ممنوع (Illicit

پس از ترک برگشت فشارها و خاطرات دوران جنگ و دردهای جسمانی بوده است. عواملی مثل بیکاری و فشارهای خانوادگی از علل عود را در این مطالعه به خود اختصاص دادند. تمامی موارد ذکر شده نشان دهنده نقش و اثر همسر و فرزندان در عود یا پیشگیری از اعتیاد در جانبازان می باشد و به همین دلیل پروتکل خانواده درمانی در کنار پروتکل انجام ارزیابی های ساختار یافته، پروتکل انجام مصاحبه انگیزشی، پروتکل روان درمانی فردی شناختی-رفتاری و پروتکل گروه درمانی، در جانبازان و خانواده ایشان بسیار ضرورت دارد.

در مطالعه کرمی (۳۳) دلیل اقدام قبلی اکثر معتادین برای ترک یا قطع مصرف مواد احساس خجالت و شرمساری و حفظ موقعیت شخصی خود در خانواده عنوان شده است. در مطالعه منصوری و امینی نیز، مهم ترین عامل و انگیزه برای ترک اعتیاد شرمساری و از دست دادن آبرو و اعتبار خود و خانواده ذکر شده است (۴۲)، البته این امر را می توان برای جامعه ایرانی با توجه به عقاید و فرهنگ و سن حاکم، اختصاصی تلقی کرد و واضح است که اهمیت این موضوع در خانواده و افراد جانباز به دلیل جایگاه این افراد در نزد عموم بیش از سایرین خودنمایی می کند در حالی که عامل اصلی اقدام معتادین به ترک در جوامع غربی ترس از مرگ، خسته شدن از اعتیاد و فقر مالی است (۴۳).

نتایج پژوهش در تاج نشان داد که میزان درآمد ماهیانه و سوء مصرف مواد در جمعیت جانبازان با هم رابطه نشان می دهد و با افزایش میزان درآمد ماهیانه به میزان دو درصد گرایش به سوء مصرف در بین جانبازان بازداري و کاهش پیدا می کند (۳۴).

تولایی و همکاران توجه به وضعیت اشتغال، اقتصادی و خانوادگی جانبازان را برای پیشگیری خودکشی امری ضروری دانسته و وضعیت اقتصادی ضعیف را به عنوان یک عامل فشار برای بروز مشکلات خانوادگی در جانبازان مرتبط دانسته اند (۴۴).

گزارش بنیاد شهید و امور ایثارگران در سال های ۸۵-۱۳۸۴ نشان می دهد مشکلات معیشتی یکی از چهار علل اصلی ابتلا به اعتیاد و مواد مخدر هستند و عوامل اقتصادی بالاترین نقش را در اعتیاد جانبازان به مواد مخدر دارند. همچنین میزان هزینه های زندگی و سوء مصرف و وابستگی به مواد در جمعیت جانبازان با هم رابطه نشان می دهند (۳۴).

drugs) استفاده می کردند. و ۳۲۴ هزار مجروح جنگی با تشخیص سوء مصرف مواد پذیرش شده اند (۳۵). همین مطالعات بیان می دارد مجروحان جنگی نسبت به افراد عادی در سن بالاتری اعتیاد را شروع می کنند. به طوری که ۵۴٪ از مجروحان جنگی وابسته به مواد بالای ۵۰ سال سن دارند (۳۶).

نتایج مطالعات در ایران نیز نشان می دهد معتادین در جانبازان به لحاظ سنی از گروه میانسال می باشند (۳۷-۳۹). به این منظور بایستی نگرش سنی را در میان علل و عوامل اعتیاد و عود آن در نظر داشت. لذا پروتکل خانواده درمانی، پروتکل گروه درمانی و پروتکل درمان های اجتماعی برای درمان اعتیاد در جانبازان نسبت به سایر افراد اجتماع می تواند موثرتر واقع شود.

لذا پروتکل درمانی حشیش و ماری جوانا، پروتکل درمانی الککل در جانبازان جمهوری اسلامی ایران بر خلاف مجروحین جنگی سایر کشورها از جمله ایالات متحده (که دارای درصد بالای سوء مصرف الککل و ماری جوانا هستند) قابل استفاده نیست.

همچنین به دلیل درصد پایین مصرف هروئین و میزان بسیار ناچیز الگوی مصرف تزریقی در جانبازان ایران (۵/۷٪) براساس مطالعه کرمی و همکاران (۳۳) بر خلاف کهنه سربازان جنگ ویتنام امریکا که اعتیاد تزریقی به هروئین در آنها بسیار فراگیر است، پروتکل کاهش آسیب و پروتکل ارائه آموزش های کاهش آسیب در جانبازان کمتر مورد استفاده دارد. با توجه به موارد فوق و شیوع بالاتر سوء مصرف تریاک، استفاده از پروتکل سم زدایی مواد افیونی، پروتکل پیشگیری از عود مواد افیونی با نالتروکسان، پروتکل درمان نگه دارنده با آگونست های مواد افیونی می تواند در درمان جانبازان مفید واقع گردد.

در مورد علل گرایش به اعتیاد لوئینسون و همکاران (۴۰) بعد از بررسی منابع مختلف یکی از علل گرایش مجدد به اعتیاد را متغیرهای محیطی و بین فردی معرفی کردند و عواملی مانند از دست دادن موقعیت اجتماعی و خانوادگی، عدم وجود علاقه به تفریحات سالم را از عوامل مهم سوق دهنده فرد به اعتیاد مجدد ذکر کرده اند. در تحقیق کوروش امینی از علل اقتصادی در زمینه روی آوردن و عود اعتیاد فقر و از فاکتورهای شغلی مرتبط با اعتیاد مجدد بیکاری ذکر شده است (۴۱).

در مطالعه کرمی و همکاران (۳۳) مهم ترین عامل در زمینه عود اعتیاد

کیفیت زندگی پایین‌تری برخوردارند و فعالیت ایشان دستخوش تغییرات قابل توجه شده است (۴۷).

از سوی دیگر برخی مطالعات نشان داده افسردگی و اختلال کارکرد اجتماعی دو مورد از اختلال‌های روانی هستند که سلامت روان افراد با بیماری‌های مزمن جسمی رایج‌تر تهدید می‌نماید (۴۸).

علایم روان‌شناختی و کاهش اعتماد به نفس دو یافته شایع در جانبازان شیمیایی می‌باشد. عزت نفس و علایم روان‌شناختی در جانبازان شیمیایی دارای ارتباط تنگاتنگی می‌باشند (۴۹). بسیاری از اختلال‌های روانی از قبیل افسردگی، اختلال‌های اضطرابی، اختلال استرس پس از سانحه و اختلال‌های خواب از شیوع بالایی در جانبازان شیمیایی برخوردارند (۵۰، ۵۱).

در مطالعاتی که در آمریکا در زمینه ارتباط عوامل خردل با عوارض روان‌شناختی جهت افزایش توان مقابله در برابر جنگ شیمیایی صورت گرفته است، شایع‌ترین اختلال‌های ایجاد شده در سربازان عبارتند از: اختلال‌های خلقی طولانی مدت، اختلال‌های اضطرابی، اختلال استرس پس از سانحه و برخی پاسخ‌های ناشی از استرس (۵۲). همچنین در مطالعه دیگری که توسط تولایی جهت بررسی سلامت روانی جانبازان شیمیایی سردشت صورت گرفت نتایج نشان داد که تنها ۱۰٪ از افراد از سلامت روانی برخوردار بودند (۵۳).

به همین دلیل پیشنهاد می‌شود مسئولین توجه ویژه‌ای به مسئله معیشتی جانبازان داشته باشند. همچنان‌که در پروتکل پیشگیری و درمان سوء مصرف مواد در مجروحین جنگی و کهنه سربازان ارتش کانادا (جدول ۵)، پروتکل پیشگیری و درمان سوء مصرف مواد در مجروحین جنگی و کهنه سربازان جنگ افغانستان و عراق مواردی جهت رایگان نمودن خدمات بهداشتی و ارائه تسهیلات رایگان به مجروحین پیش‌بینی گردیده است، لازم است در مورد جانبازان جمهوری اسلامی ایران نیز تسهیلات ویژه و بیشتر به خصوص در مورد ارائه خدمات بهداشتی و درمانی در نظر گرفته شود.

کشور ما در دوران جنگ تحمیلی به مدت پنج سال مورد تهاجم شیمیایی دشمن قرار گرفت و این مساله آسیب‌های جسمی و روانی بسیاری را در افراد به جای گذاشت. از جمله جانبازان به جا مانده از این حملات جانبازان شیمیایی می‌باشند. بسیاری از این جانبازان از مشکلات متعدد جسمی و روانی و درصد بالایی مرگ و میر رنج می‌برند به طوری که ۱۲/۱ درصد مرگ‌ها در جانبازان شیمیایی با مواجهه با گاز خردل در فاز تاخیری مرتبط می‌باشد. (۴۵) میانگین سلامت عمومی در جانبازان شیمیایی ۴۷/۳۴ درصد به دست آمده که بیانگر اختلال در سلامت این افراد است (۴۶) به همین دلیل جانبازان شیمیایی به‌خاطر بیماری‌های مزمن جسمی از

جدول ۵- پروتکل پیشگیری و درمان سوء مصرف مواد در مجروحین جنگی و کهنه سربازان جنگ افغانستان و عراق

پروتکل پیشگیری و درمان سوء مصرف مواد در مجروحین جنگی و کهنه سربازان جنگ افغانستان و عراق (۲۵-۲۸)

- ۱- به‌کارگیری پروتکل خانواده درمانی؛
- ۲- ارائه خدمات درمانی رایگان برای تمامی مجروحین جنگی؛
- ۳- استفاده از پروتکل درمانی الکل؛
- ۴- پیشگیری از رفتارهای پرخطر در مجروحین جنگی معتاد تزریقی به منظور کاهش جرم با استفاده از پروتکل آموزش‌های پیشگیرانه، پروتکل کاهش آسیب، پروتکل ارائه آموزش‌های کاهش آسیب؛
- ۵- به‌کارگیری مدل معتادین گمنام و درمان سرپایی و بستری و درمان در مراکز اختصاصی با استفاده از پروتکل گروه درمانی، پروتکل درمان‌های اجتماعی، پروتکل آموزش‌های پیشگیرانه؛
- ۶- استفاده از پروتکل درمان استرس پس از سانحه در مورد مبتلایان به PTSD؛
- ۷- احداث آسایشگاه‌های اختصاصی جهت درمان مجروحین جنگی دارای نقص عضو مشکلات روانی؛
- ۸- استفاده از پروتکل پیشگیری از عود مصرف مواد با روش‌های غیر دارویی، پروتکل انجام ارزیابی‌های ساختار یافته، پروتکل انجام مصاحبه انگیزشی، پروتکل روان‌درمانی فردی شناختی-رفتاری؛
- ۹- استفاده از پروتکل پیشگیری و کنترل سوء مصرف مواد در بین پرسنل و نظامیان نیروی دریایی ارتش آمریکا.

می‌توان از ایجاد خشونت تا حد زیادی جلوگیری کرد که به مثابه پیشگیری ثانویه در قالب پیشگیری اولیه است (۵۹).

بر اساس مطالعات صورت گرفته جانبازان جنگ تحمیلی مبتلا به PTSD دارای علایمی از قبیل: باز تجربه ذهنی حادثه، انزوا و کرختی عاطفی، برانگیختگی فیزیولوژیکی و آسیب در عملکرد فردی، خانوادگی و اجتماعی هستند (۶۰). شاید اولین جایگاه ظهور و بروز این علایم خانواده می‌شود. همسر در خط مقدم استرس ناشی از علایم PTSD جانباز است. به همین دلیل احتمال این که سازگاری زناشویی پیش و بیش از سایر جنبه‌های خانوادگی در خانواده جانبازان PTSD دچار آسیب شود، بیشتر است. مطابق تحقیقات انجام گرفته (۶۰، ۶۱) میزان ناسازگاری زناشویی در بین جانبازان مبتلا به PTSD بیشتر است. میزان آن‌ها ۴۵/۵٪، چهار نارضایتی زناشویی هستند و وضعیت ۵۱/۸٪ آن‌ها نیز مرزی است. گروه اخیر سربازانی هستند که مبتلا به PTSD می‌باشند و در مقایسه با سایر سربازان از اختلال‌های روانی و مشکلات زناشویی بیشتری رنج می‌برند (۶۰).

مطالعات نشان داده فرزندان که پدرانشان مشکل مجروحیت اعصاب و روان دارند نسبت به سایر گروه‌ها احساس سلامتی کمتری دارند. دلیل بالا بودن میزان شیوع علایم بیماری روانی در افراد خانواده جانبازان را می‌توان ناشی از مشکلات و استرس‌های پدر جانباز دانست که نه تنها بر خود او بلکه بر اعضای خانواده و بر ابعاد مختلف زندگی تأثیرگذار است (۶۲)، همچنین رضایتمندی خانوادگی از عوامل مهم و تأثیرگذار در جریان کنترل درازمدت بیماری‌های جسمی مزمن است (۶۳) و چنان که می‌دانیم بسیاری از جانبازان به بیماری‌های مزمن جسمی مبتلا هستند.

به همین دلیل پیشنهاد می‌شود علاوه بر استفاده از پروتکل انجام ارزیابی‌های ساختار یافته، پروتکل انجام مصاحبه انگیزشی، پروتکل روان‌درمانی فردی شناختی-رفتاری، پروتکل ارائه تمرین‌های آرمیدگی، پروتکل درمان اختلال‌های اضطرابی و استرس پس از سانحه پروتکل پیشگیری از عود مصرف مواد با روش‌های غیر دارویی و پروتکل آموزش‌های پیشگیرانه در جانبازان اعصاب و روان از پروتکل خانواده درمانی، پروتکل گروه درمانی و پروتکل درمان‌های اجتماعی نیز استفاده گردد و تأکید بیشتر بر پروتکل خانواده درمانی گذاشته شود.

لذا در جانبازان شیمیایی علاوه بر استفاده از پروتکل‌های درمانی اختلال‌های رایج جسمی می‌بایست از پروتکل روان‌درمانی فردی شناختی-رفتاری، پروتکل ارائه تمرین‌های آرمیدگی، پروتکل درمان اختلالات اضطرابی و استرس پس از سانحه و پروتکل بکارگیری پزشکان نظامی جهت پیشگیری و درمان اعتیاد با توجه به اختلالات جسمی عدید این گروه بهره گرفت.

مجروحین و جانبازان اعصاب و روان گروه دیگری از جانبازان هستند که بیش از سایر جانبازان نیازمند اقدام‌های پیشگیرانه و درمانی جهت سوء مصرف مواد و اعتیاد می‌باشند. مطالعات در جانبازان نشان داده حدود ۲۸/۵٪ مجروحیت اعصاب و روان، ۶۸/۴٪ مجروحیت فیزیکی و ۲۱/۷٪ مجروحیت شیمیایی دارند و اختلال استرس بعد از حادثه شایع‌ترین اختلال روان‌پزشکی در افراد شرکت کننده در جنگ ایران و عراق است و تأثیر قابل توجه بر عملکرد و کیفیت زندگی این افراد دارد (۵۴).

در بین مجروحان جنگی آمریکا که وابستگی به مواد پیدا کرده‌اند ۴۹٪ آن‌ها در زمان جنگ ویتنام خدمت کرده‌اند. ۵۸٪ آن‌ها دارای اختلال‌های مزمن روانی هستند که ۲۲٪ از آن‌ها را اختلال استرس پس از سانحه تشکیل می‌دهند (۵۵). اعتیاد بسیاری از مجروحان جنگی بعد از پایان جنگ شروع شده است (۵۶). تحقیقات اخیر نشان می‌دهد تقریباً ۱۷٪ از افرادی که در عراق جنگیده‌اند و ۱۱٪ از سربازانی که در افغانستان خدمت کرده‌اند، علایمی از جمله افسردگی شدید، اضطراب زیاد و PTSD (Traumatic Stress Disorder) دارند (۵۶).

یافته‌های مطالعه آقا یوسفی و مطالعه تولایی و همکاران نشان می‌دهد که در جانبازان جنگ تحمیلی نیز استفاده مرضی از دارو و مواد با اختلال استرس پس از سانحه، افکار خودکشی، شدت اعتیاد، بهزیستی روانی، راه‌های مقابله‌ای نارسا و نشانه‌های تنیدگی مزمن همبسته است. در این مطالعه ذکر شده 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 معنی‌داری نشان می‌دهد (۵۷، ۵۸).

پرخاشگری یکی دیگر از اختلال‌هایی است که به طور شایع در میان بیماران مبتلا به اختلال استرس پس از سانحه (PTSD) دیده می‌شود. با درمان به موقع PTSD و جلوگیری از تشدید بیماری

اختصاصی برای هر یک از گروه‌های جانبازی در زمینه پیشگیری از ناخوشی و مرگ و میر با استفاده از تشکیل تیم‌های جداگانه متشکل از متخصصین خبره و با تجربه در درمان جانبازان ضروری دانسته‌اند (۶۷).

نتیجه‌گیری

باتوجه به مطالعه حاضر نیاز به تدوین یک پروتکل مدون و اختصاصی جهت پیشگیری و درمان سوء مصرف مواد و اعتیاد در جانبازان جمهوری اسلامی ایران بیش از پیش ضروری و لازم به نظر می‌رسد. لذا توصیه می‌گردد مطالعات بیشتری جهت بررسی جنبه‌های مختلف سوء مصرف مواد و اعتیاد در جانبازان جهت تدوین این پروتکل صورت گیرد.

تشکر و قدردانی

محققان لازم می‌دارند از ریاست مرکز علوم رفتاری دانشگاه علوم پزشکی بقیه الله (عج) آقای دکتر خدابخش احمدی و مدیر پژوهشی مرکز خانم هما صدقی جلال در جهت اجرای پژوهش تشکر و قدردانی به عمل آوردند.

همچنین جهت برآورده ساختن نیازهای جانبازانی که دست خوش رویدادهای استرس زای شخصیتی می‌شوند، تشکیل گروه‌های کمکی به عنوان مثال گروه والدین بدون همسر (Parents without Partners) می‌تواند کمک شایانی به این افراد نماید.

از جمله عوامل حفاظتی در برابر افسردگی نیز می‌توان به تحصیلات بالا اشاره نمود حال آنکه سابقه بیماری جسمی یا روانی با افزایش برخی از علائم روانی از جمله افسردگی همراه می‌باشد (۶۴)، بسیاری از جانبازان بویژه جانبازان پاراپلژیک دچار مشکلات ناباروری و پایین بودن سطح هورمون‌های اندروژنی می‌باشند که خود از عوامل زمینه ساز ابتلا به افسردگی است (۶۵).

چنان‌که ذکر گردید در جانبازان جنگ تحمیلی کشورمان عوامل متعددی جسمی، روانی و اجتماعی سبب پیدایش اختلال‌های روانی و متعاقب آن زمینه ساز گرایش این افراد به مصرف مواد مخدر شده است مطالعات نشان می‌دهد بیش‌ترین علت منجر به فوت در جانبازان همچون جمعیت عمومی و بر خلاف پرسنل نظامی، بیماری‌ها است و سهم کمتری به حوادث مربوط می‌شود و این به معنی نیازهای بهداشتی متفاوت در گروه‌های مختلف جانبازان می‌باشد (۶۶) و به همین دلیل مطالعاتی طراحی مداخله‌های

References

- Lowinson JH. Substance abuse: a comprehensive textbook. 3rd ed. / editors, Joyce H. Lowinson. Baltimore; London: Williams & Wilkins; 1997.
- Litvintsev SV. [Drug addictions in Russia and in the Armed Forces]. Voen Med Zh 1998; 319(9): 21-4, 95.
- Kolkutin VV, Pinchuk PV, Salomatina VE. [Role of the forensic medical expertise in the campaign of Russia Defense Ministry against trafficking of narcotics and strong drug substances]. Sud Med Ekspert 2003; 46(5): 15-8.
- Swahn MH, Simon TR, Hammig BJ, Guerrero JL. Alcohol-consumption behaviors and risk for physical fighting and injuries among adolescent drinkers. Addict Behav 2004; 29(5): 959-63.
- Howland J, Bell NS, Hollander IE. Causes, types and severity of injury among army soldiers hospitalized with alcohol comorbidity. Addiction 2007; 102(9): 1411-20.
- Amoroso PJ, Swartz WG, Hoin FA, Yore MM. Total Army injury and health outcomes database: description and capabilities. ARMY RESEARCH INST OF ENVIRONMENTAL MEDICINE NATICK MA; 1997.
- Amoroso PJ, Yore MM, Weyandt B, Jones BH. Chapter 8. Total Army injury and health outcomes database: a model comprehensive research database. Mil Med 1999; 164(8 Suppl): 1-36.
- Tavalaei SA, Assari S, Habibi M, Khoddami HR, Radfar S, Naderi M, et al. Length of Stay at Psychiatry Ward in Baqiyatallah(a.s.) Hospital. J Mil Med 2007; 9(1): 43-50. [Persian]
- Gunawardena N, Senevirathne Rde A, Athauda T. Mental health outcome of unilateral lower limb amputee soldiers in two districts of Sri Lanka. Int J Soc Psychiatry 2007; 53(2): 135-47.
- Boyle CA, Health CfE. Postservice mortality among Vietnam veterans [Trans]. US Department of Health and Human Services, Public Health Service, Centers for Disease Control, Center for Environmental Health; 1987.
- Helzer JE, Robins LN, Davis DH. Depressive disorders in Vietnam returnees. J Nerv Ment Dis 1976; 163(3): 177-85.
- Helzer JE, Robins LN, Davis DH. Depressive disorders in Vietnam returnees. J Nerv Ment Dis 1976; 163(3): 177-85.

- 13- Kramer TL, Lindy JD, Green BL, Grace MC, Leonard AC. The comorbidity of post-traumatic stress disorder and suicidality in Vietnam veterans. *Suicide Life Threat Behav* 1994; 24(1): 58-67.
- 14- Zinberg NE. Heroin use in Vietnam and the United States: A contrast and a critique. *Arch Gen Psychiatry* 1972; 26(5): 486.
- 15- Mackenbach JP, Kunst AE, Lautenbach H, Bijlsma F, Oei YB. Competing causes of death: an analysis using multiple-cause-of-death data from The Netherlands. *Am J Epidemiol* 1995; 141(5): 466-75.
- 16- Price R, Breslau N, Chilcoat H, True W, Kosten T, Triffleman E. PTSD and substance abuse. *Problems of Drug Dependence* 1997. *NIDA Res Monog* 1998; 178: 48-51.
- 17- Price RK, Risk NK, Spitznagel EL. Remission from drug abuse over a 25-year period: patterns of remission and treatment use. *Am J Public Health* 2001; 91(7): 1107-13.
- 18- Wothke W. Nonpositive definite matrices in structural modeling. In: Bollen KA, Long JS, editors. *Testing Structural Equation Models*. Newbury Park, Calif.; London: Sage; 1993
- 19- Bonney C, Piper J. How do you treat an alcoholic? *US Navy med* 1974; 64(2): 31.
- 20- Rock NL, Silsby HD. The attitudes of American physicians stationed with the United States Army, Europe, in regard to alcohol and drug abuse. *Mil Med* 1975; 140(11): 781-3.
- 21- CONARC (United States Continental Army Command). *Drug Abuse and Alcoholism Control Program*; 1971: 102-46. Available from: <http://www.history.army.mil/reference/Finding%20Aids/HMC2.htm>
- 22- Stephenson K. Veteran Substance Abuse. 2008; Available from: <http://suite101.com/article/veteran-substance-abuse-a75053>.
- 23- Booth BM, Blow FC, Loveland Cook CA. Persistence of impaired functioning and psychological distress after medical hospitalization for men with co-occurring psychiatric and substance use disorders. *J Gen Intern Med* 2001; 16(1): 57-65.
- 24- Ross R, Fortney J, Lancaster B, Booth BM. Age, ethnicity, and comorbidity in a national sample of hospitalized alcohol-dependent women veterans. *Psychiatr Serv* 1998; 49(5): 663-8.
- 25- Smith P. Feature: Veterans Incarcerated and Ignored When They Could Be Getting Help, Report Finds 2009; 607. Available from: http://stopthedrugwar.org/chronicle/2009/nov/06/feature_veterans_incarcerated_an.
- 26- Anonymous. Topics in Brief: Substance Abuse among the Military, Veterans, and their Families. The National Institute on Drug Abuse (NIDA); 2011 [April 2011]; Available from: <http://www.drugabuse.gov/publications/topics-in-brief/substance-abuse-among-military-veterans-their-families>.
- 27- Fett MJ, Adena MA, COBBIN DM, Dunn M. Mortality among Australian conscripts of the Vietnam conflict era. I. Death from all causes. *Am J Epidemiol* 1987; 125(5): 869-77.
- 28- Graeven DB, Graeven KA. Treated and untreated addicts: Factors associated with participation in treatment and cessation of heroin use. *J Drug Issues* 1983; 13(2): 207-218.
- 29- Tavallaei S, Assari S, Karimi Zarchi A. Descriptive study of psychiatric readmissions in Baqiyatallah and Noorafshar hospitals, 2000-01. *J Mil Med* 2007 2005; 7(2): 161-6. [Persian]
- 30- Karimi Zarchi A, Tavallaei S, Adibzadeh A, Hoseinlo S. Prevalence rate and related factors of depression in medical students. *Kowsar Med J* 2003; 8(3): 231-4. [Persian]
- 31- Alavian M, Tavallaei A, Hoseini M, Hedayati M, Sepehrinia A. Prevalence of Depression in Chronic Hepatitis B and C Patients Treated with Interferon. *Kowsar Med J* 2007; 12(2): 161-7. [Persian]
- 32- Tavallaei SA, Asari S, Habibi M, Khoddami HR, Vahhabi YS, Noohi S, et al. Discharge against medical advice from psychiatric ward. *J Mil Med* 2006; 8(1): 24-30. [Persian]
- 33- Karami G, Ahmadi K, Maleki M, Alipoor M. Addiction Relapse in Iranian Veterans: Determination of Etiologies and Solutions. *Iranian Journal of War and Public Health* 2010; 2(8): 40-4. [Persian]
- 34- Dortaj F. Epidemiology of substance abuse in war survivors and their relatives. *Iranian Journal of War and Public Health* 2009; 1(3): 46-59. [Persian]
- 35- Abou-Saleh MT. Substance use disorders: recent advances in treatment and models of care. *J Psychosom Res* 2006; 61(3): 305-10.
- 36- Willenbring ML, Kivlahan D, Kenny M, Grillo M, Hagedorn H, Postier A. Beliefs about evidence-based practices in addiction treatment: A survey of Veterans Administration program leaders. *J Subst Abuse Treat* 2004; 26(2): 79-85.
- 37- Noorbala A. Psychiatric disorders in combatants. *J Mil Med* 2003; 4(4): 257-60. [Persian]
- 38- Razzaghi E, Rahimi Movaghar A, Hosseini M, Madani S, Chatterjee A. Rapid situation assessment of drug abuse in Iran. *Iranian Welfare Organization and UNDCP* 1999: 117-23. [Persian] Available from: <http://unosek.org/pdf/iran/publications/RSA2000SUMMARY.pdf>. [Persian]
- 39- Bachman SS, Drainoni ML, Tobias C. Medicaid managed care, substance abuse treatment, and people with disabilities: review of the literature. *Health Soc Work* 2004; 29(3): 189-96.
- 40- Lowinson JH. *Substance abuse: a comprehensive textbook*. 3rd ed. Baltimore; London: Williams & Wilkins; 1997.
- 41- Mousanejad A. Barresi avamel ejtemai moaser bar gerayeshe pesarane nojavan va javan زندان esfahan be mavad mokader [MSc]. Esfahan: University of Esfahan; 1999. [Persian]
- 42- Mansouri M. Elal gerayeshe motadan khod moaref be mavad mokhader va elale tamayol anha be tark dar ostan Kerman. Kerman: Behzisti Organization, 1998. [Persian]

- 43- Amini K, Amini D, Afshar Moghadam F, Azar M. A study on social and environmental factors which made addicts to relapse into drug abuse in Hamedan. *Journal of Zanjan University of Medical Sciences & Health Services* 2004; 11(45): 41-7. [Persian]
- 44- Tawallaee S, Holisaz M. A generalized research on successful suicides among veterans. *Kowsar Med J* 2000; 5(1): 37-40. [Persian]
- 45- Ghanei M, Assari S, Alaeddini F, Tavallaei S. Pattern of delayed mortality in IR.Iran veterans exposed to chemical warfare agents. *J Mil Med* 2005; 6(4): 233-9. [Persian]
- 46- Karami GR, Amiri M, Ameli J, Kachouei H, Ghodousi K, Saadat AR, et al. Psychological health status of Mustard gas exposed veterans. *J Mil Med* 2006; 8(1): 1-7. [Persian]
- 47- Tavallaie A, Assari S, Habibi M, Aziz-Abadi-Farahani M, Panahi Y, Alaeddini F, et al. Health Related Quality of Life in Subjects with Chronic Bronchiolitis Obliterans due to Chemical Warfare Agents. *J Mil Med* 2005; 7(4): 313-20. [Persian]
- 48- Tavalaei S.A. MIm, Naderi Z., Najafi M. Personal1y status and general health of kidney transplant candid patients. *Journal of Psychology* 2006; 9(4): 429-39. [Persian]
- 49- Fathi ashtiani A, Tavallaii A, Azizabadi Farahani M, Moghani lankarani M. Association of Psychological Symptoms and Self Esteem in Chemical warfare agent Exposed Veterans. *J Mil Med* 2008; 9(4): 273-82. [Persian]
- 50- Tavallaei S, Assari S, Najafi M, Habibi M, Ghanei M. Study of sleep quality in chemical warfare agents exposed veterans. *J Mil Med* 2005; 6(4): 241-8. [Persian]
- 51- Tavalaei A, Asari S, Habibi M. Subjective Sleep Quality in Chemical Warfare Veterans. *Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology (Andeesheh Va Raftar)* 2006; 12(3): 263-9. [Persian]
- 52- Pechura CM, Rall DP. Veterans at risk: the health effects of mustard gas and lewisite. *Natl Academy Pr*; 1993.
- 53- Tavalaei S. Baresie salamate ravanie majroohin shimiiae Sardasht dar saale 1380 [MD]. Tehran: Baghiyatalah University; 2002. [Persian]
- 54- Noohi S, Azar M, Tavalaei SA, Radfar S, Habibi M, Anvari S, et al. The Quality of Sleep among Handicapped with PTSD. *Journal of Behavioral Sciences* 2007; 1(1): 69-77. [Persian]
- 55- Jacobsen LK, Southwick SM, Kosten TR. Substance use disorders in patients with posttraumatic stress disorder: a review of the literature. *Am J Psych* 2001; 158(8): 1184-90.
- 56- Fathi Ashtiani A, Karami-nia R. Clinical features of 52 psychological casualties of Iraq/Iran war. *J Mil Med* 2003; 4(4): 225-9. [Persian]
- 57- Agha Yousefi AR. Demographic and psychological predictors of substances and drug abuse in disabled veterans. *J Mil Med* 2010; 11(4): 243-8. [Persian]
- 58- Tavallaii SA, Ghanei M, Nezhad MLD, Assari S, Habibi M. Risk Factors Correlated to Suicide in Deceased Iranian Veterans. *J Mil Med* 2006; 8(2): 143-8. [Persian]
- 59- Noohi S, Azar M, Tavallaei SA, Karami GR. Post-Traumatic Stress Disorder (PTSD) among aggressive patients attending to Baqiyatalah Psychiatric Clinic in 2005. *J Mil Med* 2006; 8(3): 175-81. [Persian]
- 60- Solomon Z. The effect of combat-related posttraumatic stress disorder on the family. *Psychiatry* 1988; 51(3): 323-9.
- 61- Jordan BK, Marmar CR, Fairbank JA, Schlenger WE, Kulka RA, Hough RL, et al. Problems in families of male Vietnam veterans with posttraumatic stress disorder. *J Consult Clin Psychol* 1992; 60(6): 916-26.
- 62- Radfar S, Haghani H, Tavalaei SA, Modirian E, Falahati M. Evaluation of Mental Health State in Veterans Family (15-18 Y/O Adolescents). *J Mil Med* 2005; 7(3): 203-9. [Persian]
- 63- Najafi M MHS, Moghani Lankarani M, Assari Sh, Tavalaei SA. Family satisfaction from point of view of diabetic and non-diabetic pares. *Iranian Journal of Diabetes And Lipid Disorders* 2004; 4(2): 47-53. [Persian]
- 64- Tavallaei S, Firooz Abadi A, Khadem M. Psychiatric symptoms in Iraqi prisoners of war. *J Mil Med* 2004; 6(1): 39-43. [Persian]
- 65- Yari F, Nazari H, Khedmat H, Tavalaei A, Foroghi S, Janani F. Androgen levels in reproductive age of female patients with depression in psychological clinics in Khorram-Abad. *Yaft-E YAFT-E*; 6(20): 65-8. [Persian]
- 66- Tavallaii SA, Assari S, Ghanei M, Khedmat H, Alaeddini F, Naderi Z. Study of Causes of Mortality and Correlated Variables in Deceased Iranian Veterans, 1979-2004. *The Razi Journal of Medical Sciences* 2005; 12(47): 29-38. [Persian]
- 67- Tavallie SA, Assari S, Habibi M, Nouhi S, Ghanei M. Correlation between Cause and Time of Death with Types of Casualty in Veterans. *J Mil Med* 2005; 7(3): 211-7. [Persian]