

The Relationship between Well-Being and Substance Abuse Relapse

Amin Zand^{1*}, Jamal Shams², Nez-hat Shakeri³, Fariba Chatr-Zarrin²

1. General Practitioner, Faculty of Medicine, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran.

2. Psychiatrist, Imam Hosein Hospital, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran.

3. Biostatistician, Paramedical Faculty, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran.

(Received: 2016/08/31

Accept: 2017/02/22)

Abstract

Background: Due to the concerns over relapse in schemes for quitting drugs and the role of psychological health aspects in relapse, this research examined the relationship between well-being as a component of positive psychological health with substance abuse relapse.

Method of Investigation: In this cross sectional study, 68 addicts residing in one of the addiction quitting centers in Tehran in 2016 were selected for investigation by simple random sampling. A questionnaire consisting of the addict's demographical data, his addiction status and the Farsi version of the World Health Organization Well-Being Questionnaire (WHO-5-P) were employed for data collection. A Pearson Correlation Test was used to investigate the relationship between well-being and its components with substance abuse relapse.

Findings: The mean number of relapses in the group with the low well-being index (less than 13) was 4.89 ± 10.92 occurrences whilst in the group with the high well-being index (13 or more) it was 2.71 ± 5.30 . Analysis of data indicated that there was a significant inverse relationship between the level of the well-being index with the number of relapses ($P < 0.05$). The same relationship was also present between the "Vitality" and "Waking up Fresh" components of the well-being index with the number of relapses.

Discussion and Conclusions: A low level of well-being is associated with more relapses and thus consideration of factors interrelated to positive psychological health such as well-being, easy access to counseling centers and provision of appropriate care could play a substantial role in reducing relapse rate.

Keywords: well-being, substance abuse, relapse.

* Corresponding authors: Amin Zand
E-mail: sandpost3@gmail.com

رابطه بین احساس شادکامی و عود سوءمصرف مواد

امین زند^۱، جمال شمس^۲، نزهت شاکری^۳، فریبا چترزین^۲

۱- دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران
 ۲- بیمارستان امام حسین (ع)، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران
 ۳- دانشکده پیراپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران

تاریخ پذیرش مقاله: ۱۳۹۵/۱۲/۴

تاریخ دریافت مقاله: ۱۳۹۵/۶/۲۷

چکیده:

سابقه و هدف: با توجه به اهمیت عود در شکست برنامه‌های ترک اعتیاد و نقش جنبه‌های روانی تندرستی در پدیده عود، در این پژوهش رابطه بین احساس شادکامی به عنوان یکی از اجزای سلامت روان مثبت و عود سوء مصرف مواد بررسی شد.

روش بررسی: در این مطالعه توصیفی-مقطعی، ۶۸ نفر از معتادان ساکن در یکی از مراکز ترک اعتیاد شهر تهران در سال ۱۳۹۵ به روش نمونه‌گیری تصادفی ساده انتخاب و بررسی شدند. برای جمع‌آوری اطلاعات، از پرسشنامه‌ای شامل اطلاعات دموگرافیک معتاد و شرایط وی در زمینه اعتیاد و نسخه فارسی شده پرسشنامه ارزیابی شادکامی سازمان بهداشت جهانی (WHO-5-P)؛ استفاده شد. سپس به کمک آزمون همبستگی پیرسون، رابطه بین شادکامی و اجزای مختلف آن با عود سوء مصرف مواد بررسی شد.

یافته‌ها: میانگین دفعه‌های عود در گروه با شاخص شادکامی ضعیف (نمره کمتر از ۱۳) برابر با $4/89 \pm 10/92$ بار و در گروه با شاخص شادکامی مناسب (نمره ۱۳ و بیشتر) برابر با $2/71 \pm 5/30$ بار بود. تحلیل داده‌ها نشان داد که بین سطح شاخص شادکامی و دفعات عود رابطه معنادار معکوسی وجود دارد ($P < 0/05$). همچنین این رابطه بین اجزای «سرزندگی» و «سرحال از خواب بیدار شدن» شاخص شادکامی با دفعه‌های عود وجود داشت.

بحث و نتیجه‌گیری: سطح شادکامی ضعیف با عود بیشتر همراهی دارد و توجه به عوامل مربوط به سلامت روان مثبت مانند شادکامی، دسترسی آسان به مراکز مشاوره و دریافت مراقبت‌های مربوطه، می‌تواند نقش مؤثری در کاهش عود داشته باشد.

واژگان کلیدی: شادکامی، سوء مصرف مواد، عود

مقدمه:

امروزه از درمان‌های دارویی نظیر متادون، بوپرنورفین و نالتروکسان و همچنین درمان‌های غیردارویی نظیر مشاوره و رفتاردرمانی برای درمان سوء مصرف مواد و پیشگیری از عود آن، استفاده می‌شود (۴). حتی روش‌های تهاجمی Stereotactic جراحی اعصاب نیز در مواردی برای این امر استفاده شده است (۵). به رغم همه این مداخله‌ها، عود سوء مصرف مواد همچنان بالا است و اغلب طی یک سال اول بعد از ترک بوده است (۶). یکی از عوامل مؤثر در عود سوء مصرف مواد اختلال‌های سلامت روان است، به طوری که در برخی از مطالعه‌ها، عوامل مربوط به جنبه روانی تندرستی، مهم‌ترین عوامل در عدم تداوم ترک شناخته شدند. همچنین افرادی که در معرض تعارض‌های روانی و اختلال‌های اضطرابی بوده‌اند، احتمال عود بیشتری دارند (۷، ۸). نتایج حاصل از مطالعه‌ها حاکی از آن است که کاستن از

اعتیاد موضوعی جسمی، روانی و اجتماعی است (۱) و فاکتورهای بسیاری شامل ژنتیک، عوامل رشدی، اجتماعی و اقتصادی در آن دخیل هستند (۲). طبق معیارهای DSM-V (The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders - 5th Editions) سوء مصرف مواد به صورت یک الگوی غیرانطباقی مصرف مواد که موجب اختلال واضح بالینی یا ناراحتی می‌شود، به همراه مواردی نظیر مصرف مکرر مواد در حد ایجاد اختلال در انجام وظایف، ایجاد خطرهای فیزیکی و مشکلات قانونی برای وی و ادامه دادن به مصرف مواد به رغم مشکلات پدید آمده برای فرد تعریف می‌شود (۳). مسئله مهم در رابطه با سوء مصرف مواد موضوع عود است. عود به معنای بازگشت بعد از یک دوره پرهیز از مصرف تعریف شده است.

نویسنده مسئول: امین زند

پست الکترونیکی: sandpost3@gmail.com

مدت زمان آخرین ترک و تعداد دفعه‌های ترک) بود و قسمت دوم یعنی the Persian Version of the World Health Organization-Five Well-Being Index (WHO-5-P) استفاده شد. اطلاعات به روش مصاحبه رودرو و ثبت در پرسشنامه، از سوی یک نفر کارشناس ارشد روان‌شناسی عمومی در مرکز ترک اعتیاد مذکور، جمع‌آوری شد. برای ارزیابی Well-Being، از پرسشنامه WHO-5-P (نسخه فارسی پرسشنامه WHO-5-P) استفاده شد. این پرسشنامه در آدرس اینترنتی <http://www.who-5.org> قابل دسترسی است و سه ویژگی Well-Being یعنی خلق مثبت (Positive Mood)، سرزندگی (Vitality) و علاقه مندی‌های عمومی (General Interests) را می‌سنجد. این پرسشنامه شامل پنج پرسش است که پرسش اول احساس روحی خوب (Good Spirits)، پرسش دوم آرامش (Relaxation) (که این دو پرسش مربوط به ویژگی خلق مثبت هستند)، پرسش سوم فعال بودن (Being Active)، پرسش چهارم سرحال از خواب بیدار شدن (Waking Up Fresh) (که این دو پرسش مربوط به ویژگی سرزندگی هستند) و پرسش پنجم علاقه‌مندی‌های عمومی را می‌سنجد (۱۶). هر پرسش دارای شش گزینه است که گزینه هیچ وقت امتیاز صفر، بعضی اوقات امتیاز ۱، کمتر از نصف اوقات امتیاز ۲، بیشتر از نصف اوقات امتیاز ۳، اغلب اوقات امتیاز ۴ و تمام اوقات امتیاز ۵ را دریافت می‌کند. بر اساس این پرسشنامه احساس Well-Being فرد در مجموع نمره‌ای مابین صفر تا ۲۵ را کسب می‌کند. نمره کمتر از ۱۳ نشانگر شادکامی کم (Poor Well-Being) است (۱۵). بر اساس نتایج مطالعه‌ای که برای بررسی پایایی و روایی نسخه فارسی پرسشنامه WHO-5 (WHO-5-P) در ایران انجام شده است، این پرسشنامه پایایی و روایی مناسبی داشته است و ضریب آلفای کرونباخ آن برابر با ۰/۹۴ محاسبه شده است (۱۷). عود سوءمصرف مواد بر اساس دفعه‌های عود آن اندازه‌گیری شد و عددی از صفر و بالاتر را دریافت می‌کرد.

تحلیل داده‌های حاصل به وسیله آزمون آماری همبستگی پیرسون (Pearson) دوسویه (2-tailed) با کمک نرم‌افزار SPSS نسخه شماره ۱۶ انجام گرفت. به کمک این آزمون، رابطه مابین شادکامی و اجزای مختلف آن با عود سوءمصرف مواد تحلیل شد.

یافته‌ها:

۶۸ مرد که معیارهای ورود به پژوهش را دارا بودند، بررسی شدند. جدول ۱ مشخصات دموگرافیک و جدول ۲ مشخصات فاکتورهای مربوط به اعتیاد را نشان می‌دهد. جدول ۱: مشخصات دموگرافیک

متغیر	مشخصات
سن (سال)	میانگین: ۳۴/۰۶، انحراف معیار: ۹/۵۲
تحصیلات	لیسانس: ۳۵ (۵۱/۵ درصد) دیپلم: ۲۲ (۳۲/۴ درصد) راهنمائی: ۷ (۱۰/۳ درصد) سیکل: ۲ (۲/۹ درصد) دبستان: ۲ (۲/۹ درصد)
وضعیت تأهل	مجرد: ۵۰ (۷۳/۵ درصد) متاهل: ۱۸ (۲۶/۵ درصد)

نمره Well-Being برای ۴۴ نفر (۶۴/۷ درصد) کمتر از ۱۳ (Poor Well-Being) و برای ۲۴ نفر (۳۵/۳ درصد) ۱۳ و بیشتر بود. میانگین نمره Well-Being برابر با ۱۰/۷۲±۳/۲۶ بود.

جدول ۳ توزیع فراوانی سطح هر کدام از اجزای شاخص شادکامی (Well-Being) را در جامعه مورد مطالعه نشان می‌دهد.

میانگین دفعه‌های عود در گروه با شاخص شادکامی ضعیف (نمره کمتر از ۱۳) برابر با ۴/۸۹±۱۰/۹۲ بار و در گروه با شاخص شادکامی مناسب (نمره ۱۳ و بیشتر) برابر با ۲/۷۱±۵/۳۰ بار بود. بر اساس نتایج آزمون آماری پیرسون (Pearson) دو سویه (2-tailed) ارتباط معکوس معناداری مابین دفعه‌های عود و شاخص شادکامی وجود

عواطف منفی (Negative Affects) و ایجاد احساس آرامش (Relaxation) با کاهش خطر عود همراهند (۹، ۱۰).

یکی از مؤثرترین روش‌ها در کاهش عود سوءمصرف مواد در بالغان استفاده از رویکردهای مبتنی بر مداخله روی ریسک فاکتورهاست. برای ایجاد چنین رویکردهایی نیاز به شناسایی عوامل خطر مرتبط با عود سوءمصرف مواد وجود دارد (۱۱). عوامل مؤثر بر عود سوءمصرف مواد را می‌توان به دو گروه درون فردی (عوامل جسمی و روانی) و برون فردی (عوامل محیطی و اجتماعی) طبقه‌بندی کرد (۱۲). از نظر UNDCP (برنامه بین‌المللی مبارزه با مواد مخدر سازمان ملل متحد) موفقیت یا شکست برنامه‌های درمانی مواد مخدر به داشتن انگیزه کافی در ترک ماده مخدر، شروع زودرس درمان، افزایش مدت مراقبت، در دسترس بودن درمان از لحاظ فیزیکی و اقتصادی و در دسترس بودن خدمات مشاوره‌ای و مراقبت برای موارد فوریتی در ساعات خارج از ساعات رسمی اداری بستگی دارد (۱۳).

در مطالعه‌های قبلی که نقش عوامل مربوط به سلامت روان را در عود سوءمصرف مواد بررسی کرده‌اند، سلامت روان تنها به معنای فقدان بیماری یا اختلال روانی دانسته شده است و نقش عوامل مربوط به سلامت روان مثبت، یعنی آن دسته از عواملی که باعث عملکرد کامل و بهینه روانی فرد می‌شوند، مورد غفلت قرار گرفته است. بنابراین در این پژوهش، نقش یکی از فاکتورهای سلامت روان مثبت یعنی شاخص شادکامی، در رابطه با عود سوءمصرف مواد بررسی شد. طبق تعریف سازمان بهداشت جهانی (WHO) درجه شادکامی هر فرد بر اساس خلق مثبت (احساس روحی خوب و آرامش)، سرزندگی (فعال بودن و سرحال از خواب بیدار شدن) و علاقه‌مندی‌های عمومی اندازه‌گیری می‌شود (۱۴). بر اساس این تعریف، درجه شادکامی هر فرد نمره‌ای مابین صفر تا ۲۵ را کسب می‌کند و نمره کمتر از ۱۳ نشانگر شادکامی کم (Poor Well-Being) است (۱۵).

هدف از انجام این پژوهش، بررسی رابطه بین احساس Well-Being و اجزای آن با عود سوءمصرف مواد است تا در صورت وجود چنین رابطه‌ای، مداخله‌ها در این حیظه برای کاهش عود انجام گیرد. این مداخله‌ها می‌تواند شامل توسعه سیستم‌های حمایتی و دسترسی به روانپزشک و روان‌شناس در طول دوره ترک برای معتادان و خانواده‌هایشان باشد.

روش:

این مطالعه از نوع توصیفی و مقطعی (Cross Sectional) است. جامعه مورد پژوهش، معتادان ساکن در یکی از مراکز (کمپ) ترک اعتیاد شهر تهران بودند که در ماه‌های تیر و مرداد سال ۱۳۹۵ بررسی شدند. به دلیل ملاحظه‌های اخلاقی و عدم رضایت مسئولان مرکز مذکور، از ذکر نام این مرکز خودداری می‌شود.

نمونه مورد پژوهش، به روش نمونه‌گیری تصادفی ساده، با کمک جدول اعداد تصادفی و شماره پرونده معتادان ساکن در کمپ؛ انتخاب شد. با توجه به نبود مطالعه‌های کافی قبلی به خصوص در جامعه ایرانی در زمینه موضوع مورد پژوهش؛ برای تعیین حجم نمونه، ابتدا مطالعه‌ای پایلوت روی نمونه‌ای ۱۵ نفره از معتادان مرکز مذکور انجام شد. طبق نتایج مطالعه پایلوت، متوسط تعداد دفعه‌های عود در گروهی که Poor Well-Being داشتند ۴ و در گروه دیگر صفر به دست آمد. هم‌چنین، واریانس تعداد عود برابر با ۳۶ بود. حجم نمونه پژوهش با استفاده از فرمول برآورد حجم نمونه با $n_1 = n_2 = \frac{2(z_{\alpha/2} + z_{\beta})^2 \sigma^2}{(\mu_2 - \mu_1)^2}$ حدود اطمینان (C.I.) ۹۵٪ محاسبه شد. در این فرمول n حجم نمونه، α خطای نوع اول (۰/۰۵)، β خطای نوع دوم، z سطح زیر منحنی زنگوله‌ای بر اساس حدود اطمینان، σ^2 واریانس (۳۶) و μ متوسط (میانگین) ($\mu_2 = 4$ و $\mu_1 = 0$) است. در نهایت، حجم نمونه (n) به میزان ۶۸ نفر برآورد شد.

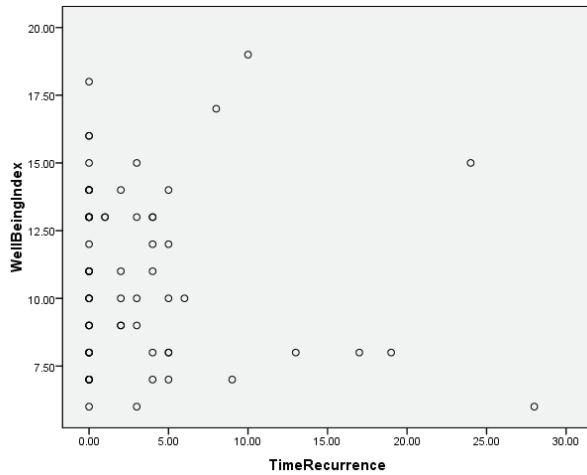
معیارهای ورود به پژوهش، تمایل به شرکت در مطالعه و نبود اختلال‌های روانی یا شناختی بود که از سوی کارشناس ارشد روان‌شناسی مستقر در این مرکز بررسی می‌شد.

برای جمع‌آوری اطلاعات از پرسشنامه‌ای دو قسمتی، که قسمت اول شامل اطلاعات دموگرافیک معتاد (شامل سن، تحصیلات، شغل و وضعیت تأهل) و شرایط وی در زمینه اعتیاد (شامل سن اولین مصرف، مدت اقامت در کمپ، سابقه قبلی اقامت در کمپ، نوع آخرین ماده مصرفی، نحوه مصرف، ارزیابی میزان اعتیاد گذشته،

جدول ۲: مشخصات فاکتورهای مربوط به اعتیاد

متغیر	مشخصات
سن شروع مصرف مواد (سال)	میانگین: ۲۳/۶۹ ، انحراف معیار: ۶/۱۷
مدت اقامت در کمپ (روز)	میانگین: ۱۶۵/۰۷ ، انحراف معیار: ۹۶۸/۸۰
سابقه اقامت در کمپ	خیر: ۳۷ (۵۴/۴ درصد) بلی: ۳۱ (۴۵/۶ درصد)
نوع ماده مصرفی	شیشه: ۳۴ (۵۰ درصد) هروئین: ۱۹ (۲۷/۹ درصد) تریاک: ۶ (۸/۸ درصد) سایر مواد: ۹ (۱۳/۲ درصد)
روش مصرف مواد	کشیدن (تدخین): ۵۹ (۸۶/۸ درصد) خوردن: ۸ (۱۱/۸ درصد) تزریق: ۱ (۱/۵ درصد)
ارزیابی فرد از میزان اعتیاد گذشته خود	کم: ۳۹ (۵۷/۴ درصد) متوسط: ۲۲ (۳۲/۴ درصد) شدید: ۷ (۱۰/۳ درصد)
مدت زمان سپری شده از آخرین مصرف (روز)	میانگین: ۹۵/۰۴ ، انحراف معیار: ۳۹۴/۵۳
تعداد دفعات عود سوء مصرف مواد	کمتر از ۲ بار: ۳۶ (۵۲/۹ درصد) ۲ یا ۳ بار: ۱۰ (۱۴/۷ درصد) بیشتر از ۳ بار: ۲۲ (۳۲/۳ درصد) میانگین: ۴/۱۲ ، انحراف معیار: ۹/۳۴

داشت (Pearson Correlation:-0/260 و P:0/015<0/05) به طوری که در افراد با سطح شاخص شادکامی ضعیف، عود سوءمصرف مواد بیشتر بود. نمودار ۱ پراکنش مابین شاخص شادکامی (Well-Being Index) و دفعه‌های عود (Time Recurrence) را نشان می‌دهد. همچنین نتایج آزمون پیرسون دوسویه، ارتباط معکوس معناداری مابین دفعه‌های



نمودار ۱: پراکنش افراد مورد مطالعه بر حسب تعداد دفعه‌های عود و نمره Well-Being

عود و جزء «سرزندگی» را نشان می‌داد (Pearson Correlation:-0/293 و P:0/015<0/05). بر اساس نتایج این آزمون، این ارتباط معکوس و معنادار، مابین دفعه‌های عود و جزء «سرحال از خواب بیدار شدن» نیز وجود داشت (Pearson Correlation:-0/253 و P:0/037<0/05). در مورد اجزای دیگر شاخص شادکامی شامل «خلق مثبت»، «احساس روحی خوب»، «آرامش»، «فعال بودن» و «علاقه‌مندی‌های عمومی» رابطه معناداری با

جدول ۳: توزیع فراوانی سطح اجزای مختلف شادکامی

میانگین و انحراف معیار	فراوانی				متغیر		شادکامی
	اغلب-تمام اوقات	بیشتر از نصف اوقات	کمتر از نصف اوقات	هیچ وقت- بعضی اوقات			
۲/۱۳±۱/۲۳	۱۵ (۲۲/۱ درصد)	۱۱ (۱۶/۲ درصد)	۱۰ (۱۴/۷ درصد)	۳۲ (۴۷/۱ درصد)	احساس روحی خوب	خلق مثبت	شادکامی
۲/۲۹±۱/۱۷	۱۸ (۲۶/۵ درصد)	۴ (۵/۹ درصد)	۲۷ (۳۹/۷ درصد)	۱۹ (۲۸ درصد)	آرامش		
۲/۲۴±۱/۲۰	۱۷ (۲۵ درصد)	۷ (۱۰/۳ درصد)	۱۹ (۲۷/۹ درصد)	۲۵ (۳۶/۸ درصد)	فعال بودن	سرزندگی	
۲/۱۸±۱/۱۶	۱۴ (۲۰/۶ درصد)	۶ (۸/۸ درصد)	۲۶ (۳۸/۲ درصد)	۲۲ (۳۲/۴ درصد)	سرحال از خواب بیدار شدن		
۱/۸۸±۱/۰۷	۱۱ (۱۶/۲ درصد)	۲ (۲/۹ درصد)	۲۳ (۳۳/۸ درصد)	۳۲ (۴۷/۱ درصد)	علاقه‌مندی‌های عمومی		

عود سوءمصرف مواد وجود نداشت.

بحث و نتیجه گیری:

در این پژوهش، ۳۹/۷ درصد افراد مورد مطالعه، قبل از ۲۰ سالگی شروع به مصرف مواد کرده بودند و میانگین سن شروع اعتیاد برابر با ۲۳/۶۹ سال بود. این میانگین سنی پایین ضرورت اجرای برنامه‌های پیشگیری از اعتیاد را در سنین پایین و در مدارس مشخص می‌سازد، همان‌طور که Rasch و Kalke نیز به آن اشاره کرده‌اند (۱۸).

در مطالعه میرزایی و همکاران (۲۰۱۰)، ۲۸/۵ درصد افراد بیش از ۳ بار اقدام به ترک کرده بودند (۷). همچنین در مطالعه Mutasa و همکاران (۲۰۰۱)، ۴۰ درصد از شرکت‌کنندگان بیش از سه بار سابقه ترک داشتند (۱۹). در این مطالعه تعداد متوسط اقدام به ترک ۴/۱۲ بار به دست آمد و ۳۲/۴ درصد افراد بیش از ۳ بار ترک کرده بودند.

در مطالعه ناستی‌زاده و همکاران (۲۰۱۰)، میانگین طول مدت ترک اعتیاد برابر با ۶۳/۷۴ روز بوده است (۲۰). در این مطالعه میانگین مدت زمان سپری شده از آخرین مصرف ۹۵/۰۴ روز بود.

این یافته‌ها بیانگر این است که دوره زمانی بلافاصله بعد از پایان دوره درمان در مراکز ترک اعتیاد، دوره بسیار حساسی است که افراد تحت درمان در معرض خطر بسیار بالای عود سوءمصرف قرار دارند و اگر بیماران بهبود یافته این دوره را با موفقیت طی کنند می‌توان به نتایج درمان امیدوار بود.

Glasner-Edwards و همکاران (۲۰۱۷)، تکنیک‌های مداخله‌ای تقویت تمرکز حواس را در کاهش عود سوءمصرف مواد (در افراد تحت درمان برای ترک سوءمصرف محرک‌ها)، مؤثر دانسته‌اند و بیان داشته‌اند که این تکنیک‌ها با کاهش عواطف منفی (Negative Affects) باعث کاهش عود می‌شوند (۹). ولی در این مطالعه مابین اجزای «احساس روحی خوب» و «خلق مثبت» شادکامی با عود سوءمصرف مواد رابطه معناداری وجود نداشت.

در مطالعه Vidrine و همکاران (۲۰۱۵)، داشتن احساس آرامش (Relaxation) باعث ایجاد تمرکز حواس، کاهش اضطراب‌های روانی و افسردگی در افراد سیگاری در حال ترک می‌شد و احتمال خروج آن‌ها از برنامه ترک را کم می‌کرد (۱۰). در حالی که در مطالعه حاضر، رابطه معناداری بین «آرامش» به عنوان یکی از اجزای شادکامی با

عود سوءمصرف مواد وجود نداشت.

در مطالعه Angarita و همکاران (۲۰۱۶)، نقش اختلال‌های خواب در پیش‌بینی احتمال سوءمصرف مواد و عود آن، مورد توجه قرار گرفته است (۲۱). در این پژوهش نیز، رابطه‌ای معکوس میان «سرحال از خواب بیدار شدن» با عود سوءمصرف مواد وجود داشت. این یافته بیانگر ضرورت توجه به اختلال‌های خواب در دوره ترک و مداخله برای کاهش این اختلال‌ها و به دنبال آن، کاهش احتمال عود سوءمصرف مواد است.

طبق نظریه بیونورولوژیک اعتیاد، افرادی که استفاده مکرر از مواد دارند، در سیستم دوپامینرژیک مغز آنان، نوعی Neuro-Adaptation رخ می‌دهد و برای ایجاد حالت سرخوشی و تحریک سیستم دوپامینرژیک به دفعه‌های بیشتری از مصرف مواد نیاز پیدا می‌کنند (۲۲). در این مطالعه نیز افرادی که شادکامی کمتری داشتند، دفعه‌های عود سوءمصرف مواد در آنان افزایش می‌یافت.

طبق نظریه‌های روان‌شناختی و رفتاری اعتیاد، تئوری‌های روان‌شناسی مثبت و Well-Being در پیشگیری از سوءمصرف مواد دارای پتانسیل لازم هستند (۲۳). همان‌طور که در این پژوهش نیز، افرادی با سطح Well-Being بیشتر احتمال عود سوءمصرف مواد کمتری داشتند.

در نظریه یادگیری اعتیاد، اعتیاد ابزاری برای کاهش اضطراب و احساس محرومیت است (۲۴). طبق نتایج این تحقیق هم، افرادی که سطح Well-Being بالاتر و بالطبع اضطراب و احساس محرومیت کمتری داشتند، احتمال عود اعتیاد در آنان کمتر بود.

با توجه به همراهی داشتن سطح شادکامی ضعیف با عود بیشتر سوءمصرف مواد و نقش مهم فاکتورهای مربوط به سلامت روان مثبت، در میزان موفقیت برنامه‌های ترک اعتیاد، لازم است امکان دسترسی آسان افراد تحت درمان و خانواده‌هایشان، به مراقبت‌های سلامت روان فراهم شود. به این ترتیب برگزاری دوره‌های آموزشی در رابطه با سلامت روان و نقش آن در اعتیاد و عود سوءمصرف مواد، برای پزشکان و سایر کارکنان مراکز ترک اعتیاد پیشنهاد می‌شود. همچنین ضرورت دارد، در برنامه‌های پیشگیری و درمان اعتیاد، مسئله ارتقای سلامت روان افراد نیز مورد توجه سیاست‌گذاران قرار گیرد.

منابع:

1. Galanter M, Caстанeda R, Ferman J. Substance Abuse Among General Psychiatric Patients: Place of Presentation, Diagnosis, and Treatment. The American Journal of Drug and Alcohol Abuse. 1988;14(2):211-35.
2. Bishop MF. Managing Pddictions: Iognitive, Emotive, and Behavioral Techniques. 2000 Jul 1.
3. DSM 5 Criteria for Substance Use Disorder U.S.: APA DSM-5; 2013 [cited 2017]. Available from: <http://www.buppractice.com/node/12351>.
4. Tatary F, Shakeri J, Nasiri A, Ghelich L, Abdoli G. The Relapse Rates of Addiction in Opioid Dependent Patients under Maintenance Therapy by Naltrexone Referred to Kermanshah Rehabilitating – Treating Center. Journal of Kermanshah University of Medical Sciences. 2006;10(3):332-41.
5. Hall W. Stereo tactic neurosurgical treatment of addiction: minimizing the chances of another ' great and desperate cure. Addiction. 2006;101(1).
6. Pringle JL, Edmonston LA, Holland CL, Kirisci L, Emptage NP, Balavage VK. The role of wrap around services in retention and out come in substance abuse treatment: findings from the wrap around services. Addict Disord Their Treat. 2002;1(4):109-18.
7. 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):49-55.

8. Safari M, Mousavi-Zade SN. Factor influences on return to substance abuse in clients referred to addiction treatment centers in Maragheh City in 1390. Journal of Shahid Beheshti School of Nursing & Midwifery. 2014-24(86):57-64.
9. Glasner-Edwards S, Mooney LJ, Ang A, Gameau HC, Hartwell E, Brecht ML, et al. Mindfulness Based Relapse Prevention for Stimulant Dependent Adults: A Pilot Randomized Clinical Trial. Mindfulness (N Y). 2017;8(1):126-35.
10. Vidrine JI, Businelle MS, Reitzel LR, Cao Y, Cinciripini PM, Marcus MT, et al. Coping Mediates the Association of Mindfulness with Psychological Stress, Affect, and Depression Among Smokers Preparing to Quit. Mindfulness (N Y). 2015;6(3):433-43.
11. Hawkins JD, Catalano RF, Miller JY. Risk and protective factors for alcohol and other drug problems in adolescence and early adulthood: Implications for substance abuse prevention. Psychological Bulletin. Jul 1992;112(1):64-105.
12. Clarke PB, Myers JE. Developmental counseling and therapy: A promising intervention for preventing relapse with substance-abusing clients. Journal of Mental Health Counseling. 2012;34(4):308-21.
13. UNODC P. Addiction: Inclined factors, health hazards, prevention and treatment. Tehran, Iran: Poorsina; 2000.

14. Snoek F. WHO (Five) Well-Being Index. March 3, 2006. Available from: www.dawnstudy.com.
15. WHO-5 Questionnaires, WHO-5 Farsi: Psychiatric Research UNIT, WHO Collaborating Center for Mental Health, Frederiksborg General Hospital, DK-3400 Hillerød. Available from: https://www.psykiatri-regionh.dk/who-5/Documents/WHO5_Farsi.pdf.
16. Snoek F. WHO (Five) Well-Being Index: Psychiatric Research UNIT, WHO Collaborating Center for Mental Health, Frederiksborg General Hospital, DK-3400 Hillerød; 2006. Available from: <http://www.dawnstudy.com/content/dam/DawnStudy/AFFILIATE/www-dawnstudy-com/Home/TOOLSANDRESOURCES/Documents/WHO-5.pdf>.
17. Khosravi A, Mousavi S-A, Chaman R, Sepidar-Kish M, Ashrafi E, Khalili M, et al. Reliability and Validity of the Persian Version of the World Health Organization-Five Well-Being Index. *International Journal of Health Studies*. 2015;1(1):17-9.
18. Kalke J, Rasch KP. Learning by doing: "Initiated Abstinence" a school-based programme for the prevention of addiction. *Eur Addict Res*. 2004;10(2):88-94.
19. Mutasa HC. Risk factors associated with noncompliance with methadone substitution therapy (MST) and relapse among chronic opiate users in an Outer London community. *Journal of advanced nursing*. 2001;35(1):97-107.
20. Naštizadeh N, Hezareh-Moghadam M, Molazehi A. Factors Associated with Substance Abuse Relapse in self-enrolling addicts of Zahedan town centers. *Orumiey Nur & Mid J* 2010;8(3):169-74.
21. Angarita GA, Emadi N, Hodges S, Morgan PT. Sleep abnormalities associated with alcohol, cannabis, cocaine, and opiate use: a comprehensive review. *Addict Sci Clin Pract*. 2016;11(9).
22. Robinson TE, Berridge KC. The neural basis of drug craving: An incentive-sensitization theory of addiction. *Brain Research Reviews*. September–December 1993;18(3):247-91.
23. Krentzman AR. Review of the Application of Positive Psychology to Substance Use, Addiction, and Recovery Research. *Psychol Addict Behav*. 2013 Mar;27(1):151-65.
24. Sarason IG, Sarason BR. *Abnormal Psychology: Study Guide*. 4 ed. Tehran, Iran: Roshd; 1996.