

## عوامل مرتبط با عود اعتیاد از دیدگاه مبتلایان به سوء مصرف مواد مخدر مراجعه کننده به مرکز ترک اعتیاد شهر رفسنجان

طیبه میرزایی<sup>۱</sup> علی راوری<sup>۲</sup> نسرین حنیفی<sup>۳</sup> سکینه میری<sup>۴</sup>  
\*سیده فاطمه حق دوست اسکویی<sup>۵</sup> صدیقه میرزایی خلیل آبادی<sup>۶</sup>

### چکیده

زمینه و هدف: خطر بازگشت به مصرف مواد مخدر به دنبال ترک اعتیاد همواره مطرح است و این مسئله مقابله با مسئله اعتیاد را پیچیده تر می سازد. آگاهی از دیدگاه مبتلایان به سوء مصرف مواد در خصوص موانع تداوم ترک اعتیاد می تواند کمک مؤثری در پیشگیری از عود مجدد آن باشد. روش بررسی: این مطالعه از نوع توصیفی مقطعی بود. نمونه گیری به صورت در دسترس انجام شد و نمونه ها را ۲۰۰ مرد تشکیل می دادند که حداقل یک بار سابقه بازگشت به مصرف مواد مخدر را داشتند. داده ها با استفاده از مصاحبه ساختار یافته به صورت رو در رو جمع آوری شد. پاسخها در مورد شدت ارتباط عوامل مرتبط با عود به صورت اصلاً، تا حدی، متوسط و زیاد ارائه شده بود. یافته ها: نتایج نشان داد که ۳۳/۵ درصد مبتلایان به سوء مصرف مواد یک بار، ۳۸ درصد دو تا سه بار و ۲۸/۵ درصد بیش از سه بار درمان ناموفق داشتند. ۵۳ درصد آن ها در کمتر از ۳ ماه به مصرف مجدد مواد مخدر روی آورده بودند. فقط ۱۲ درصد آن ها توانسته بودند به مدت بیش از یک سال عاری از مواد مخدر باقی بمانند. میانگین زمان اجتناب از مواد مخدر ۶/۳±۳ ماه بود. بر اساس میانگین امتیازات محاسبه شده، بی خوابی و وسوسه مهم ترین عوامل فردی، و دسترسی آسان به مواد مخدر، کشمکش های خانوادگی و عدم پایداری به درمان مهم ترین عوامل محیطی عود اعتیاد بودند. نتیجه گیری کلی: از آنجایی که عوامل روانی مهم ترین عوامل عدم تداوم ترک در این مطالعه بودند (با میانگین ۱/۶±۰/۵)، به نظر می رسد سم زدایی صرف برای تداوم ترک کافی نبوده و عواملی وجود دارند که می توانند سبب عود شوند. لذا پیشنهاد می شود مراکز درمانی با پی گیری بیشتر، بهداشت روانی را سرلوحه اقدامات خود قرار دهند. همچنین تقویت مهارت های مقابله با عود در مصرف کنندگان مواد مخدر ضرورت دارد.

**کلید واژه ها:** سوء مصرف مواد - ترک اعتیاد - عود

تاریخ دریافت: ۸۸/۳/۱۲

تاریخ پذیرش: ۸۹/۸/۱۲

<sup>۱</sup> دانشجوی دکتری پرستاری دانشکده پرستاری - مامایی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی تهران، مربی و عضو هیئت علمی دانشکده پرستاری - مامایی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی رفسنجان، کرمان، ایران  
<sup>۲</sup> استادیار گروه پرستاری داخلی و جراحی، دانشکده پرستاری - مامایی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی رفسنجان، کرمان، ایران.  
<sup>۳</sup> دانشجوی دکتری پرستاری، دانشکده پرستاری - مامایی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی تهران، مربی و عضو هیئت علمی دانشکده پرستاری - مامایی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی زنجان، زنجان، ایران.  
<sup>۴</sup> مربی گروه روان پرستاری و عضو هیئت علمی دانشکده پرستاری، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی کرمان، کرمان، ایران  
<sup>۵</sup> عضو مرکز تحقیقات مراقبتهای پرستاری و دانشیار گروه پرستاری بهداشت دانشکده پرستاری - مامایی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی تهران، تهران، ایران. (\*مؤلف مسئول) شماره تماس: ۰۲۱۸۲۴۷۱۱۰۵-۶  
Email: nmsi@iums.ac.ir  
<sup>۶</sup> کارشناس ارشد علوم اقتصادی، کارمند دانشگاه شهید باهنر کرمان، کرمان، ایران

## مقدمه

وابستگی به مواد مخدر از مشکلات عمده در سطح بین الملل و کشور ماست. زیرا از یک سو سلامت جامعه را مورد تهدید قرار داده و از سوی دیگر با بسیاری از جرائم و جنایات و نیز بیماری‌هایی همچون ایدز در ارتباط است<sup>(۱)</sup>. سوء مصرف مواد و اعتیاد یک بیماری جدی است که در اثر آن سلامت اقتصاد، ارتباطات و شغل فرد روبه ویرانی می‌نهد<sup>(۲)</sup>.

این بیماری چند بعدی است و با مشکلات متعددی از جمله عودهای مکرر که اغلب هم درمان نشده باقی می‌ماند، همراه است<sup>(۳)</sup>. آمارها حاکی از آن است که چهل درصد مردم ایالات متحده در دورانی از زندگی خود یکی از مواد غیر مجاز را تجربه کرده‌اند و هزینه آن برای جامعه بیش از ۲۰۰ میلیارد دلار در سال برآورد شده است<sup>(۴)</sup>. بر اساس گزارش سازمان ملل متحد ۲۲۰ میلیون نفر مبتلا به سوء مصرف مواد در جهان زندگی می‌کنند. مبتلایانی که نیازمند مصرف روزانه مواد مخدري مانند تریاک، هروئین، کراک، کریستال، شیشه، گرس حشیش، ماری جوانا، کوکائین، مرفین و هزاران نوع ماده روانگردان شیمیایی و صنعتی هستند. از بین این افراد ۱۶۰ میلیون نفر حشیش، حدود ۱۴ میلیون نفر کوکائین، ۹ تا ۱۲ میلیون نفر تریاک و خانواده اپیوئیدها (Opioids) را مصرف می‌کنند، و ۵۰ میلیون نفر نیز مصرف کننده انواع مواد روانگردان شیمیایی هستند. در ایران به علت نزدیکی به کشور افغانستان به عنوان بزرگترین تولید کننده خشخاش و تریاک جهان، تریاک و سایر مشتقات حاصل از این ماده بیشترین مصرف را دارد، به طوری که ایران بزرگترین مصرف کننده تریاک دنیا محسوب می‌شود. بر اساس نتایج یک بررسی علت اصلی ۶۰ درصد طلاق‌ها در ایران مواد مخدر است<sup>(۵)</sup>.

بر اساس اعلام مسئولان وزارت بهداشت و سازمان بهزیستی سالانه حدود هشت درصد به مصرف کنندگان مواد مخدر در کشور افزوده می‌شود. طبق گزارش معاون سلامت وزارت بهداشت آمار مبتلایان به سوء مصرف مواد در ایران ۳ میلیون و ۷۰۰ هزار نفر اعلام شده است. از این تعداد یک میلیون و ۲۰۰ هزار نفر مبتلا به سوء مصرف دائمی و روزانه‌ی مواد مخدر هستند و بقیه مصرف تفننی و گاه‌به‌گاه مواد مخدر دارند<sup>(۶)</sup>. طبق آمار فروردین ۱۳۸۳ تنها در رفسنجان ماهیانه

مبلغی حدود دو میلیارد تومان بابت خرید مواد مخدر مصرف می‌شود<sup>(۷)</sup>.

مسئله ترک مصرف مواد مخدر از جمله مسائلی است که همواره مورد توجه مسئولین و نیز خود مبتلایان به سوء مصرف مواد و خانواده آنان بوده است. ترک جسمانی مواد مخدر چندان مشکل نیست. مشکل اصلی بازگشت و شروع دوباره این عادت ناپسند است<sup>(۸)</sup>. به همین دلیل حتی در مواردی جهت تداوم درمان از روش‌های تهاجمی از جمله روش‌های استریوتاکتیک (Stereotactic) جراحی اعصاب استفاده شده که فعلاً متوقف شده‌اند<sup>(۹)</sup>. برای مبتلایانی که بخواهند عاری از ماده مخدر بمانند سم زدایی فقط آغاز یک راه دراز و تلاش سخت علیه دنیای مواد مخدر است. به نظر عده ای برای افرادی که مدت طولانی مصرف کننده مقدار زیادی مواد مخدر بوده‌اند ترک مستمر ماده مخدر بیشتر یک استثناست تا یک قاعده<sup>(۱۰)</sup>. مبتلایان به سوء مصرف مواد و عامه مردم اعتیاد را امری علاج ناپذیر می‌پندارند. این باور در بین مبتلایان به سوء مصرف مواد بازتر است که موجب می‌شود علاوه بر اعتیاد یأس و ناامیدی نیز برآنان مستولی گردد<sup>(۱۱)</sup>.

نگهداری فرد مبتلا به سوء مصرف مواد در مراکز بازپروری تنها باعث عدم دسترسی او به ماده مورد استعمالش می‌شود ولی این موضوع الزاماً به معنای ترک قطعی اعتیاد نیست. پس از مرخصی از مراکز بازپروری فرد با عوامل گوناگونی مواجه می‌شود که او را پس از یک مدت معمولاً ۲ ماهه به طرف استفاده نابجای مواد مخدر و روان گردان سوق می‌دهند<sup>(۱۲)</sup>. قطع زودرس درمان، مصرف مواد در طول درمان و پیروی نکردن از مقتضیات درمان، برخی از ویژگی‌های مبتلایان به سوء مصرف مواد است. لذا مقاومت، انکار و فقدان انگیزه از برچسب‌هایی هستند که درمان‌گران به مبتلایان به سوء مصرف مواد می‌زنند<sup>(۱۳)</sup>. در حال حاضر در ایران آمار دقیقی از اینکه چند درصد از معالجه شدگان مجدداً به مصرف مواد بازگشته‌اند وجود ندارد<sup>(۱۱)</sup>. اما افزایش آمار مبتلایان به سوء مصرف مواد مخدر در کشور می‌تواند بیانگر این مسأله باشد که روش‌های درمانی انجام شده مؤثر یا جامع نبوده‌اند<sup>(۱۴)</sup>.

## روش بررسی

این مقاله حاصل یک پژوهش توصیفی است که به منظور تعیین عوامل مرتبط با عود در مبتلایان به سوء مصرف مواد مراجعه کننده به کلینیک ترک اعتیاد شهر رفسنجان که حداقل یک بار سابقه ترک اعتیاد ناموفق داشتند و مجدداً برای ترک مراجعه کرده بودند، انجام شد.

تعداد افراد تحت مطالعه ۲۰۰ نفر و همگی آنها مرد بودند و بر اساس نمونه گیری آسان در مدت ۶ ماه (مهرماه تا پایان اسفند ۱۳۸۳) انتخاب شدند. ابزار جمع آوری داده‌ها پرسشنامه پژوهشگر ساخته بود. این پرسشنامه در دو بخش اطلاعات دموگرافیک و عوامل مرتبط با بازگشت مجدد تنظیم شده بود که توسط یک روان پرستار با شیوه مصاحبه فردی و رو در رو تکمیل می‌شد. روایی ابزار بر اساس روایی محتوا و پایایی بصورت آزمون مجدد با ضریب همبستگی اسپیرمن ۰/۸ سنجیده شد. عوامل مرتبط با عدم تداوم درمان تحت عنوان عوامل فردی و عوامل محیطی مورد مطالعه قرار گرفتند. عوامل فردی به عوامل جسمانی و روانی و عوامل محیطی به عوامل خانوادگی و اجتماعی و درمانی تقسیم شدند. و از افراد تحت مطالعه شدت ارتباط بین هر یک از عوامل مورد نظر بصورت: اصلاً، کم، متوسط و زیاد سؤال شد.

عوامل جسمی شامل ضعف و بیحالی، درد، بیخوابی و ناتوانی جنسی بودند. همچنین کمبود اعتماد به نفس، وسوسه، احساس پوچی و ناراحتی های روحی روانی به عنوان عوامل روانی؛ در دسترس بودن مواد مخدر، توصیه دوستان سابق و بیکاری به عنوان عوامل اجتماعی؛ اختلافات خانوادگی، ابتلای اعضای خانواده به سوء مصرف مواد و نداشتن سرپرست در خانواده به عنوان عوامل خانوادگی؛ و عواملی از قبیل عدم پیگیری از طرف کادر درمانی، قطع زود هنگام درمان، پیروی نکردن از توصیه های پزشکی و مصرف مواد در طول زمان ترک به عنوان عوامل درمانی؛ گروه بندی شدند. عوامل فوق بر اساس مطالعات مشابه قبلی و ارتباطات منطقی داخل گروهی در یک گروه قرار داده شدند.

داده‌های جمع آوری شده از پرسشنامه‌ها بوسیله نرم افزار SPSS تحت ویندوز نسخه ۱۲ تجزیه و تحلیل شدند. برای تعیین شدت به هر یک از عوامل بر اساس گزینه ای که افراد تحت مطالعه

امینی (۱۳۸۱) میزان بازگشت به مصرف مجدد مواد مخدر را ۷۵ درصد (در ایران ۵۰ درصد) ذکر کرده است<sup>(۱۵)</sup>. میزان عود در بررسی Mutasa ۲۰۰۱، ۸۰ درصد بوده و ۴۰ درصد افراد بیشتر از سه بار سابقه ترک مصرف مواد مخدر را داشتند<sup>(۱۶)</sup>. در بررسی محرری که احسان منش (۱۳۷۸) در تحقیق خود به آن اشاره کرده ۳۷۷ نفر از مبتلایان به سوء مصرف مواد مراجعه کننده به مراکز سرپایی درمان مبتلایان به سوء مصرف مواد در شهر شیراز مورد بررسی قرار گرفتند. از این تعداد ۱۸۶ نفر درمان شده بودند و ۱۹۱ نفر پس از پایان دوره درمانی موفق به ترک نشده بودند<sup>(۱۷)</sup>.

متخصصین در پرسشنامه‌های خود علل بازگشت به مصرف مواد مخدر را سهولت دسترسی به این مواد، عدم مراقبت و کنترل و پیگیری در مورد مبتلایان به سوء مصرف مواد معالجه شده، وجود شرایط منفی در اطراف فرد، ناراحتی های عصبی و ضعف فرد در مقابل آنها، بیکاری و عدم پذیرش افراد از سوی جامعه، وجود دیگر مبتلایان به سوء مصرف مواد در بین دوستان سابق، ناتمام ماندن یا اجرای ناقص برنامه ترک وجود مراکز همچون قهوه‌خانه‌ها و نظایر آنها، ضعف قوای جسمی و بی‌خوابی شدید، ضعف و بی‌حالی مخصوص مبتلایان به سوء مصرف مواد می دانند<sup>(۱۱)</sup>.

به طور کلی جامعه ایران افراد مبتلا به سوء مصرف مواد را خواه بازپروری شده یا نشده مطرود دانسته و به سختی مورد پذیرش قرار می‌دهد. به عبارت دیگر جنبه های مختلف اعتیاد برای مردم روشن نبوده و به این امر بر اساس اصول علمی پرداخته نمی شود<sup>(۱۸)</sup>. این در حالی است که برای مبارزه با اعتیاد که به عنوان یکی از آسیب های اجتماعی حیات بشر و به ویژه نسل جوان را به خطر انداخته نیاز مبرم به بازنگری اصولی و همه جانبه در نحوه پیشگیری، درمان مبارزه و کنترل مواد اعتیادآور وجود دارد<sup>(۱۹)</sup>. استفاده از نظرات افراد مبتلا به سوء مصرف مواد می‌تواند شیوه مؤثری در شناخت علل عود اعتیاد باشد. با توجه به تفاوت‌های منطقه‌ای در افکار، باورها و نظرات انسان‌ها؛ پژوهشگران بر آن شدند تا علل عود اعتیاد از دیدگاه مبتلایان به سوء مصرف مواد مراجعه کننده به مرکز ترک اعتیاد شهر رفسنجان را مورد بررسی قرار دهند.

انتخاب کرده بودند امتیاز داده شد. به این ترتیب که به گزینه اصلاً امتیاز صفر، به گزینه کم امتیاز یک، به گزینه متوسط امتیاز دو و به گزینه زیاد امتیاز سه تعلق گرفت. در نهایت امتیازات مربوط به یک گروه با هم جمع شدند و به تعداد عوامل مورد نظر در آن گروه تقسیم گردید. میانگین امتیاز گروه محاسبه و میانگین امتیازات هر عامل و هر گروه با یکدیگر مقایسه شد. برای مقایسه میانگین امتیاز هر عامل و گروهها از آزمون آماری فریدمن استفاده شد و نتایج آن با P کمتر از ۰/۰۵ معنادار تلقی گردیدند.

درصد واحدهای مورد مطالعه یکبار، ۳۸ درصد دو تا سه بار و ۲۸/۵ درصد بیش از سه بار اقدام به ترک کرده بودند. مدت ترک ۵۲ درصد افراد کمتر از سه ماه طول کشیده بود و فقط ۱۲ درصد موفق به تداوم بخشیدن به دوره ترک بیش از یکسال شده بودند. میانگین زمان ترک افراد  $6/3 \pm 3$  ماه بود. آزمون فریدمن بین عوامل فردی جسمانی و شدت تأثیر این عوامل برای عود اعتیاد ارتباط معنی دار نشان داد. این آزمون همچنین بین عوامل فردی روانی و شدت تأثیر این عوامل برای عود اعتیاد نیز رابطه معنی دار نشان داد ( $p < 0.001$ ). از بین عوامل جسمانی، "بی خوابی" و از بین عوامل روانی "وسوسه"، به ترتیب با ۱/۶ و ۲/۲ بیشترین میانگین را دارا بودند.

همچنین بر اساس نتایج آزمونهای فریدمن بین عوامل محیطی که شامل عوامل اجتماعی و خانوادگی و درمانی بودند؛ و شدت تأثیر این عوامل در بازگشت به سوء مصرف مواد از دیدگاه افراد مورد پژوهش ارتباط معنی دار وجود داشت ( $p < 0/001$ ). از بین عوامل اجتماعی، "در دسترس بودن مواد" و از بین عوامل خانوادگی، "برخورد نامناسب خانواده" و از بین عوامل درمانی، "مصرف مواد در طول درمان" به ترتیب با ۱/۵، ۰/۹ و ۱/۴ بیشترین میانگین را دارا بودند.

از بین عوامل پیشگفت مهم ترین عوامل عدم تداوم ترک، عوامل روانی با میانگین  $1/6 \pm 0/5$  بدست آمد (نمودار شماره ۱).

### یافته ها

نتایج حاصل از این پژوهش نشان داد که ۶۱ درصد از افراد تحت مطالعه زیر ۳۰ سال سن داشتند و میانگین سنی افراد  $30/6 \pm 7/5$  سال بود. ۸۸/۵ درصد افراد شاغل و ۱۱/۵ درصد آنها بیکار بودند. ۱۰/۵ درصد افراد مورد مطالعه بیسواد بودند ۵ درصد تحصیلات دانشگاهی داشته و مابقی افراد، (۸۴/۵٪) دارای تحصیلات ابتدایی تا دبیرستان بودند. از بین افراد مورد مطالعه ۲۶ درصد مجرد و ۶۸ درصد متأهل بودند. ۶ درصد افراد نیز از همسرشان جدا شده بودند. شروع مصرف مواد مخدر در ۶۳ درصد موارد از سن زیر ۲۰ سالگی بوده و ۳۳/۵ درصد شرکت کنندگان این پژوهش سه وعده در روز مواد مصرف می کردند.

۴۴/۵ درصد افراد مبتلا به سوء مصرف مواد، به تریاک اعتیاد داشتند و ۵۵/۵ درصد هروئین مصرف می کردند. ۳۳/۵

جدول شماره ۱: توزیع فراوانی شدت تأثیر عوامل فردی عود اعتیاد از دیدگاه مبتلایان به سوء مصرف مواد مراجعه کننده به مرکز ترک اعتیاد

عوامل فردی	شهر رفسنجان										
	اصلاً		کم		متوسط		زیاد		بازگشت به اعتیاد	تفاوت استاندارد	تفاوت
	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد			
ضعف و بیحالی	۷۶	۳۸	۵۴	۲۷	۴۲	۲۱	۲۸	۱۴	۱/۱	۱/۱	
دردهای جسمانی	۸۱	۴۰/۵	۴۹	۲۴/۵	۴۲	۲۱	۲۸	۱۴	۱/۱	۱/۱	
بی خوابی	۵۵	۲۷/۵	۳۰	۱۵	۵۲	۲۶	۶۳	۳۱/۵	۱/۶	۱/۲	
ناتوانی جنسی	۱۱۹	۵۹/۵	۴۱	۲۰/۵	۲۴	۱۲	۱۶	۸	۰/۷	۱	

ادامه جدول شماره ۱: توزیع فراوانی شدت تأثیر عوامل فردی عود اعتیاد از دیدگاه مبتلایان به سوء مصرف مواد مراجعه کننده به مرکز ترک اعتیاد شهر رفسنجان

عوامل فردی	اصلاً		کم		متوسط		زیاد		میانگین	انحراف استاندارد
	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد		
	وسوسه	۳۰	۱۵	۱۹	۹/۵	۳۷	۱۸/۵	۱۱۴		
کمبود اعتماد به نفس	۴۰	۲۰	۵۷	۲۸/۵	۶۲	۳۱	۴۱	۲۰/۵	۱/۵	۱
احساس پوچی	۸۶	۴۳	۴۵	۲۲/۵	۴۳	۲۱/۵	۲۶	۱۳	۱/۱	۱/۱
ناراحتی های روحی	۳۷	۱۸/۵	۴۷	۲۳/۵	۵۴	۲۷	۶۲	۳۱	۱/۷	۱/۱

جدول شماره ۲: توزیع فراوانی شدت تأثیر عوامل محیطی عود از دیدگاه مبتلایان به سوء مصرف مواد مراجعه کننده به مرکز ترک اعتیاد شهر رفسنجان

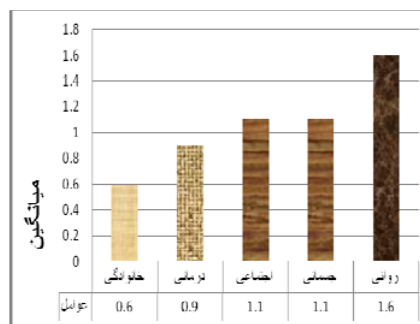
عوامل محیطی	اصلاً		کم		متوسط		زیاد		میانگین	انحراف استاندارد
	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد		
	در دسترس بودن مواد مخدر	۵۷	۲۸/۵	۲۹	۱۴/۵	۶۱	۳۰/۵	۵۳		
توصیه دوستان سابق	۷۸	۳۹	۳۱	۱۵/۵	۴۳	۲۱/۵	۴۸	۲۴	۱/۳	۱/۲
وجود پاتق مناسب	۸۸	۴۴	۳۴	۱۷	۵۵	۲۷/۵	۲۳	۱۱/۵	۱	۱
عادی بودن مصرف مواد مخدر	۶۴	۳۲	۵۶	۲۸	۵۹	۲۹/۵	۲۱	۱۰/۵	۱/۱	۱
طرد شدن از اجتماع	۱۰۲	۵۱	۴۶	۲۳	۲۳	۱۱/۵	۲۹	۱۴/۵	۰/۹	۱
بیکاری	۹۴	۴۷	۴۷	۲۳	۳۷	۱۸/۵	۲۱	۱۰/۵	۱/۱	۱/۲
درآمد پایین	۱۰۲	۵۱	۴۸	۲۴	۳۲	۱۶	۱۸	۹	۰/۸	۱
اختلافات خانوادگی	۱۰۷	۵۳/۵	۳۹	۱۹/۵	۲۹	۱۴/۵	۲۵	۱۲/۵	۰/۷	۱
برخورد نامناسب خانواده	۱۱۹	۵۹/۵	۳۵	۱۷/۵	۲۹	۱۴/۵	۱۷	۸/۵	۰/۹	۱
نداشتن سرپرست در خانواده	۱۶۱	۸۰/۵	۱۶	۸	۱۴	۷	۹	۴/۵	۰/۳	۰/۸
بی توجهی خانواده	۱۲۵	۶۲/۵	۲۷	۱۳/۵	۳۶	۱۸	۱۲	۶	۰/۷	۰/۹
مبتلا به سوء مصرف مواد بودن	۱۴۱	۷۰/۵	۲۸	۱۴	۲۲	۱۱	۹	۴/۵	۰/۵	۰/۸
اعضا خانواده	۱۴۱	۷۰/۵	۳۰	۱۵	۱۸	۹	۱۱	۵/۵	۰/۵	۰/۸
انتقام از خانواده	۱۱۹	۵۹/۵	۲۷	۱۳/۵	۳۵	۱۷/۵	۱۹	۹/۵	۰/۸	۱
لجبازی با خانواده	۱۶۸	۸۴	۹	۴/۵	۱۱	۵/۵	۱۲	۶	۰/۳	۰/۸
ازدواج ناموفق	۱۶۱	۸۰/۵	۱۱	۵/۵	۱۲	۶	۱۶	۸	۰/۴	۰/۹
شکست عشقی	۱۶۷	۸۳/۵	۲۷	۱۲	۷	۳/۵	۲	۱	۰/۲	۰/۵
عدم پیگیری از طرف کادر درمانی	۲۹	۱۴/۵	۹۷	۴۸/۵	۵۰	۲۵	۲۴	۱۲	۱/۳	۰/۸
زود قطع کردن درمان	۷۳	۳۶/۵	۵۹	۲۹/۵	۵۳	۲۶/۵	۱۵	۷/۵	۱	۱
پیروی نکردن از توصیه های کادر درمانی	۶۰	۳۰	۳۷	۱۸/۵	۶۷	۳۳/۵	۳۶	۱۸	۱/۴	۱
مصرف موادمخدر در طول زمان ترک	۱۳۵	۶۷/۵	۵۱	۲۵/۵	۵	۲/۵	۹	۴/۵	۰/۴	۰/۷
تأکید بر درمان دارویی به تنهایی										

مدت ترک ۵۳ درصد شرکت کنندگان، کمتر از ۳ ماه طول کشیده بود و فقط ۱۲ درصد موفق به تداوم ترک بیش از یکسال شده بودند. میانگین زمان ترک افراد  $3 \pm 6/3$  ماه بود. در مطالعه احمدی و معتمد (۲۰۰۲)، ۵۴ درصد مبتلایان به سوء مصرف مواد دوره سم زدایی را تکمیل نکرده بودند و ۳۵ درصد به مدت سه ماه از مواد مخدر اجتناب کرده بودند و ۱۱ درصد قبل از سه ماه مجدداً مصرف مواد مخدر را شروع کرده بودند<sup>(۳)</sup>.

در رابطه با یکی از اهداف اصلی این مطالعه یعنی بررسی علل فردی بازگشت به مصرف مواد مخدر بترتیب تأثیر عوامل ذیل در سطح زیاد ذکر شده بود: عامل اول و سوسه به مصرف مجدد مواد با میانگین ۲/۲ و انحراف معیار ۱/۱ بود. این عامل توسط اطاری ۱۳۸۲ نیز عنوان گردیده است<sup>(۲۵)</sup>. در بررسی Mutasa (۲۰۰۱) نیز و سوسه به عنوان عاملی در بازگشت به مصرف مواد مخدر ذکر شده است<sup>(۲۶)</sup>. این عامل از طرف Elgeili (۲۰۰۵) نیز بعنوان عامل موثر در عود مطرح شده است<sup>(۲۳)</sup>. ناظر و صیادی ۱۳۸۱ نیز معتقدند که و سوسه می تواند در برگشت به مصرف مواد مخدر مؤثر باشد<sup>(۱۳)</sup>. در این رابطه Jackal (۲۰۰۴) معتقد است وقتی که فرد تصمیم می گیرد رفتارش را تغییر دهد مرتب با تردید مواجه است که آیا بر سر این تصمیم بماند یا نه. بنابراین وجود تردید و و سوسه در مبتلایان به سوء مصرف مواد امری طبیعی بنظر می رسد<sup>(۲۷)</sup> و ارائه روش های خاص در جهت مقابله با این عامل جهت تثبیت موفقیت درمان ضروری است.

عامل دوم از بین عوامل فردی ناراحتی های روحی و روانی از قبیل پرخاشگری و تحریک پذیری با میانگین ۱/۷ و انحراف معیار ۱/۱ بود. قربان حسینی نیز ناراحتی های عصبی و ضعف فرد در مقابل آنها را در بازگشت به مصرف مواد مخدر مؤثر می داند. بخصوص در زمان پس از ترک که فرد بشدت آسیب پذیر، حساس و ناامید است. به همین جهت به محبت و مساعدت همه جانبه نیاز دارد<sup>(۱۱)</sup>.

عامل سوم از بین عوامل فردی بی خوابی با میانگین ۱/۶ و انحراف معیار ۱/۲ بود. این نتیجه با نتیجه تحقیق قربان حسینی همخوانی دارد. او می نویسد: مبتلایان به سوء مصرف مواد بخصوص هروئین و مرفین پس از درمان دچار بیخوابی



نمودار شماره ۱: مقایسه میانگین عوامل مرتبط با عود از دیدگاه مبتلایان به سوء مصرف مواد مراجعه کننده به مرکز ترک اعتیاد شهر رفسنجان

### بحث و نتیجه گیری

تعداد افراد تحت مطالعه در این پژوهش ۲۰۰ نفر و همگی مرد بودند که ۶۳ درصد آنها مصرف مواد مخدر را از سن زیر ۲۰ سالگی شروع کرده بودند. در بررسی متوسلیان (۱۳۸۲) نیز سن شروع اعتیاد در اکثر نمونه ها (۶۷/۴٪) قبل از بیست سالگی ذکر شده بود<sup>(۲۰)</sup>. این یافته اهمیت زمان اجرای برنامه های پیشگیری از اعتیاد را نشان می دهد که در سال های اخیر نیز بسیار به آن توجه شده است. چنان چه Kalke و Rasch (۲۰۰۴) تأکید کرده اند این برنامه ها باید در سنین جوانی و در دبیرستان ها به مرحله اجرا درآیند<sup>(۲۱)</sup>.

۳۳/۵ درصد از افراد شرکت کننده در این مطالعه یکبار، ۳۸ درصد ۳ تا ۲ بار و ۲۸/۵ درصد بیش از سه بار اقدام به ترک کرده بودند. در مطالعه مدنی و همکاران (۱۳۸۲) نیز ۷۷ درصد افراد تحت پژوهش بیش از یکبار اقدام به ترک کرده بودند<sup>(۲)</sup>. در مطالعه نوروزی جویانی (۱۳۸۱)، دفعات اقدام به درمان یک تا دو بار ۵۲ درصد، سه بار ۱۶ درصد، و بیشتر از ۳ بار ۳۲ درصد بوده است<sup>(۲۲)</sup>. در بررسی Mutasa (۲۰۰۱)، ۵۰ درصد از شرکت کنندگان بیش از دو بار سابقه اقدام به ترک اعتیاد داشتند<sup>(۱۶)</sup>. Elgeili (۲۰۰۵)، شیوع عود را در طول ۱۲ ماه اول پس از درمان ۵۰ درصد ذکر کرده است<sup>(۲۳)</sup>. همچنین Gossop و همکاران شیوع بازگشت به مصرف هروئین را در سال اول ۶۰ درصد ذکر کرده اند<sup>(۲۴)</sup>. و این میزان توسط Pringle (۲۰۰۲) و همکاران ۶۹/۵ درصد اعلام شده است<sup>(۴)</sup>.

می‌شوند. بخصوص اگر فرد قبل از درمان، اعتیاد طولانی داشته باشد<sup>(۱۱)</sup>.

عامل چهارم از بین عوامل فردی کمبود اعتماد به نفس با میانگین ۱/۵ و انحراف معیار یک بود که این عامل از طرف Mutasa نیز ذکر شده بود<sup>(۱۶)</sup>. پنجمین عامل فردی ضعف و بیحالی با میانگین و انحراف معیار ۱/۱ بود که در مطالعه قربان حسینی نیز به آن اشاره شده است<sup>(۱۱)</sup>. احساس پوچی و بی‌هدفی در زندگی و دردهای جسمانی با میانگین و انحراف معیار ۱/۱ از دیگر عوامل فردی بودند. اطاری ۱۳۸۲ نیز احساس پوچی و بی‌هدفی در زندگی و همچنین احساس سرخوردگی را از عوامل مرتبط در بازگشت به مصرف مواد مخدر ذکر کرده<sup>(۲۰)</sup>. Elgeili (۲۰۰۵) هم این عامل را در بازگشت به مصرف مواد مخدر مرتبط شمرده است<sup>(۳۳)</sup>. از بین عوامل فردی ناتوانی جنسی با میانگین و انحراف معیار ۰/۷ کمترین امتیاز را به خود اختصاص داده بود.

در رابطه با دیگرهدف پژوهش یعنی بررسی عوامل محیطی عدم تداوم درمان، نتایج نشان داد که در دسترس بودن مواد مخدر با میانگین ۱/۵ و انحراف معیار ۱/۲ از دیدگاه مبتلایان به سوء مصرف مواد بیشترین نقش را در بازگشت آنان به مصرف مواد داشته است. این عامل در مطالعه قربان حسینی و Mutasa نیز به عنوان عامل مرتبط ذکر شده است<sup>(۱۱، ۱۶)</sup>. از بین عوامل محیطی توصیه دوستان سابق به مصرف مواد مخدر نیز با میانگین ۱/۳ و انحراف معیار ۱/۲ از عوامل برگشت بوده است. در مطالعه امینی ۱۳۸۱ توصیه دوستان به عنوان مهم‌ترین عامل بین فردی مرتبط با عود با فراوانی ۷۹/۱ درصد در مقیاس رتبه بندی در سطح زیاد بوده<sup>(۱۵)</sup>. قربان حسینی نیز وجود سایر مبتلایان به سوء مصرف مواد یا دوستان سابق را در بازگشت مرتبط ذکر کرده<sup>(۱۱)</sup>. Mutasa (۲۰۰۱) نیز این عامل را از عوامل مرتبط با عود بیان کرده است<sup>(۱۶)</sup>. به نظر ناظر و صیادی نیز در خرده فرهنگ مبتلایان به سوء مصرف مواد دوستان نقش زیادی در جلوگیری از ترک اعتیاد دارند<sup>(۱۳)</sup>. Elgeili (۲۰۰۵) نیز از این عامل تحت عنوان فشار اجتماعی (Social Pressure) نام برده است که می‌تواند بازگشت به مصرف را به دنبال داشته باشد<sup>(۳۳)</sup>. از بین عوامل محیطی، عادی بودن مصرف مواد مخدر با میانگین ۱/۱ و

انحراف معیار یک و بیکاری با میانگین ۱/۱ و انحراف معیار ۱/۲ عوامل بعدی بودند. در پژوهش امینی بیکاری مهم‌ترین عامل شغلی با فراوانی ۶۵/۶ درصد در سطح زیاد بوده است<sup>(۱۵)</sup>. قربان حسینی نیز عدم برنامه ریزی لازم برای مشغول کردن افراد و بیکاری را جزو عوامل مرتبط با عود مصرف مواد بیان کرده است<sup>(۱۱)</sup>. همچنین این عامل از طرف اطاری نیز ذکر گردیده است<sup>(۲۵)</sup>. عامل بعدی وجود پاتوق مناسب جهت مصرف مواد مخدر با میانگین و انحراف معیار ۱ بود. اطاری نیز قرار گرفتن در محیط‌های آلوده را از جمله عوامل مؤثر در بازگشت به مصرف مواد می‌داند در این رابطه قربان حسینی می‌نویسد: وجود مراکز همچون قهوه خانه‌ها و نظایر آن که برابر گفته یک مبتلا به سوء مصرف مواد، با دیدن آن به یاد خوش گذرانی‌های گذشته می‌افتاده و در نهایت آلودگی محیط سبب بازگشت به مصرف مواد می‌شود<sup>(۱۱)</sup>. عوامل دیگر عبارت بودند از طرد شدن از اجتماع، برخورد نامناسب خانواده، درآمد پایین، لجبازی با خانواده، بی‌توجهی خانواده اختلافات خانوادگی، ابتلای اعضای خانواده به سوء مصرف مواد، انتقام از خانواده، شکست عشقی و نداشتن سرپرست در خانواده که به ترتیب دارای اهمیت کمتری در بازگشت به مصرف مواد مخدر از دیدگاه مبتلایان به سوء مصرف مواد بودند. Domine (۲۰۰۵) و همکاران، بیان کرده اند که ابتلای اعضای خانواده به سوء مصرف مواد، در بازگشت پرسنل بهداشتی درمانی مبتلا به سوء مصرف نقش دارد<sup>(۳۶)</sup>. از بین عوامل محیطی - درمانی، مصرف مواد مخدر در طول زمان ترک با میانگین ۱/۴ و انحراف معیار یک و قطع زود هنگام درمان با میانگین ۱/۳ و انحراف معیار ۰/۸ و پیروی نکردن از توصیه‌های کادر درمانی با میانگین و انحراف معیار یک به عنوان مهم‌ترین عوامل ذکر شده بودند. ناکافی بودن درمان در مطالعه Mutasa نیز از عوامل مرتبط با عود برشمرده است<sup>(۱۶)</sup>. قربان حسینی نیز ناتمام ماندن یا اجرای ناقص برنامه ترک را از عوامل مرتبط با بازگشت به مصرف مواد ذکر کرده است<sup>(۱۱)</sup>.

تأکید بر درمان دارویی به تنهایی و نبود امکانات حمایتی و مشاوره‌ای با میانگین ۰/۴ و انحراف معیار ۰/۷ و عدم پیگیری از طرف کادر درمانی با میانگین ۰/۲ و انحراف معیار ۰/۵ از

مخدر به چندین عامل بستگی دارد که عبارتند از: ۱- داشتن انگیزه کافی در ترک ماده مخدر، ۲- شروع زودرس درمان، ۳- افزایش مدت مراقبت، ۴- در دسترس بودن درمان از لحاظ فیزیکی و اقتصادی و ۵- در دسترس بودن خدمات مشاوره ای و مراقبت برای موارد فوری در ساعات خارج از ساعات رسمی اداری<sup>(۱۰)</sup>. با عنایت به مطالب فوق، از آنجایی که در این مطالعه عوامل روانی مهمترین عوامل بازگشت به مصرف مواد مخدر بوده اند بایستی امکان دسترسی آسان تر افراد تحت درمان به روانشناسان و روانپزشکان فراهم گردد. و این موضوع مؤید سخن Mundt و همکارانش است که می گویند: نظارت موثر و پیگیری بیماران می تواند پیش آگهی بهتری از نظر درمان داشته باشد<sup>(۳۰)</sup>.

### تقدیر و تشکر

پژوهشگران از معاونت محترم پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی رفسنجان که بخشی از هزینه های این طرح را تقبل نموده است و همچنین از بیماران محترمی که اطلاعات ذیقیمتی در اختیار پژوهشگران قرار داده اند قدردانی می نمایند.

اهمیت کمتری از دیدگاه افراد تحت بررسی برخوردار بودند در صورتی که قربان حسینی عدم مراقبت و کنترل و پیگیری در مورد مبتلایان به سوء مصرف مواد معالجه شده را جزو عوامل مهم ذکر کرده<sup>(۱۱)</sup>. جندقی ۱۳۸۰ و قوام ۱۳۸۱ نیز نگرش مراکز درمانی برسم زدایی صرف را از علل عود اعتیاد برشمرده اند<sup>(۲۸،۲۹)</sup>. این تفاوت می تواند بیانگر عملکرد نسبتاً مطلوب کادر مراقبت و درمان مبتلایان به سوء مصرف مواد در شهر رفسنجان از دیدگاه افراد تحت بررسی باشد.

براساس نتایج حاصل از این پژوهش مشخص گردید که مهم ترین عوامل در بازگشت به مصرف مواد مخدر عوامل روانی بوده اند. با این حال بدلیل وجود علل متعدد دیگر که می تواند در این زمینه تأثیرگذار باشند، نمی توان موارد دیگر را نیز نادیده گرفت به عنوان نمونه ضریب همبستگی اسپیرمن ارتباط معناداری ( $p = 0/001$ ) بین عوامل روانی با عوامل خانوادگی ( $r = 0/44$ ) عوامل اجتماعی ( $r = 0/50$ ) و عوامل درمانی ( $r = 0/50$ )، نشان داده است. همچنین بین عوامل اجتماعی با درمانی ارتباط معنی داری ( $r = 0/46$ ) مشخص شد. از نظر UNDCP (برنامه بین المللی مبارزه با مواد مخدر سازمان ملل متحد) موفقیت یا شکست برنامه های درمانی مواد

### فهرست منابع

- 1- Toolae A. addiction treatment. Baqiyatallah University of Medical Sciences *Educat -Scientific Quarterly*. 1997;2:4-11.[Persian]
- 2- Madani SG, Emadi SF. Effect of individual familial and social parameters on drug withdrawal in quit addicts referring to NA in Isfahan, Iranian Congress of Health Strategies to Deal with Drug Dependency Disorder. Zanjan university of Medical Sciences and Health Services: *Tabib-E-Shargh* 2003. 55-6. [Persian]
- 3- Ahmadi J, Motamed F. Treatment success rate among Iranian opioid dependents. *Addict Disord Their Treat*. 2002;13:99-103.
- 4- Pringle JL, Edmonston LA, Holland CL, Kirisci L, Emptage NP, Balavage VK, et al. The role of wrap around services in retention and out come in substance abuse treatment: findings from the wrap around services Impact study. *Addict Disord Their Treat*. 2002 1(4):109-18.
- 5- Sadock BJ, Sadock v. Concise Text Book of Psychiatry. Tehran: Shahr-E-Ab 2003.
- 6- Maleki FH. Close road of Addiction In Iran. Ebtakar newspaper. 2006 December 7.
- 7- Jafari M. Institution for Addiction Recovery. *Bang-E-Jaras*. 2004 April 13;Sect. 2-3. [Persian]
- 8- Laleh M. Addiction: Individual disease, social tragedy. Tehran: Teymoorzadeh, 2003. 36. [Persian]
- 9- Hall W. Stereo tactic neurosurgical treatment of addiction: minimizing the chances of another ' great and desperate cure. *Addiction*. 2006 101:1.
- 10- Program UNDC. Addiction: Inclined factors, health hazards, prevention and treatment. Tehran: Poorsina, 2000:204-7.
- 11- Ghorban Hosseini AA. New Research in Addiction and Addictive substances. Tehran: Sepehr, 1989:308-11. [Persian]
- 12- Asaadi SH. Applicable research in prevention of substance abuse. Tehran: Paivand, 1996:94.



- 13-Nazer M, Sayyadi AR. The Impact of teaching environmental control, attention diversion and thought stopping in reducing craving behavior in opiate dependents. *Iranian J Psychiatry Clin Psychol.* 2002; 8(2):49-55.
- 14-Samarasing D. Combat with substance abuse. *World Health.* 2001;11(1):1-3. [Persian]
- 15-Amini K, Amini D, Afshar M, Azar M. A study on social and environmental factors which made addicts to relapse into drug abuse in Hamedan. *J Zanjan Univ Med Sci Health Serv.* 2004;11(45):41-7. [Persian]
- 16-Mutasa HCF. Risk factors associated with noncompliance with methadone substitution therapy (MST) and relapse among chronic opiate users in outer London community. *JAN.* 2001 35:1.
- 17-Ehsanmanesh M, Karimi Keisami E. A Review of the history and several studies regarding substance abuse in IRAN. *Iranian J Psychiatry Clin Psychol.* 2000;5(3):62-78.
- 18-Liaghat G. Group treatment of addiction. Tehran: Amirkabir 1996:164-5.
- 19-Yassini Ardakani SM. The study of Yazdian people knowledge from sign and symptom of addiction. national congress on addiction, challenges and treatment 2002 Oct.30-Nov.1; *J Zanjan Univ Med Sci* 2002. p. 111.
- 20-Motevaselian M, Tavangar H, Behsavan M. Addiction causes from Yazdian People Point of view. Iranian Congress of Health Strategies to Deal With Drug Dependency Disorder; 2003 October19-21; Zanjan university of Medical Sciences and Health Services: *Tabib-E-Shargh*; 2003. [Persian]
- 21-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.
- 22-Noroozy Jovinani S. Motivational interveiw as effective approach for gaining and maintenance of change. National Congress on Addiction, Challenges and Treatment 2002 Oct.30-Nov.1; *J Zanjan Univ Med Sci* 2002. p. 102. [Persian]
- 23-Elgeili ES, Bashir TZ. Precipitants of Relapse Among Heroin Addicts. *Addict Disord Their Treat.* 2005 4(1):29-38.
- 24-Gossop M, Stewart D, Brown N, Marsden J. Factors associated with abstinence, treatment: protective effect of coping responses. *Addiction.* 2002 97(10):1259.
- 25-Otary M, Otart A. Addiction: prevention & treatment. Mashhad: ketab darmani 2004:81-3.
- 26-Domino KB, Hornbein TF, Polissar NL, Renner G, Johnson J, Albertis, et al. Risk factor for relapse in health care professionals with substance use disorders. *JAMA.* 2005 293:1435-60.
- 27-Jackal I. Addiction relaps. 2005 [cited 2004 december 7]; Available from: <http://jackal.inta.net.au/prev>
- 28-Ghavam M. Substance abuse causes. National Congress on Addiction, Challenges and Treatment 2002 Oct30-Nov1; *J Zanjan Univ Med Sci* 2002. p. 291-3.
- 29-Jandaghi GR, Alii V. Effect factors on quit addiction among the self-intriduced addicts in the south of Tehran. *Hakim.* 2002;4(4):291-3. [Persian]
- 30-Mundt GC, Moore HK, Bean P. An interactive response program to reduce drinking relapse: A feasibility study. *J subst Abuse Treat.* 2006 30(1):21-9.

## Addicts' Perspectives about Factors Associated with Substance Abuse Relapse

T Mirzaei<sup>1</sup> MSC, PhD Candidate      A Ravary<sup>2</sup> PhD      N Hanifi<sup>3</sup> MSC, PhD Candidate  
S Miri<sup>4</sup> MSc      \*F Oskouie<sup>5</sup> PhD      S Mirzaei Khalil Abadi<sup>6</sup> MSc

**Background and Aim:** It has been known for many years that there is a high risk of relapse after treatment of drug abuse. This has made addiction more complicated. Knowledge of related factors allows the health care professionals to initiate much broader, client – centered, relapse prevention strategies.

**Materials and method:** This study had a descriptive design. The sample comprised 200 addicts who all were male and had at least one relapse episode after treatment. Data were collected by structured face-to-face interviews. The related factors to relapse are divided in two groups as individual and environmental factors. The intensity of related factors was asked as "not any", "a little", "medium" and "very much".

**Results:** The results showed that 33.5% of the subjects had 1 relapse, 38% 2-3 relapse and 28.5% more than 3 relapse. Also, 53% of them relapse in less than 3 month after treatment. Only 12% could avoid drug use for more than 1 year. The mean time of abstinence was 6.3±3 month. According to Friedman test, insomnia and temptation were the most important individual factors (P<0.000), and simple access to drugs, family conflicts and noncompliance with treatment were the most important environmental factors (P<0.000).

**Conclusion:** With respect to results, since psychological factors were the most important (mean= 1.6 ± 0.5), mere detoxification is not efficient enough and may end in client's relapse. Treatment services should be developed further and strengthen relapse prevention and relapse coping skills among drug misuser's and psychological health is the first thing that should be notified by them.

**Keywords:** Substance Abuse - Substance Abuse Treatment - Relapse

Received: 2 Jun 2009

Accepted: 3 Nov 2010

---

<sup>1</sup> PhD Candidate, School of Nursing and Midwifery, Tehran University of Medical Sciences, Senior Lecturer in Nursing, School of Nursing and Midwifery, Rafsanjan University of Medical Sciences, Kerman, Iran

<sup>2</sup> Assistant professor, School of Nursing and Midwifery, Rafsanjan University of Medical Sciences, Kerman, Iran

<sup>3</sup> PhD Candidate, School of Nursing and Midwifery, Tehran University of Medical Sciences, Senior Lecturer in Nursing, School of Nursing and Midwifery, Zanjan University of Medical Sciences, Zanjan, Iran

<sup>4</sup> Senior Lzeclturer in Psychiatric Nursing, Bam Dept of Nursing, Kerman University of Medical Sciences, Kerman, Iran

<sup>5</sup> Member of Center for Nursing Care Research, Associate Professor of Public Health, School of Nursing and Midwifery, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran. (\*Corresponding Author) Tell: 02182471105-6

Email: nmsi@iums.ac.ir

<sup>6</sup> Senior Lecturer in Economic Sciences, Employee of Shahid Bahonar University of Kerman, Kerman, Iran