

مقاله‌ی پژوهشی

بررسی وضعیت سلامت روانی معنادان تزریقی در مراکز گذری روزانه‌ی استان آذربایجان شرقی

خلاصه

مقدمه: شیوع اختلالات روانی در بین معنادان قابل توجه است. هدف از مطالعه‌ی حاضر، بررسی وضعیت سلامت روانی معنادان تزریقی مراکز گذری روزانه می‌باشد.

روش کار: در این مطالعه‌ی مورد شاهده‌ی ۱۹۴ معناد تزریقی تحت پوشش مراکز گذری روزانه‌ی استان آذربایجان شرقی به عنوان گروه مورد و ۱۳۰ معناد تزریقی مراجعه‌کننده به کلینیک درمان نگهدارنده با متادون بیمارستان رازی شهر تبریز به عنوان گروه شاهد انتخاب شدند. ابزار گردآوری اطلاعات پرسش‌نامه‌ی سلامت عمومی ۲۸ گزینه‌ای و اطلاعات کسب شده توسط آزمون‌های من‌ویتنی و رگرسیون لجستیک چندگانه تحلیل شدند.

یافته‌ها: شیوع علایم اختلالات روانی در بین معنادان تزریقی مراکز گذری و کلینیک متادون به ترتیب ۷۸/۴ درصد و ۹۲/۳ درصد بود. معنادان مراکز گذری نمرات کمتری در آزمون سلامت عمومی کسب کردند که نشانه سلامت روان بالاتر بود. شیوع اعتیاد به الکل و ارتکاب جرم در بین معنادان بالا بود. مجرد بودن با داشتن علایم اختلالات روانی بالاتر در معنادان همراه بود.

نتیجه‌گیری: شیوع بالای اختلالات روانی در بین معنادان می‌تواند به دشواری در پرهیز دائم و همچنین افزایش رفتارهای پرخطر و ضداجتماعی منجر شود. بالاتر بودن نمره پرسش‌نامه سلامت روان در معنادان تحت پوشش مراکز گذری نسبت به معنادان کلینیک متادون مطرح‌کننده‌ی تاثیر مثبت مداخله‌های روان‌شناختی در این جمعیت می‌باشد.

واژه‌های کلیدی: اعتیاد، سلامت روانی، سوءمصرف مواد، مراکز گذری

لیلا صاحبی

متخصص اپیدمیولوژی، مرکز کشوری

مدیریت سلامت تبریز

رضا قلی وحیدی

دانشیار دانشگاه علوم پزشکی تبریز، ریاست

مرکز کشوری مدیریت سلامت تبریز

سمیرا علی حسینی

کارشناس مدیریت خدمات بهداشتی

سید حسین موسوی

کارشناس ارشد مدیریت خدمات بهداشتی

*مؤلف مسئول:

ایران، تبریز، مرکز کشوری مدیریت سلامت

تلفن: ۰۴۱۱۶۵۷۸۹۸۱

sahebileila@yahoo.com

تاریخ وصول: ۸۸/۱۲/۱

تاریخ تایید: ۸۹/۴/۲

پی‌نوشت:

این مطالعه پس از تایید کمیته‌ی پژوهشی و با حمایت مالی مرکز کشوری مدیریت سلامت انجام شده و با منافع نویسنده‌گان ارتباطی نداشته است. از همکاری و نظرات بسیار ارزشمند جناب آقای دکتر علی صیدی ریاست بیمارستان رازی تبریز، جناب آقای دکتر شهرام قربانی مسئول مراکز گذری بهزیستی استان آذربایجان شرقی، روان‌شناسان محترم همکار و رابطان سخت‌کوش اکیپ‌های مراکز گذری قدردانی می‌گردد.

Original Article

Mental health status of intravenous drug addicts in drop in centers (DIC) of East Azarbaijan, north western part of Iran

Abstract

Introduction: The prevalence of mental disorders among addicts is notable. The aim of this study was assessment of the mental health status of intravenous drug addicts participated in drop-in-centers (DIC).

Materials and Methods: In this case control study 194 addicts from DIC of East Azerbaijan, north western part of Iran, were selected as the case and 130 addicts from Razi Hospital methadone maintenance therapy (MMT) clinic of Tabriz (capital of East Azerbaijan) were selected as the control group. Mental health status of addicts was evaluated using general health questionnaire-28 and collected data were analysed by U Mann-Whitney and multiple logistic regression tests.

Results: The prevalence of mental disorders in DIC addicts and MMT addicts were 78.4% and 92.3%, respectively. DIC addicts obtained significantly lower scores in general health questionnaire ($P < 0.05$) than MMT addicts, showing higher quality of mental health. The prevalence of alcohol dependency and committing crime has been found to be high among drug users. Being single was associated with more mental disorders among addicts.

Conclusion: High prevalence of mental disorders among addicts could lead to difficulties to achieve permanent abstinence and also increasing risk taking and antisocial behaviors. Higher scores in mental health questionnaire of DIC addicts in comparison to MMT addicts, suggest the positive effects of psychological interventions for this population.

Keywords: Addiction, Mental health, Substance abuse

**Layla Sahebi*

Epidemiologist, National Public Health Management Center of Tabriz

Reza Gholi Vhidi

Associate professor of Tabriz University of Medical Sciences, Chief of National Public Health Management Center of Tabriz

Samira Ali-Hosseini

M.A. in health services management

Seyyeh Hossein Mousavi

MS.c. in health services management

*Corresponding Author:

National Public Health, Management Center, Tabriz, Iran
Tel: +984116578981
sahebileila@yahoo.com

Received: Feb. 20, 2010

Accepted: Jun. 23, 2010

Acknowledgement:

This study was approved and financially supported by National Public Health Management Center of Tabriz. The authors had no conflict of interest with the results.

Vancouver referencing:

Sahebi L, Vahidi RGh, Ali-Hosseini S, Mousavi SH. Mental health status of intra venous drug addicts in drop in centers (DIC) of East Azarbaijan, north western part of Iran. *Journal of Fundamentals of Mental Health* 2010; 12(3): 584-95.

مقدمه

اعتیاد به مواد مخدر در اصل یک آسیب عصب‌شناختی است که در این وضعیت، تغییرات عصب‌شناختی اختیار انسان را تحت تاثیر قراردادده و فرد معتاد به استفاده اجباری از مواد مخدر با هر بهایی خواهد پرداخت (۱). ایران به لحاظ موقعیت جغرافیایی از یک سو در همسایگی بزرگ‌ترین کشور تولیدکننده‌ی مواد مخدر بوده و از سوی دیگر گذرگاه اصلی عبور محموله‌های مواد مخدر به کشورهای اروپایی است. این موضوع سبب شده است که کشور ما آسیب‌های جدی اجتماعی، اقتصادی، سیاسی، فرهنگی و بهداشتی را از این نظر متحمل شود (۲). اثرات فردی ناشی از اعتیاد به مواد مخدر به‌طور کامل مشخص نیست اما نتایج مطالعات گسترده در این زمینه نشان می‌دهد که اعتیاد می‌تواند به اختلال در دستگاه‌های مختلف بدن مثل عضلات اسکلتی و استخوان‌ها، گوارش، قلبی‌عروقی و ریوی منجر گردد، بر عملکرد کلیه‌ها، کبد و غدد درون‌ریز تاثیر گذارد. اختلالات عصب‌شناختی مثل سکنه‌ی مغزی، تصمیم‌گیری، بی‌خوابی، اختلال در حافظه، تشنج، توجه و تمرکز ایجاد نماید و بر رشد طبیعی (در نوجوانان)، ابتلا به انواع سرطان‌ها، عفونت‌های انتقالی از راه خون مثل ایدز و هپاتیت B و C، هم‌چنین تکامل جنین تاثیر دارد (۱، ۲۰-۳). هم‌چنین تعدادی از مطالعات، هم‌ابتلائی اعتیاد را با بیماری‌هایی مثل کزاز، بوتولیسم و گانگرن مربوط به کلستریدیوم، گزارش نموده‌اند (۵، ۱۲، ۲۱). در کنار تمامی این عوارض، روند افزایشی هم‌ابتلائی اعتیاد به مواد مخدر و اختلال‌های روانی نیز گزارش شده است (۲۸-۱۵). بر اساس مطالعات انجام شده، نزدیک به ۵۰ درصد مردم آمریکا دچار هم‌ابتلائی اختلال روانی و اعتیاد بوده و نزدیک به ۴۳ درصد نیز هم‌ابتلائی اضطراب و اعتیاد دارند (۲۹). در مطالعه‌ی انجام شده در هلند نیز اختلال‌های روانی اولیه و ثانویه بین معتادان به مواد مخدر بیش از جمعیت معمول بوده و سه اختلال افسردگی، اختلال اضطراب و اختلال شخصیت ضد اجتماعی بیش از سایر اختلال‌ها مشاهده شده است (۳۱، ۳۰). بنا بر نتایج یک مطالعه، ۸۰ درصد افراد بی‌خانمان دارای اختلال روانی یا اعتیاد و یا دارای سابقه‌ی جنایی بوده‌اند (۳۲). در گزارش‌های

مختلف از ایران نیز سوءمصرف مواد با شیوع بالای اختلال‌های روان‌پزشکی همراه بوده است (۱، ۲۷). بر اساس مطالعه‌ی گیرکن^۱، ابتلا به اختلال‌های روانی، ترک اعتیاد را مشکل‌تر می‌کند و در عملکرد مناسب معتادان نسبت به رفتارهای پرخطر نیز ایجاد مشکل می‌نماید (۳۳). هم‌ابتلائی بالای افسردگی و اعتیاد به مواد مخدر ضمن ایجاد آسیب‌های جدی به فرد معتاد از جمله کاهش کیفیت زندگی و ایجاد مشکلات متعدد در ترک معتادان بیمار، بار اقتصادی و اجتماعی کلانی نیز به جامعه وارد می‌کند که در صدر آن خودکشی افراد معتاد جوان می‌باشد (۲۸، ۳۴، ۳۵). امروزه یک چهارم موارد مرگ و میر منتسب به سوءمصرف مواد است و طبق آمار گزارش شده، افراد پرخطر در تلاش برای خودکشی شامل افراد معتاد، افراد بی‌خانمان و افراد دارای مشکلات روانی بوده‌اند. به‌طوری که بالاترین میزان مرگ مربوط به معتادان دارای اختلال روانی و به علت خودکشی بوده است (۳۸-۳۶). در مورد سبب‌شناسی سوءمصرف مواد مخدر، عوامل مختلفی مانند آشفتگی اجتماعی، فشار همسالان، عوامل خانوادگی، ژنتیکی، مشکلات هیجانی و روانی در نظریه‌ها و تحقیقات مطرح شده‌اند (۳۹). در این میان، مشکلات خانوادگی یک عامل بسیار مهم در شکل‌گیری رفتارهای انحرافی مانند روی آوردن به اعتیاد یا ارتکاب جرم می‌باشند. بر اساس گزارش‌های موجود یکی دیگر از دلایل روی آوردن به مواد مخدر، غلبه بر تنش است. استادهای محدودی وجود دارد که استفاده از روش‌های روان‌درمانی یا رفتاردرمانی می‌تواند بر معتادان دارای اختلال روانی موثر باشد.

روان‌درمانی سه مزیت مهم دارد:

- ۱- فرونشاندن نشانه‌های افسردگی و اضطراب
- ۲- بهبود وضعیت جسمی و روحی بیمار
- ۳- ارتقای کیفیت زندگی.

در واقع هنگامی که نشانه‌های اختلال روانی از بین رفت، در یک مرحله‌ی جدید، معتاد می‌تواند بین حمله‌های عصبی ناشی از اختلال‌های روانی و میل به مصرف مواد مخدر افتراق قابل شود و بنابراین جهت ترک اعتیاد، انگیزه‌ی بیشتر و ترس

^۱ Geerken

کمتری داشته باشد (۴۰). مطالعه‌ی حاضر جهت بررسی چگونگی تاثیر برنامه‌های مداخله مراکز DIC^۱ بر وضعیت روان‌شناختی معناتان بود تا با در دست داشتن نتایج مقدماتی بتوان در جهت پیشبرد و تقویت این برنامه‌ها و یا تغییر در نوع برنامه‌های مداخله‌ای پیشنهادهایی ارائه کرد.

روش کار

در این مطالعه‌ی مورد شاهده‌ی که در سال‌های ۸۷-۱۳۸۶ انجام شده است، ۱۹۴ نفر در گروه آزمون و ۱۳۰ نفر در گروه شاهد مورد بررسی قرار گرفتند. گروه آزمون، معناتان تزریقی مراکز DIC سازمان بهزیستی استان آذربایجان شرقی بودند. این مراکز شامل یک مرکز نظارتی دولتی، شش مرکز گذری خصوصی در سطح استان (تبریز، میانه و مراغه) همراه با ده اکیپ سیار بوده و انتخاب تعداد نمونه از هر اکیپ به‌طور تناسبی تعیین و روش نمونه‌گیری از هر اکیپ به صورت آسان بوده و تا چهار ماه ادامه یافت. معناتانی که حداقل ۳ ماه پیش تزریقی بوده و علاوه بر آن تحت پوشش DIC باشند، معیار ورود به گروه آزمون را داشتند.

لازم به ذکر است که خدمات ارائه شده در مراکز شامل:

- ۱- پذیرش و معاینه‌ی معنات تزریقی
- ۲- ارائه‌ی خدمات مشاوره‌ای
- ۳- ارائه‌ی سرنگ یک‌بار مصرف به صورت رایگان
- ۴- آموزش طریقه‌ی تزریق و دریافت سرنگ‌های مصرف شده (سرنگ‌های تحویل داده شده)
- ۵- مشاوره در رابطه با جایگزینی متادون به جای تزریق (متادون‌درمانی) و فواید مصرف آن
- ۶- آموزش پرهیز از رفتارهای پرخطر جهت جلوگیری از انتقال بیماری‌ها می‌باشند (۴۱).

گروه شاهد از بین مراجعان به بیمارستان رازی تبریز بودند که برای دریافت متادون به این بیمارستان مراجعه می‌کردند. مراجعانی که اعتیاد تزریقی حداقل در طی ۳ ماه گذشته داشتند و تا آن زمان تحت تاثیر مداخلات و تسهیلات DIC قرار نگرفته بودند، معیار ورود به گروه شاهد را داشتند. نمونه‌گیری

از گروه شاهد هنگام تشکیل پرونده انجام می‌گرفت. لازم به ذکر است در بیمارستان رازی به غیر از توزیع متادون هیچ مداخله‌ی دیگری صورت نمی‌گرفت. نمونه‌گیری از گروه شاهد برای ۵ ماه ادامه داشت. ابزار گردآوری داده‌ها پرسش‌نامه‌ای شامل دو بخش مجزا بود. بخش اول شامل اطلاعات عمومی و بخش دوم شامل پرسش‌نامه‌ی ۲۸ سوالی سلامت عمومی^۲ (GHQ-28) بود.

پرسش‌نامه‌ی سلامت عمومی توسط گلدبرگ^۳ در سال ۱۹۷۲ ابداع شد و هدف از طراحی آن شناسایی علایم اختلال‌های روانی در محیط‌های مختلف بود. سوال‌های پرسش‌نامه به بررسی وضعیت روانی فرد در یک ماهه‌ی اخیر می‌پردازد.

در انتخاب پرسش‌ها بر روی چهار حوزه‌ی زیر کار شده است:

- ۱- پرسش‌های مربوط به وضعیت جسمانی
- ۲- اضطراب و احساس آشفتگی روان‌شناختی
- ۳- اختلال در کارکرد اجتماعی
- ۴- افسردگی

در این مطالعه پاسخ‌ها به صورت نمره‌گذاری لیکرت کدبندی شد (۱-۰-۲-۳). نقطه‌ی برش در این مطالعه به این صورت بود که افراد دارای نمره‌ی ۲۲ و پایین‌تر در گروه سالم و افراد دارای نمره‌ی ۲۳ و بالاتر در گروه افراد دارای علایم روانی طبقه‌بندی شدند (۴۵-۴۲). مطالعات فراتحلیل نشان دادند که متوسط حساسیت پرسش‌نامه‌ی سلامت عمومی ۸۴ درصد و متوسط ویژگی آن ۸۲ درصد است (۴۵). مقادیر آلفای کرونباخ برای نشانه‌های جسمانی ۰/۸۴، اضطراب ۰/۸۵، کارکرد اجتماعی ۰/۷۹، افسردگی ۰/۸۱ و وضعیت سلامت روانی ۰/۹۱ به دست آمد که بیانگر ثبات درونی قابل قبول این پرسش‌نامه می‌باشد. جمع‌آوری اطلاعات با استفاده از روش مصاحبه‌ی چهره به چهره و با کمک یک روان‌شناس و مسئول هر اکیپ که یک معنات ترک کرده (به علت داشتن قدرت ارتباط بالا با معناتان) بود، انجام گردید.

داده‌های جمع‌آوری شده با استفاده از نرم‌افزار SPSS نسخه‌ی ۱۶ و توسط آزمون من‌ویتنی (جهت تعیین رابطه‌ی DIC با

^۲General Health Questionnaire-28

^۳Goldberg

^۱Drop in Centers

مؤلفه‌های سلامت روانی) و رگرسیون لجستیک تک‌متغیره و چندگانه (جهت تعیین عوامل مرتبط با سلامت روانی معتادان تزریقی) در سطح معنی‌داری $P \leq 0.05$ مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند. لازم به ذکر است شرکت در مطالعه کاملاً اختیاری بود. پرسش‌گرها به‌طور کامل توسط یک پزشک و یک اپیدمیولوژیست تحت آموزش قرار گرفته بودند. هم‌چنین به منظور ایجاد انگیزه و جلب همکاری برای هر معتاد، هدیه‌ای در نظر گرفته شده بود. طبق آموزش‌های به عمل آمده قبل از انجام مصاحبه در بین معتادان کاملاً ایجاد انگیزه شده، هدف از انجام مطالعه و فواید طولانی‌مدت آن بیان و به آن‌ها اطمینان داده می‌شد که نام‌شان کاملاً محرمانه بوده و اظهارات آن‌ها به هیچ عنوان به صورت فردی مورد بررسی قرار نخواهد گرفت. مصاحبه‌گرها ملزم به رعایت حق اختیار در پاسخ‌دهی به هر سؤال بودند و هیچ نوع اجباری در پاسخ به سؤال‌ها نبود. لازم به ذکر است که گزینه‌ی مایل به پاسخگویی نیستیم، در اکثریت سؤال‌ها گنجانده شده بود.

نتایج

در مجموع ۳۳۲ نفر (۲۰۰ نفر از مراکز DIC و ۱۳۲ نفر از بیمارستان رازی) جمع‌آوری و پس از حذف برخی نمونه‌ها ۱۹۴ نفر در گروه آزمون و ۱۳۰ نفر از گروه شاهد مورد بررسی قرار گرفتند. میانگین سنی معتادان تزریقی مراکز DIC و بیمارستان رازی به ترتیب ۲۷/۹ سال (۲۸/۸-۲۶/۹ سال) و ۲۸/۰۶ سال (۲۹/۶-۲۶/۰۴ سال) بود. همان‌طور که در جدول (۱) ملاحظه می‌شود، زنان، درصد خیلی پائینی از نمونه‌ی مورد مطالعه را به خود اختصاص داده بودند. به‌طوری که در گروه شاهد فقط ۱ نفر (۰/۸٪) معتاد زن بود. لازم به ذکر است که ۳۰ نفر (۱۷/۴٪) در گروه آزمون و ۳۷ نفر (۲۹/۶٪) در گروه شاهد بیکار بودند که رقم بالایی است. تنها ۴ مورد (۷٪) معتادان DIC و ۵ مورد (۳/۸٪) معتادان بیمارستان رازی دارای تحصیلات دانشگاهی بودند. ۱۰۲ مورد (۵۳/۱٪) از معتادان در گروه DIC و ۸۶ مورد (۶۶/۲٪) معتادان بیمارستان رازی هرگز ازدواج نکرده بودند و ۲۳ مورد (۱۲٪) از معتادان DIC متارکه کرده بودند یا همسرشان فوت کرده بود.

۱۰۳ مورد (۵۵/۷٪) از معتادان در گروه DIC و ۱۵ مورد

(۱۱/۶٪) معتادان در بیمارستان رازی عادت به استعمال الكل داشتند. متوسط مصرف الكل در معتادان الکلی گروه DIC و بیمارستان رازی به ترتیب ۴/۴۷ گیلان (۵/۵۷-۳/۳۷ گیلان) و ۳/۵ گیلان (۶/۸-۰/۲ گیلان) بود. ۱۲۹ مورد (۶۸/۶٪) از معتادان DIC و ۶۰ مورد (۴۶/۲٪) از معتادان بیمارستان رازی سابقه‌ی ترک با متادون داشتند و متوسط دفعات ترک در معتادان DIC و بیمارستان رازی به ترتیب ۹/۷۶ بار (۱۲/۱۲-۷/۳۵ بار) و ۱۲/۲ بار (۸۵/۲۵-۷/۱۱ بار) بود. ۶۸ مورد (۳۵/۱٪) از معتادان DIC و ۵۵ مورد (۴۲/۶٪) از معتادان بیمارستان رازی سابقه‌ی ارتکاب جرم داشتند. انواع جرایم معتادان مجرم در جدول (۲) مشاهده می‌شود. متوسط دفعات ارتکاب جرم به ترتیب در معتادان مجرم DIC و بیمارستان رازی ۶/۷۵ بار (۸/۲۱-۵/۲۹) و ۲/۳۰ بار (۲/۸۴-۱/۷۶) بود ($t=5.59$ ، $SE=0.8$ ، $P \leq 0.0001$). به‌طور تقریبی معتادان تزریقی DIC آخرین بار ۲/۵ سال پیش (۳-۱/۵ سال) و معتادان بیمارستان رازی آخرین بار ۴ سال پیش (۴/۳۳-۲/۸۵ سال) مرتکب جرم شده بودند ($t=-1.95$ ، $SE=6.86$ ، $P=0.54$).

هروین با ۷۷ مورد (۳۹/۷٪) و سپس حبش با ۷۲ مورد (۳۷/۱٪) شایع‌ترین مواد مصرفی در شروع اعتیاد در گروه DIC بودند. در مورد معتادان بیمارستان رازی، حبش با ۷۳ مورد (۵۶/۳٪) و سپس تریاک با ۵۰ مورد (۳۸/۵٪) شایع‌ترین مواد در شروع اعتیاد بودند. با بررسی روند مصرف نوع مواد مخدر در بین کل معتادان، هروین به عنوان عمومی‌ترین ماده‌ی مصرفی مخدر مطرح گردید (هروین با ۲۳۵ مورد در کل معتادان (۷۲/۵٪)، ۱۵۸ مورد با ۸۱/۴٪ موارد در معتادان DIC و ۷۷ مورد با ۵۹/۲٪ موارد در بیمارستان رازی) (جدول شماره ۳).

طبق گزارش معتادان، از بین معتادان تزریقی تحت پوشش DIC، ۵۳ مورد (۲۷/۳٪) و از معتادان تزریقی مراجعه‌کننده به بیمارستان رازی ۱۸ مورد (۱۳/۸٪) در طی ۳۰ روز گذشته حداقل یک بار از سرنگ، سوزن، پنبه و فیلتر مستعمل استفاده کرده بودند، به‌طوری که معتادان مرکز DIC در ۳۰ روز گذشته به‌طور متوسط ۵/۶۴ بار ($SD=9.2$) و معتادان بیمارستان رازی با بررسی میانگین نمرات معتادان DIC از نظر نوع ماده‌ی مخدر در شروع اعتیادشان، تنها معتادان بیمارستان رازی که با

جدول ۱- توزیع فراوانی معتادان تزریقی DIC و بیمارستان رازی از نظر متغیرهای جمعیت‌شناختی، سابقه‌ی ترک، مصرف الکل و ارتکاب جرم

متغیرها	گروه‌های متغیرها	مرکز DIC (۲۰۰ نفر)	بیمارستان رازی (۱۳۲ نفر)
فراوانی از نظر جنسیت (درصد)	مرد	۱۸۳ (۹۴/۳)	۱۲۹ (۹۹/۲)
	زن	۱۱ (۵/۷)	۱ (۰/۸)
متوسط سن به سال (انحراف معیار)		۲۷/۸۶ (۶/۴۲)	۲۸/۰۳ (۵/۹)
فراوانی شغل (درصد)	کارگر غیرماهر و نیمه‌ماهر	۱۰۶ (۶۱/۶)	۶۲ (۴۹/۶)
	کارگر ماهر	۳۶ (۲۰/۹)	۲۶ (۲۰/۸)
	بی‌کار	۳۰ (۱۷/۴)	۳۷ (۲۹/۶)
میزان تحصیلات (درصد)	ابتدایی و پایین‌تر	۶۰ (۳۲/۱)	۴۵ (۳۴/۶)
	راهنمایی	۵۲ (۲۷/۸)	۵۰ (۳۸/۵)
	دبیرستان و دیپلم	۶۲ (۲۳/۲)	۳۰ (۲۳/۱)
	دانشگاهی	۱۳ (۷/۰)	۵ (۳/۸)
وضعیت تاهل (درصد)	مجرد / متاهل	۱۰۲ (۵۳/۱)	۸۶ (۶۶/۲)
	جدا شده	۶۷ (۳۴/۹)	۴۰ (۳۰/۸)
	همسر مرده	۲۳ (۱۲/۰)	۴ (۳/۱)
مصرف الکل (درصد)	عادت به مصرف	۱۰۳ (۵۵/۷)	۱۵ (۱۱/۶)
	عدم عادت به مصرف	۸۲ (۴۴/۳)	۱۱۴ (۸۸/۴)
متوسط میزان مصرف الکل / گلیاس در روز (انحراف معیار)		۴/۴۷ (۴/۸)	۳/۵ (۵/۶)
سابقه‌ی ترک با متادون (درصد)	بلی	۱۲۹ (۶۸/۶)	۵۹ (۴۶/۲)
	خیر	۵۹ (۳۱/۴)	۷۰ (۵۳/۸)
متوسط تعداد دفعات ترک با متادون (انحراف معیار)		۸/۴۳ (۹/۷۵)	۲/۲۵ (۲/۲۸)
فراوانی سابقه‌ی ارتکاب به جرم (درصد)	بلی	۶۸ (۳۵/۱)	۵۵ (۴۲/۶)
	خیر	۷۴ (۳۸/۱)	۶۴ (۴۹/۶)
متوسط تعداد دفعات ارتکاب جرم (انحراف معیار)	مایل به پاسخگویی نیستم	۵۲ (۲۶/۸)	۱۰ (۷/۸)
		۹/۷۶ (۱۲/۰۸)	۲/۱۴ (۲/۲۳)

جدول ۲- توزیع فراوانی انواع جرایم کل معتادان تزریقی (تحت پوشش DIC و بیمارستان رازی تبریز)

نوع جرم	فراوانی	درصد	نوع جرم	فراوانی	درصد
فروش مواد	۳۸	۲۶/۹	چک برگشتی	۲	۲
سرقت و دزدی	۲۹	۲۸/۲	فرار از خدمت سربازی	۱	۱
خشونت و درگیری	۲۳	۲۲/۳۳	تجاوز به عنف	۲	۲
جعل اسناد و کلاهبرداری	۳	۳	فروش و نگهداری اسلحه	۲	۲
قتل	۳	۳	کل موارد	۱۰۳	۱۰۰

روانی در هر دو گروه آزمون و شاهد از آزمون من‌ویتنی استفاده شد. معتادان تحت پوشش DIC و بیمارستان رازی از نظر هر ۴ مولفه‌ی سلامت عمومی به‌طور معنی داری متفاوت

بنزودیازپین‌ها شروع شده بود، نمرات بالاتری از علایم اختلال‌های روانی داشتند ($P \leq 0.028$, $t = -2.2$) با خطای معیار ۹۵٪ به ترتیب -0.94 ، -16.4). با مقایسه‌ی میانگین نمرات سلامت روانی، معتادان تحت پوشش DIC که در حال حاضر سابقه‌ی مصرف تریاک داشتند، احتمال ابتلای پایین‌تری نسبت به سایر مواد مخدر داشتند ($P \leq 0.014$, $t = 2.48$) با خطای معیار ۹۵٪ به ترتیب 18.28 و 2.06 . در حالی که سابقه‌ی مصرف هروین احتمال داشتن علایم اختلال‌های روانی را بالا می‌برد ($P \leq 0.005$, $t = -2.87$) با خطای معیار ۹۵٪ به ترتیب -3.39 و -18.26). معتادان بیمارستان رازی که در حال حاضر سابقه‌ی مصرف داروهای خانواده‌ی بنزودیازپین‌ها را داشتند نیز نمرات بالاتری از علایم داشتند ($P \leq 0.001$, $t = -3.5$) با خطای معیار ۹۵٪ به ترتیب 6.04 و -21.7 . به منظور بررسی وضعیت معتادان از نظر مولفه‌های سلامت

جدول ۳- توزیع فراوانی نوع ماده‌ی مصرفی در معتادان تحت پوشش DIC و بیمارستان رازی در آغاز اعتیاد و در حال حاضر

نوع ماده‌ی مصرفی	DIC		بیمارستان رازی		کل موارد
	آغاز اعتیاد	در حال حاضر	آغاز اعتیاد	در حال حاضر	در حال حاضر
تریاک	۶۰ (۳۱/۰)	۲۵ (۱۲/۹)	۵۰ (۳۸/۴۶)	۷ (۵/۴)	۳۲ (۹/۸۷)
هرویین	۷۷ (۳۹/۷)	۱۵۸ (۸۱/۴)	۲۳ (۱۷/۶۹)	۷۷ (۵۹/۲)	۲۳۵ (۷۲/۵)
حشیش	۷۲ (۳۷/۱)	۹ (۴/۶)	۷۳ (۵۶/۲)	۲ (۱/۵)	۱۱ (۳/۴)
بنزودازپین‌ها	۴۱ (۲۱/۱)	۴۲ (۲۱/۶)	۱۸ (۱۳/۸)	۱۶ (۱۲/۳)	۵۸ (۱۷/۹)
کدئین	۲ (۱/۰)	۲ (۱/۰)	۴ (۳/۱)	۲ (۱/۵)	۴ (۱/۲)
داروهای روان گردان	۳ (۱/۵)	۱۱ (۵/۷)	۱ (۰/۷۶)	۱ (۰/۷۶)	۱۲ (۳/۸)

بودند، به‌طوری که معتادان بیمارستان رازی، نمرات بالاتری در آزمون سلامت عمومی کسب کردند که بیانگر پایین بودن کیفیت سلامت روانی گروه شاهد در مقایسه با معتادان تحت پوشش DIC می‌باشد (جدول شماره ۴).

جدول ۴- اطلاعات توصیفی و تحلیلی معتادان گروه آزمون و

شاهد از نظر مولفه‌های سلامت روانی

مؤلفه‌های سلامت روانی	گروه آزمون		گروه شاهد		P
	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	
سلامت جسمانی	۹/۵۶	۵/۴	۱۰/۹۴	۴/۶	۰/۰۲۳
کارکرد اجتماعی	۹/۰۵	۵/۶	۱۱/۸۴	۴/۵	۰/۰۰۰۱
اضطراب	۱۰/۹۸	۵/۹	۱۲/۳۸	۴/۸	۰/۰۰۱
افسردگی	۱۰/۳۷	۶/۹	۱۲/۸۹	۵/۶	۰/۰۰۰۱

جدا شده نسبت به معتادان هرگز ازدواج نکرده کمتر بود (معتادان متاهل $P \leq ۰/۰۰۵$ ، $OR = ۰/۳۹$ و $۹۵\%CI = ۰/۲۰ - ۰/۷۵$ و معتادان همسر فوت نموده یا جدا شده $P \leq ۰/۰۲۴$ ، $OR = ۰/۳۲$ و $۹۵\%CI = ۰/۱۲ - ۰/۸۶$). بین سطح تحصیلات و سلامت روانی معتادان، رابطه‌ی آماری معنی‌داری مشاهده نشد، هر چند شانس ابتلا به بیماری در معتادان با تحصیلات بالاتر بیشتر بود (معتادان با تحصیلات راهنمایی $P = ۰/۱$ ، $OR = ۱/۹$ و $۹۵\%CI = ۰/۸۸ - ۴/۳$ ؛ معتادان با تحصیلات دبیرستان و دیپلم $P = ۰/۹$ ، $OR = ۱/۰۳$ و $۹۵\%CI = ۰/۵۱ - ۲/۱۳$ و معتادان دانشگاهی $P = ۰/۴$ ، $OR = ۱/۸۸$ و $۹۵\%CI = ۰/۴ - ۸/۸۵$). شانس داشتن علائم در معتادان بی‌کار $۳/۱۵$ برابر معتادان دارای شغل کارگری نیمه‌ماهر و غیر ماهر بود. لازم به ذکر است که به علت کمی تعداد معتادان کارمند (۳ نفر)، این گروه از آزمون حذف شد. (معتادان بی‌کار $P \leq ۰/۰۳۹$ ، $OR = ۱/۱ - ۹/۴$ و $۹۵\%CI = ۰/۲۹ - ۱/۱۶$ ، $OR = ۰/۵۷$ ، $P = ۰/۱$ ، $۹۵\%CI = ۰/۲۹ - ۱/۱۶$). مصرف متادون در وجود علائم تأثیری نداشت (سابقه‌ی ترک با متادون $P = ۰/۳۶$ ، $OR = ۰/۳۹ - ۱/۴۱$ ، $۹۵\%CI = ۰/۳۹ - ۱/۴۱$). هم‌چنین عادت به مصرف الکل نیز تأثیری در وجود علائم نداشت ($P = ۰/۸۵$ ، $OR = ۰/۵۷$ و $۹۵\%CI = ۰/۴۶ - ۱/۵۹$). سابقه‌ی ارتکاب جرم در بین معتادان نیز در آزمون تک متغیره تأثیری در وجود علائم نداشت ($P = ۰/۲۸$ ، $OR = ۱/۴۵$ و $۹۵\%CI = ۰/۷۳ - ۲/۹$). در مدل رگرسیون لجستیک چند گانه در حضور کنترل متغیرهای مخدوش‌کننده (وضعیت تاهل، گروه سنی، سطح تحصیلات، سابقه‌ی مصرف الکل، میزان مصرف الکل در بین معتادان الکلی و سابقه‌ی ترک با متادون) سلامت روانی معتادان گروه DIC بهتر از گروه معتادان بیمارستان رازی بود، به‌طوری که معتادان مراجعه‌کننده به بیمارستان رازی، شانس بالاتری جهت

جهت بررسی وضعیت سلامت روانی معتادان در دو گروه آزمون و شاهد از آزمون رگرسیون لجستیک تک متغیره و چند گانه (جهت کنترل عوامل مخدوش‌کننده) استفاده شد. در آزمون رگرسیون لجستیک تک متغیره معتادان بیمارستان رازی $۳/۳$ برابر بیشتر از معتادان تحت پوشش DIC شانس علائم اختلال‌های روانی را داشتند ($P \leq ۰/۰۰۱$ ، $OR = ۱/۶ - ۶/۸۸$ ، $۹۵\%CI = ۱/۶ - ۶/۸۸$). هر چند شانس ابتلا به بیماری در گروه سنی بالا کمتر بود ولی این اختلاف از نظر آماری معنی‌دار نبود (معتادان در گروه سنی ۲۶-۳۵ سال $P = ۰/۰۹$ ، $OR = ۰/۵۶$ و $۹۵\%CI = ۰/۲۹ - ۱/۶$ و معتادان در گروه سنی بالای ۳۵ سال $P = ۰/۱۹$ ، $OR = ۰/۵$ و $۹۵\%CI = ۰/۱۸ - ۱/۴۳$). شانس وجود علائم در معتادان متاهل و همسر فوت نموده یا

دارا بودن علایم داشتند ($P \leq 0/004$). هم‌چنین معتلان هرگز ازدواج نکرده، شانس بالاتری جهت دارا بودن علایم داشتند ($P \leq 0/03$) (جدول شماره ۵).

بحث و نتیجه‌گیری

در مطالعه‌ی حاضر ۷۸/۴ درصد از معتلان DIC و ۹۲/۳ درصد از معتلان بیمارستان رازی، علایم اختلالات روانی داشتند، این علایم در ۷۲ درصد معتلان تزریقی آمریکا و ۶۱/۲۹ درصد در معتلان تزریقی استرالیا بوده است (۲۴،۲۳).

به‌طور کلی شیوع بالای علایم اختلال‌های روانی بین معتلان تزریقی با نتیجه‌ی مطالعات مشابه هم‌خوانی داشت (۱۵-۲۸،۲۵). در تعدادی از مطالعات از بین اختلال‌های روانی مختلف، افسردگی و اضطراب بیشترین رابطه را با سوء مصرف مواد داشته‌اند (۲۳،۲۵،۲۷،۴۶). بر اساس گزارش لاندگرن تعدادی از این اختلال‌ها در اثر استفاده‌ی ممتد و زیاد مواد مخدر ایجاد می‌شوند و پیشگیری از اعتیاد در هر مرحله، بدون شک در پیشگیری از این آسیب‌ها موثر خواهد بود (۱).

جدول ۵- اطلاعات تحلیلی وضعیت سلامت روانی معتلان تحت پوشش DIC و بیمارستان رازی توسط آزمون رگرسیون لجستیک چندگانه

نام متغیر	OR	معنی داری	B	SE(B)	CI95%
نام گروه					
DIC	۱	۰/۰۰۴	---	---	۱/۵-۹/۵
بیمارستان رازی	۳/۸				
گروه سنی					
زیر ۲۵ سال	۱		---	---	
۲۶-۳۵ سال	۰/۶۴	۰/۳۴			۰/۲۵-۱/۶
بالای ۳۵ سال	۰/۵۳	۰/۳۷			۰/۱۴-۲/۱
وضعیت تاهل					
هرگز ازدواج نکرده	۱		---	---	
متاهل	۰/۴	۰/۰۳۰			۰/۱۷-۱/۹۱
همسر جدا شده یا فوت کرده	۰/۷۳	۰/۶۶			۰/۱۸-۳/۰۱
سطح تحصیلات					
ابتدایی و پایین‌تر	۱		---	---	
راهتمایی	۱/۳۴	۰/۵۴			۰/۵۳-۳/۳۹
دبیرستان و دیپلم	۱/۱	۰/۸۲			۰/۴۳-۲/۸۵
دانشگاهی	۱/۱۳	۰/۸۹			۰/۱۹۷-۶/۵
شغل					
کارگر غیر ماهر و نیمه‌ماهر	۱		---	---	
کارگر ماهر	۰/۵۴	۰/۱۴			۰/۲۴-۱/۲۲
بی‌کار	۲/۵۰	۰/۱۸			۰/۶۶-۹/۵
مصرف الکل					
عدم عادت	۱		---	---	
عادت	۱/۹	۰/۲۵			۰/۹-۱/۲۹
سابقه‌ی ترک با متادون					
عدم سابقه	۱		---	---	
داشتن سابقه	۰/۷۸	۰/۸۹			۰/۳۶-۱/۸
میزان مصرف الکل (تعداد سیگار در روز)	---	۰/۵۵	۰/۰۷۵	۰/۰۹۱	

در مورد معتلان DIC، در افراد با سابقه‌ی مصرف تریاک، علایم اختلال‌های روانی به‌طور معنی‌داری کمتر از سایرین بود و بر عکس معتلان به هرویین علایم اختلال روانی بالاتری در مقایسه با معتلان به سایر مواد داشتند که یافتن علت آن، نیاز به

بررسی‌های دقیق‌تر دارد. در مورد معتلان بیمارستان رازی، معتلانی که سابقه‌ی مصرف بنزودیازپین‌ها را داشتند، به‌طور هم‌زمان از آسیب‌های روانی بالاتری رنج می‌بردند. در این رابطه می‌توان گفت به احتمال قوی، مشکلات روانی پیشین و

عدم آگاهی کافی از نحوه‌ی مصرف داروها افراد را ملزم به مصرف بیش از حد بنزودیازپین‌ها نموده و به دنبال آن با بالا بردن بی‌رویه‌ی مقدار دارو و استفاده از اشکال مختلف آن، عارضه‌ی اعتیاد نیز گریبانگیر فرد بیمار شده است. در مطالعه‌ی مشابه در آمریکا نیز مصرف هرویین و کدین‌ها، هم‌ابتلائی بالایی با اختلال‌های روانی دارد (۲۳). در مطالعه‌ی حاضر اکثریت معتادان (گروه DIC یا بیمارستان رازی) کم‌سود بودند. ۵۵/۷ درصد معتادان در گروه DIC و ۱۱/۶ درصد معتادان در بیمارستان رازی عادت به استعمال الککل داشتند، هم‌چنین میزان بی‌کاری در دو گروه DIC و بیمارستان رازی به ترتیب ۱۷/۴ درصد و ۲۹/۶ درصد بود که این میزان برای قشر فعال جامعه با متوسط سنی ۲۸ سال، یک رقم بالا و قابل تامل است. این که آیا بی‌کاری و تنش ناشی از آن، فرد را به سمت رفتارهای آسیب‌زننده می‌کشاند (۴۰، ۴۶) یا اعتیاد باعث بی‌کاری یا ترک تحصیل این گروه از افراد جامعه می‌گردد و یا این که عامل سوم مثل محیط یا ژنتیک فرد را مستعد آسیب‌های اجتماعی مثل اعتیاد به مواد مخدر یا الککل و عدم انگیزه‌ی کاری یا تحصیلی می‌نماید، کاملاً روشن نیست و چه بسا هر سه عامل به‌طور متقابل باعث یک‌دیگر گردند (۳۹). اما آن‌چه که مسلم است، این نکته می‌باشد که تمامی عوامل مسئول، قابل تغییر و تعدیل‌پذیر هستند. حتی عامل ژنتیک نیز در تداخل با عوامل محیطی بر عملکردهای فرد غالب می‌گردد. ۳۵/۱ درصد از معتادان گروه DIC و ۴۲/۶ درصد از معتادان بیمارستان رازی سابقه‌ی ارتکاب جرم داشتند که البته ۲۶/۸ درصد از معتادان DIC و ۷/۸ درصد از معتادان بیمارستان رازی حاضر به پاسخگویی به این مورد نبودند که این امر می‌تواند بر جرایم پنهان معتادان صحنه بگذارد. در مطالعه‌ی حاضر فروش مواد مخدر، سرقت و دزدی به ترتیب حدود ۳۷ درصد و ۲۸ درصد از جرایم معتادان تزریقی باسابقه را تشکیل می‌دادند. بین میزان جرایم در معتادان DIC و بیمارستان رازی، تفاوت آماری قابل ملاحظه‌ای وجود داشت و معتادان DIC به‌طور متوسط حدود ۴/۵ بار و کمتر سابقه‌ی ارتکاب جرم داشتند. در مطالعه‌ی انجام شده توسط لیمبیک^۱ نیز هم‌ابتلائی

بالایی بین ارتکاب جرم و اعتیاد مشاهده می‌شود (۲۲). هرویین، ماده‌ی مصرفی عمده‌ی افراد مورد مطالعه در این پژوهش بوده است. که با نتایج مطالعه‌ی جمشیدی‌منش و گیارماتی^۲ در مجارستان، هم‌خوانی دارد (۴۸، ۴۷). در مطالعه‌ی اسماعیلی در تهران، ماده‌ی مصرفی عمده، حشیش و سپس تریاک بوده است (۴۹). در گروه مراکز DIC با بررسی تغییرات ایجاد شده در نوع ماده‌ی مصرفی، از ابتدای اعتیاد تا زمان حال، هرویین هم‌چنان بیشترین ماده‌ی مصرفی بوده است. با این تفاوت که میزان آن از ۲۱ درصد به ۷۳ درصد رسیده بود. در مطالعه‌ی طولی انجام شده توسط امانی، مصرف تریاک از ۴۸/۷ درصد به ۶۷/۴ درصد و مصرف هرویین از ۸/۵ درصد به ۲۷/۵ درصد افزایش یافته بود (۵۰).

در مطالعات انجام یافته در آمریکا درخصوص معتادان خیابانی شهر شیکاگو برنامه‌های مداخله‌ای در کاهش رفتارهای پرخطر تاثیر بسیار زیادی داشته است (۵۳-۵۱).

این در حالی است که نتایج مطالعه‌ی حاضر، خلاف آن را نشان می‌دهد و ظاهراً برنامه‌ی مداخله‌ای DIC تاثیری در عملکرد معتادان نسبت به رفتارهای پرخطر نداشته است و مشابه مطالعات انجام شده در اوکراین، روسیه و آمریکا، استفاده از سرنگ مشترک با وجود تسهیلات موجود، هم‌چنان در بین معتادان رواج دارد (۵۸-۵۴). ۵۸/۸ درصد از معتادان گروه DIC و ۲۸/۵ درصد از معتادان بیمارستان رازی و ۶۶ درصد از معتادان بدون همسر گروه DIC و ۴۶/۵ درصد از معتادان بیمارستان رازی، رابطه‌ی جنسی بدون استفاده از کاندوم داشته‌اند که این تفاوت‌ها ضعف عملکرد معتادان تزریقی مراکز DIC را نشان می‌دهد.

معتادان مراجعه‌کننده به بیمارستان رازی از نظر هر ۴ مولفه، به‌طور معنی‌داری سلامت روانی پایین‌تری در مقایسه با معتادان تحت پوشش DIC داشتند، هم‌چنین در مدل رگرسیون لجستیک چندگانه نیز با کنترل متغیرهای مخدوش‌کننده، شانس بالاتری در دارا بودن علائم اختلال روانی داشتند.

در این مدل، معتادان هرگز ازدواج نکرده نسبت به سایرین، بیشتر به علائم اختلال روانی دچار بودند. بر اساس مطالعه‌ی

^۲ Gyarmathy^۱ Limbeek

لورتا مشکلات خانوادگی، یک عامل مهم و معنی‌دار در شیوع سوء مصرف مواد می‌باشد (۵۸). ضمن همبستگی بالایی که بین اعتیاد و علایم اختلال‌های روانی مشاهده شد، در مطالعات مختلف بین این علایم و پاسخ به ترک اعتیاد نیز یک رابطه‌ی بسیار مستحکم و در عین حال معکوس وجود داشته است (۵۹، ۶۰). بررسی هر معتاد از نظر وضعیت سلامت روانی ممکن است باعث زمان‌بر شدن ویزیت پزشکان گردد اما موفقیت در ترک اعتیاد در فردی که اختلال روانی وی، شناسایی شده است بسیار راحت‌تر خواهد بود. توجه به این نکته نیز ضروری است که معتاد بودن فرد دارای اختلال روانی نباید مانع درمان وی شود، بلکه هم‌ابتلایی این دو آسیب، اولویت در توجه بیشتر را می‌طلبد.

References

1. Lundgren M, Amodeo M, Chasse D. Mental health status, drug treatment use and needle sharing among injection drug users. *AIDS Educ Prev* 2005; 17(6): 525-39.
2. Sedghi GH, Auli V. [The survey of effect causal on quit addiction in addicts of Tehran]. *Journal of Hakim* 2001; 4(4): 33-46. (Persian)
3. Darke S, Degenhardt L, Mattick R. Mortality amongst illicit drug users: Epidemiology, causes and intervention. In: Griffith E. *International research monographs in the addictions (IRMA)*. Cambridge: Cambridge University press; 2007: 52-78.
4. Tong W, Lima JA, Lai H, Celentano D, Dai S, Lai S. Examine drug abuse on cardiovascular disease in African-Americans. *Am J Cardiol* 2004; 93: 490-2.
5. Pillai S, Ge D, Zhu G, Kong X, Shianna KV. A genome-wide association study in chronic obstructive pulmonary disease (COPD): Identification of two major susceptibility Loci. *Plos Genet* 2009; 5(3): 121-6.
6. Bierut L, Madden P, Breslau N, Johnson E, Hatsukami D, Pomerleau O, et al. Novel genes identified in a high-density genome wide association study for nicotine dependence. *Hum Molecul Genet* 2007; 16(1): 24-35.
7. Berrettini W, Yuan X, Tozzi F, Song K, Francks C, Chilcoat H, et al. Nicotinic receptor subunit alleles increase risk for heavy smoking. *Molecul Psychiatry* 2008; 13: 368-73.
8. Schlaepfer I, Hoft N, Collins A, Corley P, Hewitt K, Hopfer C, et al. The CHRNA5/A3/B4 gene cluster variability as an important determinant of early alcohol and tobacco. *Biol Psychiatry* 2008; 63(11): 1039-46.
9. Kelly T, Cornelius J, Clark D. Psychiatric disorders and attempted suicide among adolescents with substance use disorders. *Drug Alcohol Depend* 2004; 73(1): 87-97.
10. Long J, Engels E, Moore R, Gebo K. Incidence and outcomes of malignancy in the HAART Era in an urban cohort of HIV-infected individuals. *AIDS* 2008; 22(4): 489-96.
11. Hagan H, Jarlais D, Stern R, Lelutiu-Weinberger C, Scheinmann R, Strauss S, et al. HCV synthesis project: Preliminary analyses of HCV prevalence in relation to age and duration of injection. *Int J Drug Policy* 2007; 18(5): 341-51.
12. Butt A, Khan U, McGinnis K. The factors that should be taken into account when evaluating patients for treatment and designing new intervention strategies. *J Viral Hepat* 2007; 14: 890-6.
13. Reimer J, Lorenzen J, Baetz B, Fischer B, Rehm J, Haasen C, et al. Multiple viral hepatitis in injection drug users and associated risk factors. *J Gastroenterol Hepatol* 2007; 22(1): 80-5.
14. Butt A, Skanderson M, McGinnis K, Ahuja T, Bryce C, Barnato A, et al. Clinical trials of HCV screening and treatment to reduce mortality in this population are warranted. *J Viral Hepat* 2007; 14(10): 688-96.
15. Disease and addiction. Available from: URL; <http://www.emphysema.net>
16. Hormonal disorders and addicts. Available from: URL; <http://www.nursing spectrum.com>

17. Lee H, Manns B, Taub K, Ghali W, Dean S, Johnson D, et al. Cost analysis of ongoing care of patients with end-stage renal disease: The impact of dialysis modality and dialysis access. *Am J Kidney Disease* 2007; 40(3): 611-22.
18. Jacobsen L, Mencl E, Westerveld M, Pugh R. Impact of cannabis use on brain function in adolescents. *Annals of the New York Academy of Sciences* 2004; 10(21): 384-90.
19. Lagasse L, Derauf C, Grant P, Shah R, Arria A, Huestis M, et al. Prenatal methamphetamine use and neonatal neurobehavioral outcome. *Neurotoxicol Teratol* 2007; 30(1): 20-8.
20. Goldschmidt A, Larkby L. Effects of prenatal cocaine exposure on growth: A longitudinal analysis. *Pediatrics* 2007; 120(4): 1017-27.
21. McGuigan CC, Penrice GM, Gruer L, Ahmed S, Goldberg D, Black M, et al. Lethal outbreak of infection with *Clostridium Novyi* type A and other spore-forming organisms in Scottish injecting drug users. *J Med Microbiol* 2002; 51(11): 971-7.
22. Limbeek J, Wouters L, Kaplan C, Geerlings P, Alem V. Prevalence of psychopathology in drug-addicted Dutch. *J Substance Abuse Treatment* 1992; 9(1): 43-52.
23. Alba I, Samet J, Saitz R. Burden of medical illness in drug and alcohol dependent persons without primary care. *Am J Addict* 2004; 13: 33-45.
24. Hickie B, Koschera, Davenport, Naishmith S, Scott E. Comorbidity of common mental disorders and alcohol or other substance misuse in Australian general practice. *Medical journal of Australia*: 2001; 175: 31-6.
25. Nunes E, Levin F. Treatment of depression in patients with alcohol or other drug dependence: A meta-analysis *JAMA* 2004; 291(15): 1887-96.
26. Ahmadvand A. [Addiction and its pathology]. Tehran: Payam-e-Nour University press; 1998: 121-8. (Persian)
27. Hasan Shahi M, Ahmadian K. [The survey of mental health in addicts]. *Journal of fundamentals of mental health* 2004; 23(2): 131-9. (Persian)
28. Ahmadvand A, Ghoreishi F, Sepehr Manesh Z, Musavi GH. [Effect of methadone on depressing in injection addicts]. *Journal of research in behavioral sciences* 2006; 4(1): 77-82. (Persian)
29. Grant F, Stinson F, Dawson D, Chou S, Dufour M, Compton W, et al. Prevalence and co-occurrence of substance use disorders and independent mood and anxiety disorders. *Arch Gen Psychiatry* 2004; 61(8): 807-16.
30. Rounsaville B, Weisman M, Kleber H, Wilber C. Heterogeneity of psychiatric diagnosis in treated opiate addicts. *Arch Gen Psychiatry* 1982; 39(2): 161-6.
31. Kosten T, Rounsaville B. Psychopathology in opioid addicts. *Psychiatr Clin North Am* 1986; 9(2): 515-32.
32. Tobin K, Latkin A. The relationship between depressive symptoms and nonfatal overdose among a sample of drug users in Baltimore, Maryland. *J Urban Health* 2003; 80(2): 220-9.
33. Geerken M, Hughes M. Drug use and mental health among a representative national sample of young adults. *Soc Force* 1989; 58(4): 572-89.
34. Saatcioglu O, Yapici A, Cakmak D. Quality of life, depression and anxiety in alcohol dependence. *Drug Alcohol Rev* 2008; 27(1): 83-90.
35. Edward V, Nunes MD, Frances R, Levin M. Treatment of depression in patients with alcohol or other drug dependence. *JAMA* 2004; 291(15): 1887-96.
36. Dan S. Mental illness, addiction and the supervised injection facility. *Ment Health Addiction J* 2004; 2(1): 37-9.
37. The Norwegian Institute of Public Health. HIV-situation In MSIS-rapport. 2006.
38. Nordentoft M. Prevention of suicide and attempted suicide in Denmark. *Epidemiological studies of suicide and intervention studies in selected risk groups. JAMA* 2004; 291: 1887-96.
39. Powell J. Drug and alcohol referrals: Dependence among the elderly. *Compr Psychiatry* 2000; 6(7): 618-81.
40. Hesse M. Integrated psychological treatment for substance use and co-morbid anxiety or depression vs. treatment for substance use alone. A systematic review of the published literature. *BMC Psychiatry* 2009; 20: 206-9.
41. DIC in East Azerbaijan. Available from: <http://www.GaflanNews.com>

42. Cormack M. The introduction of mental health component into primary health care. World Health Organization. *Int J Soc Psychiatry* 1991; 37(4): 31-40.
43. Soltanian A, Bahreini F, Namazy S, Amiri M, Ghaedi H, Kohan Gh. [Mental health status Bushehr high school students]. *Iranian south medical journal* 2004; 7(2): 173-82. (Persian)
44. Hosanei S H, Musavi M H. [The Comparative study of health status of medical students and para-medical students trainee]. *Journal of Gorgan University of Medical Sciences* 2004; 6(13): 101-7. (Persian)
45. Sahebi L, Vahidi R Gh, Ayatollahi SMT. Mental health status of hospital staffs in Shiraz. *Research journal of biology sciences* 2008; 2(7): 743-8.
46. Hartghers C, Van Couninho RA. Psychopathology, stress and HIV-risk injecting behavior among drug users. *Br J Addiction* 1992; 8(7): 857-65.
47. Jamshidi Manesh M, Soleimanifar P, Hoseini F. Individual, familial, social and economical characteristics among prisoner addicts women. *Nurs J* 2004; 17(40): 50-4.
48. Gyarmathy A, Neaigus A, Ujhelyi E, Szabo T, Racz J. Strong HIV and hepatitis disclosure norms and frequent risk behaviors among Hungarian drug injectors. *Drug Alcohol Depend* 2006; 2(1): 65-9.
49. Esmaili I, Safatian S, Motevalli M, Mohseni L. [Addict status among prisoner addict with university education]. *Prisoners Central Office in Tehran* 1998: 1-25. (Persian)
50. Amani F, Sadeghie S, Mohammadi S, Azami A. [Changing use of narcotic substance]. *Journal of Ardabil University of Medical Sciences* 2003; 5(3): 220-4. (Persian)
51. Richard C, Stephen S, Thomas E, Feuch T, Shadi W. Effects of an intervention program on AIDS-related drug and needle behavior among intravenous drug users. *Am J Pub Health* 1991; 81(5): 568-71.
52. Huo D, Bailey SL, Garfein RS, Ouellet LJ. Changes in the sharing of drug injection equipment among street-recruited injection drug users in Chicago, Illinois, 1994-1996. *Substance Use Misuse* 2005; 40(1): 63-76.
53. Hagan H, Jennifer V, Campbel L, Thiede H, Steffanie A, Strathde A, et al. Injecting alone among young adult IDUs in five US cities: Evidence of low rates of injection risk behavior. *Drug Alcohol Depend* 2002; 6(2): 107-9.
54. Rhodes T. Hepatitis and its risk management among drug injectors: Renewing haring reduction in the context of uncertainty. *Addiction* 2004; 9(9): 621-33.
55. Abdala N, Carney M, Durante A, Klimov N, Ostrovslid D, Somlai A, et al. Estimating the prevalence of syringe-borne and sexually transmitted diseases among injection drugusers in St Petersburg, Russia. *Int J STD AIDS* 2003; 14: 697-703.
56. Amirkhanian Y, Kelly L, McAuliffe L. Psychosocial needs "mental health" and HIV transmission risk behavior among people living with HIV/AIDS in St. Petersburg, Russia. *AIDS* 2003; 17: 2367-74.
57. Booth R, Mikulich-Gilbertson K, Brewster T, Salomonsen S, Semerik O. Predictors of self-reported HIV infection among drug injectors in Ukraine. *J Acquit Immune Defic Syndr* 2004; 35: 82-8.
58. Laurretta E, Traci C, Torban K, Krupitsky B, Ilyuk R, Kozlov A, Heime R. Psychosocial and contextual correlates of opioid overdose risk among drug users in St. Petersburg, Russia. *Harm Reduct J* 2009; 6: 6-17.
59. McLellan A, Childress R, Griffith J, Woody E. The psychiatrically severe drug abuse patient: Methadone maintenance or therapeutic community. *Am J Drug Alcohol Abuse* 1985; 10: 77-95.
60. Nunes E, Deliyannides D, Donovan S. The management of treatment resistance in depressed patients with substance use disorders. *Psychiatr Clin North Am* 1996; 19(2): 311-27.