

رابطه میزان پرخاشگری با سوء مصرف مواد در بیماران مبتلا به اختلال استرس پس از سانحه*

فائزه تاتاری^۱؛ سیدعلی موسوی^۲؛ منصور رضایی^۳؛ الهه خوشبخت^۴

چکیده

زمینه: اختلال استرس پس از سانحه (PTSD) یک اختلال اضطرابی با شیوع ۱۵-۲ درصد است که با اختلالات خلقی، اضطرابی، اختلال شخصیت و مصرف مواد همراه است. بیماران مبتلا به PTSD مصرف کننده مواد، مشکلات بیشتری دارند و شدت علائم آنها نیز بیشتر است. این افراد ممکن است عصبی، پرخاشگر و دلواپس شده و عملکردشان در حوزه های مختلف تحت تأثیر قرار بگیرد. هدف این مطالعه، تعیین رابطه پرخاشگری با سوء مصرف مواد در بیماران مبتلا به PTSD است.

روش ها: از بین بیماران مبتلا به PTSD مراجعه کننده به بیمارستان فارابی کرمانشاه در سال ۱۳۹۰، ۱۸۲ نفر با روش نمونه گیری آسان انتخاب شدند. با استفاده از پرسشنامه پرخاشگری باس و پری، نوع و میزان پرخاشگری آنها مورد سنجش قرار گرفت. همچنین نوع و میزان پرخاشگری بیماران مصرف کننده و غیر مصرف کننده مواد مقایسه شد.

یافته ها: بیشترین میزان پرخاشگری مربوط به افراد میانسال (۸۱/۱٪)، مذکر (۹۱/۸٪)، متأهل (۷۷/۵٪) و دارای وضعیت اقتصادی ضعیف (۶۳/۲٪) بود. میزان مصرف مواد در افراد متأهل بیشتر بود و بیشترین نوع ماده مصرفی در این افراد اپیوم بود. میزان مصرف مواد در افراد فقیر بیشتر بود و این افراد بیشتر اپیوم و آمفتامین مصرف می کردند. بیشترین نوع PTSD مربوط به حوادث بعد از جنگ (۷۰/۳٪) بود. میانگین نمره پرخاشگری کلی در افراد مصرف کننده مواد، به خصوص در مصرف کننده های اپیوم بالاتر بود.

نتیجه گیری: میزان پرخاشگری در بیماران مبتلا به PTSD بالا است و بیمارانی که به طور همزمان مبتلا به PTSD و مصرف مواد می باشند در مقایسه با افرادی که به هر کدام از این اختلالات به تنهایی مبتلا هستند پرخاشگرترند. درمانگران باید در درمان PTSD به سوء مصرف مواد نیز توجه نموده و راهکارهای مناسب درمان پرخاشگری را مدنظر قرار دهند.

کلیدواژه ها: اختلال استرس پس از سانحه، پرخاشگری، سوء مصرف مواد

«دریافت: ۱۳۹۲/۱/۱۹ پذیرش: ۱۳۹۲/۷/۹»

۱. گروه روانپزشکی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه

۲. مرکز تحقیقات توسعه اجتماعی و ارتقاء سلامت، دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه

۳. گروه آمار زیستی و اپیدمیولوژی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه

۴. کمیته تحقیقات دانشجویی دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه

* عهده دار مکاتبات: کرمانشاه، میدان ایثار، دانشکده بهداشت دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه، تلفن: ۰۸۳۱-۸۲۶۲۰۵۲

Email: mrezaei@kums.ac.ir

* این مقاله منتج از پایان نامه دانشجویی خانم الهه خوشبخت جهت اخذ درجه دکتری حرفه ای پزشکی از دانشکده پزشکی دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه می باشد.

مقدمه

مواجهه با «حوادث آسیب زای زندگی» پیدا می شود. این فشار می تواند از تجربه جنگ، شکنجه، بلاهای طبیعی، حمله، تجاوز، و سوانح جدی نظیر تصادف با ماشین و

اختلال استرس پس از سانحه (PTSD) عبارت از مجموعه ای از علائم نوعی (سندرم) است که در پی

PTSD ممکن است به خشم مربوط باشد (۹). گرچه تأیید شده است که PTSD کل طیف گسترده از واکنش روانی به تروما را شامل نمی‌شود اما اغلب شامل افسردگی و سوء مصرف مواد می‌باشد (۱۰). مطالعات مختلف، همراهی PTSD با اختلالات زیادی را نشان داده‌اند که از شایع‌ترین آن‌ها سوء مصرف دارو و الکل (۵۱-۸۰٪)، اختلالات خلقی به خصوص افسردگی (۶۵-۲۶٪)، اختلالات اضطرابی (۶۰-۳۰٪)، اختلالات رفتاری (سلوک) و اختلالات شخصیت (۶۰-۴۰٪) است. اختلال PTSD به‌ویژه با اعتیاد به مواد، همراهی زیادی دارد و مصرف مواد در بین افراد دارای اختلال استرس پس از سانحه شیوع زیادی دارد (۱۱). افراد مبتلا به PTSD معتاد، آشفتگی‌های درون فردی بیشتری تجربه می‌کنند و علائم PTSD در معتادان شدیدتر از مبتلایان غیرمعتاد است. به‌طور کلی افرادی که همزمان از هر دو اختلال رنج می‌برند، دوره‌های بالینی بدتر و مشکلات جسمی بیشتری دارند. در تبیین دلیل میزان بالای همراهی این دو اختلال، عده‌ای معتقدند که انگیزه مصرف مواد در بین افراد PTSD، کاهش علائم از طریق خوددرمانی است (۱۲).

در میان مصرف‌کنندگان مواد، تأثیر منفی خصومت درونی (عصبی) مشکل‌ساز و با شروع زودرس سوء مصرف مواد (SUD) همراه است و خشونت‌های مرتبط با مصرف مواد و احساسات خصمانه ممکن است عود کند. بنابراین، شناسایی مناسب آن‌ها برای جلوگیری از عود ضروری است و PTSD به نوبه خود در میان مصرف‌کنندگان مواد بسیار شایع است (۱۳). Taft و همکاران (۲۰۱۰) در پژوهشی نقش علائم PTSD را بر زمان ارتکاب پرخاشگری، بر روی ۱۹۹ نفر از دانشجویان دوره لیسانس مورد بررسی قرار دادند. آنالیزهای آماری نشان داد که بین زمان ارتکاب پرخاشگری پس از مواجهه با تروما و علائم PTSD ارتباطی وجود ندارد. تنها در صورتی که زمان پرخاشگری روانی با مصرف الکل و عصبانیت همراه باشد، با علائم PTSD رابطه مستقیم دارد (۱۴). ایمانی و همکاران (۱۳۸۷) به بررسی شدت علائم

آتش‌سوزی ساختمان ناشی شده‌باشد. افراد، واقعه آسیب‌زا را در رؤیا و نیز افکار روزانه خود مجدداً تجربه می‌کنند، از هر چیزی که واقعه را به خاطرشان بیاورد، قاطعانه دوری می‌کنند و دچار کرحتی پاسخ‌دهی، همراه با حالت برانگیختگی مفرط هستند. سایر علائم عبارتند از: افسردگی، اضطراب و مشکلات شناختی نظیر ضعف تمرکز (۱). در سربازان جنگی مبتلا به PTSD بالاترین ریسک خشونت و سایر بیماری‌های روانی در مقایسه با سربازانی که PTSD نداشتند مشاهده شده است (۲). پرخاشگری به‌عنوان یکی از علائم در بیماری‌ها و اختلالات روانی مختلف شناخته شده است. در طول دهه گذشته، ارتباط بین پرخاشگری با PTSD به‌طور مکرر بررسی شده که اغلب به تروماهای بعد از جنگ مربوط بوده است (۳). پرخاشگری یکی از اختلالاتی است که به‌طور شایع در میان بیماران مبتلا به PTSD دیده می‌شود (۴). شواهد حاکی از آن است که بین خشونت، پرخاشگری و بیماری‌های روانی ارتباط وجود دارد (۵).

پژوهش Jakupcak و همکاران (۲۰۰۷) روی سربازان نشان داد سربازانی که PTSD دارند، عمدتاً عصبانیت و خصومت بیشتری را نسبت به سربازان در آستانه PTSD تجربه می‌کنند. همچنین سربازانی که در آستانه PTSD بودند عصبانیت و خصومت بیشتری نسبت به سربازان غیرمبتلا داشتند (۶). میزان پرخاشگری در گروه‌های سنی پایین‌تر کم‌تر مشاهده می‌شود. همچنین پرخاشگری در متأهلین بالاتر است (۷). در یک پژوهش که اثر علائم PTSD بر عصبانیت، پرخاشگری و خشونت، در میان دانشجویان پسر دانشکده افسری ایالات متحده بررسی شد، افرادی که علائم PTSD را گزارش کردند عصبانیت رفتاری، عصبانیت درونی، خصومت، پرخاشگری و خشونت بیشتری نسبت به کسانی که PTSD نبودند گزارش کردند (۸).

مطالعات دیگر خشم را به‌عنوان یک پیش‌بینی‌کننده با اهمیت برای شدت PTSD توصیف می‌کنند. بالاترین تخمین نشان می‌دهد که ۴۰ درصد از واریانس نمره

معیارهای خروج از مطالعه شامل عدم تمایل به شرکت در مطالعه، وجود همزمان بیماری‌های نورولوژیک نظیر صرع لوب تمپورال، وجود همزمان بیماری‌های روانی و مصرف داروهای مهارکننده خشونت بود.

جهت سنجش میزان پرخاشگری بیماران از پرسشنامه استاندارد باس و پری که دارای ۴ مقیاس پرخاشگری بدنی، کلامی، خشم و خصومت است استفاده شد. پرسشنامه بر روی بیماران هر دو گروه اجرا شد. این پرسشنامه یک ابزار خودگزارشی است که شامل ۲۹ عبارت و چهار زیرمقیاس است. در بررسی پایایی فرم نهایی مقیاس پرخاشگری (فرم ۲۹ ماده‌ای پرسشنامه) به روش بازآزمایی، بر روی ۳۷ نفر پس از نه هفته، ضریب همبستگی ۰/۸۰، ۰/۷۶، ۰/۷۲ و ۰/۷۲ به ترتیب برای عوامل پرخاشگری بدنی، کلامی، خشم و کینه‌ورزی گزارش گردید (۱۷). اعتبار داخلی پرسشنامه توسط دکتر سامانی (۱۳۸۶) در یک بررسی مقطعی روی ۴۹۲ نفر از دانشجویان ۱۸-۲۲ ساله (۲۴۸ پسر و ۲۴۴ دختر) تعیین شد. به کمک تحلیل عاملی، چهارعامل رفتاری خشم، پرخاشگری بدنی و کلامی، رنجیدگی و بدگمانی از آن استخراج شد. ضریب پایایی این پرسشنامه به شیوه بازآزمایی برابر با ۰/۷۸ بود. همچنین همبستگی بالای عوامل با نمره کل پرسشنامه، همبستگی ضعیف عوامل با یکدیگر و مقادیر ضریب آلفا همگی نشان‌دهنده کفایت و کارایی این پرسشنامه برای پژوهشگران، متخصصان و روانشناسان در ایران است (۱۸).

جهت تجزیه و تحلیل آماری داده‌های پژوهش حاضر از نرم‌افزار آماری SPSS 16 استفاده شد. برای تحلیل آماری از آزمون‌های لون و t مستقل برای مقایسه میانگین داده‌های کمی نرمال در دو گروه، u من-ویتی برای داده‌های کمی غیرنرمال و مجذورکای و فیشر برای داده‌های کیفی استفاده شد.

یافته‌ها

از میان ۱۸۲ نمونه مورد بررسی، اکثر افراد (۹۱/۸٪) مرد، متأهل (۷۷/۵٪)، دارای تحصیلات زیر دیپلم

اختلال استرس پس از سانحه در دو گروه از افراد معتاد و غیرمعتاد پرداختند. بدین‌منظور، ۱۷۴ مرد با ۵۰-۱۵ درصد از کارافتادگی که تشخیص PTSD داشتند، انتخاب و مورد آزمون قرار گرفتند. یافته‌ها حاکی از آن بود که بین دو گروه در شدت ملاک‌های PTSD تفاوت معنادار وجود دارد و اعتیاد، شدت و فراوانی علائم PTSD، اختلال در عملکرد اجتماعی فرد و تهدیدکنندگی وی برای سلامت دیگران را در دوره اخیر (هفته و ماه گذشته) افزایش می‌دهد (۱۲). Najavits و همکاران (۲۰۰۴) در پژوهشی میزان خشونت خانوادگی در زنان مبتلا به PTSD و مصرف مواد را بررسی کردند. نتایج هماهنگ با سایر مطالعات، نشانگر میزان بالای خشونت خانوادگی در طول زندگی و در زمان حال بود. ارتباط بارزی بین مصرف مواد در یک ماه گذشته و افزایش ارتباط منفی فرد با همسر مشاهده شد (۱۵). با توجه به تعداد زیاد بیماران PTSD کشور و نیز میزان بالای پرخاشگری این بیماران که مشکلات جدی برای آن‌ها، اعضای خانواده و نیز سایر افراد به دنبال داشته و کمبود پژوهش‌های صورت‌گرفته در این زمینه، پژوهش حاضر نقش مهمی در شناخت میزان و نیز پیشگیری از پرخاشگری این بیماران دارد.

مواد و روش‌ها

در این مطالعه تحلیلی، از بین بیماران مبتلا به PTSD مراجعه‌کننده به بیمارستان فارابی کرمانشاه در سال ۱۳۹۰ تعداد ۱۸۲ نفر با استفاده از روش نمونه‌گیری آسان انتخاب شدند. تشخیص بیماری PTSD بر اساس معیارهای DSM-IV-TR و توسط روانپزشکان بیمارستان انجام شد. سپس بیماران به دو گروه سوء مصرف‌کننده مواد (مخدر، محرک و روان‌گردان) و غیرمصرف‌کننده مواد تقسیم شدند. با توجه به نتایج سایر مطالعات و با فرض درصد پرخاشگری در گروه مصرف‌کننده (۱۰) برابر ۰/۷۰ و در گروه دیگر (۱۶) برابر ۰/۵۰، حداقل حجم نمونه با اطمینان ۹۵ و توان ۸۰ درصد، ۹۱ نفر در هر گروه و در مجموع ۱۸۲ نفر تعیین شد.

افراد با مدت ابتلای ۲۵ سال (۱۷/۶٪) بود. افراد مصرف کننده همزمان کراک و تریاک، کمترین میانگین سابقه ابتلا را داشتند و بیشترین میانگین مدت زمان ابتلا با مصرف همزمان کراک، تریاک و آمفتامین همراه بود. میانگین مدت زمان ابتلا در افراد مصرف کننده کم تر بود ولی تفاوت معناداری در دو گروه وجود نداشت ($P=0/653$).

بشترین فراوانی مربوط به افرادی بود که حدود ۱سال تحت درمان قرار گرفته بودند. کمترین سابقه درمان با مصرف همزمان آمفتامین و هرویین و بیشترین سابقه درمان با مصرف ترامادول همراه بود. میانگین مدت زمان درمان در افراد مصرف کننده کم تر بود ولی تفاوت معناداری در دو گروه نداشت ($P=0/304$). بیشترین فراوانی مربوط به افراد میانسال (حدود ۸۱/۱٪) بود و افراد مصرف کننده همزمان کراک و تریاک، کمترین میانگین سنی را داشتند. آمفتامین و ترامادول هم جزء مواد مصرفی افراد با سنین پایین تر بودند. بیشترین میانگین سنی مربوط به مصرف کنندگان همزمان آمفتامین و هرویین بود. میانگین سن افراد مصرف کننده نسبت به غیر مصرف کننده ها کم تر بود ولی تفاوت معناداری در دو گروه نداشت ($P=0/715$) (جدول ۳).

(۹۱/۲٪) و از نظر اقتصادی (۶۳/۲٪) دارای وضعیت ضعیف بودند. دامنه سنی افراد از ۲۰-۷۸ سال و با میانگین $43/2 \pm 9/72$ سال بود. مدت ابتلا از ۱-۳۸ سال متغیر و میانگین آن $18/68 \pm 10/26$ سال بود. مدت درمان از ۰/۵-۳۵ سال متفاوت و میانگین آن $13/80 \pm 11/04$ سال بود. از میان افراد مورد بررسی، حدود ۱۷/۶ درصد افراد مصرف کننده مواد بودند. ۱۹/۲ درصد مردها مصرف کننده مواد بودند اما در بین زنان هیچ موردی از مصرف گزارش نشد. بیشترین افراد مصرف کننده در گروه افراد با تحصیلات دیپلم و بالاتر (۱۸/۸٪)، افراد مطلقه و بیوه (۲۲/۲٪) و متأهل (۱۷/۷٪) بود. از نظر وضعیت اقتصادی، میزان مصرف مواد در افراد متوسط (۲۲/۸٪) و فقیر (۱۵/۷٪) بیشتر بود. اما هیچ کدام از متغیرهای فوق (جنس، تأهل، تحصیل و وضعیت اقتصادی) رابطه معناداری با مصرف مواد در افراد PTSD نداشتند (جدول ۱).

از نظر نوع، به غیر از یک مورد PTSD ناشی از طلاق که آن هم مواد مصرف می کرد، بیشترین درصد مصرف در افراد با نوع PTSD جنگ (۱۹/۳٪) و مرگ (۱۹/۰٪) و کمترین آن ها در نوع خیانت (۱۴/۳٪) و اتفاقات (۳/۷٪) بود (جدول ۲). بیشترین فراوانی مدت زمان مربوط به

جدول ۱- مقایسه فراوانی ویژگی های افراد PTSD بر حسب مصرف مواد

Pvalue	کل	غیر مصرف کننده	مصرف کننده	ویژگی ها	
۰/۰۷۷	۱۵	۱۵ (۱۰۰/۰)	۰	زن	جنس
	۱۶۷	۱۳۵ (۸۰/۸)	۳۲ (۱۹/۲)	مرد	
۱/۰	۱۶۶	۱۳۷ (۸۲/۵)	۲۹ (۱۷/۵)	زیر دیپلم	تحصیل
	۱۶	۱۳ (۸۱/۲)	۳ (۱۸/۸)	دیپلم و بالاتر	
۰/۸۹۶	۱۴۱	۱۱۶ (۸۲/۳)	۲۵ (۱۷/۷)	متاهل	وضعیت تاهل
	۳۲	۲۷ (۸۴/۴)	۵ (۱۵/۶)	مجرد	
	۹	۷ (۷۷/۸)	۲ (۲۲/۲)	سایر	
۰/۴۱۴	۱۰	۹ (۹۰/۰)	۱ (۱۰/۰)	خوب	وضعیت اقتصادی
	۵۷	۴۴ (۷۷/۲)	۱۳ (۲۲/۸)	متوسط	
	۱۱۵	۹۷ (۸۴/۳)	۱۸ (۱۵/۷)	ضعیف	
	۱۸۲	۱۵۰ (۸۲/۴)	۳۲ (۱۷/۶)	کل	

جدول ۲- توزیع نوع PTSD در افراد مورد بررسی برحسب مصرف

نوع PTSD	مصرف کننده	غیرمصرف کننده	کل
جنگ	۲۵ (۱۹/۵)	۱۰۳ (۸۰/۵)	۱۲۸
مرگ	۴ (۲۱/۱)	۱۵ (۷۸/۹)	۱۹
اتفاق	۱ (۴/۲)	۲۳ (۹۵/۸)	۲۴
طلاق	۱ (۱۰۰/۰)	۰ (۰/۰)	۱
خیانت	۱ (۱۶/۷)	۵ (۸۳/۳)	۶
جنگ + اتفاق	۰ (۰/۰)	۱ (۱۰۰/۰)	۱
جنگ + خیانت	۰ (۰/۰)	۱ (۱۰۰/۰)	۱
مرگ + اتفاق	۰ (۰/۰)	۲ (۱۰۰/۰)	۲
کل	۳۲ (۱۷/۶)	۱۵۰ (۸۲/۴)	۱۸۲

بیشترین نوع PTSD از نوع جنگ (۷۰/۳٪) بود که در افراد دیپلم و بالاتر (۸۷/۵٪)، مصرف کنندگان اپیوم (۸۷/۵٪)، متأهل (۷۶/۶٪)، مردان (۷۵/۴٪) و افراد دارای وضعیت اقتصادی ضعیف (۷۲/۲٪) بیشتر بود. دومین نوع PTSD اتفاقات بود که به ترتیب در افراد مجرد (۲۸/۱٪)، زن (۲۷/۶٪)، غیرمصرف کننده مواد (۱۵/۳٪)، وضعیت اقتصادی ضعیف (۱۴/۸٪) و زیر دیپلم (۱۳/۹٪) بیشتر بود. سومین نوع PTSD مرگ عزیزان بود که به ترتیب در زنان (۳۳/۳٪)، مصرف کنندگان داروها (۲۲/۳٪)، افراد مطلقه و بیوه (۲۲/۲٪)، وضعیت اقتصادی خوب (۲۰/۰٪) و زیر دیپلم (۱۱/۴٪) بیشتر بود. آخرین نوع PTSD سایر موارد مثل خیانت و تجاوز بود که به ترتیب در افراد مطلقه و بیوه (۳۳/۳٪)، وضعیت اقتصادی خوب (۳۰/۰٪)، زنان (۲۷/۶٪)، مصرف کنندگان داروها (۱۱/۱٪) و دیپلم و بالاتر (۶/۲٪) بیشتر از سایرین بود (جدول ۴).

بیشترین مصرف مواد به ترتیب در PTSD نوع مرگ (۲۱/۱٪)، نوع جنگ (۱۹/۵٪) و سایر موارد مثل خیانت و تجاوز (۱۸/۲٪) و کمترین مصرف مواد مربوط به سایر اتفاقات ناگوار (۴/۲٪) بود. همچنین بیشترین ماده مصرفی در PTSD نوع جنگ مربوط به اپیوم (۱۱/۰٪)، در نوع مرگ مربوط به اپیوم (۱۰/۵٪) و آفتامین (۱۰/۵٪)، در نوع اتفاقات مربوط به مصرف همزمان اپیوم و آفتامین (۴/۲٪) و در نوع سایر موارد مربوط به اپیوم (۹/۱٪) و آفتامین (۹/۱٪) بود (جدول ۵).

میانگین نمره پرخاشگری کلامی ($P=0/098$)، پرخاشگری بدنی ($P=0/069$)، خشم ($P=0/408$)، خصومت ($P=0/697$) و پرخاشگری کلی ($P=0/120$) در افراد مصرف کننده بالاتر از غیرمصرف کننده بود، اما بین هیچ کدام از میزان های پرخاشگری فوق با سوء مصرف مواد رابطه معناداری وجود نداشت (جدول ۳). میزان پرخاشگری کلامی در افراد مصرف کننده مواد، پرخاشگری بدنی در افراد مصرف کننده مواد و آفتامین همراه با اپیوم، میزان خشم در افراد مصرف کننده

جدول ۳- مقایسه میانگین نمرات پرخاشگری و ویژگی های کمی

ویژگی ها	مصرف مواد	میانگین	انحراف معیار	Pvalue
سن	بلی	۴۳/۸	۹/۶	۰/۷۱۵
	خیر	۴۳/۱	۹/۸	
مدت PTSD	بلی	۱۷/۹	۱۰/۶	۰/۶۵۳
	خیر	۱۸/۸	۱۰/۲	
مدت درمان	بلی	۱۲/۱	۹/۶	۰/۳۰۴
	خیر	۱۴/۱۵	۱۱/۳	
پرخاشگری کلامی	بلی	۱۹/۳	۴/۵	۰/۰۹۸
	خیر	۱۷/۹	۴/۵	
پرخاشگری بدنی	بلی	۳۵/۴	۷/۶	۰/۰۶۹
	خیر	۳۲/۶	۸/۱	
خشم	بلی	۲۷/۰	۵/۲	۰/۴۰۸
	خیر	۲۶/۱	۵/۵	
خصومت	بلی	۲۵/۱	۷/۸	۰/۶۹۷
	خیر	۲۴/۵	۷/۰	
پرخاشگری کلی	بلی	۱۰۷/۰	۱۹/۸	۰/۱۲۰
	خیر	۱۰۱/۰۵	۱۹/۶	

جدول ۴- توزیع فراوانی ویژگی‌های افراد مورد بررسی بر حسب نوع PTSD

ویژگی‌ها	جنگ	مرگ	اتفاق	سایر	کل	
جنس	زن	۲ (۱۳/۳)	۵ (۳۳/۳)	۴ (۲۷/۶)	۴ (۲۷/۶)	۱۵
	مرد	۱۲۶ (۷۵/۴)	۱۴ (۸/۴)	۲۰ (۱۲/۰)	۷ (۴/۲)	۱۶۷
تحصیل	زیر دیپلم	۱۱۴ (۶۸/۷)	۱۹ (۱۱/۴)	۲۳ (۱۳/۹)	۱۰ (۶/۰)	۱۶۶
	دیپلم و بالاتر	۱۴ (۸۷/۵)	۰ (۰/۰)	۱ (۶/۲)	۱ (۶/۲)	۱۶
وضعیت تأهل	متاهل	۱۰۸ (۷۶/۶)	۱۳ (۹/۲)	۱۵ (۱۰/۶)	۵ (۳/۵)	۱۴۱
	مجرد	۱۶ (۵۰/۰)	۴ (۱۲/۵)	۹ (۲۸/۱)	۳ (۹/۴)	۳۲
	سایر	۴ (۴۴/۴)	۲ (۲۲/۲)	۰ (۰/۰)	۳ (۳۳/۳)	۹
وضعیت اقتصادی	خوب	۴ (۴۰/۰)	۲ (۲۰/۰)	۱ (۱۰/۰)	۳ (۳۰/۰)	۱۰
	متوسط	۴۱ (۷۱/۹)	۷ (۱۲/۳)	۶ (۱۰/۵)	۳ (۵/۳)	۵۷
	ضعیف	۸۳ (۷۲/۲)	۱۰ (۸/۷)	۱۷ (۱۴/۸)	۵ (۴/۳)	۱۱۵
مصرف دارو	خیر	۱۰۳ (۶۸/۷)	۱۵ (۱۰/۰)	۲۳ (۱۵/۳)	۹ (۶/۰)	۱۵۰
	اپیوم	۲۰ (۸۷/۵)	۲ (۸/۷)	۰ (۰/۰)	۱ (۴/۳)	۲۳
	سایر	۵ (۵۵/۶)	۲ (۲۲/۳)	۱ (۱۱/۱)	۱ (۱۱/۱)	۹
کل	۱۲۸ (۷۰/۳)	۱۹ (۱۰/۴)	۲۴ (۱۳/۲)	۱۱ (۶/۰)	۱۸۲	

جدول ۵- توزیع فراوانی نوع ماده مصرفی بر حسب نوع PTSD

نوع ماده مصرفی	جنگ	مرگ	اتفاق	سایر	کل
عدم مصرف	۱۰۳ (۸۰/۵)	۱۵ (۷۸/۹)	۲۳ (۹۵/۸)	۹ (۸۱/۸)	۱۵۰ (۸۲/۴)
اپیوم	۲۰ (۱۱/۰)	۲ (۱۰/۵)	۰ (۰/۰)	۱ (۹/۱)	۲۳ (۱۲/۶)
آمفتامین	۱ (۰/۸)	۲ (۱۰/۵)	۰ (۰/۰)	۱ (۹/۱)	۴ (۲/۲)
دارو	۱ (۰/۸)	۰ (۰/۰)	۰ (۰/۰)	۰ (۰/۰)	۱ (۱/۱)
اپیوم + آمفتامین	۳ (۲/۳)	۰ (۰/۰)	۱ (۴/۲)	۰ (۰/۰)	۴ (۲/۲)
کل	۱۲۸	۱۹	۲۴	۱۱	۱۸۲

پرخاشگری کلامی در افراد مصرف‌کننده بیشتر بود و بین پرخاشگری کلامی و مصرف مواد ارتباط معناداری وجود داشت ($P=۰/۰۴۳$). میانگین میزان پرخاشگری بدنی در افراد مصرف‌کننده بالاتر بود و بین پرخاشگری بدنی و سوء مصرف مواد رابطه معناداری وجود داشت ($P=۰/۰۱۹$). میانگین خشم در افراد مصرف‌کننده بالاتر بود و بین میزان خشم و سوء مصرف مواد ارتباط

آمفتامین، میزان خصومت در افراد مصرف‌کننده اپیوم و آمفتامین و میزان پرخاشگری کلی در افراد مصرف‌کننده اپیوم بالاتر بود.

نتایج به دست آمده نشان داد که میانگین نمره پرخاشگری کلی در افراد مصرف‌کننده بالاتر بود و بین میزان پرخاشگری کلی و سوء مصرف مواد رابطه معناداری وجود داشت ($P=۰/۰۴۳$). میانگین میزان

بود اما ارتباط معناداری بین خصومت و نوع ماده مصرفی مشاهده نشد. این یافته می‌تواند در اثر اختلالات روانی، همراه با PTSD در گروه معتادان باشد همچنین این بیماران با مشکلات عدیده‌ای در زمینه احساس مسئولیت، اعتماد، خشم و روابط بین فردی دست و پنجه نرم می‌کنند و انگیزه مصرف مواد در بین افراد مبتلا به PTSD نوعی خوددرمانی است (۱۱). شواهدی وجود دارد که PTSD قبل از اعتیاد رخ می‌دهد و افراد مبتلا به PTSD به‌عنوان نوعی خوددرمانی، به مصرف مواد روی می‌آورند. تعدادی دیگر از مطالعات نیز مصرف مواد را مقدم بر PTSD دانسته‌اند. این مسأله از دو تبیین حمایت می‌کند؛ یکی این‌که اعتیاد و سوء مصرف مواد خطر مواجهه با تروما را افزایش می‌دهد، زیرا احتمال این‌که افراد معتاد درگیر رفتارهای خطرناک شوند بیشتر است و دوم این‌که اعتیاد و سوء مصرف مواد احتمال ابتلا به PTSD را افزایش می‌دهد، زیرا با توانایی مقابله کارآمد فرد با تروما تداخل می‌کند (۱۲).

افراد مبتلا به PTSD در مقایسه با افراد بدون PTSD احتمال بیشتری برای پرخاشگری در روابط دارند و شواهدی از افزایش خصومت، درگیری و خشونت در خانواده‌هایی که والدین PTSD دارند وجود دارد. پژوهشی بر روی جانبازان زن توسط Butterfield و همکاران (۲۰۰۰) و همچنین نمونه‌های مبتنی بر جامعه توسط Beckham و همکاران (۲۰۰۹) که به‌طور مشابه انتخاب شده بود انجام شد. نتایج نشان داد در میان افراد PTSD میزان خصومت بالا رایج است (۲۱). آنالیزهای انجام‌شده از ۳۹ مطالعه موجود نشان می‌دهد که خشم و خصومت به‌طور قابل‌توجهی در افراد مبتلا به PTSD افزایش می‌یابد (۲۹). Orth و Wieland (۲۰۰۶) به این نتیجه رسیدند که خشم و خصومت نه‌تنها در افراد مبتلا به PTSD مرتبط با جنگ، بلکه در میان افرادی که تمامی انواع ممکن از تروما را تجربه کرده بودند، اساساً با PTSD مرتبط بود (۹). سوء مصرف مواد در بعضی افراد در میانه‌های حادثه و قبل از شروع PTSD نشان داده شده

معناداری مشاهده شد ($P=0/037$). میانگین خصومت در افراد مصرف‌کننده بالاتر بود اما بین میزان خصومت و سوء مصرف مواد ارتباط معناداری مشاهده نشد ($P=0/36$).

بحث

نتایج پژوهش حاضر با بررسی‌های Katrina و همکاران (۲۰۰۷) و babia و همکاران (۲۰۱۰) هماهنگ است (۳). مطالعات مختلف، همراهی PTSD با اختلالات زیادی را نشان داده است که از شایع‌ترین آن‌ها سوء مصرف دارو و الکل (۵۱-۸۰٪)، اختلالات خلقی (به‌خصوص افسردگی) (۶۵-۲۶٪)، اختلالات اضطرابی (۶۰-۳۰٪)، اختلالات رفتاری (سلوک) و اختلالات شخصیت (۶۰-۴۰٪) است. اختلال PTSD به‌ویژه با اعتیاد به مواد همبودی زیادی دارد و سوء مصرف مواد در بین افراد دارای اختلال استرس پس از سانحه، شیوع زیادی دارد (۱۱).

Teten و همکاران (۲۰۱۰) در یک پژوهش بر روی دو گروه ۱۳۶ نفری از سربازان مرد دریافتند که بیشتر از ۷۰ درصد سربازانی که PTSD داشتند پرخاشگری تکانشی را گزارش کرده‌اند (۱۹). نتایج پژوهش حاضر با مطالعه نوحی و همکاران (۱۳۸۵) نیز هماهنگ است (۲۰). نتایج نشان داد که میزان پرخاشگری بدنی در افراد مصرف‌کننده اپیوم همراه با آمفتامین بالا است اما بین میزان پرخاشگری بدنی و نوع ماده مصرفی ارتباط معنادار مشاهده نشد. میزان پرخاشگری کلامی در افراد مصرف‌کننده دارو بالاتر بود و بین پرخاشگری کلامی و نوع ماده مصرفی ارتباط معناداری وجود داشت. از طرفی میزان خشم در افراد مصرف‌کننده آمفتامین بالاتر بود و ارتباط معناداری بین میزان خشم و نوع ماده مصرفی مشاهده شد. همچنین میزان پرخاشگری کلی در افراد مصرف‌کننده اپیوم بالاتر بود اما رابطه معناداری بین پرخاشگری کلی و نوع مواد مصرفی مشاهده نشد. میزان خصومت در افراد مصرف‌کننده اپیوم و آمفتامین بالاتر

مصرف مواد می‌باشند در مقایسه با افرادی که به هر کدام از این اختلالات به تنهایی مبتلا هستند پرخاشگرترند. درمانگران باید در درمان PTSD به سوء مصرف مواد نیز توجه نموده و راهکارهای مناسب درمان پرخاشگری را مدنظر قرار دهند.

تشکر و قدردانی

این مقاله از پایان‌نامه دوره دکترای حرفه‌ای خانم الهه خوشبخت در دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی کرمانشاه در سال ۱۳۹۱ استخراج شده است.

است. در مقابل، در بعضی افراد سوء مصرف مواد بعد از شروع PTSD بوده است (۲۰). تحقیقات نشان داده‌اند که یک‌سوم افراد مصرف‌کننده مواد، یک تشخیص قطعی برای PTSD دارند. بیمارانی که به‌طور همزمان مبتلا به PTSD و سوء مصرف مواد می‌باشند از مشکلات و علائم شدیدتری رنج می‌برند و نتایج درمان آن‌ها بدتر است (۲۳).

نتیجه‌گیری

میزان پرخاشگری در بیماران مبتلا به PTSD بالا است و بیمارانی که به‌طور همزمان مبتلا به PTSD و

References

- Kaplan HI, Sadock BJ. Synopsis of psychiatry. Raffei H, Sobhanian K (Persian translation). 10th ed. Tehran: Arjmand Publication Company. 2007;613-20 & 1050.
- Jovanovia A, Tosevskit DL, Ivkovi AM, Damjanovia A, Gasia MJ. Predicting violence in veterans with post traumatic stress disorder. *Vojnosanit Pregl*. 2009;66(1):13-21.
- Babia D, Martinac M, Bjelanovia V, Babia R, Sutovia A, Sinanovi O. Aggression in war veterans suffering from post traumatic stress disorder with co-morbid alcoholism. *J Coll Antropol*. 2010;34(1):23-8.
- Naghawikhan A, Jonaidi Jafari N, Safiri Z, Majidfard M, Dalili R, Karami A, et al. [PTSD rate in patients with aggression referred to Baghiyatollah psychology clinic (2003) (Persian)]. *Military Medicine Journal*. 2004;8(3):191-96.
- Daneshwar Ameri Z. [Aggression in children (Persian)]. *Hayat*. 2003;17(9):49-54.
- Jakupcak M, Conybeare D, Phelps L, Hunt S. Anger and hostility and aggression among Iraq and Afghanistan war veterans reporting PTSD and sub threshold PTSD. *J Trauma Stress*. 2007;20(6):945-54.
- Karahmadi M, Esmaeili Dehaghi N. [Aggression and its relation with demographic characteristics in infant ward nurses at Esfahan University of medical sciences hospitals (Persian)]. *Behavioral sciences research*. 2007;5(1):33-7.
- Jakupcak M, Tull MT. Effects of trauma exposure on anger and aggression and violence in a nonclinical sample of men. *Violence Vict*. 2005;20(5):589-98.
- McHugh T, Forbes D, Bates G, Hopwood M, Creamer M. Anger in PTSD: is there a need for a concept of PTSD-related posttraumatic anger? *Clin Psychol Rev*. 2012;32(2):93-104.
- Debra K, Anna G, Landon M. Risk for post traumatic stress disorder associated with different forms of interpersonal violence in South Africa. *Social Science & Medicine*. 2008;67:1589-95.
- Carlson EB, Lauderdale S, Hawkins J. Post traumatic stress and aggression among veterans in long term care. *J Geriatr Psychiatry Neurol*. 2008;21(1):61-71.
- Imani S, Asgharnejad Farid A, Mirzaei J, Ashori A, Zargar F. [Severity of post traumatic stress disorder sign in addicted and non-addicted persons (Persian)]. *Journal of Clinical Psychology*. 2008;9(3):27-9.
- Handelsman L, Judith A, David P. A latent variable analysis of coexisting emotional deficits in substance abusers: Alexithymia, Hostility, and PTSD. *Addictive Behaviors*. 2000;25(3):423-28.
- Taft CT, Schumm J, Orazem RJ. Examining the link between posttraumatic stress disorder symptoms and dating aggression perpetration. *Violence Vict*. 2010;25(4):456-69.
- Najavits LM, Sonn J, Walsh M, Weiss RD. Domestic violence in women with PTSD and substance abuse. *Addict Behav*. 2004;29(4):707-15.
- Teten AL, Miller LA, Stanford MS. Characterizing aggression and its association to anger and hostility among male veterans with post-traumatic stress disorder. *Mil Med*. 2010;175(6):405-10.
- Buss AH, Perry M. The aggression questionnaire. *J Perssoc Psychol*. 1992;63:452-59.
- Samani S. [Reliability and validity of Buss & Perri aggression questionnaire survey (Persian)]. *Journal of Clinical Psychology*. 2007; 13(4): 359-65.

19. Basile KC, Arias I, Desai S. The differential association of intimate partner physical, sexual, psychological, and stalking violence and post traumatic stress symptoms in a nationally representative sample of women. *J Trauma Stress*. 2004;17(5):413-21.
20. O'Hare T, Sherrer M. Drinking motives as mediators between PTSD symptom severity and alcohol consumption in persons with severe mental illnesses. *Addict Behav*. 2011;36(5):465-9.
21. Ellen W, Leen F, Matthew T. Associations between parental post traumatic stress disorder and both offspring internalizing problems and parental aggression within the National Co morbidity Survey-Replication. *Journal of Anxiety Disorders*. 2011;25:169-75.
22. Orth U, Wieland E. Anger, hostility and post traumatic stress disorder in trauma-exposed adults: A Meta analysis. *J Consult Clin Psychol*. 2006;74:698-706.
23. Tami P, Sullivan and Laura J. PTSD symptom clusters are differentially related to substance use among community women exposed to intimate partner violence. *J Trauma Stress*. 2008;21(2):173-80.