

عوامل در پیوند با بازگشت به مصرف مواد در مراجعان به مرکز درمان سوء مصرف مواد

*دکتراله عبدالهی (MD)^۱ - دکترهانیه رفعتی (MD)^۲

^۱نویسنده مسئول: گروه روانپزشکی، مرکز تحقیقات علوم رفتاری، شناختی و اعتیاد کاوش، بیمارستان شفا، دانشگاه علوم پزشکی گیلان، رشت، ایران

پست الکترونیک: eabdollahi@rocketmail.com

تاریخ دریافت مقاله: ۹۷/۱۱/۱۵ تاریخ ارسال جهت اصلاح: ۹۸/۰۱/۲۶ تاریخ پذیرش: ۹۸/۰۲/۲۵

چکیده

مقدمه: سوء مصرف کنندگان مواد پس از سم‌زدایی و ورود به درمان‌های توانبخشی، در مدت کوتاهی، دوباره به مصرف مواد می‌پردازند.

هدف: تعیین عوامل مرتبط با عود اختلال مصرف مواد در بیماران مراجعه‌کننده به مرکز درمان سوء مصرف مواد.

مواد و روش‌ها: این مطالعه از نوع مقطعی و با انتخاب گروه شاهد بود. جامعه مورد بررسی، افراد مراجعه‌کننده به مرکز درمان سوء مصرف مواد بیمارستان شفا رشت در سال ۹۵-۹۶ بود. ۸۲ نفر (۴۱ مورد و ۴۱ شاهد) به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند و پرسشنامه‌های محقق ساخته دربرگیرنده داده‌های دموگرافیک و عوامل مرتبط با عود سوء مصرف مواد از دیدگاه خود فرد بود و همچنین، پرسشنامه سلامت عمومی ۲۸ سوالی را تکمیل کردند. داده‌ها با نرم‌افزار SPSS-22 واکاوی شد.

نتایج: بین عود مصرف با نوع شغل ($p=0/031$)، درآمد پایین ($p=0/036$)، نوع ماده مصرفی مانند شیره تریاک ($p=0/020$)، حبشش ($p<0/001$) و شیشه ($p=0/008$) ارتباط معنی‌دار وجود داشت. بین مصرف‌کنندگان به شیوه خوراکی شانس عود به میزان چشمگیری کمتر از دیگران بود ($p=0/026$). نمره کل سلامت روان با عود اختلال مصرف مواد رابطه معنی‌دار داشت و یک واحد کاهش نمره سلامت روان شانس عود اختلال مصرف مواد را ۱/۰۵ برابر افزایش می‌داد. از زیرمؤلفه‌های سلامت روان، بعد اجتماعی رابطه معنی‌دار با عود مصرف مواد داشته‌است.

نتیجه‌گیری: عوامل متعدد اقتصادی، فردی، خانوادگی، اجتماعی و روانی پیش‌بینی‌کننده بازگشت به مصرف مواد هستند.

کلید واژه‌ها: اعتیاد به مواد مخدر / متادون / نتیجه درمان

مجله دانشگاه علوم پزشکی گیلان، دوره ۲۸ شماره ۳ (پیاپی ۱۱۱)، صفحات: ۶۵-۷۷

مقدمه

وجود این که پژوهش زیادی درباره دشواری‌های افراد مرخص شده از مراکز ترک اعتیاد وجود ندارد، اما نتایج پژوهش پترووا و همکاران (۴) نشان داد که بسیاری از مشکلات فردی افراد وابسته به مواد که در طی برخی برنامه‌های درمانی چاره می‌شود (مانند نگرش ضعیف نسبت به قوانین و هنجارها، روابط خانوادگی ضعیف، پرخاشگری زیاد و خودباوری پایین)، گمانه پایداری درمان را افزایش داده و میزان عود مصرف مواد را کاهش می‌دهد. با همه تلاش‌هایی که در زمینه ترک اعتیاد صورت می‌گیرد، آمار عود مصرف مواد بسیار نگران‌کننده است. کورین به نقل از آرمور می‌نویسد عود مصرف مواد، بازگشت بیمار به تراز پیش از درمان است. وی به این نتیجه رسید که در یک سال نخست درمان بیش از پنجاه درصد بیماران عود مصرف مواد را تجربه می‌کنند و اگر مصرف یک بار مواد را پس از درمان در نظر بگیریم این میزان بیش از نود درصد خواهد بود (۶). مطالعات براون نشان می‌دهد فقط ۱۳ درصد مصرف‌کنندگان مواد پس از درمان، توان قطع مصرف را به مدت شش سال ادامه می‌دهند (۷)

اعتیاد یک بیماری زیست‌شناختی، روانشناختی و اجتماعی است و عوامل متعددی در سبب‌شناسی سوء مصرف و اعتیاد مؤثرند که در تعامل با یکدیگر به مصرف و سپس اعتیاد به مواد می‌انجامد (۱). عود اعتیاد به مواد، غیرمعمول نیست. عود به معنی انهدام یا تداخل با رفتارهای اعتیادآور پیشین بیمار پس از سم‌زدایی به دلیل علل روانشناختی و سایر عوامل مرتبط است (۲). بررسی‌های قبلی نشان داده که عوامل گوناگونی مانند افسردگی، پریشانی، خلق بالا، فشار اجتماعی، رخدادهای ناگوار زندگی، استرس کار، درگیری‌های زناشویی، اختلال در کارکرد خانوادگی و خلق منفی، نبود پشتیبانی اجتماعی با عود مصرف ارتباط دارد (۳).

مساله مهم امروز در زمینه اعتیاد به مواد مخدر از یک سو تعداد زیاد افراد نیازمند به درمان و از سوی دیگر، فراوانی مشکلات آنان در ابعاد مختلف (به ویژه در پهنه‌های اجتماعی و روانشناختی) (۴) و در نتیجه شیوع عود مصرف مواد در کسانی است که اعتیاد مزمن دارند (۵). مشکلات در ابعاد گوناگون می‌تواند بر عود مصرف مواد تأثیر داشته باشد با

مواد و اهمیت شناخت عوامل موثر بر آن در ایجاد سیاست‌گذاری‌های کلان و بنیادی برای پیشگیری از این امر، بر آن شدیم تا عوامل مرتبط با عود در بیماران مراجعه‌کننده به مرکز درمان سوء مصرف مواد بیمارستان شفاى رشت را بررسی کنیم.

مواد و روش‌ها

این مطالعه، مطالعه‌ای مقطعی با انتخاب گروه شاهد بود که با هدف بررسی عوامل مرتبط با عود اختلال مصرف مواد انجام شد. افراد نمونه پس از فرامود هدف‌های طرح و گرفتن رضایت‌نامه وارد طرح شدند. جامعه آماری دربرگیرنده همه مراجعه‌کنندگان به مرکز درمان سوء مصرف مواد بیمارستان شفاى رشت در سال ۹۵-۹۶ بود که ۸۲ نفر (گروه مورد ۴۱ نفر و گروه شاهد ۴۱ نفر) به روش نمونه‌گیری دردسترس انتخاب شدند. سنجه‌های ورود به گروه مورد شامل: افراد با ملاک عود اختلال مصرف مواد در ۶ ماه گذشته و پس از دست کم سه ماه از بهبود نسبی (فرد پیش از آن ملاک‌های مصرف مواد را داشته و هم‌اکنون حداقل سه ماه و کمتر از ۱۲ ماه هیچ یک از ملاک‌های مصرف مواد را نداشته باشد) بود. معیارهای ورود به گروه شاهد شامل: افرادی که دوره درمان را با کامیابی طی کرده و در هنگام مطالعه حداقل یک سال ملاک‌های اختلال مصرف مواد را نداشتند (بهبود پایدار)، بود. معیارهای خروج از مطالعه شامل: واپس‌ماندگی ذهنی، نداشتن تمایل به ادامه طرح، اختلال روانی یا شناختی در باشد که بازدارنده پاسخگویی به پرسش‌ها باشد.

ابزار گردآوری اطلاعات، گفتگو با بیمار و همراهان آگاه، مدارک پزشکی موجود در پرونده بیمار شامل ویزیت و ارزیابی‌های پزشکی و روانشناسی پیشین و آزمون‌های ادواری که همراه دوبار به صورت راندوم با بازه‌های نامشخص انجام می‌شد و یک آزمون در روز مصاحبه و سه پرسشنامه بود:

۱- پرسشنامه دموگرافی: پرسشنامه اطلاعات دموگرافی شامل سن، تحصیلات، شغل، تاهل، سکونت، درآمد، مدت و نوع ماده مصرفی، ابتلا و شیوه مصرف ماده بود.

۲- پرسشنامه محقق ساخته: برپایه اطلاعات بدست آمده و مطالعه کتاب‌ها، گاهنامه‌ها و نوشتار علمی-پژوهشی و

عوامل مرتبط با عود مصرف مواد را در حالت کلی می‌توان به دو دسته عوامل مرتبط با انگیزش درونی یا عوامل درون فردی (مانند حالت‌های خلقی یا شناختی) و عوامل میان فردی یا بیرونی (مانند در دسترس بودن و نشانه‌های مرتبط با مواد و ارتباط با دوستان مصرف کننده مواد) رده‌بندی کرد (۸).

پس از مرخصی از مراکز ترک، فرد با عوامل گوناگون روبرو می‌شود که او را پس از یک دوره به سوی مصرف دوباره مواد می‌راند؛ که این امر برپایه عوامل زیادی مانند وضعیت اقتصادی-اجتماعی، وضعیت خانواده، تماس با آشنایان و دیگر عوامل رخ می‌دهد (۹). هم‌اکنون در ایران آمار ریزبینانه از این که چند درصد بهبود یافتگان به مصرف دوباره مواد می‌آوردند در دست نیست اما افزایش آمار مبتلایان به سوء مصرف مواد در کشور می‌تواند بیانگر این مساله باشد که روش‌های درمانی انجام شده مؤثر یا فراگیر نبوده است (۱۰).

سینها در مطالعه‌ای نشان داد عوامل بالینی و عوامل مربوط به بیمار و عوامل روانشناختی و رفتاری مانند نشانه‌های افسردگی، استرس و اشتیاق به مواد، همگی خطر عود آینده را پیش‌بینی می‌کنند. از عوامل بیولوژی، عوامل اندوکراین همچون سطح کورتیزول و نسبت کورتیزول به کورتیکوتروپین منشا گرفته از مغز، همچنین، پیش‌بینی‌کننده خطر عود در آینده بودند (۱۱).

دومینو و همکاران در مطالعه‌ای عوامل مرتبط با عود را بررسی کردند. ۲۵ درصد افراد نمونه (۷۴ نفر از ۲۹۲ نفر) دست کم یک بار عود را تجربه کرده بودند. پیشینه خانوادگی مثبت اختلال مصرف مواد و مصرف یک اویپوئید، خطر عود را به طور چشمگیر افزایش می‌داد ولی نبود اختلال روانپزشکی همراه، تاثیری در عود نداشت. وجود هر سه عامل (مصرف اویپوئید مازور، دو تشخیص همزمان و سابقه خانوادگی) به طور روشن خطر عود را افزایش می‌داد (۱۲).

برپایه یافته پژوهش‌های انجام شده، شناسایی عوامل روانشناختی پشتکار و برنامه‌ریزی در جهت توانبخشی یا تعدیل آنها تأثیر شگرفی در ارتقای سلامت جامعه دارد. هزینه‌های اقتصادی، مرگ و میر، خودکشی، بزه سنگین و ازدواج‌های ناکام به نوعی مربوط به مصرف و گرایش به مواد اعتیادآور است (۱۳). با توجه به میزان بالای عود سوء مصرف

نتایج

در مطالعه ما از ۸۲ نفری که در این مطالعه شرکت کرده‌اند، ۸۱ نفر یا ۹۸/۸ درصد مرد و تنها ۱ نفر یا ۱/۲ درصد زن بوده‌اند. ۷۰ نفر معادل ۸۵/۵ درصد، در شهر و ۱۲ نفر معادل ۱۴/۶ درصد، در روستا زندگی می‌کردند. میانگین و انحراف معیار سن شرکت‌کنندگان در این مطالعه به ترتیب ۴۳/۹۹ و ۱۱/۹۰ ساله بود. جدول شماره ۱ نشانگر توزیع فراوانی و درصد سنی پاسخگویان است. چنانچه دیده می‌شود، بیشترین فراوانی در گروه سنی ۳۰ تا ۴۰ سال با ۲۸ نفر معادل ۳۴/۱ درصد بوده است. پس از آن در گروه‌های سنی ۴۰-۵۰ ساله و ۵۰-۶۰ ساله فراوانی‌ها برابر و معادل ۲۲ درصد و در گروه سنی بالای ۶۰ ساله فراوانی ۱۱ نفر معادل ۱۳/۴ درصد بوده است. کمترین فراوانی معادل ۷ نفر (۸/۵ درصد) متعلق به گروه با سن کمتر از ۳۰ سالگی بوده است. با توجه به این که عود اختلال مصرف مواد متغیر کیفی دو حالت است برای سنجش آثار متغیرهای پیوسته مانند سن و درآمد، از الگوی لجستیک استفاده شد. نتایج این مدل نشان می‌دهد که بین سن و عود اختلال مصرف مواد با سطح معنی‌داری ۰/۱۶۲ رابطه معنی‌دار وجود نداشت. مقدار نسبت شانس ۰/۹۷۴ با فاصله اطمینان (۱/۰۱۱ و ۰/۹۳۸) گزارش شد. سطح معنی‌داری آزمون کای دو (۰/۲۱۱) نشان می‌دهد بین محل سکونت و عود اختلال مصرف مواد رابطه معنی‌دار وجود نداشت. بین تاهل و عود اختلال مصرف مواد با سطح معنی‌داری ۰/۱۳۵ ارتباط معنی‌دار وجود نداشت با این حال فراوانی افراد مجرد یا جدا شده در افرادی که عود داشتند نسبت به کسانی که عود نداشتند، بیشتر بوده است.

نتایج آزمون کای دو حاکی از آن است که با سطح معنی‌داری ۰/۵۲۰ بین تحصیلات و عود اختلال مصرف مواد ارتباط معنی‌دار وجود نداشت. درصدهای فراوانی حاکی از آن است که بعد خانوار افرادی که عود داشتند بیشتر بوده است. هر چند این ارتباط از نظر آماری معنی‌دار نبود (سطح معنی‌داری ۰/۲۹۹).

پرسشنامه همانندی که با رایانامه توسط نویسنده یکی از مقالات مشابه برای محقق فرستاده شده و روایی و پایایی آن مشخص شده بود (۱۴) تهیه شده است و پس از آن برای تعیین روایی یا اعتبار، پرسشنامه در اختیار استاد راهنما، استاد مشاور و پنج نفر از متخصصان امر قرار گرفت که پس از بازسازی لازم پذیرفته و برای تعیین پایایی یا توان اطمینان پرسشنامه روش test-retest بکار رفت به این صورت که ده پرسشنامه به هر یک از گروه‌های مورد و شاهد داده و اطلاعات گردآوری شد ۲ هفته پس از آن همین کار تکرار و ضریب همبستگی بین آزمون اول و دوم ۰/۷۲ محاسبه شد. این اطلاعات شامل اطلاعات فردی مانند سن، جنس، تاهل، سواد، بعد خانوار، وضعیت مسکن، نوع ماده مصرفی و تعداد دفعات ترک و جز آن و نیز عوامل مرتبط با بازگشت به سوءمصرف مواد از دیدگاه خود فرد به صورت مقیاس لیکرت (۱: خیلی کم، ۲: کم، ۳: متوسط، ۴: زیاد، ۵: خیلی زیاد) بود.

۳- پرسشنامه GHQ-28 (General Health Questionnaire): فرم ۲۸ سوالی پرسشنامه سلامت عمومی (GHQ28) توسط گلدبرگ و هیلر در سال ۱۹۷۹ گردآوری و پرسش‌های آن بر پایه روش تحلیل عاملی فرم ۶۰ سوالی اولیه برون آوری شد که در برگیرنده ۴ خرده مقیاس نشانه‌های جسمانی، دل‌و‌پس و آشفتگی خواب، نابسامانی در کارکرد اجتماعی و افسردگی شدید بود و ۱۰ مشکل روان شناختی را در بر می‌گرفت (۱۵). برپایه بررسی‌های صورت گرفته، اعتباریابی پرسشنامه ۲۸ سوالی سلامت عمومی در ایران تاکنون توسط پالاهنگ، نصر و شاه محمدی در سال ۱۹۹۶، نجفی، صولتی، دهکردی و فروزبخش در سال ۲۰۰۰ و نوربالا و همکاران در سال ۱۹۹۹ انجام شده است (۱۶). روش نمره‌گذاری این پرسشنامه برپایه طیف لیکرت است به این صورت که به اصلا، نمره صفر، در حد معمول ۱، بیش از معمول ۲ و خیلی بیش از معمول نمره ۳ تعلق می‌گیرد. در هر مقیاس از نمره ۶ و روی هم‌رفته از نمره ۲۲ به بالا بیانگر علایم مرضی است. تقوی، پایایی پرسشنامه سلامت عمومی را بر اساس سه روش بازآزمایی، تصفی و آلفای کرونباخ بررسی کرد که به ترتیب ضرایب پایایی ۰/۷۰، ۰/۹۳ و ۰/۹۰ را بدست آورد (۲۲).

جدول ۱. عوامل دموگرافی با عود اختلال مصرف مواد

متغیرها	فراوانی(درصد)	عود داشته‌اند	عود نداشته‌اند	سطح معنی‌داری
سن (سال)	کمتر از ۳۰	-	-	-
	۳۰-۴۰	-	-	-
	۴۰-۵۰	۱۸ (۲۲/۰)	-	۰/۱۶۲
	بیشتر از ۶۰	۱۱ (۱۳/۴)	-	-
محل سکونت	شهر	۳۳ (۸۰/۵)	۳۷ (۹۰/۲)	۰/۲۱۱
	مجرد	۳۲/۹ (۲۷)	۱۲ (۲۹/۳)	-
وضعیت تأهل	متأهل	۴۹ (۵۹/۸)	۲۸ (۶۸/۳)	۰/۱۳۵
	جدا شده	۶ (۷/۳)	۱ (۲/۴)	-
میزان تحصیلات	ابتدایی (یا بیسواد)	۱۸ (۲۲)	۷ (۱۷/۱)	-
	راهنمایی	۳۲ (۳۹/۰)	۱۵ (۳۶/۶)	۰/۵۲۰
	دیپلم	۲۱ (۲۵/۶)	۱۲ (۲۹/۳)	-
	بالای دیپلم	۱۱ (۱۳/۴)	۷ (۱۷/۱)	-
بعد خانوار (نفر)	۱	۳/۷ (۳/۷)	۱ (۲/۴)	-
	۲	۱۴ (۱۷/۰)	۷ (۱۷/۵)	-
	۳	۲۶ (۳۱/۷)	۹ (۲۲/۰)	۰/۲۹۹
	۴	۲۰ (۲۴/۴)	۱۲ (۲۹/۳)	-
	۵	۱۳ (۱۵/۹)	۸ (۱۹/۵)	-
شغل	۶≤	۶ (۷/۳)	۴ (۹/۸)	-
	کارگر	۹ (۱۶/۱)	۷ (۲۵/۹)	-
	بازنشسته	۴ (۷/۱)	۰ (۰/۰)	۰/۰۳۱
	دولتی	۰ (۰/۰)	۰ (۰/۰)	-
وضعیت مسکن	سایر	۴۳ (۷۶/۸)	۲۰ (۷۴/۱)	-
	شخصی	۳۸ (۴۶/۳)	۱۵ (۳۶/۶)	۰/۱۹۵
درآمد (تومان)	کمتر از ۱ میلیون	۳۸ (۳۰/۱۵)	۲۶ (۸۶/۷)	۰/۰۳۶
	بیشتر از ۱ میلیون	۲۵ (۱۹/۸۵)	۴ (۱۳/۳)	-

مواد ۰/۳۶۶ برابر شده‌است. کوچک‌تر بودن نسبت شانس نشان‌دهنده رابطه وارونه بین افزایش درآمد و عود اختلال مصرف مواد و سطح معنی‌داری آزمون کای دو با مقدار ۰/۰۳۶ حاکی از معنی‌داری این آزمون است.

در این مطالعه میانه مدت مصرف مواد ۱۱/۵ سال با بازه میان چارکی ۱۴/۲۵ سالگی بود. با توجه به این که مدت مصرف متغیری پیوسته است، برای تعیین ارتباط آن با عود اختلال مصرف مواد از مدل لجستیک استفاده شد. نتایج این مدل نشان می‌دهد که این رابطه معنی‌دار نیست و این بدان معناست که مدت مصرف مواد از دید آماری تأثیری بر عود اختلال

در آزمون کای دو سطح معنی‌داری سنجش رابطه بین پیشه‌وری و عود اختلال مصرف مواد ۰/۸۱۰ گزارش شده‌است، بنابراین ارتباط معنی‌داری بین شاغل بودن و عود اختلال مصرف مواد بدست نیامد. بین نوع شغل و عود اختلال مصرف مواد با سطح معنی‌داری ۰/۰۳۱ ارتباط معنی‌دار وجود داشت به طوری که بین افرادی که عود داشتند تعداد کارگران بیشتر بود و هیچ یک از آنها بازنشسته نبوده‌اند، اما ۱۳/۸ درصد افرادی که عود نداشتند، بازنشسته بوده‌اند. نتایج آزمون لجستیک حاکی از آن است با افزایش هر ۱۰۰ هزار تومان به درآمد شرکت‌کنندگان، شانس عود اختلال مصرف

مصرف شیره تریاک، حشیش و شیشه با عود اختلال مصرف مواد به ترتیب با سطح معنی داری ۰/۰۲۰، ۰/۰۰۰۱ < و ۰/۰۰۸ ارتباط وجود داشت. از روش های مصرف مواد شایع ترین روش مصرف بین شرکت کنندگان روش تدخینی با فراوانی ۶۸ نفر بوده است.

براساس نتایج بین روش مصرف خوراکی و نبود عود اختلال مصرف مواد با سطح معنی داری ۰/۰۲۶ ارتباط معنی داری وجود داشت به گونه ای که از ۳۶ نفری که روش مصرف خوراکی داشتند، ۲۳ نفر با درصد فراوانی ۶۳/۹ درصد عود نداشتند.

مصرف مواد نداشته است. این در حالی است که میانه در گروه عود داشته ۱۲ سال با فاصله میان چارکی ۱۲ سال و در گروه عود نداشته کمتر و برابر ۱۰ سال با فاصله میان چارکی ۱۵ سال بوده است. از همه شرکت کنندگان در مطالعه، درصد مصرف کنندگان تریاک ۸۰/۵ درصد (۶۶ نفر)، هروئین ۳۸ درصد (۳۱ نفر)، حشیش ۲۹ درصد (۲۹ نفر)، شیره تریاک ۲۸ درصد (۲۸ نفر)، شیشه ۲۵ درصد (۲۵ نفر)، کراک ۱۴ درصد (۱۴ نفر)، الکل ۱۲ درصد (۱۲ نفر)، قرص آرامبخش ۷ درصد (۷ نفر) و ترامادول ۴ درصد (۴ نفر) بوده است. هیچ یک از شرکت کنندگان در این مطالعه کوکائین و اکستازی مصرف نمی کردند. نتایج آزمون کای دو حاکی از آن است که بین

جدول ۲. متغیرهای کمی و کیفی مرتبط با عود مصرف مواد

متغیرهای کیفی	جمع کل فراوانی (درصد)	عود داشته اند فراوانی (درصد)	عود نداشته اند فراوانی (درصد)	سطح معنی داری
مدت مصرف (سال)	۲ >	۱ (۱/۲)	۰ (۰/۰)	۱ (۲/۴)
	۵-۲	۱۰ (۱۲/۲)	۶ (۱۴/۶)	۴ (۹/۸)
	< ۵	۷۱ (۸۶/۶)	۳۵ (۸۵/۴)	۳۶ (۸۷/۸)
نوع ماده مصرفی	اپودها	۸۲ (۱۰۰)	۳۹ (۴۷/۲۳)	۴۳ (۳۴/۷۷)
	محرکها	۲۵ (۳۰)	۱۸ (۷۲/۰)	۷ (۲۸/۰)
	حشیش	۲۹ (۲۹)	۲۳ (۷۹/۳)	۶ (۲۰/۷)
	الکل	۱۲ (۱۲)	۷ (۵۸/۳)	۵ (۴۱/۷)
نحوه مصرف	تدخینی	۶۸ (۸۳)	۳۷ (۵۴/۴)	۳۱ (۴۵/۶)
	خوراکی	۳۶ (۴۴)	۱۳ (۳۶/۱)	۲۳ (۶۳/۹)
	تزریقی	۱۴ (۱۷)	۷ (۵۰/۰)	۷ (۵۰/۰)
	استنشاقی	۸۰ (۱۹/۵)	۹ (۵۶/۲)	۷ (۴۳/۸)
دفعات اقدام به ترک	یک دفعه	۳۱ (۳۷/۸)	۱۶ (۳۹/۰)	۱۵ (۳۶/۶)
	بیشتر از یک دفعه	۵۱ (۶۲/۲)	۲۵ (۶۱/۰)	۲۶ (۶۳/۴)
متغیرهای کمی	میانگین ± انحراف معیار	میانگین ± انحراف معیار	میانگین ± انحراف معیار	سطح معنی داری
دوز متادون	۹۹/۸۸ ± ۳۸/۷۱	۹۷/۱۷ ± ۴۲/۷۲	۱۰۱/۵۹ ± ۳۴/۶۸	۰/۶۸۸
مدت مصرف متادون	۵۸/۳۶ ± ۴۸/۱۶	۵۵/۱۷ ± ۴۷/۴۱	۶۹/۲۵ ± ۵۱/۲۵	۰/۳۷۲
سلامت روان	میانه (فاصله میان چارکی)	میانه (فاصله میان چارکی)	میانه (فاصله میان چارکی)	سطح معنی داری
جسمی	۳ (۶)	۳ (۴/۵۰)	۵ (۵)	۰/۳۲۶
اضطراب و بی خوابی	۵ (۵/۲۵)	۴ (۶/۵۰)	۵ (۴)	۰/۱۵۱
اجتماعی	۶ (۷)	۵ (۵/۷۵)	۷ (۳/۵)	۰/۰۱۷
افسردگی	۰ (۵)	۰ (۱/۰۰)	۲ (۷)	۰/۱۰۸
GHQ	۱۶ (۱۹)	۱۰ (۱۷/۷۵)	۲۱ (۱۶)	۰/۰۱۸

*t-test

چون دوز متادون مصرفی متغیری پیوسته و دارای توزیع نرمال (سطح معنی داری آزمون شاپیرو - ویلکس ۰/۳۷۴) است،

میانگین دوز متادون مصرفی در ۸۲ نفر شرکت کننده در این مطالعه ۹۹/۸۸ میلی گرم با انحراف معیار ۳۸/۷۱ بوده است.

۴. در دسترس بودن مواد مخدر با درصد فراوانی ۴۷/۶
۵. وجود فرد معتاد دیگر در خانواده و آندوهگینی با درصد فراوانی ۴۲/۷
۶. عصبی بودن با درصد فراوانی ۴۱/۵
۷. ستیزه‌گری خانوادگی با درصد فراوانی ۳۷/۸
۸. درد بدن با درصد فراوانی ۱۷/۱
۹. بی‌خوابی با درصد فراوانی ۱۵/۸
۱۰. اسهال و دل‌پیچه با درصد فراوانی ۶/۱
۱۱. اختلال در روابط جنسی با درصد فراوانی صفر
- از دیدگاه شرکت‌کنندگان بین بیکاری و عود اختلال مصرف مواد با سطح معنی‌داری ۰/۰۰۴، مشاجرات خانوادگی و عود اختلال مصرف مواد با سطح معنی‌داری ۰/۰۵۸، بی‌خوابی و اختلال عود مصرف مواد با سطح معنی‌داری ۰/۰۱۰، میل ناخودآگاه ذهنی و عود اختلال مصرف مواد با سطح معنی‌داری ۰/۰۳۶، اختلال در روابط جنسی و اختلال عود مصرف مواد با سطح معنی‌داری ۰/۰۳۳، وجود فرد معتاد دیگر در خانواده و عود اختلال مصرف مواد با سطح معنی‌داری ۰/۰۳۵، آندوهگینی و عود اختلال مصرف مواد با سطح معنی‌داری ۰/۰۰۰۱، عصبی بودن و عود اختلال مصرف مواد با سطح معنی‌داری ۰/۰۰۰۱ ارتباط معنی‌داری وجود داشت.

برای سنجش ارتباطش با عود اختلال مصرف مواد از مدل لجستیک استفاده شد. نتایج این مدل نشان می‌دهد سطح معنی‌داری ۰/۶۸۸ بوده و بین این دو متغیر رابطه معنی‌داری به لحاظ آماری وجود نداشته‌است ولی میانگین دوز متادون مصرفی با مقدار ۹۸/۱۷ در افرادی که عود داشته‌اند کمتر از عود نداشته‌ها با مقدار ۱۰۱/۵۹ و میانگین نمره سلامت روان ۱۸/۶۹ بوده‌است. در زیر مؤلفه‌ها بیشترین میانگین مربوط به بعد اجتماعی با مقدار ۶/۶۰ بود. چون بیشتر بودن نمره نشان‌دهنده بدتر بودن وضعیت سلامتی است، مراجعه‌کنندگان در این مطالعه به لحاظ سلامت اجتماعی نسبت به دیگر ابعاد، در وضعیت بدتری به سر می‌برده‌اند. سطوح معنی‌داری نشان می‌دهد که نمره کل سلامت روان با عود اختلال مصرف مواد رابطه معنی‌دار داشته‌است. از زیر مؤلفه‌های سلامت روان تنها بعد اجتماعی با سطح معنی‌داری ۰/۰۱۷ رابطه معنی‌دار با عود اختلال مصرف مواد داشته‌است.

نتایج بررسی عوامل مرتبط با عود سوء مصرف مواد از دیدگاه پاسخگویان به صورت زیر بود:

۱. بیکاری با درصد فراوانی ۶۷/۱
۲. میل ناخودآگاه ذهنی با درصد فراوانی ۶۲/۲
۳. رفت و آمد با دوست معتاد با درصد فراوانی ۵۴/۹

جدول ۳. توزیع فراوانی و درصد فراوانی عوامل در پاسخگویان

سطح معنی‌داری	خیلی زیاد	زیاد	متوسط	کم	خیلی کم		
۰/۰۰۴						بیکاری	
	۲۳ (۵۶/۰۹)	۱۱ (۲۶/۸۲)	۰ (۰/۰)	۱ (۲/۴۳)	۶ (۱۴/۶۳)	عود نداشته‌اند	فراوانی (درصد)
	۱۶ (۳۹/۰۲)	۵ (۱۲/۱۹)	۹ (۲۱/۹۵)	۵ (۱۲/۱۹)	۶ (۱۴/۶۳)	عود داشته‌اند	فراوانی (درصد)
۰/۰۵۸						مشاجرات خانوادگی	
	۱۲ (۲۹/۲۶)	۸ (۱۹/۵۱)	۷ (۱۷/۰۷)	۳ (۷/۳۱)	۱۱ (۲۶/۸۲)	عود نداشته‌اند	فراوانی (درصد)
	۴ (۹/۷۵)	۷ (۱۷/۰۷)	۱۴ (۳۴/۱۴)	۸ (۱۹/۵۱)	۸ (۱۹/۵۱)	عود داشته‌اند	فراوانی (درصد)
۰/۲۳۵						درد بدن	
	۸ (۱۹/۵۱)	۲ (۴/۸۷)	۹ (۲۱/۹۵)	۴ (۹/۷۵)	۱۸ (۴۳/۹۰)	عود نداشته‌اند	فراوانی (درصد)
	۲ (۴/۸۷)	۲ (۴/۸۷)	۹ (۲۱/۹۵)	۹ (۲۱/۹۵)	۱۹ (۴۶/۳۴)	عود داشته‌اند	فراوانی (درصد)
۰/۰۱۰						بی‌خوابی	
	۵ (۱۲/۱۹)	۴ (۹/۷۵)	۸ (۱۹/۵۱)	۴ (۹/۷۵)	۲۰ (۴۸/۷۸)	عود نداشته‌اند	فراوانی (درصد)
	۱ (۲/۴۳)	۳ (۷/۳۱)	۱۲ (۲۹/۲۶)	۱۵ (۳۶/۵۸)	۱۰ (۲۴/۳۹)	عود داشته‌اند	فراوانی (درصد)
۰/۰۳۶						میل ناخودآگاه ذهنی	
	۱۶ (۳۹/۰۲)	۱۰ (۲۴/۲۹)	۵ (۱۲/۱۹)	۱ (۲/۴۳)	۹ (۲۱/۹۵)	عود نداشته‌اند	فراوانی (درصد)
	۱۰ (۲۴/۲۹)	۱۵ (۳۶/۵۸)	۱۰ (۲۴/۲۹)	۴ (۹/۷۵)	۲ (۴/۸۷)	عود داشته‌اند	فراوانی (درصد)
۰/۱۰۲						اسهال	
	۳ (۷/۳۱)	۲ (۴/۸۷)	۴ (۹/۷۵)	۵ (۱۲/۱۹)	۲۷ (۶۵/۸۵)	عود نداشته‌اند	فراوانی (درصد)
	۰ (۰/۰)	۰ (۰/۰)	۱ (۲/۴۳)	۷ (۱۷/۰۷)	۳۳ (۸۰/۴۸)	عود داشته‌اند	فراوانی (درصد)

سطح معنی داری	خیلی زیاد	زیاد	متوسط	کم	خیلی کم	ادامه جدول	
۰/۰۳۳	(۰/۰)۰	(۰/۰)۰	(۰/۰)۰	۱۶ (۳۹/۰۲)	۲۵ (۶۰/۹۷)	عود نداشته‌اند	فراوانی (درصد)
	(۰/۰)۰	(۰/۰)۰	۶ (۱۴/۶۳)	۱۶ (۳۹/۰۲)	۱۹ (۴۶/۳۴)	عود داشته‌اند	فراوانی (درصد)
۰/۰۳۵						وجود فرد معتاد دیگر	
	۱۷ (۴۱/۴۶)	۷ (۱۷/۰۷)	۵ (۱۲/۱۹)	۵ (۱۲/۱۹)	۷ (۱۷/۰۷)	عود نداشته‌اند	فراوانی (درصد)
	۵ (۱۲/۱۹)	۶ (۱۴/۶۳)	۱۰ (۲۴/۳۹)	۹ (۲۱/۹۵)	۱۱ (۲۶/۸۲)	عود داشته‌اند	فراوانی (درصد)
۰/۱۷۰						معاشرت با دوست معتاد	
	۱۹ (۴۶/۳۴)	۵ (۱۲/۱۹)	۵ (۱۲/۱۹)	۴ (۹/۷۵)	۸ (۱۹/۵۱)	عود نداشته‌اند	فراوانی (درصد)
	۱۰ (۲۴/۳۹)	۱۱ (۲۶/۸۲)	۸ (۱۹/۵۱)	۶ (۱۴/۶۳)	۶ (۱۴/۶۳)	عود داشته‌اند	فراوانی (درصد)
۰/۰۵۷						در دسترس بودن مواد مخدر	
	۱۱ (۲۶/۸۲)	۹ (۲۱/۹۵)	۴ (۹/۷۵)	۷ (۱۷/۰۷)	۱۰ (۲۴/۳۹)	عود نداشته‌اند	فراوانی (درصد)
	۱۴ (۳۴/۱۴)	۵ (۱۲/۱۹)	۱۳ (۳۱/۷۰)	۵ (۱۲/۱۹)	۴ (۹/۷۵)	عود داشته‌اند	فراوانی (درصد)
<۰/۰۰۰۱						عصبی بودن	
	۱۶ (۳۹/۰۲)	۸ (۱۹/۵۱)	۴ (۹/۷۵)	۱ (۲/۴۳)	۱۲ (۲۹/۲۶)	عود نداشته‌اند	فراوانی (درصد)
	۴ (۹/۷۵)	۶ (۱۴/۶۳)	۱۲ (۲۹/۲۶)	۱۱ (۲۶/۸۲)	۸ (۱۹/۵۱)	عود داشته‌اند	فراوانی (درصد)
<۰/۰۰۰۱						اندوه‌گینی	
	۱۵ (۳۶/۵۸)	۸ (۱۹/۵۱)	۴ (۹/۷۵)	۱ (۲/۴۳)	۱۳ (۳۱/۷۰)	عود نداشته‌اند	فراوانی (درصد)
	۳ (۷/۳۱)	۹ (۲۱/۹۵)	۱۱ (۲۶/۸۲)	۱۴ (۳۴/۱۴)	۴ (۹/۷۵)	عود داشته‌اند	فراوانی (درصد)

بحث و نتیجه‌گیری

منزل شخصی داشتند (۲۰). کرمی و همکاران نیز دریافتند که بیشتر شرکت‌کنندگان در مطالعه (۵۳/۳ درصد) افراد دارای منزل شخصی بودند (۲۲).

در مطالعه ما بین مدت مصرف و عود اختلال مصرف مواد ارتباط معنی‌دار وجود نداشت و ۴۷/۶ درصد افراد به مدت کمتر از ۱۰ سال مواد مصرف می‌کردند در مطالعه دین‌محمدی و همکاران، ۶۲/۵ درصد افراد زیر ۱۰ سال پیشینه مصرف مواد داشتند (۲۰). در مطالعه ریماز و همکاران نیز بین این متغیر با عود سوء مصرف مواد رابطه معنی‌دار دیده نشد که با مطالعه ما از این نظر همخوانی دارد (۱۳).

در مطالعه ما اغلب افراد معادل با ۸۰/۵ درصد مصرف قبلی تریاک داشتند و پس از آن به ترتیب هرویین، حشیش، شیره تریاک و شیشه بیشترین فراوانی مصرف را داشت. همچنین، بین نوع ماده مصرفی با عود اختلال مصرف مواد ارتباط معنی‌داری وجود داشت. به طوری که میزان عود در مصرف‌کنندگان شیره، تریاک، حشیش و شیشه به میزان چشمگیری بالاتر بوده‌است. در مطالعه شاطریان و همکاران نیز میزان عود در مصرف‌کنندگان تریاک و شیره، حشیش و قرص بیشتر بود (۲۱). در مطالعه ریماز و همکاران در افراد مصرف‌کننده تریاک و شیره نسبت به کراک و شیشه شانس کمتری برای عود سوء مصرف دیده شد (۱۳). در تمام مطالعات

از همه شرکت‌کنندگان در مطالعه، ۵۹/۸ درصد با بیشترین فراوانی متاهل بودند. همچنین، در مطالعه ما ۶۱ درصد افراد شرکت‌کننده مدرک زیر سیکل داشتند. همسو با نتایج این پژوهش، مطالعات شرق و همکاران (۱۸) و مطالعه یارجهرمی و همکاران (۱۹) بود. در مطالعه دین‌محمدی و همکاران نیز ۷۵/۱ درصد افراد بی سواد و کم سواد بودند (۲۰). در مطالعه ما بین سطح سواد با عود اختلال مصرف مواد رابطه معنی‌دار وجود نداشت که با مطالعه ریماز و همکاران (۱۳) همخوانی داشت. در مطالعه شاطریان و همکاران میزان عود اعتیاد در افراد با تحصیلات ابتدایی نسبت به افراد با تحصیلات دانشگاهی بیشتر بوده‌است (۲۱). تفاوت این نتیجه با مطالعه ما می‌تواند به دلیل نارسایی در استفاده از توانایی‌های فردی مددجویان برای کمک در ترک اعتیاد پایدار باشد.

بین نوع شغل و عود اختلال مصرف مواد ارتباط معنی‌داری وجود داشت به طوری که میزان عود در کارگران بیشتر بوده‌است. در مطالعه شرق و همکاران نیز ۶۶/۷ درصد افراد شغل آزاد داشتند (۱۸). در مطالعه شاطریان و همکاران نیز در گروهی که عود نداشتند، مشاغل آزاد بالاتر بوده‌است (۲۱). در مطالعه ما ۴۶/۳ درصد افراد منزل شخصی داشتند. در مطالعه دین‌محمدی و همکاران نیز بیشتر افراد معادل ۵۷/۳ درصد

ریماز و همکاران همخوانی داشتند (۱۳). در مطالعه طراحی و همکاران نیز سه عامل دسترسی آسان به مواد مخدر، بیکاری و داشتن دوستان معتاد به ترتیب بیشترین تاثیر را در عود اعتیاد داشتند (۵). این می‌تواند حاکی از آن باشد که نداشتن شغل از سویی زمان را برای کژدیسی‌هایمانند مصرف مواد مخدر یا عود این اختلال فراهم می‌کند و از سویی به علت مشکلات اقتصادی، نداشتن رفاه مادی و معنوی را سبب می‌شود که به نوبه خود می‌تواند سبب گرایش یا عود مصرف مواد مخدر شود. در مطالعه ما بین میل ناخودآگاه ذهنی و عود اختلال مصرف مواد ارتباط معنی‌داری وجود داشت. میرزایی و همکاران نیز متوجه شدند که وسوسه مهم‌ترین عامل در بازگشت به اعتیاد از دیدگاه معتادان شرکت‌کننده در مطالعه بوده است (۲۳). در مطالعه یارجه‌رمی نیز دیده شد که وسوسه مهم‌ترین عامل عود اعتیاد از دیدگاه معتادان بوده (۱۹) که با مطالعه ما همخوانی داشته است.

همچنین، در مطالعه ما بین مشاجرات خانوادگی و عود سوء مصرف مواد ارتباط معنی‌داری مشاهده شد که با مطالعه دین‌محمدی و همکاران که در آن مهم‌ترین عامل خانوادگی مرتبط با عود مصرف مواد برای افراد مجرد، نداشتن ارتباط مناسب در خانواده و برای افراد متأهل، نداشتن هم‌اندیشی با همسر بوده است، همخوانی داشت (۲۰). می‌توان گفت بیشتر بودن عود مصرف مواد در افراد با مشاجرات خانوادگی لزوم توجه به مهارت‌های سازگاری را نشان می‌دهد. در مطالعه ما بین اندوه‌گینی و عصبی بودن از دیدگاه فرد با عود اختلال مصرف مواد ارتباط معنی‌داری وجود داشت که دوباره بر لزوم توجه به مسایل روحی روانی این افراد پافشاری می‌کند.

در مطالعه ما بین اسهال و دل‌پیچه و اختلال جنسی با عود اعتیاد ارتباط معنی‌داری وجود نداشت. در مطالعه ریماز و همکاران نیز بین مسایل گوارشی و عود اعتیاد ارتباط معنی‌داری مشاهده نشد (۱۴). همچنین، در مطالعه یارجه‌رمی و همکاران اختلال جنسی به همراه کمبود خودباوری کمترین نقش را در عود اعتیاد داشتند (۱۹) و در مطالعه ریماز و همکاران بین ناتوانی جنسی و عود اعتیاد رابطه معنی‌داری مشاهده نشد (۱۴).

بالا شانس عود بیشتر در مصرف‌کنندگان شیشه مشترک بوده است که نشان می‌دهد این افراد نیاز به توجه و پیگیری ویژه از نظر گمانه عود سوء مصرف دارند.

در مطالعه ما شایع‌ترین روش مصرف، تدخینی بود و همچنین، بیشتر افرادی که عود داشتند از روش تدخینی استفاده می‌کردند و در مصرف‌کنندگان خوراکی میزان عود به‌طور معنی‌دار پایین‌تر بود. در مطالعه ریماز و همکاران نیز شایع‌ترین روش مصرف، روش تدخینی بود (۱۳) و شاید بتوان گفت که علت شایع‌تر بودن روش تدخینی در مطالعه ما، غالب بودن مصرف تریاک نسبت به سایر مواد باشد. در مطالعه دین‌محمدی و همکاران و مطالعه شریق و همکاران و سراجی و همکاران نیز بیشتر نمونه‌ها تریاک مصرف می‌کردند (۱۸ و ۲۰).

در مطالعه ما مراجعه‌کنندگان به لحاظ سلامت اجتماعی نسبت به سایر ابعاد سلامت روان، در وضعیت بدتری به سر می‌بردند. نمره کل سلامت روان با عود اختلال مصرف مواد رابطه معنی‌دار داشت و یک واحد کاهش نمره سلامت روان شانس عود اختلال مصرف مواد را ۱/۰۵ برابر افزایش می‌دهد. از زیر مؤلفه‌های سلامت روان بعد اجتماعی رابطه معنی‌دار با عود اختلال مصرف مواد داشت و یک واحد کاهش نمره سلامت روان اجتماعی، شانس عود اختلال مصرف مواد را ۱/۱۶ برابر می‌کرد. در مطالعه شریق و همکاران نیز بیشترین دلیل روی‌آوری دوباره به اعتیاد، بیماری روانی بود (۱۸). می‌توان نتیجه گرفت افرادی که در وضعیت ناسازگاری از نظر وضعیت روانی به سر می‌برند، دستخوش خطر بالاتری در روی‌آوری به مصرف مجدد مواد هستند که شاید تسکینی گذرا برای مشکلات روانی آنان باشد.

در مطالعه ما عوامل موثر در عود اعتیاد از دیدگاه شرکت‌کنندگان به ترتیب زیر بود: (۱) بیکاری (۲) میل ناخودآگاه ذهنی (۳) معاشرت با دوست معتاد (۴) در دسترس بودن مواد مخدر (۵) وجود فرد معتاد دیگر در خانواده (۶) غمگینی (۷) عصبی بودن (۸) مشاجرات خانوادگی (۹) درد بدن (۱۰) بی‌خوابی (۱۱) اسهال و دل‌پیچه (۱۲) اختلال در روابط جنسی. بین بیکاری و عود اختلال مصرف مواد از دیدگاه شرکت‌کنندگان ارتباط معنی‌داری وجود داشت که با مطالعه

جهت کاهش تنش‌های خانوادگی، تلاش در جهت بهبود وضعیت کارگماری و گذران این افراد و نیز غربالگری و درمان منسجم‌تر مشکلات روانی دارد. از تنگناهای پژوهش می‌توان به ارزیابی نکردن مصرف نیکوتین (سیگار) در این مطالعه اشاره کرد. پیشنهاد می‌شود تحقیقات آتی بر روی تاثیر مداخلات مختلف بر روی میزان موفقیت افراد در ترک پایدار انجام شود. نویسندگان اعلام می‌دارند که هیچ‌گونه تضاد منافی ندارند.

از نقاط قوت مطالعه ما استفاده از آزمون سلامت روانی و بررسی ابعاد مختلف سلامت روان و ارتباط آنها با مصرف، همچنین، عود مصرف مواد، با یک پرسشنامه معتبر است که در بیشتر مطالعات پیشین این امر لحاظ نشده است. با توجه به نتایج این پژوهش عوامل متعدد اقتصادی، فردی، خانوادگی، اجتماعی و روانی در بازگشت به مصرف مواد نقش دارند، بنابراین، کامیابی بالاتر برنامه‌های ترک اعتیاد نیاز به مداخله چند جانبه مانند آموزش همگانی و هماهنگ خانواده‌ها در

منابع

1. Reed M, Amaro H, Matsumoto A, Kaysen D. The relation between interpersonal violence and substance use among a sample of university students: examination of the role victim and perpetrator substance use. *Addictive behaviors* 2009; 34(3): 316-18.
2. Darvishi Zadeh M, Jilardi Damavandi. A The incidence of personality disorders among substance dependents and non-addicted psychiatric clients. *Procedia -Social and Behavioral Sciences* 2010; 5: 781-4.
3. Witkiewitz K, Marlatt GA. Relapse prevention for alcohol and drug problems: that was Zen, this is Tao. *American Psychologist* 2004; 59(4): 224.
4. Petrova HA, Zavarzina OO, Kytianova IP, Kozyakov RV. Social and personal factors of stable remission for people with drug addictions. *Psychology in Russia: State of the Art* 2015;8(4):126-38. DOI: 10.11621/pir. 2015.0411
5. Connors, G. J., & Maisto, S. A. Relapse in the addictive behaviors. *Clinical Psychology Review* 2006; 26(2), 107-108. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2005.11.001>
6. Gerwe CF. Chronic addiction relapse treatment: a study of the effectiveness of the high-risk identification and prediction treatment model. Part II. The HRIPTM case table, case study examples and questionnaire. *J Subst Abuse Treat* 2000;19(4):429-38. PMID: 11166507
7. Brown BS. Drug use--chronic and relapsing or a treatable condition? . *Subst Use Misuse* 1998; 33 (12): 2515-20. PMID: 9781828
8. Ducray K, Darker C, Smyth BP. Situational and psycho-social factors associated with relapse following residential detoxification in a population of Irish opioid dependent patients. *Irish J Psychol Med* 2014;29(02):72-9. DOI: 10.1017/s079096670001733x
9. Hammerbacher M, Lyvers M. Factors associated with relapse among clients in Australian substance disorder treatment facilities. *Journal of substance use* 2006; 11(6):387-94.
10. Yarjahromi M, Eftekhazadeh M, Hamidipour Z. Investigating the effect of different causes of addiction recurrence from the viewpoint of people with substance abuse. *Journal of Behavioral Sciences Research* 2012; 13(1): 124-133. [Text in Persian]
11. Sinha R. New findings on biological factors predicting addiction relapse vulnerability. *Current psychiatry reports* 2011; 13 (5): 398.
12. Domino K, Hornbein Th, Polissar N. Risk Factors for Relapse in Health Care Professionals With Substance Use Disorders. *JAMA* 2005; 293 (12): 1453-60.
13. Rimaz S, Dastoorpour M, Mohseni S. Demographic variables associated with relapse in women and men referred to the selected addiction treatment centers in Tehran, 2009: A case-control study. *Razi journal of medical sciences* 2013; 20(107): 63-72.
14. Rimaz S, Mohseni S, Merghati Khoei ES, Dastoorpour M, Akbari F. Case-control study of factors influencing on drug abuse relapse in addicts referred to two recovery centers in Tehran. *Journal of school of public health and institute of public health research* 2012; 10(3): 53-64.
15. Werneke U, Goldberg P, Yalcin I, Ustun BT. The stability of the factor structure of the General Health Questionnaire. *Psychol Med* 2000; 3 (4):823-829.
16. Noorbala AA, Bagheri Yazdi SA, Mohammad K. The Validation of General Health Questionnaire- 28 as a Psychiatric Screening Tool. *Hakim Research Journal* 2009; 11(4):47- 53. [In Persian]
17. Taghavi SMR. Validity and Reliability of the General Health Questionnaire (GHQ-28) in College Students of Shiraz University. *Journal of Psychology* 2002; 5(20): 381-98.
18. Sharg A, Shakibi A, Neisari R, Aliloo L. Survey of factors related to the relapse of addiction from view of addict patients attending to drug abuse treatment clinics in west Azerbaijan. *J Urmia Univ Med Sci* 2011; 22 (2) :129-136.
19. Karimiyar Jahromi M, Eftekhazadeh MH, Hamidipour Z. Assessment meter of various effective factors associated with substance abuse relapse in addicts perspective. *J Res Behave Sci* 2015; 13(1): 124-133.
20. Din Mohammadi M, Amini K, Yazdan Khah M. Survey of social and environmental factors related to the relapse of addiction in volunteer addicted

individuals in Welfar organization of Zanjan. Zums journal 2007; 15(59): 85-94.

21. Shaterian M, Menati R, Kassani A, Menati W. Associated factors with addiction relapse in patients of referring to addiction treatment centers in Ilam: a case-control study. Scientific journal of Ilam university of medical sciences 2014; 22(6): 165-173.

22. karami G, Ahmadi K, Maleki M, Alipour M. Addiction Relapse in Iranian Veterans: Determination of Etiologies and Solutions. Iran J War Public Health 2010; 2 (4) :40-44.

23. Mirzaei T, Ravary A, Hanifi N, Miri S, Oskouie F, Mirzaei Khalil Abadi S. Addicts' perspectives about factors associated with substance abuse relapse. Iran Journal of Nursing 2010; 23(67):49-58.