

## مطالعه مورد - شاهدی عوامل موثر بر عود سوء مصرف مواد در معتادان مراجعه کننده به

### دو مرکز ترک اعتیاد شهر تهران

شهناز ریماز: دانشیار، گروه اپیدمیولوژی و آمار زیستی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران  
شکرالله محسنی: دانشجوی دوره کارشناسی ارشد، گروه اپیدمیولوژی و آمار زیستی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران  
عفت السادات مرقاتی خویی: استادیار، گروه آموزش بهداشت و ارتقای سلامت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران  
مریم دستورپور: دانشجوی دوره کارشناسی ارشد، گروه اپیدمیولوژی و آمار زیستی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران - نویسنده  
رابطه: mdastoorpour@yahoo.com

فاطمه اکبری: کارشناس، گروه اپیدمیولوژی و آمار زیستی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران  
تاریخ دریافت: ۱۳۹۱/۲/۲۰ تاریخ پذیرش: ۱۳۹۱/۵/۱۴

### چکیده

زمینه و هدف: عود بعد از درمان سوء مصرف مواد از مشکلات شایع نظام کنترل و پیشگیری از اعتیاد است. ۸۰ درصد از معتادان، کمتر از ۶ ماه مجدداً به مصرف مواد روی می‌آورند. هدف این مطالعه تعیین عوامل موثر بر عود سوء مصرف مواد در معتادان مراجعه کننده به دو مرکز ترک اعتیاد شهر تهران می‌باشد.

روش کار: این مطالعه مورد-شاهدی بر روی ۱۶۰ نفر مورد عود و ۱۶۰ نفر شاهد انجام شد. ابزار جمع آوری اطلاعات پرسشنامه‌ای محقق ساخته بود. از آزمون‌های کای دو، نسبت برتری (OR) و رگرسیون لجستیک برای تجزیه و تحلیل داده‌ها استفاده شد.

نتایج: در این مطالعه، نسبت برتری برای بررسی ارتباط عود سوء مصرف مواد با سیگاری بودن بعد از ترک ۷/۱۴ (CI: ۳/۸۵۵ - ۱۳/۲۴۴)، مشغولیت ذهنی نسبت به مصرف مواد ۶/۷۶ (CI: ۳/۹۱۵ - ۱۱/۶۷۸)، معاشرت با دوستان معتاد ۶/۳۸ (CI: ۳/۹۲۱ - ۱۰/۳۹۸)، ضعف بی‌حالی ۳/۹۳ (CI: ۲/۴۴۶ - ۶/۳۰۵) و مشاجرات خانوادگی ۲/۰۴ (CI: ۱/۲۲۷ - ۳/۳۸۵) بود. در افراد مصرف کننده تریاک و شیره نسبت به کراک و شیشه شانس کمتری (OR= ۰/۲۰۸، CI: ۰/۳۳۶ - ۰/۱۲۸) برای عود سوء مصرف داشتند.

نتیجه گیری: نتایج مطالعه ارتباط بین متغیرهای فردی، اجتماعی، روانی و طبی و عود سوء مصرف را نشان می‌دهد. نتایج این مطالعه پیشنهاد می‌کند که مشاوره و رویکردهای درمانی در خانواده، پایش و مراقبت طولانی مدت از درمان شدگان، و برنامه‌های حفاظتی و مراقبتی در درمان‌های اعتیاد ادغام شود تا از اثر عواملی مانند مشاجره خانوادگی، فشار همسانان، بر عود اعتیاد بکاهد.

واژگان کلیدی: عود سوء مصرف مواد، مراکز ترک اعتیاد، مورد-شاهدی

### مقدمه

مشکل اساسی در این خصوص مطرح بوده و چالش‌هایی را در درمان مددجویان ایجاد نموده است (Dshtgrd 2009). در میان معتادان، بسیاری را می‌توان یافت که تمایل به قطع مصرف مواد مخدر دارند ولی تلاش‌های مکرر آنها برای قطع مصرف به شکست می‌انجامد. آنها معمولاً دوره ترک را با

درمان اعتیاد همواره به عنوان یکی از دغدغه‌ها سیاست گذاران سلامت مطرح بوده و نیز مبلغ قابل توجهی از اعتبارات بخش سلامت را به خود اختصاص می‌دهد. با وجود این، میزان بالای عود سوء مصرف مواد به عنوان یک

درمانی-بازپروری، نشان می‌دهد که روش‌های درمانی و برنامه‌های کنترل از اثربخشی لازم برخوردار نیستند. عوامل عود سوء مصرف مواد را می‌توان در قالب عوامل فردی، عوامل خانوادگی، عوامل اجتماعی و عوامل جغرافیایی و اقتصادی بیان کرد (Nastyzayy 2010). فلاح‌زاده و حسینی عوامل موثر در عود سوء مصرف مواد، را دوستان معتاد، فشارهای روحی-روانی، مراجعه به محل‌های سابق، موقعیت‌های ناگوار، طرد شدن از طرف خانواده و جامعه و دیدن اشیاء و ابزار مصرف مواد بیان می‌کنند (Falahzade and Hoseyny 2005). در حالیکه نریمانی عدم برنامه‌ریزی برای اشتغال معتادان، عدم آگاهی از روش‌های مقابله با مشکلات زندگی، محیط اجتماعی آلوده، پرنشدن اوقات فراغت، عدم شرکت در گروه درمانی، اضطراب، افسردگی و پایین بودن سطح امیدواری فرد را از مهمترین علل عود سوء مصرف مواد می‌داند (Narimani and Sadegiye Ahari 2004). همچنین در پژوهشی مشخص شد که مشاجرات خانوادگی، کوتاه بودن دوره ترک و مشکلات اجتماعی از عوامل موثر عود سوء مصرف مواد می‌باشند (Sadegiye Ahari et al. 2004). از آنجا که پدیده‌ی اعتیاد ارتباط تنگاتنگی با فرهنگ، اعتقادات مذهبی، شرایط اقتصادی، اجتماعی و پیشینه تاریخی هر کشوری دارد (Amini 2003) از این رو تکیه بر پژوهش‌های خارجی چندان مفید نخواهد بود بلکه به بررسی‌های کشوری نیاز اساسی وجود دارد (Domino et al. 2005)، از طرفی اندک بودن این مطالعات در این مقوله در ایران، مطالعه حاضر با هدف «تعیین عوامل موثر بر عود سوء مصرف مواد در معتادان مراجعه کننده به دو مرکز ترک اعتیاد شهر تهران» انجام گردیده است. چرا که اعتقاد بر آن است که آگاهی از عوامل زمینه ساز در سوق دادن افراد به شروع مجدد اعتیاد، مسئولان و برنامه ریزان را در اجرای سیاست ها و اقدامات پیشگیرانه و کنترل کننده اعتیاد یاری خواهد کرد.

موفقیت پشت سر می‌گذارند اما بعد از مدتی به شرایط گذشته باز می‌گردند. پس بنابراین حتی بعد از اینکه فرد مصرف مواد مخدر را برای مدتی طولانی قطع می‌نماید نیز نمی‌توان امیدوار بود که مصرف مواد را از سر نگیرد. معتاد پس از آغاز مجدد مصرف مواد مخدر به سرعت به اوج مصرف می‌رسد و شرایطی به مراتب بدتر از دوره قبل از قطع مصرف پیدا می‌کند و ممکن است تعدادی از معتادان به دلیل روی آوری مجدد به مصرف مواد مخدر جان خود را از دست دهند (Mohseni and Rimaz 2009). اکثریت این افراد در سال شروع درمان، عود سوء مصرف مواد دارند و سه ماه اول درمان مستعدترین دوره عود آنان می‌باشد (Saunders and Allsop 1987). مطالعات نشان می‌دهند که در ۲۰ تا ۵۰ درصد مصرف کنندگان مواد مخدر بعد از یک سال (Friedmann et al. 1998) و ۱۹ درصد بعد از شش سال قادر به ترک مصرف مواد مخدر هستند (Narimani and Sadegiye Ahari 2004; Xie and Brown 1998). مطالعه آیندنگر Xie و همکاران که ده سال به طول انجامید، نشان داد، یک سوم افراد کاملاً بهبود یافته، در اولین سال مطالعه و دو سوم باقیمانده در طی دوره پیگیری عود سوء مصرف مواد داشته‌اند (Xie et al. 2005). در مطالعه آیندنگر دیگری، که برای ارزیابی میزان عود سوء مصرف مواد، در ماه اول و سوم صورت پذیرفت، نشان داده شد که در پایان ماه سوم ۵۷/۳ درصد بیماران عود سوء مصرف مواد داشتند (Grau-Lopez et al. 2010). فدایی بیان می‌کند در بهترین شرایط و بهترین درمان‌ها ۹۵ درصد معتادان شش ماه پس از ترک دوباره به چرخه اعتیاد بازگشته و ۵ درصد باقی مانده نیز در یکی دو سال آینده به این چرخه باز خواهند گشت (Fadaya 2008). به همین دلیل برخی از متخصصان از لفظ «اختلال مزمن و عود کننده» برای توصیف اعتیاد استفاده می‌کنند (Brown 1998). البته به نظر می‌رسد بازگشت مجدد مبتلایان به مراکز

## روش کار

خانوادگی، شغلی و اقتصادی به صورت مقیاس لیکرت (۱): خیلی کم، ۲: کم، ۳: متوسط، ۴: زیاد، ۵: خیلی زیاد، چند گزینه ها و دو گزینه‌ای (بلی، خیر) بود. جهت تأیید اعتبار علمی پرسشنامه، از روش اعتبار محتوا استفاده گردید بدین نحو که پرسشنامه تهیه شده توسط پژوهشگر در اختیار ۷ نفر از اساتید دانشگاهی صاحب نظر در این زمینه قرار داده شد و در نهایت با اعمال نظرات اصلاحی و تکمیلی آنان، پرسشنامه نهایی تنظیم گردید. جهت تأیید اعتماد پرسشنامه از روش آزمون-پس آزمون استفاده شد به این صورت که پرسشنامه ۲ بار و با فاصله ۱۴ روز در اختیار ۱۰ نفر از افرادی که واجد شرایط ورود به مطالعه در هر گروه بودند قرار داده شد، سپس جواب‌های کسب شده در دو نوبت در مورد هر یک از سؤالات از نظر تداوم و همگونی مورد بررسی قرار گرفت و برای گروه مورد ضریب همبستگی اسپیرمن ۰/۷۷ و برای گروه شاهد ۰/۸۳ بدست آمد.

نحوه جمع آوری داده‌ها: پس از کسب مجوزهای لازم و انجام هماهنگی‌ها، پرسشگران آموزش دیده به مدت ۸ ماه در ساعات اداری در محل پژوهش حضور یافته و با تفهیم شرکت کنندگان مطالعه در خصوص اهداف پژوهش و با رعایت ملاحظات اخلاقی مانند اصول رازداری، عدم ذکر نام شرکت کننده، رضایت نامه آگاهانه کتبی و شفاهی برای ورود به مطالعه کسب و سپس پرسشنامه‌ها را در اختیار آنان، قرار داده می‌شد. در صورتی که برخی از نمونه‌ها به هر دلیلی از جمله سواد کم، قادر به نگارش نبودند، پژوهشگر شخصاً سؤالات را برای آنها می‌خواند و بدون هیچ دخل و تصرفی پاسخ‌های آنان را ثبت می‌نمود. در ضمن در هر مرحله، اگر فردی تمایل به شرکت در مطالعه را نداشت از مطالعه خارج می‌شد. طول مدت تکمیل هر پرسشنامه بین ۶۰-۲۵ دقیقه بود.

تجزیه و تحلیل: جهت تجزیه و تحلیل داده‌ها از آمار توصیفی (توزیع فراوانی مطلق و نسبی و میانگین) و تحلیلی شامل: کای دو برای بررسی ارتباط بین متغیرهای سیگارکشیدن بعد

پژوهش حاضر یک مطالعه مورد-شاهدی بر روی ۱۶۰ نفر در گروه مورد و ۱۶۰ نفر در گروه شاهد مراجعه کننده به دو مرکز ترک اعتیاد شهر تهران در سال ۱۳۸۸ بود. نمونه‌گیری با روش غیر احتمالی و در دسترس انجام شد.

گروه مورد: تعریف مورد در این مطالعه شخص معنادی است که حداقل یکبار سابقه ترک در یکی از مراکز دولتی یا خصوصی داشته ولی به هر علت مجدداً به مصرف مواد مخدر روی آورده و در زمان انجام مطالعه جهت ترک به این دو مرکز ترک اعتیاد مراجعه نموده و حداقل سه هفته از شروع درمان وی در این مراکز گذشته باشد.

گروه مقایسه: تعریف شاهد در این مطالعه شخصی که دوره درمان را در این دو مرکز ترک اعتیاد با موفقیت طی کرده بود و در زمان انجام مطالعه حداقل یک سال از تکمیل دوره درمان و پاک‌ی وی می‌گذشت.

حجم نمونه: برای محاسبه حجم نمونه از اطلاعات مطالعه صولتی و همکاران که دارای بیشترین حجم نمونه بود (OR= ۱/۹۷ و  $P_0=31/7$ ) استفاده شد (Solati Dehkordi 2004) سپس با استفاده از نرم افزار Info 6 Epi با  $\alpha=0/05$  و  $\text{power} = 80\%$  حجم نمونه در هر گروه مورد و شاهد ۱۵۷ نفر به دست آمد که نهایتاً در هر گروه ۱۶۰ نفر در نظر گرفته شد و از آنجایی که طبق گزارش‌های متعدد ۱۰ درصد معتادان کشور را زنان تشکیل می‌دهند، ۱۰ درصد حجم نمونه در هر گروه مورد و شاهد به این طبقه اختصاص داده شد (Rahimi Movaghar 2003)

ابزار جمع‌آوری داده‌ها: ابزار گردآوری اطلاعات در این پژوهش پرسشنامه محقق ساخته و شامل اطلاعات فردی مانند سن، وضعیت تأهل، شغل، تعداد اعضاء خانوار، نوع ماده مصرفی و تعداد دفعات ترک اعتیاد، و غیره و نیز عوامل مرتبط با عود سوء مصرف مواد مانند عوامل فردی،

از ترک، مشغولیت ذهنی، معاشرت با دوستان معتاد، ضعف و بی‌حالی، مشاجرات خانوادگی، دردهای مقاوم بدن، نوع ماده مصرفی، مسایل گوارشی (اسهال مزمن)، حضور فرد معتاد دیگر در خانواده، ناتوانی جنسی، امیدواری فرد و امیدواری خانواده با عود سوء مصرف مواد و نسبت برتری (OR) و رگرسیون لجستیک برای تعیین همبستگی خطی متغیرهای مذکور با عود سوء مصرف مواد استفاده گردید. در مدل رگرسیون لجستیک به روش Backward conditional متغیرهای موثر بر عود سوء مصرف مواد به صورت اسمی وارد مدل شدند. از نرم افزار آماری SPSS نسخه ۱۶ برای آنالیز داده‌ها استفاده شد. در مطالعه حاضر سطح معنی داری  $p < 0/05$  در نظر گرفته شد.

## نتایج

مشخصات جمعیت‌شناختی شرکت کنندگان در جدول ۱ نمایش داده شده است. شایع‌ترین ماده مخدر مصرفی در گروه مورد کراک (۵۰/۶ درصد) و در گروه شاهد تریاک (۵۶/۲ درصد) بود. ۳۷/۶ درصد گروه مورد و ۵۴/۴ گروه شاهد سابقه بیش از پنج بار اقدام به ترک را بیان کردند. شایع‌ترین علت ترک، ترکیبی از عوامل مانند مشکلات مالی برای تهیه مواد، عوارض جسمی و روانی مصرف مواد، مشکلات اجتماعی، اقدام به ازدواج، استخدام و پافشاری خانواده برای ترک، در گروه مورد (۴۰ درصد) و گروه شاهد (۴۴/۴ درصد) بوده است. ۹۰/۶ درصد در گروه مورد و ۵۷/۵ درصد در گروه شاهد بعد از ترک سیگار می‌کشیدند. مشاجره خانوادگی بعد از ترک در ۸۰ درصد گروه مورد و ۶۶/۲ درصد در گروه شاهد، مشغولیت ذهنی نسبت به مصرف مواد در ۸۶/۲ درصد گروه مورد و ۴۸/۱ درصد گروه شاهد و بدن درد بعد از ترک در ۷۰/۶ درصد گروه مورد و ۵۷/۵ درصد گروه شاهد مشاهده شد. ۵۶/۲ درصد گروه مورد و ۵۲/۱ درصد گروه شاهد دارای فرد معتاد دیگری در خانواده داشتند. ۷۴/۴

درصد در گروه مورد و ۳۱/۲ درصد در گروه شاهد، معاشرت با دوست معتاد در آخرین دوره ترک را بیان کردند. نتایج تحقیق نشان داد که سیگاری بودن بعد از ترک ۷/۱۴ برابر (۱۳/۲۴۴ - ۳/۸۵۵ CI : ۹۵٪) و مشغولیت ذهنی نسبت به مصرف مواد ۶/۷۶ برابر (۱۱/۶۷۸ - ۳/۹۱۵ CI : ۹۵٪)، معاشرت با دوستان معتاد ۶/۳۸ برابر (۱۰/۳۹۸ - ۳/۹۲۱ CI : ۹۵٪)، ضعف و بی‌حالی ۳/۹۳ برابر (۲/۳۰۵ - ۲/۴۴۶ CI : ۹۵٪)، مشاجرات خانوادگی ۱/۸ برابر (۱/۲۲۷ - ۳/۳۸۵ CI : ۹۵٪) و دردهای مقاوم بدن ۱/۸ برابر (۲/۸۲۲ - ۱/۱۱۹ CI : ۹۵٪) برتری (odds) گرایش مجدد فرد به مصرف مواد را افزایش می‌دهد. همچنین افراد مصرف کننده مواد مخدر اپیوئیدی (تریاک و شیره تریاک) نسبت به مصرف کنندگان مواد مخدر نسبتاً جدید و نیمه صناعی (کراک و شیشه) برتری کمتری (OR = ۰/۲۰۸) داشتند. بین وجود مسایل گوارشی در زمان ترک، حضور فرد معتاد دیگر در خانواده، وجود ناتوانی جنسی در زمان ترک، ناامیدی فرد معتاد و خانواده آن نسبت به فرآیند درمان در زمان شروع درمان با عود سوء مصرف مواد رابطه آماری معنی داری نشان داده نشد (جدول ۲). در تحلیل چند متغیره با رگرسیون لجستیک معلوم شد که نوع ماده مخدر مصرفی، سیگاری بودن بعد از ترک، مشاجرات خانوادگی، دردهای مزمن بدنی، مشغولیت ذهنی نسبت به مصرف مواد، ضعف و بی‌حالی و معاشرت با دوستان معتاد هر کدام به تنهایی با عود سوء مصرف مواد رابطه دارند (جدول ۳) و زمانی که متغیرهای پیش بین وارد مدل شدند در گام دوم دردهای مزمن بدنی ( $p = 0/805$ ) و زمانی که متغیرهای پیش بین وارد مدل شدند در گام دوم دردهای مزمن بدنی ( $p = 0/805$ ) و در گام سوم مشاجرات خانوادگی ( $p = 0/248$ ) به عنوان ضعیف‌ترین پیش بین شناخته شده و از معادله حذف شده‌اند و نهایتاً نتیجه‌گیری شد که سیگار کشیدن بعد از ترک، مشاجرات خانوادگی، وجود دردهای مزمن بدنی،

راهی به سمت مصرف مواد دیگر نیز می‌باشد ( de Dios 2009). چنانچه Hser نتیجه‌گیری کرده که افراد معتاد به هروئین که سیگار مصرف می‌کنند، بعد از ترک دوباره معتاد می‌شوند. درحالی که افرادی که سیگار نمی‌کشند به میزان کمتری مجدداً به اعتیاد روی می‌آورند. از طرف دیگر اقدام به ترک اعتیاد سیگار، باعث کاهش بسیاری از ناآرامی‌های جنبی موقتی در ترک مواد مخدر از جمله نگرانی، از خواب پریدن، افسردگی، مشکلات تمرکز، بی‌صبری و کم‌طاقتی، عصبانیت و ناآرامی می‌شود (Niknam 2003)

از نظر متغیر مشاجرات خانوادگی بین دو گروه مورد و شاهد اختلاف آماری معنی‌داری مشاهده شد که با مطالعات سراجی (Seraji et al. 2010) و چونگ (Chong and Lopez 2008) همخوانی دارد. بر اساس مدل بوم شناختی سوء مصرف مواد، فضای خانواده و مدرسه در شیوه زندگی فرد و پیوستن او به گروه‌های همسالان و مصرف مواد موثر است و فردی که استرس‌های محیطی وارد بر او بیش از قابلیت‌های سازگاری باشد در خطر سوء مصرف مواد قرار می‌گیرد (Chong and Lopez 2008).

بین دو گروه مورد و شاهد از نظر وجود دردهای بدنی مقاوم اختلاف آماری معنی‌داری مشاهده شد. به عبارت دیگر در کسانی که اقدام به ترک و در پی آن دچار بدن درد می‌شوند نسبت به کسانی که با بدن درد روبرو نیستند احتمال عود سوء مصرف مواد بیشتر می‌باشد و با نتایج مطالعه کرمی که نشان داد ۲۰/۵ درصد معتادان برگشت دردهای جسمانی را عاملی برای عود ذکر کرده‌اند (Karami 2009) همخوانی دارد. چنانچه بدنبال قطع مصرف مواد مخدر، در فرد علائم متعددی بروز می‌کند که اصطلاحاً به آن سندرم محرومیت (Withdrawal Syndrome) گفته می‌شود. علائم محرومیت که به دنبال فاصله افتادن بین

مشغولیت ذهنی به مصرف مواد، ضعف و بی‌حالی و معاشرت با دوستان معتاد بطور مستقیم و نوع ماده مخدر مصرفی بطور غیر مستقیم با عود سوء مصرف مواد رابطه دارد (جدول ۴).

## بحث

در این تحقیق اختلاف آماری معنی‌داری بین نوع ماده مخدر مصرفی با عود سوء مصرف مواد نشان داده شد به عبارتی دیگر در افراد مصرف کننده تریاک یا شیره تریاک نسبت به کسانی که سایر مواد مخدر نظیر کراک، شیشه و غیره مصرف و اقدام به ترک می‌کردند احتمال عود سوء مصرف مواد کمتر بود، چنانچه مطالعه فرزام نیز نشان داد که درصد عود سوء مصرف مواد در مصرف کنندگان تریاک (۳۹/۵ درصد) نسبت به مصرف کنندگان هروئین (۶۲/۵ درصد) و بوپره نورفین (۴۲/۴ درصد) کمتر است (Farzam 2010). شاید علت این امر را بتوان تا حدی به تخریب شدیدتر ساز و کارهای‌های دفاعی و حمایتی معتادان کراک و شیشه نسبت داد (Green Stein 1996). از طرفی اعتیاد به این مواد جزء مراحل نهایی اعتیاد محسوب می‌شود و چنین افرادی معمولاً از چرخه فعالیت اجتماعی خارج شده‌اند و در نتیجه احتمال دارد از حمایت‌های ضعیف‌تری در آینده برای جلوگیری از عود سوء مصرف مواد داشته باشند (Tatary et al. 2006).

در این پژوهش رابطه قوی و معنی‌داری بین مصرف سیگار بعد از ترک و عود سوء مصرف مواد وجود داشت که با مطالعات فالاحزاده (Falahzade and Hoseyni 2005) و مایرز همخوانی دارد (Myers and Sandra 1997). شواهد از مطالعات متعدد نشان دهنده آن است که مصرف یک ماده از لحاظ رفتاری و فیزیولوژیکی

ضعف در قوای جسمانی و می‌نویسد: ضعف و بی‌حالی مخصوصی که هیچ‌کس قادر نیست آنرا درک کند مگر اینکه معتاد باشد (Ahmadvand 1998). چنانچه طبق نظر مارلات و گردون، درد های و ضعف جسمی یکی از عوامل عود سوء مصرف مواد را بیان می‌کنند (Marlatt and Gordon 1994).

از نظر معاشرت با دوست معتاد بین دو گروه اختلاف آماری معنی‌داری مشاهده شد. که با مطالعه کلدی، اهری و موسی نژاد همخوانی دارد (Sadegiye Ahari et al. 2004; Kaldi 2003; Musanezhad 1999) این امر از اهمیت ویژه‌ای برخوردار است چرا که براساس تئوری ساترلند، دوستان معتاد از عوامل مهم عود سوء مصرف مواد می‌باشد (Musanezhad 1999).

اختلاف آماری معنی‌داری بین دو گروه مورد و شاهد از نظر امیدواری شخص نسبت به پروسه درمان مشاهده نشد. در حالیکه در مطالعه اهری اختلاف آماری معنی‌داری وجود داشت (Sadegiye Ahari et al. 2004). این یافته در تناقض با مطالعاتی است که نشان می‌دهند امیدواری بیشتر فرد با تکمیل دوره درمان و بهبودی در ارتباط است (Carvajal et al. 1998). البته این امکان وجود دارد که مصرف کنندگان مواد مخدر که امیدواری بیشتری برای آنها مشاهده می‌شود به جای دوره‌های درمانی رایج، از راه حل‌های کاراتری جهت درمان خودشان استفاده کنند (Jackson et al. 2003).

### نتیجه گیری

یافته‌های این مطالعه نشان داد که از میان متغیرهای مورد بررسی که شامل دو دسته عوامل فردی و عوامل برون فردی (خانوادگی، اجتماعی و محیطی)

مصرف مواد رخ می‌دهد، افزون بر ایجاد ناراحتی‌های بدنی و ذهنی (از جمله درد عضلانی-استخوانی، ضعف و بی‌حالی، بی‌خوابی، تحریک پذیری و افسردگی) میل شدیدی برای مصرف مجدد مواد در فرد پدید می‌آورد و دلیل اصلی عود در افرادی است که به صورت فردی اقدام به ترک می‌کنند (Wright et al. 1993).

از نظر مشغولیت ذهنی نسبت به مصرف مواد بعد از ترک، بین دو گروه مورد و شاهد تفاوت معنی‌دار آماری مشاهده شد. در مطالعه امینی نیز احساس اجبار ذهنی برای مصرف مواد (مشغولیت ذهنی) به عنوان عامل موثر در عود سوء مصرف مواد گزارش شده است (Amini 2003). لوینسون و واین اشتین این حالت را اشتیاق (Craving) نامیده و در پژوهش‌های خود آن را به عنوان یک عامل روانی-فیزیولوژیک بسیار مهم در عود سوء مصرف مواد ذکر کرده‌اند. بتولی می‌نویسد مصرف اجباری (Compulsive usage) یا وابستگی عاملی است روانی-بیولوژیک و فارماکولوژیک که باعث می‌شود فرد پس از مصرف اتفاقی ماده مخدر مصرف آن را ادامه داده و حتی بارها پس از ترک اعتیاد به سوی آن باز گردد. چنانچه کاپلان ضمن معرفی علت مصرف اجباری مواد بعنوان یک حالت شرطی می‌نویسد مصرف داروها چه بصورت تفریحی یا اجباری، به عنوان رفتاری شناخته می‌شود که می‌تواند به دلیل اثرات آن تکرار شود. هر اتفاقی که یک الگوی رفتاری را قدرت بخشد بعنوان تقویت کننده شناخته می‌شود (Amini 2003).

بین دو گروه مورد و شاهد از نظر ضعف و بی‌حالی بعد از ترک اختلاف آماری معنی‌داری مشاهده شد. احمدوند یکی از دلایل عمده عود سوء مصرف مواد را علل جسمی معرفی می‌کند مخصوصاً

مصرف مواد در معتادان به مواد افیونی با معتادان

به مواد غیر افیونی

- بررسی تاثیر درمان ترک سیگار در درمان ترک اعتیاد

محدودیت پژوهش: از آنجایی که یافته‌های حاصل از این پژوهش محصول بررسی مددجویان مراجعه کننده به دو مرکز ترک اعتیاد بوده است، از این رو نتایج آن تنها قابل تعمیم به کل جامعه معتادان نیست، توصیه می‌گردد مطالعات مشابهی به صورت یک مطالعه آینده‌نگر چند مرکزی و با روش نمونه‌گیری تصادفی انجام شود.

### تشکر و قدردانی

در پایان ضمن تشکر و سپاس از کلیه عزیزانی که ما را در اجرای این مطالعه یاری نمودند، به خصوص مسئولین و پرسنل محترم دو مرکز ترکی اعتیاد تهران تشکر ویژه نموده و سلامت، بهروزی و توفیق همگی این عزیزان را در تمامی مراحل زندگی از درگاه ایزد منان خواستاریم. در ضمن این طرح با پشتیبانی مالی معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی تهران با کد شماره ۷۶۴/پ بوده است.

بودند، هر دو دسته در عود سوء مصرف مواد نقش داشتند، اما اهمیت عوامل فردی مانند نوع ماده مخدر مصرفی، درد های مقاوم بدن، سیگار کشیدن و مشغولیت ذهنی بعد از ترک بیشتر از عوامل برون فردی بوده است. بنابراین برای عود سوء مصرف مواد تنها وجود یک عامل کافی نیست بلکه مجموعه‌ای از عوامل، الخصوص عوامل فردی با نسبت های متفاوت باعث روی آوردن مجدد به اعتیاد می شود.

حال با توجه به یافته‌های تحقیق پیشنهادات ذیل برای جلوگیری از عود سوء مصرف مواد ارائه می‌گردد:

- کاهش سطح مشاجره خانوادگی و تنش‌های خانوادگی جهت بالا بردن سطح موفقیت فرد معتاد نسبت به ترک اعتیاد
- مداخلات حمایتی پیشگیری‌کننده بیشتر، در افراد مصرف کننده کراک و شیشه برای جلوگیری از عود مجدد مواد
- جلوگیری از معاشرت فرد در حال ترک با دوستان معتاد بررسی عوامل موثر بر عود سوء

جدول ۱- توزیع و درصد فراوانی متغیرهای دموگرافیک افراد تحت مطالعه در دو گروه مورد و شاهد

| متغیر                                | گروه مورد (تعداد=۱۶۰) | گروه شاهد (تعداد=۱۶۰) |
|--------------------------------------|-----------------------|-----------------------|
| سن ( میانگین ± انحراف معیار)         | ۳۱/۹ (۷/۹۴)           | ۳۶/۴ (۸/۹۹)           |
| بعد خانوار ( انحراف معیار ± میانگین) | ۴/۹۴ (۱/۹۲)           | ۴/۴۲ (۱/۷۲)           |
| <b>وضعیت تاهل</b>                    |                       |                       |
| متاهل تعداد (درصد)                   | ۶۴ (۴۰)               | ۸۱ (۵۰/۶)             |
| مجرد تعداد (درصد)                    | ۹۶ (۶۰)               | ۷۹ (۴۹/۴)             |
| <b>وضعیت سواد</b>                    |                       |                       |
| کمتر از دیپلم تعداد (درصد)           | ۷۷ (۴۸/۱)             | ۶۹ (۴۳/۱)             |
| دیپلم تعداد (درصد)                   | ۶۰ (۳۷/۵)             | ۶۶ (۴۱/۲۵)            |
| بالتر از دیپلم تعداد (درصد)          | ۲۳ (۱۴/۴)             | ۲۵ (۱۵/۶)             |
| <b>وضعیت اشتغال</b>                  |                       |                       |
| شاغل تعداد (درصد)                    | ۸۸ (۵۵)               | ۱۳۸ (۸۶/۲۵)           |
| بیکار تعداد (درصد)                   | ۷۲ (۴۵)               | ۲۲ (۱۳/۷)             |

جدول ۲- ارتباط متغیرهای مورد مطالعه با عود سوء مصرف مواد بر حسب نسبت برتری

| متغیر                          | نسبت برتری (OR) | فاصله اطمینان ۹۵٪ برای نسبت برتری | p-value |
|--------------------------------|-----------------|-----------------------------------|---------|
| سیگار کشیدن بعد از ترک         | ۷/۱۴            | ۳/۸۶ - ۱۳/۲۴                      | ۰/۰۰۰۱  |
| مشغولیت ذهنی                   | ۶/۷۶            | ۳/۹۲ - ۱۱/۶۸                      | ۰/۰۰۰۱  |
| معاشرت با دوستان معتاد         | ۶/۳۸            | ۳/۹۲ - ۱۰/۳۹                      | ۰/۰۰۰۱  |
| ضعف و بی حالی                  | ۳/۹۳            | ۲/۴۵ - ۶/۳۰                       | ۰/۰۰۰۱  |
| مشاجرات خانوادگی               | ۲/۰۴            | ۱/۲۳ - ۳/۳۸                       | ۰/۰۰۰۵  |
| دردهای مقاوم بدن               | ۱/۷۸            | ۱/۱۲ - ۲/۸۲                       | ۰/۰۱    |
| نوع ماده مصرفی                 | ۰/۲۰            | ۰/۱۲ - ۰/۳۳                       | ۰/۰۰۰۱  |
| مسایل گوارشی (اسهال مزمن)      | ۰/۹۱            | ۰/۵۰ - ۱/۶۵                       | ۰/۷۶    |
| حضور فرد معتاد دیگر در خانواده | ۱/۲۲            | ۰/۷۸ - ۱/۸۹                       | ۰/۳۷    |
| ناتوانی جنسی                   | ۰/۹۴            | ۰/۵۷ - ۱/۵۴                       | ۰/۸۰    |
| امیدواری فرد                   | ۱/۵۲            | ۰/۹۶ - ۲/۳۸                       | ۰/۰۷    |
| امیدواری خانواده               | ۱/۰۵            | ۰/۵۷ - ۱/۹۲                       | ۰/۸۸    |



**جدول ۳- ارتباط متغیرهای مورد مطالعه با عود سوء مصرف مواد (رگرسیون لجستیک به روش Backward conditional (مرحله صفر)**

| متغیرها              | مرحله صفر | p-value | درجه آزادی | نمره   |  |
|----------------------|-----------|---------|------------|--------|--|
| نوع ماده مخدر مصرفی  |           | ۰/۰۰۰   | ۱          | ۶۹/۱۲  |  |
| سیگارکشیدن بعد ترک   |           | ۰/۰۰۰   | ۱          | ۲۹/۳۴  |  |
| مشاجرات خانوادگی     |           | ۰/۰۰۶   | ۱          | ۷/۶۹   |  |
| دردهای مزمن بدنی     |           | ۰/۰۱۴   | ۱          | ۵/۹۹   |  |
| مشغولیت ذهنی         |           | ۰/۰۰۰   | ۱          | ۵۲/۷۵  |  |
| ضعف و بی حالی        |           | ۰/۰۰۰   | ۱          | ۲۴/۴۸  |  |
| معاشرت با دوست معتاد |           | ۰/۰۰۰   | ۱          | ۳۷/۲۰  |  |
| آمار کلی             |           | ۰/۰۰۰   | ۱          | ۱۳۴/۴۵ |  |

**جدول ۴- متغیرهای وارد شده به معادله رگرسیون لجستیک به روش Backward conditional برای تحلیل عود سوء مصرف مواد**

| نسبت برتری | p-value | درجه آزادی | Wald  | S.E. | B     |                      |           |
|------------|---------|------------|-------|------|-------|----------------------|-----------|
| ۰/۷۴       | ۰/۰۰۰   | ۱          | ۳۸/۰۶ | ۰/۰۴ | -۰/۲۹ | نوع ماده مخدر مصرفی  | مرحله اول |
| ۴/۵۶       | ۰/۰۰۰   | ۱          | ۱۵/۹۴ | ۰/۳۸ | ۱/۵۲  | سیگارکشیدن بعد ترک   |           |
| ۱/۴۷       | ۰/۲۶    | ۱          | ۱/۲۶  | ۰/۳۴ | ۰/۳۹  | مشاجرات خانوادگی     |           |
| ۱/۰۸       | ۰/۸۰    | ۱          | ۰/۰۶  | ۰/۳۲ | ۰/۰۸  | دردهای مزمن بدنی     |           |
| ۳/۳۳       | ۰/۰۰۰   | ۱          | ۱۲/۲۶ | ۰/۳۴ | ۱/۲۰  | مشغولیت ذهنی         |           |
| ۱/۴۱       | ۰/۰۱    | ۱          | ۵/۹۸  | ۰/۱۴ | ۳۵    | ضعف و بی حالی        |           |
| ۲/۷۱       | ۰/۰۰۱   | ۱          | ۱۲/۱۰ | ۰/۲۸ | ۰/۹۹  | معاشرت با دوست معتاد |           |
| ۰/۰۰۵      | ۰/۰۰۰   | ۱          | ۳۳/۲۵ | ۰/۹۲ | -۵/۳۲ | مقدار ثابت           |           |
| ۰/۷۴       | ۰/۰۰۰   | ۱          | ۳۸/۰۵ | ۰/۰۴ | -۰/۲۹ | نوع ماده مخدر مصرفی  | مرحله دوم |
| ۴/۵۶       | ۰/۰۰۰   | ۱          | ۱۵/۸۹ | ۰/۳۸ | ۱/۵۱  | سیگارکشیدن بعد ترک   |           |
| ۱/۴۸       | ۰/۲۵    | ۱          | ۱/۳۳  | ۰/۳۴ | ۰/۳۹  | مشاجرات خانوادگی     |           |
| ۳/۳۵       | ۰/۰۰۰   | ۱          | ۱۲/۴۰ | ۰/۳۴ | ۱/۲۰  | مشغولیت ذهنی         |           |
| ۱/۴۲       | ۰/۰۱    | ۱          | ۶/۴۶  | ۰/۱۳ | ۰/۳۵  | ضعف و بی حالی        |           |
| ۲/۷۲       | ۰/۰۰۰   | ۱          | ۱۲/۱۸ | ۰/۲۸ | ۱/۰۰  | معاشرت با دوست معتاد |           |
| ۰/۰۰۵      | ۰/۰۰۰   | ۱          | ۳۵/۸۷ | ۰/۸۷ | -۵/۲۴ | مقدار ثابت           |           |
| ۰/۷۴       | ۰/۰۰۰   | ۱          | ۳۹/۱۲ | ۰/۰۴ | -۰/۲۹ | نوع ماده مخدر مصرفی  | مرحله سوم |
| ۴/۵۰       | ۰/۰۰۰   | ۱          | ۱۵/۸۶ | ۰/۳۷ | ۱/۵۰  | سیگارکشیدن بعد ترک   |           |
| ۳/۴۳       | ۰/۰۰۰   | ۱          | ۱۳/۰۵ | ۰/۳۴ | ۱/۲۳  | مشغولیت ذهنی         |           |
| ۱/۴۴       | ۰/۰۰۸   | ۱          | ۷/۰۵  | ۰/۱۳ | ۰/۳۶  | ضعف و بی حالی        |           |
| ۲/۷۸       | ۰/۰۰۰   | ۱          | ۱۲/۷۳ | ۰/۲۸ | ۱/۰۲  | معاشرت با دوست معتاد |           |
| ۰/۰۰۸      | ۰/۰۰۰   | ۱          | ۳۷/۶۴ | ۰/۷۸ | -۴/۸۲ | مقدار ثابت           |           |

## References

- Ahmadvand, MA., 1998. *Addiction (Etiology and Treatment)*. University Pyam Nur , Tehran, p. 80 [In Persian].
- Amini, K., 2003. Social and Environmental Factors Associated with the Consumption of Narcotics Addicts Return Referred to in the Government Centers of Hamadan addiction. *Journal of Zanzan University of Medical Sciences and Health Services*, 45, pp. 47-41 [In Persian].
- Brown, B.S., 1998. Drug use - Chronic and Relapsing or a Treatable Condition ?. *J Substance Use Misuse*, 33, pp. 2515-20.
- Carvajal, S.C., Clair, S.D., Nash, S.G. and Evans, R.I., 1998. Relating optimism, hope, and self-esteem to social influences in deterring substance use in adolescents. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 17(4), pp. 443 – 465.
- Chong, J. and Lopez, D., 2008. Predictors of Relapse for American Indian women after Substance abuse Treatment. *American Indian and Alaska native mental health research (Online)*, 14(3), pp. 24-48.
- de Dios, M.A., 2009. Adolescent Tobacco use and Substance Abuse Treatment outcomes. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 37(1), pp. 17-24.
- Domino, K.B., Hornbein, T.F., Polissar, N.L., Renner, G., Johnson, J. and Alberti, S., 2005. Risk factors for relapse in health care professionals with substance use disorders. *JAMA: the journal of the American Medical Association*, 293(12), p.1453.
- Dshtgrd, A., 2009. Factors affecting Return to Drug addiction in Clients referred to the Hospital clinic of Emam Reza in Mashhad, *Proceedings of National Conference on Student Drug addiction, challenges and Solutions*, pp. 24 [In Persian].
- Fadayi, F., 2008. *95 Percent of Addicts after 6 Months return to Addiction*. Iranian National Drug Control Headquarters, Tehran, p.12 [In Persian].
- Falahzade, H. and Hoseyni, N., 2005. Reviewing the causes of recurred addiction from the perspective of addicts who referred to welfare center of Yazd city. *Tolooe Behdasht J*, 15(1,2), pp. 67-73 [In Persian].
- Farzam, H., 2010. Comparing the results of ultrafast detoxification and methadone substitution in relapse to drug self-referred affiliates. *Journal of Medical Sciences Kermanshah*, 14(3), pp. 189-185 [In Persian].
- Friedmann, P.D., Saitz, S. and Samet, J.H., 1998. Management of adults recovering from alcohol or other drug problems relapse prevention in primary care. *JAMA*, 15, pp. 1227-31.
- Grau-Lopez, L., Roncero, C., Gonzalvo, B., Fuste, G., Barral, C. and Alvarós, J., 2010. Relapse related factors in drug dependent patients after detoxification process in an inpatient unit. *European Psychiatry*, 25, p.1654.
- Green Stein, R.A., 1996. Alternative pharmacotherapy for opiate addiction. In: JH.Lowinson,ed. *Substance abuse: a comprehensive textbook*. 3rd ed. *Baltimore, Williams and Wilkins*, pp. 120-4.
- Jackson, R., Wernicke, R. and Haaga, D.A.F., 2003. Hope as a predictor of entering substance abuse treatment. *Addictive Behaviors*, 28(1), pp. 13-28.
- Kaldi, A.R., 2003. Review internal and external control of resources in back to addiction at Camp occupational therapy Zanzan. *Journal of Social Welfare*, 3(9), pp. 331-307 [In Persian].
- Karami, Gh.R., 2009. The causes of Addiction Relapse and related factors in veterans referred to Hospitals under contract to the Veterans Foundation.

- Journal of Veteran Medicine*, 2(8), pp. 40-44 [In Persian].
- Marlatt, G.A. and Gordon, J.R., 1994. *Relapse Prevention: Theoretical Rational and Overview of The Model, A Self Control Strategy In The Maintenance of Behavior Change*. Guilford Press, New York, pp. 347-58.
- Mohseni, Sh. and Rimaz, Sh., 2009. *Investigating the factors influencing on drug abuse relapse in addicts referred to two recovery centers Tavalud Dubare and Rahi Be suye nur in Tehran*. MS. Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran, p.30 [In Persian].
- Musanezhad, A., 1999. *Factors affecting the tendency of male adolescents and young prisoners Isfahan*. MS. Faculty of Social Sciences, University of Isfahan, p. 48 [In Persian].
- Myers, M.G. and Sandra, A., 1997. Cigarette smoking four years following treatment for Substance Abuse. *Journal of Child and Adolescent Substance Abuse*, 7, pp. 1-15.
- Narimani, M. and Sadegiye Ahari, S., 2004. *Recurred addiction and ways to deal with it*. 1st Ed, Department of Culture and Islamic Guidance, Ardabil [In Persian].
- Nastyzayy, N., 2010. Factors affecting relapse in drug addicts referred to addiction treatment centers in Zahedan. *Journal of Nursing and Midwifery Faculty, Urmia University*, 8(3), pp. 174 -169 [In Persian].
- Niknam, M., 2003. Smoking has adverse effects in the treatment of addiction. *Journal of Addiction Research*, 2(5), pp. 191 -167 [In Persian].
- Rahimi Movaghar, A., 2003. Review status and patterns of drug addiction in the country. *Journal of Addiction Research*, 3, pp. 61-45.
- Sadegiye Ahari, S., Azami, A., Barak, M., Amani, F. and Firuz, S., 2004. Reviewing the causes of recurred addiction in patients who referred to centers introduced of Tehran welfare. *Journal of Medical Sciences Ardabil*, 3(4), pp. 36-40 [In Persian].
- Saunders, B. and Allsop, B., 1987. Relapse: A psychological perspective. *Br J Addict*, 82, pp. 417-29.
- Seraji, A., Momeni, H. and Salehi, A., 2010. The investigation of factors affecting dependence on narcotics and reappearance of drug usage in narcotics anonymous population in Khomein(2009). *AMUJ*, 13(3), pp.68-75 [In Persian].
- Solati Dehkordi, K., 2004. Relationship between drug abuse and Dependence on Drugs with mental disorders Family members. *Journal of Shahrekord University of Medical Sciences*, 2, pp. 8-1.
- Tatary, F., Shakeri, J., Nasiri, A., Qilich, L. and Abdoli, Gh., 2006. Relapse rates with naltrexone maintenance therapy in opioid-dependent individuals, referred to the center medical -Rehabilitation Kermanshah (2002-2003). *Journal of Medical Sciences Kermanshah*, 10(3), pp. 338 [In Persian].
- Wright, F.D., Beck, A.T., Newman, C.F. and Liese, B.S., 1993. Cognitive therapy for substance abuse: Theoretical rationale. *NIDA Research Monograph*, 137, pp. 123-147.
- Xie, H., McHugo, G.J., Fox, M.B. and Drake, R.E., 2005. Special section on relapse prevention: Substance abuse relapse in a ten-year prospective follow-up of clients with mental and substance use disorders. *Psychiatric services*, 56(10), pp.1282-7.

## Case - control study of factors influencing on drug abuse relapse in addicts referred to two recovery centers in Tehran

*Rimaz S., PhD.* Associate Professor, Department of Epidemiology and Biostatistics, School of Public Health, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran

*Mohseni, S., MSc.* Student, Department of Epidemiology and Biostatistics, School of Public Health, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran

*Merghati Khoei, E., Ph.D.* Assistant Professor, Department of Health Education and Promotion, School of Public Health, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran

*Dastoorpour, M., MSc.* Student, Department of Epidemiology and Biostatistics, School of Public Health, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran -Corresponding author: mdastoorpour@yahoo.com

*Akbari, F., BSc.* Department of Epidemiology and Biostatistics, School of Public Health, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran

Received: May 9, 2012

Accepted: Aug 4, 2012

### ABSTRACT

**Background and objectives:** Relapse after treatment is a common problem among drug addicts in addiction control and prevention programs. About 80% of the addicts relapse into drug abuse within 6 months after treatment. The purpose of this study was to determine factors associated with drug abuse relapse in patients consulting two selected addiction treatment centers in Tehran.

**Material and Methods:** In this case-control study, 160 relapsed patients were compared with 160 abstentious patients. A researcher-developed questionnaire was used to collect data. Chi-square test, odds ratio (OR) and logistic regression were performed for data analysis.

**Results:** The findings showed that factors increasing rate of relapse were smoking after relapse (OR=7.14, CI=3.855-13.244), substance-related cues (OR=6.76, CI= 3.915-11.678), interaction with addict peers (OR=6.38, CI=3.921-10398), malaise (OR=3.93, CI=2.446-6.305), and family conflict (OR=2.04, CI=1.227-3.385). Opium- and dross-addicts were found to be less likely to have a relapse than crack- or pot- users (OR= 0.208, CI=0.128- 0.336).

**Conclusion:** The findings of this study reveal that relapse into drug abuse is significantly associated with personal, social, psychological and medical variables. It is recommended to integrate family counseling and therapeutic approaches, constant monitoring, and health care in treatment plans in order to reduce the adverse effects of factors such as family conflicts, peer pressure and drug-related cues in patients' likelihood of relapse.

**Key words:** Drug abuse relapse, Drug abuse recovery centers, Case-control