

تأثیر درمان نگهدارنده با متادون بر سلامت روان دریافت کنندگان خدمات کاهش آسیب در مرکز گذری

مسئوب یار محمدی واصل^۱، احمد بیات^۲، محمود توکلی^۳، *علی فرهودیان^۴، محمدحسن فرهادی^۵، فاطمه شریفی^۶

- ۱- دکترای روانشناسی، استادیار گروه روانشناسی دانشگاه بوعلی سینا، همدان، ایران
- ۲- کارشناس ارشد روانشناسی دانشگاه تبریز، ایران
- ۳- پزشک و کارشناس ارشد سلامت، مرکز تحقیقات سوءمصرف و وابستگی به مواد، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی، تهران، ایران
- ۴- روانپزشک، استادیار مرکز تحقیقات سوءمصرف و وابستگی به مواد، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی، تهران، ایران
- ۵- دانشجوی دکترای علوم اعصاب شناختی، مرکز تحقیقات سوء مصرف و وابستگی به مواد؛ دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی، تهران، ایران
- ۶- کارشناس روان شناسی دانشگاه بوعلی سینا، همدان، ایران

دریافت مقاله: ۹۲/۱۰/۲۷
پذیرش مقاله: ۹۲/۱۲/۰۴

چکیده

هدف: هدف این مطالعه بررسی تأثیر درمان نگهدارنده با متادون بر سلامت روان دریافت کنندگان خدمات کاهش آسیب در مرکز گذری شهر همدان بود.

روش بررسی: روش تحقیق روش شبه آزمایشی بود. جامعه آماری این پژوهش شامل ۲۰۰ نفر بود که ۶۰ نفر (۳۰ نفر دریافت کننده متادون و ۳۰ نفر دریافت کننده خدمات کاهش آسیب) از آنها با استفاده از روش نمونه گیری در دسترس انتخاب شدند. داده ها با استفاده از آزمون SCL ۹۰ بدست آمد و توسط آزمون تی مستقل تحلیل شد.

یافته ها: نتایج نشان داد که بین سلامت روان دریافت کنندگان متادون و خدمات کاهش آسیب تفاوت معناداری وجود دارد و سلامت روان دریافت کنندگان متادون بالاتر از دریافت کنندگان خدمات کاهش آسیب بود ($P < ۰/۰۰۱$).

نتیجه گیری: مطابق این نتایج روش درمان نگهدارنده با متادون در درمان اعتیاد مؤثرتر از خدمات کاهش آسیب به تنهایی است و این درمان موجب بهبود سلامت روان مراجعان می شود.

کلیدواژه ها: سلامت روان، درمان نگهدارنده با متادون، مرکز گذری، کاهش آسیب

* آدرس نویسنده مسئول:

تهران، اوین، بلوار دانشجو، بن بست کودکیار، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی، مرکز تحقیقات سوءمصرف و وابستگی به مواد

* تلفن: ۹۸ (۲۱) ۲۲۱۸۰۰۹۵+

* رایانامه: farhodian@yahoo.com



مقدمه

امروزه مصرف مواد در جامعه یک مشکل جدی است. الگوهای پرخطر مصرف مواد منجر به بروز مشکلات بیشتری مثل گسترش افراد مبتلا به ایدز می‌شود که ضرورت درمان سوء مصرف مواد و کاهش آسیب^۱ را مطرح می‌کند (۱). اعتیاد^۲ امروزه یکی از معضلات اساسی زندگی بشر به شمار می‌رود. افزایش مصرف مواد مخدر طی قرن گذشته نگرانی روزافزونی را برای همه جوامع در پی داشته است. در دهه‌های اخیر، جهان با آمارهای تکان دهنده‌ای از شیوع این پدیده در سطح جامعه و خصوصاً در میان جمعیت جوان و نوجوان مواجه شده است. مصرف سالیانه مواد مخدر در جهان در قرن اخیر چندین برابر شده است. این پدیده در کشور ما نیز سطوح بالایی دارد. وجود تقریباً ۲ میلیون معتاد به مواد مخدر افیونی در جامعه جوان ایران، پایین آمدن سن اعتیاد، شیوع خطرناک اعتیاد در بعضی از مراکز، مدارس و خوابگاه‌های دانشجویی و بالاخره وجود بیش از صدهزار زندانی مرتبط با اعتیاد در زندان‌های کشور، مسأله را از هشدار و زنگ خطر هم گذرانده است و ضرورت سبب‌شناسی و کاربرد راهبردهای پیشگیرانه و درمانی را مؤکد ساخته است (۲).

در واقع اعتیاد یک بیماری مزمن و عودکننده است که عوامل مختلف ژنتیکی، روانی، اجتماعی و محیطی در تعامل با یکدیگر منجر به شروع و تداوم این بیماری می‌شوند. همانند دیگر بیماری‌های روانی، اعتیاد نیز از چندین عامل نشأت می‌گیرد که در هر فرد ممکن است گروه خاصی از عوامل مداخله‌گر شرکت داشته باشند و اگر در درمان اعتیاد تنها یکی از عوامل مدنظر قرار گیرد و از سایر عوامل چشم‌پوشی شود، به فرض تأثیر مثبت آن عامل، عوامل دیگر نیز می‌توانند تأثیر مورد نظر را کاهش دهند. از این رو روش‌های درمانی رایج در اعتیاد از کارایی کافی برخوردار نیستند، لذا توجه به همه عوامل در درمان اعتیاد ضروری می‌نماید. وضعیت سلامت روان یکی از عواملی است که در سبب‌شناسی و فرآیند درمان اعتیاد از اهمیت خاصی برخوردار است و معمولاً در جریان درمان به فراموشی سپرده می‌شود (۳). وضعیت سلامت روانی نقش مهمی در سبب‌شناسی و فرآیند درمان فرد معتاد بازی می‌کند. وجود اختلالات روانی نیز باعث مقاومت در درمان و بازگشت مجدد بیماری می‌شود. بنابراین لزوم بحث و بررسی در مورد سلامت روان افراد وابسته به مواد مخدر احساس می‌گردد.

همایندی اختلالات روانی در سوءمصرف‌کنندگان مواد مخدر یا اختلالات ناشی از سوءمصرف مواد در بیماران روانی، علاقه

پژوهشی قابل ملاحظه‌ای را در طول سه دهه اخیر ایجاد کرده است. مطالعات همه‌گیرشناسی نشان داده است که ۵۵ تا ۶۹ درصد سوءمصرف‌کنندگان مواد مخدر دارای یک اختلال در حوزه بهداشت روانی هستند. همچنین ۶۰ درصد کسانی که دارای اختلال در حوزه سلامت روانی هستند، دارای اختلال سوءمصرف مواد مخدر می‌باشند. در کشور ایالات متحده تخمین زده شده است که ۷ تا ۱۰ میلیون از افراد، شواهد این هم‌وقوعی را نشان داده‌اند (۴).

یکی از رویکردهای مطرح شده در مورد درمان اختلالات روانی شناختی رویکرد ترکیبی^۳ است. در این رویکرد از حرفه‌های چندگانه استفاده می‌شود و تمرکز اصلی بر اختلالات سوءمصرف مواد و سلامت روان است. اساساً این درمان به عنوان روش یکسانی برای متخصص بالینی در نظر گرفته شده است (۵). بنابراین تمرکز و تأکید این رویکرد بر دو طبقه بسیار مهم از اختلالات است: یکی اختلال سوءمصرف مواد و دیگری اختلالات مربوط به سلامت روان (اضطراب، افسردگی، ترس مرضی و غیره) است.

درمان نگهدارنده با متادون^۴ شکلی از درمان است که برای افراد وابسته به مواد افیونی استفاده می‌شود. این درمان در راستای اهداف کاهش آسیب انجام می‌شود و امکان استفاده از مواد غیرقانونی به صورت تزریقی را به شدت کاهش می‌دهد. همچنین مصرف منظم و درازمدت متادون از عود مجدد و مصرف مواد پیشگیری می‌کند و بیمار در آینده انگیزه بهتری برای ترک خواهد داشت. در این روش لازم است که بیمار روزانه به کلینیک مراجعه کند و متادون تجویز شده را در کلینیک مصرف کند. به دنبال درمان دارویی معمولاً وضعیت روانی و جسمانی و همچنین عملکرد اجتماعی بهبود می‌یابد و احتمال بازگشت وی به کار بیشتر می‌شود (۶). در بسیاری از کشورها روش درمان نگهدارنده با متادون یکی از درمان‌های اصلی برای ترک هروئین می‌باشد. در سطح جهان حدود یک میلیون نفر این نوع از درمان را دریافت می‌کنند (۷). این نوع از درمان جلوی تزریق مواد مخدر را گرفته و آن را کاهش می‌دهد و باعث کاهش بروز ایدز و هپاتیت شده و عملکرد شغلی، اجتماعی و خانوادگی فرد را بهبود می‌بخشد. به همین ترتیب از عوارض تزریق همانند آبه‌سه و... جلوگیری کرده و تخلفات قانونی همانند دزدی برای به دست آوردن مواد را کاهش می‌دهد (۶). پیامدهای مثبت کاهش آسیب به صورت کاهش میل به مصرف مواد، کاهش اشتغال ذهنی با مواد، کاهش هزینه‌های ناشی از مصرف مواد، کاهش جرائم مرتبط با تهیه مواد، کاهش



که الگوی غالب انتقال این بیماری در ایران از طریق مصرف تزریقی مواد است. یکی از مهم‌ترین فعالیت‌هایی که دستور کار مسئولین بهداشتی قرار دارد استراتژی‌های کاهش آسیب‌های ناشی از سوء مصرف مواد می‌باشد (۹).

با مروری بر پیشینه پژوهش می‌توان دریافت که استفاده از روش‌های کاهش آسیب به‌ویژه روش درمان نگهدارنده با متادون، در بهبود سلامت روان افراد و کاهش جرائم اجتماعی مرتبط با سوء مصرف مواد تأثیر دارد. در پژوهشی که تورنزا^۱ و همکارانش انجام دادند و از نیمرخ سلامتی نائینگهام^۲ برای بررسی سطح سلامت افراد مراجعه‌کننده (برای درمان نگهدارنده با متادون) استفاده نمودند، نتایج به خوبی نمایانگر اثر مثبت متادون در بهبود سلامت روانی و جسمانی مراجعه‌کنندگان بود (۱۰).

همچنین خیلناش و همکارانش (۱۳۸۸) به این نتیجه رسیدند که کاهش آسیب یکی از راه‌های اصلی کاهش بار اعتیاد می‌باشد که در سال‌های اخیر به‌طور جدی از سوی مسئولین مورد توجه قرار گرفته است و کاهش آسیب و درمان اعتیاد به عنوان یک اصل در مبارزه با مواد مخدر در نظر گرفته شده است (۹).

بوک^۳ و همکاران (۲۰۱۲) با بررسی شدت اضطراب ۷۹ مراجع در موقعیت‌های درمانی اعتیاد دریافتند که متخصصان بالینی باید به شدت نشانه‌های اضطراب اجتماعی و علائم روانی بیماران مبتلا به اعتیاد توجه کنند. آنها نشان دادند توجه به علائم بالینی مراجعان مبتلا به سوء مصرف مواد اهمیت خاصی در روند درمانی دارد (۱۱). همچنین یافته‌های آلتزمن^۴ و همکارانش (۲۰۱۰) شواهدی از وجود بیماری‌های روانی توأم با اختلال وابستگی مواد را نشان داد (۱۲). در تحقیقی که توسط بیان‌زاده و همکارانش (۱۳۸۶) انجام شد نتایج نشان داد که پس از ۶ ماه برنامه درمانی در گروه آزمایش، تغییر معناداری در مصرف مواد، تزریق مواد و استفاده اشتراکی از سرنگ صورت گرفت و شاخص‌های سلامت روان افزایش یافت و نیز بیماران گروه درمان نگهدارنده متادون به‌طور معناداری نسبت به گروه دیگر از خدمات مختلف رضایت خاطر بیشتری داشتند. هر دو گروه از نظر رفتارهای پرخطر قبل و بعد از اجرای برنامه مورد مقایسه قرار گرفتند که تفاوت معناداری از نظر تعدادی از رفتارهای پرخطر مشاهده شد. در زمینه شاخص‌های سلامت روان نیز به دنبال اجرای برنامه نگهدارنده با متادون و مداخلات روان‌شناختی، تفاوت معناداری در گروه آزمایش ایجاد شد؛ در حالی که در گروه شاهد چنین تفاوتی مشاهده نشد (۱). عارف‌نسب و همکارانش (۱۳۸۶) در پژوهش خود به بررسی تأثیر درمان نگهدارنده با متادون بر بهبود وضعیت سلامت روانی

پرخاشگری ناشی از محرومیت مواد، یادگیری مقابله با فشارهای بیرونی و تعارف به مصرف مواد، یادگیری مقابله با فشارهای روانی برای مصرف مواد و کاهش موارد انتقال ناخواسته HIV به دیگران می‌باشد (۱). گرچه جستجو برای یافتن اشکال دیگر درمان در موارد وابستگی به مواد افیونی ادامه دارد، اما هنوز هم درمان نگهدارنده با متادون بیشترین استفاده را به خود اختصاص داده است. درمان نگهدارنده با متادون در ایران از چهار سال پیش به صورت پایلوت و هم‌اکنون به صورت سراسری در کشور و با عنوان طرح متادون به اجرا درآمده است و سرمایه‌گذاری زیادی در این زمینه صورت گرفته است که نمونه آن راه‌اندازی مراکز متعدد، توزیع قرص و شربت متادون در زندان‌ها و مراکز گذری بنام «Drop In Center = DIC» است (۸).

«DIC» مکانی است که در آن گروهی از معتادان و افراد مصرف‌کننده مواد مخدر که در حال حاضر تمایلی به ترک ندارند و معتادانی که رفتارهای پرخطر خویش را کماکان ادامه می‌دهند جهت دریافت انواع خدمات رفاهی، آموزشی و درمانی به آن جا مراجعه می‌کنند. افزایش آگاهی مصرف‌کنندگان مواد، افزایش آگاهی خانواده‌ها، ارتباط میان گروه‌های خودیار، کاهش شیوع هپاتیت و ایدز، آموزش نحوه تزریق بهداشتی و ارائه سرنگ به گروه معتادان تزریقی، کاهش تزریق در سوء مصرف‌کنندگان تزریقی مراجعه‌کننده، آموزش رفتارهای جنسی سالم در معتادان و ارجاع به مراکز درمانی از مهم‌ترین اهداف این مراکز است.

هدف مراکز «DIC» شناسایی و کمک به معتادان می‌باشد. گروه هدف این مراکز معتادان سخت‌خیابانی است که با اجتناب از رفتارهای پرخطر و پرهیز از آن، اقدام به کاهش آسیب می‌نمایند. در حقیقت رویکرد این مراکز کاهش آسیب است نه درمان و در «DIC» باید به این نکته توجه نمود که رویکرد ما جلوگیری از تکثیر و انتشار ویروس ایدز و هپاتیت و دیگر بیماری‌های ویروسی است که در این راستا کارهای زیر را صورت می‌دهند: آزمایش‌های داوطلبانه ایدز و مشاوره ایدز، مشاوره داوطلبانه اعتیاد و رفتارهای پرخطر و پرهیز از تزریق مشترک، آموزش کنترل رفتارهای پرخطر از قبیل آموزش رفتار جنسی کنترل شده، اجتناب از رفتار جنسی پرخطر و ناسالم و استفاده از کاندوم، برنامه‌های تحویل و تعویض سرنگ و ارائه متادون به مراجعان به‌عنوان جایگزین مواد مخدر از برنامه‌های دیگر «DIC» است. براساس آخرین آمار منتشر شده توسط اداره کنترل ایدز وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی تا آخر مرداد ۱۳۸۸ جمعاً ۱۹۷۷۴ نفر مبتلا به ویروس HIV در کشورمان شناسایی شده‌اند



معتادان به تریاک و هروئین پرداختند. نتایج نشان داد که روند بهبود وضعیت سلامت روان بیماران از همان ماه نخست مصرف متادون آغاز و تا پایان درمان حفظ شد (۱۰).

شیربر، پلس و آدلسون^۱ با بررسی ۷۵ نفر از سوء مصرف کنندگان هروئین دریافتند که درمان نگهدارنده متادون در بهبود افسردگی، سوء مصرف بنزودیازپین و افزایش سلامت روان مؤثر است. بنابراین متادون علاوه بر درمان اعتیاد به مواد مخدر، تا حدودی می‌تواند اختلالات روانی نظیر افسردگی را بهبود بخشد (۱۳). بررسی‌های متعددی دیگر نشان داده‌اند که روش درمان با متادون موفق‌ترین شیوه در کاهش مصرف هروئین است. هابارد^۲ و همکارانش (۱۹۸۹) ۱۱۰۰۰ معتاد را که برای ترک اعتیاد مراجعه کرده بودند، با استفاده از سه روش درمان با متادون، بستری شدن برای سم زدایی و درمان سرپایی به کمک دارو و مشاوره بررسی کردند. در پژوهش آنان، درمان با متادون موفق‌ترین شیوه در کاهش مصرف هروئین بود (۱۰). بنابراین با توجه به اینکه فواید متادون در مطالعات دیگر ثابت شده و اگرچه سایر خدمات کاهش آسیب هم بسیار مؤثرند، ولی در دسترس‌گذاری بهتر و راحت‌تر متادون در این مراکز و توجه بیشتر به راغب‌سازی مراجعین به استفاده از آن می‌تواند از برخی دیگر از رفتارهای پرخطر پیشگیری کند و لذا این تحقیق با هدف بررسی تأثیر درمان نگهدارنده با متادون بر سلامت روان دریافت کنندگان خدمات کاهش آسیب در مرکز گذری انجام شد.

روش بررسی

روش بررسی این پژوهش شبه آزمایشی است، جامعه آماری شامل کلیه افراد وابسته به مواد مراجعه‌کننده به مرکز گذری شهر همدان در سال ۱۳۹۰ است. روش نمونه‌گیری در دسترس بود، که از بین مراجعه کنندگان نمونه‌ای به تعداد ۶۰ نفر انتخاب شد، که ۳۰ نفر در گروه دریافت‌کننده متادون و ۳۰ نفر دیگر نیز دریافت‌کننده سایر خدمات کاهش آسیب (دریافت نهار، سرنگ، وسایل بهداشتی و ...) بودند. ملاک ورود به مطالعه ۱- حداقل یک سال استفاده از متادون ۲- استفاده از خدمات کاهش آسیب ۳- سن ۲۰ تا ۵۰ سال بود. ملاک خروج از مطالعه ۱- دریافت هرگونه داروی پزشکی دیگر، ۲- انصراف از درمان ۳- لغزش و عود در طول درمان بود. پرسشنامه‌ها توسط محقق پر شد، بدین صورت که محقق سئوالات را برای شرکت کنندگان توضیح می‌داد و بر اساس پاسخ آنها در پاسخنامه ثبت می‌کرد. ابزار جمع‌آوری اطلاعات در این پژوهش پرسشنامه SCL ۹۰ است. این پرسشنامه

شامل ۹۰ سؤال برای ارزشیابی علائم روانی است که با استفاده از آن می‌توان افراد سالم را از افراد بیمار تشخیص داد. پرسشنامه SCL ۹۰ توسط دروگاتیس^۳ و همکارانش در سال ۱۹۷۳ معرفی شد و براساس تجارب بالینی و تحلیل‌های روان‌سنجی مورد تجدیدنظر قرار گرفته و فرم نهایی آن در سال ۱۹۷۶ تهیه گردید. کلیه مواد این آزمون ۹ بُعد مختلف شکایات جسمانی، وسواس و اجبار، حساسیت بین فردی، افسردگی، اضطراب، پرخاشگری، ترس مرضی، افکار پارانوئیدی و روان‌پریشی را دربر می‌گیرند. شیوه نمره‌گذاری آن به شیوه لیکرت و پنج‌گزینه‌ای است. پایایی ابعاد ۹ گانه این آزمون با دو روش محاسبه پایایی به روش آزمون مجدد صورت گرفته است. برای محاسبه ثبات درونی آزمون از ضرایب آلفای کرونباخ و کودرریچاردسون استفاده شد. نتایج تمام ضرایب به دست آمده برای ۹ بُعد کاملاً رضایت‌بخش بوده است. بیشترین همبستگی مربوط به افسردگی با ۰/۹ و کمترین آنها مربوط به روان‌پریشی با ۰/۷۷ بوده است. پایایی بازآزمایی که ثبات آزمون را در طول زمان می‌سنجد در ۹۴ نفر بیمار روانی نامتجانس و پس از یک هفته ارزیابی اولیه صورت گرفت. اکثر این ضرایب دارای همبستگی بالا بین ۰/۷۸ تا ۰/۹ بوده‌اند. ملاحظات اخلاقی پژوهش: الف- رعایت اصل رضایت آگاهانه: شرکت‌کنندگان در تحقیق در ابتدای امر از جنبه‌های مختلف پژوهش آگاه شدند تا با رضایت کامل و میل خود و به دور از هرگونه اعمال فشار در تحقیق شرکت نمایند. ب- رعایت اصل محرمانه بودن و حفظ حریم خصوصی افراد: در این پژوهش نامی از شرکت‌کنندگان در تحقیق خواسته نشد و هیچ کس نمی‌تواند داده‌ای را به شخص خاصی مرتبط سازد. به شرکت‌کنندگان در پژوهش اطمینان داده شد که در نهایت رازداری اطلاعات شخصی‌شان محرمانه باقی مانده و در دسترس دیگران قرار نمی‌گیرد. ج- رعایت اصل عدم اعمال فشار جسمی و روانی: از آنجا که افراد شرکت‌کننده در پژوهش بیماران وابسته به مواد بودند، لذا تلاش شد تا آنها در طول پژوهش در موقعیت فشار جسمی و روانی قرار نگیرند و از لحاظ ذهنی و روانی در آزادی و آرامش کامل باشند. برای تحلیل داده‌ها از روش‌های آمار توصیفی شامل میانگین، درصد، انحراف معیار و نیز آمار استنباطی (آزمون t مستقل برای مقایسه میانگین‌های دو گروه) استفاده شد، ابزاری که برای تجزیه و تحلیل داده‌ها مورد استفاده قرار گرفت نسخه شانزدهم نرم‌افزار SPSS بود.



یافته‌ها

(۱۷/۷ درصد) به کراک و هروئین، ۱ نفر (۱۷/۷ درصد) به تریاک و هروئین، ۱ نفر (۱۷/۷ درصد) به تریاک و شیشه، ۱ نفر (۱۷/۷ درصد) به کراک و تریاک و هروئین و ۲ نفر (۳/۳ درصد) به همه موارد فوق اعتیاد داشتند (جدول ۱).

یافته‌ها نشان داد از افراد مورد مطالعه در مرکز گذری شهر همدان ۳۳ نفر (۵۵ درصد) به کراک و ۹ نفر (۱۵ درصد) به تریاک، ۳ نفر (۵ درصد) به هروئین، ۳ نفر (۵ درصد) به کراک و تریاک، ۱ نفر

جدول ۱. توصیف فراوانی و درصد نوع مصرف مواد

نوع مواد	دریافت کنندگان خدمات DIC		دریافت کنندگان متادون		کل	
	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد
کراک	۲۳	۳۸/۳	۱۰	۱۶/۷	۳۳	۵۵
تریاک	۱	۱/۷	۸	۱۳/۳	۹	۱۵
هروئین	۳	۵	۴	۶/۷	۷	۱۱/۷
کراک و تریاک	-	-	۳	۵	۳	۵
کراک و هروئین	-	-	۱	۱/۷	۱	۱/۷
تریاک و هروئین	-	-	۱	۱/۷	۱	۱/۷
تریاک و شیشه	-	-	۱	۱/۷	۱	۱/۷
کراک و تریاک و هروئین	۱	۱/۷	-	-	۱	۱/۷
همه موارد	۱	۱/۷	۱	۱/۷	۲	۳/۳
اظهار نشده	۱	۱/۷	۱	۱/۷	۲	۳/۳
جمع	۳۰	۵۰	۳۰	۵۰	۶۰	۱۰۰

یافته‌ها نشان داد که نوع مصرف ۲۴ نفر از آزمودنی‌های تحقیق (۴۰ درصد) تزریق، ۱۰ نفر (۱۶/۷ درصد) تدخین و ۱۰ نفر (۲۶/۷ درصد) تزریق و تدخین و تریاق است. البته ۱۶ نفر (۲۶/۷ درصد) نوع مصرف خود را بیان نکردند (جدول ۲).

یافته‌ها نشان داد که نوع مصرف ۲۴ نفر از آزمودنی‌های تحقیق (۴۰ درصد) تزریق، ۱۰ نفر (۱۶/۷ درصد) تدخین و ۱۰ نفر (۲۶/۷ درصد) تزریق و تدخین و تریاق است. البته ۱۶ نفر (۲۶/۷ درصد) نوع مصرف خود را بیان نکردند (جدول ۲).

جدول ۲. توصیف فراوانی و درصد روش مصرف مواد

نوع مصرف	دریافت کنندگان خدمات DIC		دریافت کنندگان متادون		کل	
	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد
تزریق	۱۸	۳۰	۶	۱۰	۲۴	۴۰
تدخین	-	-	۱۰	۱۶/۷	۱۰	۱۶/۷
تدخین و تزریق	۷	۱۱/۷	۳	۵	۱۰	۱۶/۷
اظهار نشده	۵	۸/۳	۱۱	۱۸/۳	۱۶	۲۶/۷
جمع	۳۰	۵۰	۳۰	۵۰	۶۰	۱۰۰

براساس داده‌های جدول ۳، میانگین کل اختلالات روانی مراجعان دریافت‌کننده خدمات کاهش برابر با ۱۴۷/۳۶ و انحراف استاندارد آن برابر با ۳۱/۵۴ است؛ همچنین میانگین کل اختلالات روانی مراجعان دریافت‌کننده متادون برابر با ۷۶/۴۳ و انحراف استاندارد آن ۵۳/۱۷ است. طبق جدول ۴، میانگین اختلالات روانی مراجعان دریافت‌کننده خدمات کاهش آسب (۱۴۷/۳۶) بزرگ‌تر از میانگین اختلالات روانی مراجعان دریافت‌کننده متادون است (۷۶/۴۳) و این تفاوت در سطح معناداری ۰/۰۵ معنادار است ($P < 0.05$). بنابراین با اطمینان ۹۵ درصد می‌توان گفت که میزان سلامت روان دریافت‌کننده با متادون پس از یکسال بالاتر از دریافت‌کنندگان خدمات کاهش آسب بود.

براساس داده‌های جدول ۳، میانگین کل اختلالات روانی مراجعان دریافت‌کننده خدمات کاهش برابر با ۱۴۷/۳۶ و انحراف استاندارد آن برابر با ۳۱/۵۴ است؛ همچنین میانگین کل اختلالات روانی مراجعان دریافت‌کننده متادون برابر با ۷۶/۴۳ و انحراف استاندارد آن ۵۳/۱۷ است. طبق جدول ۴، میانگین اختلالات روانی مراجعان دریافت‌کننده خدمات کاهش آسب (۱۴۷/۳۶) بزرگ‌تر از میانگین اختلالات روانی مراجعان دریافت‌کننده متادون است (۷۶/۴۳) و این تفاوت در سطح معناداری ۰/۰۵ معنادار است ($P < 0.05$). بنابراین با اطمینان ۹۵ درصد می‌توان گفت که میزان سلامت روان دریافت‌کننده با متادون پس از یکسال بالاتر از دریافت‌کنندگان خدمات کاهش آسب بود.



جدول ۳. آمار توصیفی وضعیت سلامت روان دریافت‌کنندگان متادون و خدمات DIC

انحراف		انحراف		انحراف		انحراف	
استاندارد	میانگین	خدمات	اختلالات روانی	استاندارد	میانگین	خدمات	اختلالات روانی
۳/۲۴	۶/۹۳	DIC	پرخاشگری	۵/۲۱	۱۱/۹	DIC	شکایات جسمانی
۳/۸۶	۴/۶۳	متادون		۷/۱	۱۰/۰۳	متادون	
۴/۵۲	۷/۱۳	DIC	ترس مرضی	۶/۸۲	۲۰/۷۶	DIC	وسواس- اجبار
۴/۷	۴/۴۳	متادون		۷/۶۵	۸/۹	متادون	
۳/۵۲	۱۵/۵	DIC	افکار پارانوئیدی	۵/۹۸	۱۷/۵	DIC	حساسیت در روابط
۴/۰۷	۶/۴	متادون		۵/۲۷	۸/۸۳	متادون	متقابل
۴/۳۶	۱۲/۶۳	DIC	روان‌پریشی	۸/۳۳	۳۲/۱۳	DIC	افسردگی
۷/۱۶	۶/۷	متادون		۱۰/۶۲	۱۲/۷۶	متادون	
۳/۸۳	۱۰/۴۳	DIC	علائم روان‌پریشی	۳/۸۹	۱۲/۳۶	DIC	اضطراب
۵/۸۳	۶/۸۶	متادون		۶/۲۶	۶/۸۶	متادون	
				۳۱/۵۴	۱۴۷/۳۶	DIC	اختلالات روانی
				۵۳/۱۷	۷۶/۴۳	متادون	

جدول ۴. مقایسه سلامت روان دریافت‌کنندگان متادون و خدمات DIC

سلامت روان	تعداد	میانگین	انحراف معیار	مقدار t	درجه آزادی	سطح معناداری
DIC	۳۰	۱۴۷/۳۶	۳۱/۵۴	۶/۲۸	۵۸	۰/۰۰۱
متادون	۳۰	۷۶/۴۳	۵۳/۱۷			

همچنین یافته‌ها حاکی است که میانگین اضطراب، افسردگی، حساسیت بین فردی، افکار پارانوئید، ترس مرضی، وسواس و اجبار و میزان روان‌پریشی مراجعان دریافت‌کننده خدمات DIC بزرگ‌تر از میانگین اضطراب، افسردگی، حساسیت بین فردی، افکار پارانوئید، ترس مرضی، وسواس و اجبار و میزان روان‌پریشی مراجعان دریافت‌کننده خدمات کاهش آسیب DIC بود. اما بین میزان شکایات جسمانی در مراجعان دریافت‌کننده خدمات کاهش آسیب DIC و مراجعان دریافت‌کننده متادون تفاوت معنادار وجود ندارد (جدول ۵).

جدول ۵. مقایسه وضعیت سلامت روان دریافت‌کنندگان متادون و خدمات DIC

اختلالات روانی	نوع خدمات	تعداد	میانگین	انحراف معیار	مقدار t	درجه آزادی	سطح معناداری
اضطراب	DIC	۳۰	۱۲/۳۶	۳/۸۹	۴/۰۸	۵۸	۰/۰۰۱
	متادون	۳۰	۶/۸۶	۶/۸۶			
افسردگی	DIC	۳۰	۳۲/۱۳	۸/۳۳	۷/۸۵	۵۸	۰/۰۰۱
	متادون	۳۰	۱۲/۷۶	۱۰/۶۲			
حساسیت بین فردی	DIC	۳۰	۱۷/۵۶	۵/۹۸	۵/۹۹	۵۸	۰/۰۰۱
	متادون	۳۰	۸/۸۳	۵/۲۷			
افکار پارانوئید	DIC	۳۰	۱۵/۵	۳/۵۲	۹/۲۵	۵۸	۰/۰۰۱
	متادون	۳۰	۶/۴	۴/۰۷			
پرخاشگری	DIC	۳۰	۶/۹۳	۳/۲۴	۹/۲۵	۵۸	۰/۰۱۵
	متادون	۳۰	۴/۶۳	۳/۸۶			
ترس مرضی	DIC	۳۰	۷/۱۳	۴/۵۲	۲/۲۶	۵۸	۰/۰۲۷
	متادون	۳۰	۴/۴۳	۴/۷			



اختلالات روانی	نوع خدمات	تعداد	میانگین	انحراف معیار	مقدار t	درجه آزادی	سطح معناداری
روان‌پریشی	DIC	۳۰	۱۲/۶۳	۴/۳۶	۲/۲۶	۵۸	۰/۰۲۷
	متادون	۳۰	۶/۷	۷/۱۶			
شکایت جسمانی	DIC	۳۰	۱۱/۹	۵/۲۱	۱/۱۶	۵۸	۰/۲۵
	متادون	۳۰	۱۰/۰۳	۷/۱			
وسواس و اجبار	DIC	۳۰	۲۰/۷۶	۶/۸۲	۶/۳۳	۵۸	۰/۰۰۱
	متادون	۳۰	۸/۹	۷/۶۵			

بحث

یافته‌ها نشان داد که میانگین اختلالات روانی مراجعان دریافت‌کننده خدمات کاهش آسیب (DIC) بالاتر از میانگین اختلالات روانی مراجعان دریافت‌کننده با متادون است. بنابراین مراجعان دریافت‌کننده متادون از سلامت روانی بالاتری نسبت به مراجعان دریافت‌کننده خدمات کاهش آسیب (DIC) برخوردار بودند. این یافته نشان‌دهنده اثر درمانی داروی متادون در بهبود وضعیت سلامت روان مراجعه‌کنندگان به مرکز گذری شهر همدان است. همچنین این پژوهش نشان داد که میانگین اضطراب، افسردگی، حساسیت بین فردی، افکار پارانوئید، پرخاشگری، ترس مرضی، روان‌پریشی و نیز وسواس و اجبار مراجعان دریافت‌کننده خدمات کاهش آسیب (DIC) بالاتر از مراجعان دریافت‌کننده با متادون است. بنابراین می‌توانیم بگوییم که بین میزان سلامت روانی مراجعه‌کنندگان دریافت‌کننده متادون با خدمات کاهش آسیب (DIC) تفاوت معناداری وجود دارد. سلامت روانی مراجعه‌کنندگان دریافت‌کننده متادون در افسردگی، اضطراب، روان‌پریشی، وسواس و اجبار، حساسیت بین فردی، افکار پارانوئید، پرخاشگری، ترس مرضی در سطح بهتری نسبت به مراجعان دریافت‌کننده خدمات کاهش آسیب (DIC) است. یافته‌های این پژوهش با یافته‌های زیر هماهنگ است:

هریس^۱ و همکارانش (۲۰۰۶) خاطر نشان کردند که میزان مؤثر و مفید متادون برای درمان اعتیاد ۸۰ تا ۱۲۰ میلی‌گرم در روز است. بنابراین با تجویز این مقدار از متادون در مراکز ترک اعتیاد، می‌توانیم شاهد اثرات مثبتی در جهت کاهش آسیب و ترک مواد مخدر باشیم (۱۴). البته نباید فراموش کرد که دارودرمانی همیشه بایستی با روان‌درمانی همراه گردد؛ چرا که اثرات درمانی این دو روش با یکدیگر بسیار بیشتر از کاربرد مجزای آنها خواهد بود. برای مثال می‌توان به پژوهشی اشاره داشت که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و نیز ذهن‌آگاهی به دلیل مؤلفه‌های مشترک

درمان، در کاهش آسیب‌های روانی ناشی از مصرف مؤثر است (۱۵). همچنین لک و همکارانش (۱۳۹۱) به این نتیجه رسیدند که درمان مدیریت استرس به شیوه شناختی-رفتاری بر اضطراب مصرف‌کننده‌ها اثربخش‌تر است و می‌توان از این شیوه‌درمانی به‌عنوان یک درمان اثربخش بر کاهش اضطراب معتادین استفاده نمود (۱۶).

صاحبی و همکاران (۱۳۸۹) با مقایسه سلامت روان دو گروه از معتادان مراکز گذری استان آذربایجان شرقی دریافتند که معتادان مراکز گذری نسبت به مراجعان کلینیک متادون نمرات کمتری در آزمون سلامت عمومی کسب کردند، که نشان از سلامت روان بالاتر آنان می‌باشد. این پژوهشگران میزان شیوع اختلالات روانی را در مراجعان مراکز گذری ۷۸/۴ و مراجعان کلینیک متادون ۹۲/۳ ذکر کردند (۱۷). همچنین تحقیقی نشان داد مصرف متادون علاوه بر اثرات نگهدارنده برای ترک اعتیاد، موجب ارتقای سلامت معنوی معتادان گردید (۱۸). پورنقاش تهرانی (۱۳۸۷) دریافت که سطح نشانه‌های اضطراب و افسردگی به وسیله درمان نگهدارنده با متادون کاهش می‌یابد و باعث بهبود سلامت روان افراد می‌گردد. همچنین درمان سم‌زدایی با متادون نیز چنین نتیجه‌ای را به ارمغان آورد. البته تفاوت معناداری بین دو روش مذکور در کاهش نشانه‌های اضطراب و افسردگی مشاهده نشد. یافته‌های زیست‌شناختی و عصب‌شناختی نشان داده که مهم‌ترین انتقال‌دهنده عصبی درگیر در نواحی مغزی که مرکز پاداش هستند (سیستم لیمبیک، هیپوتالاموس جانبی، کورتکس پیشین، آمیگدال و هسته آکومبنس) دوپامین است. از طرفی کاهش دوپامین با افسردگی ارتباط دارد. بنابراین داروهایی نظیر متادون که غلظت دوپامین را بالا می‌برند، علائم افسردگی را کاهش می‌دهند. همچنین می‌توان گفت که میزان ترشح و بازجذب انتقال‌دهنده‌های عصبی درگیر در اضطراب (نوراپی‌نفرین، سروتونین و گابا) با تجویز متادون تغییر می‌کند.



نتایج درمان پس از ۶ ماه یا یک سال که وجود این مسأله می‌تواند ما را از ثبات و پایداری اثربخشی درمان نگهدارنده با متادون مطمئن سازد. ۳- محدود بودن نمونه مطالعه به مردان. لذا به پژوهشگران محترم توصیه می‌شود مطالعات مشابه را بطور گسترده‌تر در کل کشور و در هر دو جنس مردان و زنان انجام دهند. همچنین نتایج پژوهش خود را به صورت طولی مورد پیگیری قرار دهند.

نتیجه‌گیری

به‌طور کلی یافته‌های پژوهش نشان‌دهنده اثر بهتر همراهی درمان نگهدارنده با متادون با ارائه خدمات کاهش آسیب (DIC) در بهبود وضعیت سلامت روان، اضطراب، افسردگی، حساسیت بین فردی، افکار پارانوئید، پرخاشگری، ترس مرضی، روان‌پریشی و وسواس مراجعان به مرکز گذری است. بنابراین با توجه به اینکه در خیلی از مراکز گذری کشور فقط خدمات کاهش آسیب (DIC) ارائه می‌شود، به مسئولین درمان اعتیاد کشور پیشنهاد می‌گردد، خدمات درمان نگهدارنده با متادون را در کلیه مراکز گذری کشور گسترش دهند. همچنین با توجه به تأثیر درمان نگهدارنده با متادون، به سیاست‌گذاران توصیه می‌شود متادون را بدون در نظر گرفتن شرایط خاص و سخت، برای درمان مراجعان این گونه مراکز اختصاص دهند و درمانگران نیز به ترغیب مراجعین برای استفاده از متادون در این مراکز بپردازند تا بدین وسیله بتوان از رفتارهای پرخطر پیشگیری کرد.

تشکر و قدردانی

در پایان از کلیه افرادی که در این پژوهش ما را یاری نمودند تشکر می‌نماییم؛ به ویژه از کارکنان مرکز گذری شهر همدان که تا پایان انجام این پژوهش ما را از هیچ کمکی محروم نساختند.

بدین صورت که نورایی‌نفرین و سروتونین افزایش و گابا کاهش یافته و در نتیجه میزان اضطراب فرد با تجویز متادون کاهش می‌یابد (۱۹).

همچنین مصرف متادون در معتادان شدت افسردگی را کاهش می‌دهد (۲۰). درمان نگهدارنده متادون سبب بهبودی معتادان در ابعاد مختلف کیفیت زندگی افراد وابسته به مواد می‌گردد. از جمله این ابعاد می‌توان سلامت جسمانی (احساس درد و ناراحتی جسمانی)، بهبود در انجام فعالیت‌های معمولی و سلامت روانی (اضطراب و افسردگی) می‌باشد (۲۱). بنابراین با توجه به این مسأله که بیماران تحت درمان MMT اختلالات روان‌شناختی همبودی نظیر نشانه‌های افسردگی و پارانویا را دارند، در نتیجه راهبردهای درمانی بایستی با در نظر گرفتن این موضوع اتخاذ گردد (۲۲).

همچنین مطالعات نشان داده است درمان نگهدارنده با متادون با دوزهای بالا تمایل به مصرف مواد را کاهش داده و مانع از ایجاد سرخوشی حاصل از مصرف مواد می‌شود. در نتیجه کاهش وسوسه، بیمار می‌تواند به جای هدر دادن انرژی، وقت و تلاش خود در تأمین مواد مورد نیازش، آن را در جهت فعالیت‌های سازنده به کار گیرد. هرچند ممکن است این روش به قطع کامل مصرف مواد منتهی نشود، اما بهبود کارکرد اجتماعی معتادان و کاهش عمده در عوارض جسمی، جرم و جنایت، افت تحصیلی، شغلی، عوارض روانی مانند افسردگی و نابسامانی‌های اجتماعی و خانوادگی را به دنبال خواهد داشت (۲۳).

محدودیت‌های تحقیق: همواره در انجام هر تحقیق ممکن است مشکلاتی پیش آید که پژوهشگر را در راه رسالت خویش دچار مشکلات و تحقیق را دچار نارسایی نماید. از جمله مهمترین محدودیت‌های این تحقیق ۱- این مطالعه در مرکز گذری شهر همدان انجام شده است و نمی‌توان نتایج آن را به مراجعان تمام مراکز گذری کشور تعمیم داد. ۲- عدم توانایی جهت پیگیری

منابع

1. Bayanzadeh SA, Bolhari J, Atef Vahid MK, Nori-Ghasem Abadi R, Lavasani F, et al. [Medical and Psychological Interventions in Reducing the Risks of Drug Abuse and Improving the Psychological Status of Drug Addicts in Iranian Prisons (Persian)]. The Journal of Iran University of Medical Sciences. 2007; 14(55): 47-58.
2. Molazadeh J, Ashoori A. [Efficacy of Cognitive-Behavioral Relapse Prevention and Drug and Mental Health (Persian)]. Knowledge & Behavior Journal. 2009; 16(34): 1-12.
3. Zeinali A, Vahdat R, Hamednia S. [Background Check Prior Drug Addictions and Comparison with Healthy Subjects Unwonted (Persian)]. Knowledge & Research in Applied Psychology. 2007; 33: 149-168.
4. Jaffe A, Du J, Huang D, Hser Y. Drug-abusing Offenders with Comorbid Mental Disorders: Problem Severity, Treatment Participation, and Recidivism. Journal of Substance Abuse Treatment. 2012; 43, 244-250.
5. Donald M, Dower J, Kavanagh D. Integrated Versus Non-integrated Management and Care for Clients with Co-occurring Mental Health and Substance Use Disorders: A Qualitative Systematic Review of Randomized Controlled Trials. Social Science & Medicine. 2005; 60, 1371-1383.
6. Abidizadeghan, A, Moradi A, Farnam R. [Study of Executive Function in Patients Treated with Methadone (Persian)]. Advances in Cognitive Science. 2008; 10(3): 75-81.
7. Jimenez-Treviño L, Saiz PA, García-Portilla MP, Díaz-Mesa EM, Sánchez-Lasheras F, Burón P, et al. A 25-Year Follow-up of Patients Admitted to Methadone Treatment for the First Time: Mortality and Gender Differences. Addictive Behaviors. 2011; 36: 1184-1190.
8. Banazadeh N, Abedi HA, Kheradmand A. [Opiate Dependents' Experiences of the Established Therapeutic Relationship in Methadone Centers: Qualitative Study (Persian)]. The Journal of Kerman University of Medical Sciences. 2009; 16(2): 144-154.
9. Kheiltash A, Majdzadeh R, Ehterami M. [Viewpoints of Policy-Makers about Community Participation in Harm Reduction Programs for Drug Addiction (Persian)]. Hakim Research Journal. 2009; 12(2): 54-64.



10. Arefnasab Z, Rahimi Ch, Mohammadi N, Baba Mahmoudi A.R. [The Effect of Methadone Maintenance Treatment (MMT) on the Mental Health of Opium and Heroin Addicts (Persian)]. *Journal of Iranian Psychologists*. 2007; 4(13): 43-52.
11. Book SW, Thomas SE, Smith JP, Miller PM. Severity of Anxiety in Mental Health Versus Addiction Treatment Settings When Social Anxiety and Substance Abuse Are Comorbid. *Addictive Behaviors*. 2012; 37: 1158-1161.
12. Alterman AI, Cacciola JS, Ivey MA, Coviello DM, Lynch KG, Dugosh KL, Habing B. Relationship of Mental Health and Illness in Substance Abuse Patients. *Personality and Individual Differences*. 2010; 49: 880-884.
13. Schreiber Sh, Peles E, Adelson M. Association between Improvement in Depression, Reduced Benzodiazepine (BDZ) Abuse, and Increased Psychotropic Medication Use in Methadone Maintenance Treatment (MMT) Patients. *Drug and Alcohol Dependence*. 2008; 92: 79-85.
14. Harris KA, Arnsten JH, Joseph H, Hecht J, Marion I, Juliana P, Gourevitch MN. A 5-Year Evaluation of A Methadone Medical Maintenance Program. *Journal of Substance Abuse Treatment*. 2006; 31: 433-438.
15. Kiyani H, Ghasemi N, Pourabbas A. [Compare the Effectiveness of Group Psychotherapy, and Mindfulness-based and Acceptance Commitment on Craving and Cognitive Emotion Regulation in Glass Consumers (Persian)]. *Quarterly Journal of Research on Addiction*. 2013; 6(24): 27-36.
16. Lack Z, Moazedian A, Hosseini-Almadani A, Sedaghat M, Ameri S. [Effectiveness of Stress Management Training Practices Cognitive-Behavioral Therapy in Reducing Addicts' Anxiety with Generalized Anxiety Disorder (Persian)]. *Quarterly Journal of Research on Addiction*. 2013; 6(24): 69-83.
17. Sahebi L, Gholi-Vahidi R, Ali-Hosseini S, Mousavi H. [Mental Health Status of Intravenous Drug Addicts in Drop In Centers (DIC) of East Azarbaijan, North Western Part of Iran (Persian)]. *Journal of Fundamentals of Mental Health*. 2010; 12(3): 584-595.
18. Tabibi J, Nasiripoor A, Raeesi P, Ghiasi M. [Examine the Role of Methadone on Addicts' Spiritual Health (Persian)]. *Research in Medicine*. 2013; 37(2): 98-101.
19. Poornaghash-Tehrani S. [Comparative Effectiveness of Methadone Treatment, Methadone Maintenance and Detoxification Treatment of Symptoms of Anxiety and Depression in Drug-Dependent Persons (Persian)]. *Quarterly Journal of Psychological Studies*. 2008; 4(2): 81-100.
20. Ahmadvand A, Ghoreishi F, Sepehrmanesh Z, Mousavi Gh. [The Effect of Methadone on Depression in Injecting Drug Users in Prison (Persian)]. *Journal of Research in Behavioral Sciences*. 2006; 3(1&2): 77-82.
21. Roohani S, Salarieh I, Abedi S, Kheyrikhah F. [Impact of Methadone Maintenance Treatment on the Quality of Life of Opioid Dependent Patients in City of Babol (Persian)]. *Journal of Mazandaran University of Medical Sciences*. 2012; 22(87): 47-55.
22. Moussas G, Fanouraki E, Asomatou A, Dermatis G, Pachi A, Nikoviotis D, et al. Psychiatric Symptoms in Patients on Methadone Maintenance Treatment. *European Psychiatry*. 2013; 28(1): 1-8.
23. Smaeli I. [Evaluation of Harm Reduction Measurements in Prison with Emphasis on the Triangular Clinic Activities (Persian)]. Final Report of Research. Substance Abuse and Dependence Research Center, University of Social Welfare and Rehabilitation Sciences, Tehran, Iran. 2009.

Effectiveness of Methadone Maintenance Treatment on the Mental Health of Harm Reduction Services' Recipients in Drop-In Centers

Yarmohammadi M. (Ph.D.)¹, Bayat A. (M.Sc.)², Tavakoli M. (M.D.)³, *Farhoudian A. (M.D.)⁴, Farhadi M.H. (Ph.D.St.)⁵, Sharifi F. (B.Sc.)⁶

Receive date: 17/01/2014

Accept date: 23/02/2014

- 1-Ph.D. of Psychology, Assistant Professor of Psychology, Department, Buali Sina University, Hamadan, Iran
- 2-M.Sc. of Psychology, Tabriz University, Iran
- 3-Physician, MPH, Substance Abuse and Dependency Research Center, University of Social Welfare & Rehabilitation Sciences, Tehran, Iran
- 4-Psychiatrist, Assistant Professor of Substance Abuse and Dependency Research Center, University of Social Welfare & Rehabilitation Sciences, Tehran, Iran
- 5-Ph.D. Student of Cognitive Neuroscience, Substance Abuse and Dependency Research Center, University of Social Welfare & Rehabilitation Sciences, Tehran, Iran
- 6-B.Sc. of Psychology, Buali Sina University, Hamadan, Iran

*Correspondent Author Address:
Substance Abuse and Dependency Research Center, University of Social Welfare and Rehabilitation Sciences, Koodakyar Alley, Daneshjoo Blv., Evin, Tehran, Iran.
*Tel: +98 (21) 22180095
*E-mail: farhoudian@yahoo.com

Abstract

Objective: The purpose of this study was to examine the effectiveness of methadone maintenance treatment (MMT) on the mental health of harm reduction services' recipients in Hamedan's drop-in centers (DIC).

Materials & Methods: This research was a quasi experimental study. The statistical population consisted of 200 subjects. Sixty individuals (30 MMT recipients and 30 harm reduction services' recipients) were selected through convenient sampling. The data was collected with the SCL 90 Inventory. Data was analyzed with T-Test for independent groups.

Results: The findings showed significant differences between the mental health of MMT recipients and harm reduction services' recipients in DIC. The mental health of MMT recipients was higher than harm reduction services' recipients ($P < 0/001$).

Conclusion: In conclusion, MMT is more effective than harm reduction services (DIC) in improving clients' mental health status.

Keywords: Mental Health, Methadone Maintenance Treatment, Drop In Center, Harm Reduction