

بررسی عوامل مؤثر در وابستگی به مواد مخدر در مراجعه کنندگان به مرکز خود معرف تبریز

دکتر سید محمد علی فریسی زاده*، دکتر کتابون ترابی**

چکیده

هدف: هدف این پژوهش بررسی عوامل مؤثر در گرایش به مواد مخدر، ادامه مصرف و روی آوری دوباره به مواد در مراجعه کنندگان به مرکز درمانی خود معرف بهزیستی تبریز بوده است. **روش:** ۲۰۰ نفر از معنادان مرد مراجعه کننده به مرکز یاد شده، بطور تصادفی انتخاب و اطلاعات لازم به روش مصاحبه بالینی روانپزشکی نیم ساختاری و پرسشنامه تهیه شده در زمینه همه گیرشناسی و سبب شناسی اعتیاد گردآوری گردید. **یافته‌ها:** این بررسی نشان داد که بیشترین مراجعه کنندگان (۶۶٪) در گروه سنی ۲۵-۳۴ سال، ۶۵٪ در سطح زیر دیپلم و ۷۸٪ متأهل هستند. رایج ترین ماده مصرفی، تریاک (۸۰٪) بود. در مورد علل گرایش و شروع مصرف، شایعترین علت، فشار دوستان و معاشرت با دوستان ناباب (۲۸٪)، پس از آن به ترتیب لذت جویی و مصرف تفتنی (۲۶٪)، فرار از درد و ناراحتی جسمی (۱۹٪) و فشار روانی و مشکلات زندگی (۱۳٪) گزارش شد. عوامل مؤثر در تداوم سوء مصرف عبارت بودند از احساس وابستگی (۲۰٪)، ناتوانی در تحمل علائم ترک (۲۸٪)، اثرات نشنگی و کینفوری (۱۵/۵٪)، رفع اضطراب و ناراحتی (۱۲/۵٪)، ایجاد اعتماد به نفس (۱۱٪) و ایجاد تمرکز، توانایی فکر و کار کردن (۱۳٪). عوامل مؤثر در مصرف دوباره پس از دوره‌های قطع شامل ناراحتی روانی ناشی از ترک (۴۵٪)، طرد شدگی از سوی خانواده (۱۰٪)، نقش دوستان در مورد مصرف مجدد (۲۲٪)، احساس تنهایی و طرد شدگی از سوی اجتماع (۸/۵٪)، بیکاری (۶٪) و افسردگی (۸/۵٪) بود. **نتیجه:** این بررسی نشان داد که عوامل گوناگون زیستی، روانی و اجتماعی در شکل گیری مراحل مختلف پدیده اعتیاد دخالت دارند.

کلید واژه: وابستگی، مواد اوپیوئیدی، سوء مصرف، معتاد، ترک

مقدمه

تریاک یا نشانگان محرومیت آن نخستین بار در سال ۱۷۰۰ میلادی شناخته شد (همان جا). سابقه مصرف آن در کشور ما دست کم به ۴۰۰ سال می‌رسد

دست کم ۳۵۰۰ سال است که تریاک مصرف می‌شود (سادوک^۱ و سادوک، ۲۰۰۰). وابستگی به

* روانپزشک، عضو هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی- درمانی تبریز. تبریز، جاده ائل گلی، بیمارستان روانی رازی. (نویسنده مسئول)

** روانپزشک، شبکه بهداشتی - درمانی شهرستان میانه.

دارد. از آنجا که در زمینه سبب شناسی اعتیاد به مواد مخدر در ایران بررسیهای کمتری انجام شده، این بررسی در جهت شناخت عوامل مؤثر در شکل‌گیری پدیده اعتیاد در معتادان مراجعه کننده به مرکز خود معرف بهزیستی تبریز انجام گرفت.

روش

این پژوهش از نوع بررسیهای توصیفی است. جامعه پژوهش شامل کلیه معتادینی بود که به مرکز خود معرف بهزیستی تبریز در فاصله زمانی اول آذر ۱۳۷۷ تا آخر مهر ۱۳۷۸ مراجعه کرده بودند. از بین این افراد، ۲۰۰ نفر به طور تصادفی یعنی آنهایی که در روزهای خاص هفته مراجعه داشتند، انتخاب شدند. همه نمونه‌ها مرد بودند. پس از برقراری ارتباط و رابطه درمانی مؤثر ابتدا اهداف بررسی برای بیماران، توسط درمانگر بیان شد و در صورت تمایل و رضایت، بیماران در بررسی شرکت داده می‌شدند. ابزار گردآوری داده‌ها شامل مصاحبه تشخیصی روانپزشکی و پرسشنامه بود. مصاحبه بر اساس ملاک‌های DSM-IV و جهت تشخیص وابستگی به مواد افیونی و نیز تشخیص بیماریهای روانی یا فیزیکی همراه انجام شد. پرسشنامه تهیه شده، عوامل جمعیت شناختی، تاریخچه شخصی، اجتماعی، خانوادگی و برخی عوامل سبب شناختی را می‌سنجید و شامل ۴۵ پرسش باز و بسته بود. پرسشنامه‌ها به شیوه مصاحبه نیم ساختاری و توسط خوددرمانگر تکمیل گردید. پرسشنامه پس از بررسی مقدماتی و مصاحبه با ۲۰ بیمار و کسب اطلاعات اولیه تهیه و تنظیم گردید و روایی و پایایی آن توسط ۵ نفر از اعضاء هیئت علمی گروه روانپزشکی تبریز تأیید شد. این پرسشنامه عوامل مؤثر در وابستگی به مواد مخدر را در سه قسمت مورد بررسی قرار داد:

- ۱- عوامل مؤثر در گرایش به مواد
- ۲- عوامل مؤثر در تداوم مصرف

(تقوی، ۱۳۶۳). خوردن تریاک در ایران از دوره صفویه و کشیدن تریاک از زمان قاجاریه معمول گردیده است (همان جا). مصرف هروئین نیز از زمان پهلوی آغاز شده است (همان جا). وابستگی به تریاک در اواسط سده ۱۹ میلادی شیوع بیشتری داشته، اما تا اواخر همان سده به عنوان یک مشکل عمده پزشکی مطرح نبوده است (سادوک و سادوک، ۲۰۰۰). در آستانه قرن بیست و یکم، جوامع بشری هنوز با مشکل بزرگ اجتماعی و روانی سوء مصرف مواد درگیر هستند و علیرغم کوشش‌های زیاد و هزینه‌های بسیار سنگین برای مبارزه با آن هنوز راه حل مناسب و قابل قبول برای چیره شدن به این مشکل بزرگ جهانی به دست نیامده است (مهریار، جزایری، ۱۳۷۷). آمار مواد مخدر کشف شده در سالهای اخیر نشان دهنده روند رو به رشد آن است (احسان منش و کریمی کیسمی، ۱۳۷۸). طبق گزارش‌های سازمان ملل طی سالهای ۱۹۹۸ و ۱۹۹۹ میلادی، بیشترین میزان جهانی کشفیات مواد مخدر در ایران صورت گرفته است (همان جا). اما مشکل اعتیاد در این کشور همچنان ادامه دارد. از سوی دیگر میزان مرگ و میر در میان معتادان به مواد اویوئیدی ۲۰ برابر بیشتر از افراد غیر معتاد است. مرگ و میر معمولاً "به علت مسمومیت، عفونت، ایدز، خودکشی و دیگر کشی رخ می‌دهد (تئودور^۱، اشترن^۲، ۲۰۰۰). از آنجا که در گذشته در کشور ما کوشش در راستای کاهش عرضه مواد افیونی بوده و کمتر به کاهش تقاضا توجه شده است، امروزه مبارزه فرهنگی با مسئله اعتیاد و پایین آوردن سطح تقاضا در اولویت قرار گرفته است (مهریار و جزایری، ۱۳۷۷؛ احسان منش و کریمی کیسمی، ۱۳۷۸؛ اورنگ، ۱۳۷۸).

چون پدیده اعتیاد، ارتباط تنگاتنگی با فرهنگ، اعتقادات مذهبی، شرایط اقتصادی، اجتماعی و پیشینه تاریخی هر کشوری دارد، از این رو تکیه به پژوهش‌های خارجی چندان مفید نخواهد بود بلکه به بررسیهای منطقه ای و کشوری نیاز اساسی وجود

جدول ۱- ویژگی‌های جمعیت شناختی آزمودنیهای پژوهش بر حسب گروههای سنی، وضعیت تأهل، وضعیت تحصیلی و شغلی

| متغیرها | فراوانی | درصد |
|-----------------|---------|------|
| گروه سنی | | |
| ۱۵-۲۴ | ۲۰ | ۱۰ |
| ۲۵-۳۴ | ۹۲ | ۴۶ |
| ۳۵-۴۴ | ۶۰ | ۳۰ |
| ۴۵-۵۴ | ۱۸ | ۹ |
| ۵۵-۶۴ | ۸ | ۴ |
| بالتر از ۶۵ سال | ۲ | ۱ |
| وضعیت تأهل | | |
| متأهل | ۱۵۶ | ۷۸ |
| مجرد | ۴۰ | ۲۰ |
| مطلقه | ۴ | ۲ |
| وضعیت تحصیلی | | |
| بیسواد | ۱۶ | ۸ |
| ابتدایی | ۵۸ | ۲۹ |
| راهنمایی | ۷۲ | ۳۶ |
| دیپلم | ۳۸ | ۱۹ |
| فوق دیپلم | ۱۲ | ۶ |
| لیسانس | ۲ | ۱ |
| بالتر از لیسانس | ۲ | ۱ |
| وضعیت شغلی | | |
| بیکار | ۳۶ | ۱۸ |
| کارگر ساده | ۸ | ۴ |
| کارگرماهر | ۷۰ | ۳۵ |
| راننده | ۳۴ | ۱۷ |
| کارمند | ۲۴ | ۱۲ |
| مغازه‌دار | ۲۸ | ۱۴ |

تشخیص روانپزشکی در محور I یا II یا هر دو داشتند. شایعترین اختلال در محور I افسرده‌خلقی^۱

۳- عوامل مؤثر در مصرف دوباره پس از دوره‌های قطع.

هر سه عامل با طرح پرسش‌های باز و بسته بررسی شدند. اطلاعات لازم با استفاده از دو روش یاد شده گردآوری شد و با استفاده از روشهای آماری توصیفی، مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته‌ها

بیشترین مراجعه کنندگان در گروه سنی ۲۵-۳۴ سال قرار داشتند (۴۶٪) و همه مرد بودند. شایعترین ماده مصرفی تریاک (۸۰٪) بود. ۴٪ معتادین هروئین و ۱۶٪ ترکیب چند ماده مانند مواد مخدر، الکل و دارو را به کار می‌بردند. جدول ۱، توزیع فراوانی گروه سنی، وضعیت تأهل، تحصیلی و شغلی معتادین مورد بررسی را نشان می‌دهد.

بیشتر آزمودنیها (۷۸٪) متأهل بودند و تحصیلات بیشترین افراد تا سطح راهنمایی بود (۳۶٪). ۳۵٪ افراد مورد بررسی کارگر ماهر بودند. در این طبقه شغل‌هایی که به مهارت و فن خاص نیاز داشت قرار داده شدند مانند قالبیافی، جوشکاری، تراشکاری، لوله کشی. بیشترین مراجعین از خود شهر تبریز بودند (۸۶٪) و تنها ۱۴٪ از سایر شهرهای استان آذربایجان شرقی مراجعه کرده بودند. جدول ۲ تاریخچه سوء مصرف مواد را در افراد مورد بررسی نشان داده است. شایعترین سن شروع مصرف مواد مخدر ۲۰ تا ۳۰ سالگی بود (۴۴٪).

جدول ۳ وضعیت خانوادگی افراد مورد بررسی را نشان داده است.

۳۵٪ معتادین مورد بررسی در خانواده خود سابقه اعتیاد و ۱۸٪ سابقه بیماری روانی را گزارش کردند. ۵۵٪ پدرها و ۸۶٪ مادران معتادان بیسواد بودند.

از یافته‌های دیگر این پژوهش وجود اختلالهای روانی در مراجعین بود. ۹۰٪ موارد یک

(۶۷٪) و اختلال اضطرابی (۳۶٪) بود. در محور II تشخیص شخصیت ضد اجتماعی با فراوانی ۴۶٪ قرار داشت. یافته‌های مربوط به علل و عوامل مؤثر در اعتیاد مراجعین در جدول ۴ ارائه شده است.

جدول ۴- توزیع علل مؤثر در اعتیاد مراجعان

| درصد | فراوانی | علل |
|------|---------|--------------------------------|
| | | گرایش به مواد مخدر |
| ۲۸ | ۵۶ | فشار دوستان |
| ۲۶ | ۵۲ | لذت جویی |
| ۱۴ | ۲۸ | کنجکاوی و سهل‌الوصول بودن ماده |
| ۱۹ | ۳۸ | فرار از درد و ناراحتی جسمی |
| ۱۳ | ۲۶ | فرار از فشارهای روانی اجتماعی |
| ۱۰۰ | ۲۰۰ | جمع |
| | | تداوم مصرف |
| ۲۰ | ۴۰ | احساس وابستگی و رفتار اجباری |
| ۲۸ | ۵۶ | اجتناب از علائم محرومیت |
| ۱۵/۵ | ۳۱ | اثرات نشئه آوری و کیفوری |
| ۱۲/۵ | ۲۵ | رفع اضطراب و ناراحتی |
| ۱۱ | ۲۲ | ایجاد اعتماد به نفس |
| ۱۳ | ۲۶ | مصرف به منظور حفظ و ادامه شغل |
| | | (ایجاد تمرکز و قدرت فکروکار) |
| | | جمع |
| ۱۰۰ | ۲۰۰ | عود مصرف |
| | | اجتناب از علائم محرومیت |
| ۴۴/۹ | ۶۲ | طرد شدگی خانواده |
| ۱۰/۱ | ۱۴ | طرد شدگی از طرف دوستان و جامعه |
| ۸/۶ | ۱۲ | بیکاری |
| ۵/۹ | ۸ | افسردگی |
| ۸/۶ | ۱۲ | اصرار دوستان |
| ۲۱/۹ | ۳۰ | جمع |
| ۱۰۰ | ۱۳۸ | |

جدول ۲- توزیع فراوانی و فراوانی نسبی آزمودنیهای پژوهش بر حسب سن شروع سوء مصرف مواد، طول مدت اعتیاد، دفعات ترک و سابقه زندانی شدن.

| تاریخچه سوء مصرف مواد | فراوانی | درصد |
|-----------------------|---------|------|
| سن شروع سوء مصرف | ۴۲ | ۲۱ |
| زیر ۲۰ سال | ۸۸ | ۴۴ |
| ۲۰-۳۰ | ۷۰ | ۳۵ |
| بالاتر از ۳۰ | | |
| طول مدت اعتیاد | | |
| زیر ۵ سال | ۸۴ | ۴۲ |
| ۵-۹ سال | ۶۸ | ۳۴ |
| ۱۰-۱۵ سال | ۳۰ | ۱۵ |
| بالاتر از ۱۵ سال | ۱۸ | ۹ |
| دفعات ترک | | |
| زیر ۳ بار | ۹۸ | ۴۹ |
| ۳-۶ بار | ۳۲ | ۱۶ |
| بیش از ۶ بار | ۸ | ۴ |
| جمع | ۱۳۸ | ۶۹ |
| سوابق زندانی شدن | | |
| در رابطه با مواد مخدر | ۴۰ | ۲۰ |
| علل دیگر | ۴۲ | ۲۱ |
| جمع | ۸۲ | ۴۱ |

جدول ۳- توزیع فراوانی و فراوانی نسبی آزمودنیهای پژوهش بر حسب سابقه اعتیاد و بیماری روانی در خانواده، بیسوادی والدین، شمار برادران و خواهران و فوت والدین.

| متغیرها | فراوانی | درصد |
|-------------------------------|---------|------|
| سابقه اعتیاد در خانواده | ۷۰ | ۳۵ |
| سابقه بیماری روانی در خانواده | ۳۶ | ۱۸ |
| بیسوادی والدین | | |
| پدر | ۱۱۰ | ۵۵ |
| مادر | ۱۷۲ | ۸۶ |
| تعداد برادر و خواهرها | | |
| کمتر از ۳ نفر | ۲۰ | ۱۰ |
| ۳-۵ | ۹۶ | ۴۸ |
| بالاتر از ۵ | ۸۴ | ۴۲ |
| فوت والدین | | |
| پدر | ۸۰ | ۴۰ |
| مادر | ۳۴ | ۱۷ |

بحث

این بررسی، عوامل مؤثر در پدیده اعتیاد به مواد اوبیوئیدی را مورد بررسی قرار داده است. معتادینی که در جستجوی درمان به مرکز خود معرف بهزیستی تبریز مراجعه کرده بودند و احتمالاً با معتادینی که انگیزه ترک نداشته اند و یا معتادینی که به مراکز خصوصی و درمانی دیگر مراجعه می‌کنند تفاوت دارند و از این رو این نمونه نمی‌تواند ویژگیهای تمام گروههای معتادین را دربرداشته باشد. از سوی دیگر باید دانست که پدیده پیچیده اعتیاد تنها در معتاد خلاصه نمی‌شود و جنبه‌های اجتماعی، فرهنگی و سیاسی آنرا نمی‌توان نادیده گرفت. اعتیاد مشکل جامعه است و ریشه در جامعه دارد و به همین دلیل از چهارچوب فردی و خانوادگی پای فراتر می‌نهد (قاسم زاده، ۱۳۵۹).

یافته‌های این پژوهش نشان داد که شایعترین سن شروع مصرف مواد مخدر بین ۲۰ تا ۳۰ سالگی است (۴۴٪) و حتی ۳۵٪ معتادین بعد از ۳۰ سالگی شروع به مصرف کرده بودند.

از علل بالا بودن سن شیوع اعتیاد در این بررسی در مقایسه با بیشتر گزارشهای دیگر می‌توان به این موارد اشاره کرد: نخست آنکه در گروه سنی پایین‌تر، هنوز فرد معتاد به عمق فاجعه و دامی که در آن افتاده پی نبرده و از این رو کمتر برای درمان و ترک آن اقدام می‌کند. دوم، ترس از پیگرد قانونی در سنین پایین‌تر، بیشتر است؛ از این رو کمتر مراجعه می‌کنند. در بیشتر بررسیهای برون مرزی سن شروع اعتیاد پایین است و این پایین آمدن سن شروع در سالهای اخیر بیشتر شده است (مالکوم^۱ و دیتر^۲، ۱۹۹۹). در کشور ما نیز در برخی استانها، سن شروع پایین‌تر گزارش شده است. برای نمونه در بررسی فرهادیان (۱۳۷۷)، مصرف مواد مخدر در کرمانشاه در افراد زیر ۲۰ سال شیوع بیشتری داشته است. از نظر تحصیلات، سطح سواد ۶۵٪ موارد زیر دیپلم بود و تنها ۸٪ معتادین تحصیلات بالاتر از دیپلم داشتند. این یافته

نیز با بسیاری از یافته‌های پژوهشگران دیگر همخوانی دارد (فرهادیان، ۱۳۷۷؛ غنی زاده، اشکانی، مانی، ۲۰۰۰). از نظر شغلی در این بررسی اعتیاد در بین کارگران ماهر و مشاغل آزاد (غیر دولتی) بیشتر از کارگران ساده و کارمندان دولتی دیده شد. بنظر می‌رسد برخی از پیشه‌ها در افراد آسیب پذیر شرایط را برای اعتیاد فراهم می‌سازند و شغل‌های دولتی عامل بازدارنده برای اعتیاد می‌باشند (ترابی، ۷۹).

از نظر وجود سابقه اعتیاد در خانواده، در این بررسی در ۳۵٪ موارد، در یکی از اعضاء خانواده (والدین - برادر و خواهرها) سابقه مثبت سوء مصرف مواد وجود داشت. خانواده از چندین راه بر سوء مصرف مواد تأثیر می‌گذارد. بررسیهای انجام شده آسیب پذیری ژنتیکی برای سوء مصرف مواد را نشان داده‌اند (تئودور، ۲۰۰۰). دو شیوه برای انتقال ژنتیکی آسیب پذیری شناخته شده است. نخست اثرات ژنتیکی مستقیم از والدین به فرزندان. دوم اثرات ژنتیکی غیر مستقیم یعنی انتقال ویژگیهای شخصیتی ضد اجتماعی از والدین به فرزندان که آنها را در برابر رفتارهای ضد اجتماعی و سوء مصرف مواد مستعد می‌کنند (انستیتو ملی بهداشت^۳، ۱۹۹۷). بررسیهای انجام شده خطر سوء مصرف مواد را در وابستگان درجه یک معتادان ۶/۷ برابر گزارش کرده‌اند (همان‌جا). مسائل اقتصادی و فرهنگی، بی‌سوادی والدین، آشفتگی‌های خانوادگی، خانواده‌های تک والدینی نیز در پدیده سوء مصرف مواد نقش مهمی دارند (قاسم زاده، ۱۳۵۹؛ احسان منش و کریمی کیسمی، ۱۳۷۸) که در این بررسی نقش آنها در جدول ۳ نشان داده شده است.

در یک بررسی، گزارش شده است که بیش از ۵۰٪ هروئینی‌های شهرنشین دارای تنها پدر یا مادر بوده‌اند (سادوک و سادوک، ۲۰۰۰). وجود

1- Malcolm 2- Dieter
3- National Institute of Health

ناراحتی جسمانی، ۱۴٪ به علت کنجکاوی و ۱۳٪ به علت فشارهای روانی - اجتماعی، محرومیت و ناکامی به مواد پناه برده بودند. در هر حال در مرحله اول یعنی گرایش به مواد، در دسترس بودن ماده، وجود فرد معتاد یا دوست ناباب و فشارهای روانی - اجتماعی نقش اصلی را بازی می کند و باید پذیرفت که همه معتادان به خاطر لذت جویی به مواد روی نمی آورند. گروهی نیز برای رهایی از احساسات بد و ناراحتی های بدنی یا روانی معتاد می شوند. به بیان دیگر مصرف مواد یک نوع خود درمانی برای کاهش احساس گناه، عصبانیت و اضطراب است. این قبیل افراد معمولاً "آستانه تحمل ناکامی پایینی دارند. داشتن احساس خشنودی و رضایت را نمی توانند به تأخیر بیندازند و آستانه تحمل درد نیز در آنها پایین است (بونی و ریچارد، ۱۹۹۷). در بررسی زرگر (۱۳۷۹) مهمترین انگیزه برای نخستین مصرف و گرایش به مواد، مصرف تفننی و در درجه دوم اصرار دوستان گزارش شده است. مواد مخدر به علت اثرات فارماکولوژیک خود در مغز سبب پدیده هایی همچون وابستگی، تحمل، سندرم محرومیت و حساسیت می شود که این پدیده ها موجب ادامه مصرف و مزمن شدن اعتیاد در فرد می گردد (توماس^۹، اریک^{۱۰}، استرین^{۱۱}، گرین برگ^{۱۲}، ۱۹۹۸).

در این بررسی ۲۰٪ معتادان احساس وابستگی و ۲۸٪ پرهیز از نشانه های محرومیت را عامل اصلی تداوم سوء مصرف خود دانسته اند. معتادان وابستگی را "به صورت گرفتار شده بودم، در دام افتاده بودم، وابسته شده بودم"، گزارش می کردند و گروهی از اثرات خوب مواد به عنوان علت تداوم اعتیاد خود یاد کرده اند: مانند نشئه آوری و کیفوری (۱۵/۵٪).

آسیب شناسی روانی در افراد معتاد در بیشتر بررسیها یکی از علل سوء مصرف شناخته شده است. اختلالات خلقی دوقطبی، افسردگی اساسی و اختلالات اضطرابی از شایعترین اختلالات روانی مسئول می باشند (سادوک و سادوک، ۲۰۰۰؛ وسترمیر^۱، ایمز^۲، ناگت^۳، ۱۹۹۸).

در این بررسی ۶۷٪ معتادین اختلال افسرده خلقی، ۳۶٪ اختلال اضطرابی و ۴۶٪ ویژگیهای شخصیت ضد اجتماعی را در طول زندگی خود نشان دادند. بروئر^۴، کینگ^۵، کیدورف^۶، اشمیت^۷، بیگلو^۸ (۱۹۹۷) در بررسی خود در ۴۷٪ معتادان، اختلال روانپزشکی دیگری را نیز گزارش کرده اند و در ۲۵/۱٪ موارد شخصیت ضد اجتماعی وجود داشت. در بررسی غنی زاده و همکاران (۲۰۰۰) که در شهر شیراز انجام شده اختلال خلقی، شایعترین اختلال روانپزشکی همراه با اعتیاد گزارش شده است (۵۷/۳٪ موارد).

شایعترین ماده مصرفی در معتادان این بررسی تریاک با فراوانی ۸۶٪ بود و تنها ۴٪ از هروئین و ۱۶٪ از ترکیب چند ماده (الکل، تریاک، هروئین و داروهای آرام بخش) استفاده می کردند. این یافته با یافته های بیشتر بررسیها همسویی ندارد. در سایر کشورها مصرف هروئین شیوع بیشتری دارد (مالکولم، ۱۹۹۹). در این بررسی عوامل مؤثر در اعتیاد، در سه مرحله مورد بررسی قرار گرفته است که عبارتند از:

- ۱- مرحله گرایش و شروع سوء مصرف
- ۲- مرحله تداوم سوء مصرف
- ۳- مرحله عود و بازگشت پس از دوره های پرهیز و قطع.

بیشتر علت های مهم گرایش به سوء مصرف مواد در این بررسی مسائل اجتماعی، فرهنگی، اقتصادی و روانی بود. ۲۸٪ معتادان مورد بررسی، نقش دوستان و فشار آنها را عامل مهم در شروع سوء مصرف خود بیان کردند. ۲۶٪ به علت لذت جویی و مصرف تفننی به مواد روی آورده بودند. ۱۹٪ برای فرار از درد و

1-Westermeyer
3- Nugent
5- King
7- Schmidt
9- Tomas
11- Strain

2- Eames
4- Brooner
6- Kidorf
8- Bigelow
10- Eric
12- Greenberg

منابع

- رفع اضطراب (۱۲/۵٪)، ایجاد اعتماد به نفس (۱۱٪)، ایجاد تمرکز و قدرت فکر و کار (۱۳٪). داشتن نگرش مثبت به مواد و اثرات آن در بیشتر بررسیها از جمله موسوی، دوست قرین، روشنفکر دزفولی (۱۳۷۸) یکی از علل اصلی سوء مصرف مواد معرفی شده است. بطور کلی وابستگی به مواد اپیوئیدی پایه‌های عصب - زیست شناختی دارد و در ادامه اعتیاد، این واکنش‌های مغزی و نیز مسائلی مانند یادگیری و شرطی شدن دخالت دارند (تئودور، ۲۰۰۰).
- از یافته‌های دیگر این بررسی میزان عود اعتیاد (۶۹٪) است. یعنی در ۱۳۸ نفر از ۲۰۰ نفر معتاد مصرف دوباره پس از دوره‌های قطع رخ داده است (جدول ۴). در یک بررسی در پیگیری طولانی مدت تنها ۱۹-۱۰٪ معتادینی که شرکت کرده بودند در حالت پرهیز بودند (سادوک و سادوک، ۲۰۰۰). در پدیده عود افزون بر علل گرایش و مصرف اولیه، علائم نشانگان قطع نیز دخالت دارند، به ویژه تغییرات پایداری که قطع مواد، در سامانه دوپامینرژیک و مراکز پاداش مغز (هسته آکومبش) و سامانه اپیوئید درونی و گیرنده‌های آنها و سایر پروتئین‌های داخل سلولی بوجود می‌آورند، ناخشنودی خلقی^۱، تحریک پذیری و بی‌ثباتی خلقی را به دنبال داشته و عطش برای مصرف دوباره را در فرد معتاد ایجاد می‌کنند (مؤسسه ملی بهداشت، ۱۹۹۷). در بررسی حاضر ۴۴/۹٪ افراد مورد بررسی علت مصرف دوباره مواد را ناراحتی‌های نشانگان قطع دانستند و ۲۱/۹٪ نقش دوستان و معاشرت با آنها را عامل مهم عود دانستند و بقیه مسائل روانی اجتماعی دیگر مثل طردشدگی از سوی خانواده (۱۰/۱۱٪)، طردشدگی از سوی دوستان و جامعه (۸/۶٪)، افسردگی (۸/۶٪) و بیکاری (۵/۹٪) را عامل اصلی مصرف دوباره معرفی کردند.
- احسان منش، مجتبی؛ کریمی کیسیمی، عیسی (۱۳۷۸). نگاهی به تاریخچه و برخی از پژوهش‌های انجام گرفته در زمینه اعتیاد در ایران. *فصلنامه اندیشه و رفتار*. سال پنجم، شماره ۳، ۶۲-۷۸.
- اورنگ، جمیله (۱۳۷۸). علل و عوامل زمینه‌های گرایش به اعتیاد و مواد مخدر. *ژرفای تربیت*، شماره ۴، ۲۷-۳۴.
- تقوی، ابراهیم (۱۳۶۳). *خیال دیو*، کنکاش بیولوژیک از چگونگی تأثیر مواد مخدر بر سلسله اعصاب و سیستم‌های دیگر. تهران: انتشارات واحد فوق برنامه بخش فرهنگی. دفتر مرکزی جهاد دانشگاهی، (صص ۳۵-۱).
- ترابی، کتابیون (۱۳۷۹). *بررسی بیماریهای روانی توأم با اعتیاد در ۲۰۰ مورد از مراجعه کنندگان به مرکز معتادین خود معرف تبریز*. پایان نامه برای دریافت تخصص روانپزشکی. دانشگاه علوم پزشکی تبریز.
- زرگر، یدا... (۱۳۷۹). *زمینه‌یابی اعتیاد به مواد مخدر در کارکنان صنایع شهرستان اهواز. ژرفای تربیت*. سال ۲ شماره ۱۱.
- فرهادیان، مختار (۱۳۷۷). *مقایسه ویژگی‌های دموگرافیک معتادین مراجع به مراکز خود معرف در ۱۱ استان کشور*. سندج: معاونت امور فرهنگی و پیشگیری سازمان بهزیستی استان کردستان، (صص ۱۱-۱).
- قاسم زاده، حبیب ا... (۱۳۵۹). *مقدمه‌ای بر روانشناسی اجتماعی اعتیاد*. *بازتاب*، ویژه نامه اعتیاد شماره ۳، ۵۲-۷۷.
- مهریار، امیر هوشنگ؛ جزایری، مجتبی (۱۳۷۷). *اعتیاد، پیشگیری و درمان*. تهران: نشر روان پویا، (صص ۲۵-۲).
- موسوی، سید مختار؛ دوست قرین، تقی؛ روشنفکر دزفولی، محمد جواد (۱۳۷۸). گزارش مطالعه زمینه یابی، سنجش، دانش و نگرش دانش آموزان، معلمان، مدیران و عوامل اجرایی مدارس کشور نسبت به مواد مخدر. تهران: اداره کل مطالعات و پژوهش‌های ستاد مبارزه با مواد مخدر.

- Bonner, A., & Waterhouse, J. (1996). *Addictive behaviour*. Great Britain: MacMillan Press Ltd. (P.P. 41-53).
- Bonney, S., & Richard, S. (1997). *Healing Addictions. The vulnerability model of recovery*. New York: Delmar Publishers. (P.P. 3-26).
- Brooner, R. K., King, V. L., Kidorf, M., Schmidt, C. W., & Bigelow, Q. E. (1997). Psychiatric and substance use comorbidity among treatment seeking opioid abusers. *Archive of General Psychiatry*, 54, 71-80.
- Gelder, M., Dennis, R. M., & Philip, C. (1996). *Oxford textbook of psychiatry* (2nd ed). Oxford: Oxford University Press. (P.P. 338-481).
- Ghanizadeh, A., Ashkani, H., Maany, I. (2000). Comorbidity of psychiatric disorders in Iranian treatment seeking opioid addicts. *Iranian Journal of Medical Sciences*, 25, 25-30.
- Malcolm, L., & Dieter, N. (1999). *Difficult clinical problems in psychiatry*, London, Martin Dunitz (P.P. 155-173).
- McLellan, T. E. C., Strain, E. C., & Greenberg, B. D. (1998). Site of opioid action in the human brain. Mu and Koppa Agonist's subjective and cerebral blood flow effects. *American Journal of Psychology*. 155, 470-473.
- McLellan, T. E., Lewis, D., Charls, P., & Herbert, D., (2000). Drug dependence, a chronic medical illness, implications for treatment, insurances and outcomes evaluation. *JAMA*, 284:1689-1695.
- National Institutes of Health (NIH) (1997). Consensus Development Conference statement. Nov .17-19.
- Sadock, B. J., Sadock, V. I. (2000). *Comprehensive textbook of Psychiatry*, (7th ed.). New York, Lippincott Williams & Wilkins (P.P. 1038-1062).
- Theodore, A., & Stern, J. B. (2000). *Psychiatry, update and board preparation*, NewYork: Mc Graw Hill, (P.P. 89-96).
- Ward, J., Hall, W., & Mattick, R.P. (1999). Role of maintenance treatment in opioid dependence. *Lancet*, 353, 221-226.
- Westermeyer, J., Eames, S. L., & Nugent, S. (1998). Comorbid dysthymia and substance disorder: treatment history and cost. *American Journal of Psychology*, 155, 1556-1560.