

بررسی وضعیت سلامت روانی و کیفیت زندگی معتادین مراجعه کننده به مراکز گذری و نگهدارنده متادون درمانی شهرستان ساری در سال ۱۳۹۱

قهرمان محمودی^۱ / محمد امیری^۲ / محمدعلی جهانی^۳ / عصمت حاجی بکلو^۴

چکیده

مقدمه: اولین گام جهت پیش گیری و کاهش شیوع اعتیاد در جامعه و نیز کمک به معتادین، شناسایی وضعیت سلامت روانی و کیفیت زندگی آن ها می باشد. هدف از تحقیق حاضر، بررسی وضعیت سلامت روانی و کیفیت زندگی معتادین مراجعه کننده به مراکز ترک اعتیاد شهرستان ساری بوده است.

روش پژوهش: مطالعه حاضر کاربردی بوده که به روش توصیفی و مقطعی در سال ۱۳۹۱ بر روی ۳۵۱ نفر از معتادین مراجعه کننده به مراکز ترک اعتیاد شهرستان ساری به صورت تصادفی انتخاب شدند. اطلاعات از طریق پرسش نامه های سلامت روان (GHQ)، کیفیت زندگی (SF17) به دست آمده است داده ها پس از جمع آوری از طریق نرم افزار SPSS و آزمون آماری کای دو مرتبط مورد تحلیل قرار گرفت.

یافته ها: ۷۰/۱٪ افراد، سلامت روان تاحدی مطلوب و ۱۱/۱٪ افراد، سلامت روان نامطلوب داشتند. همچنین ۶۷/۵ درصد افراد، کیفیت زندگی تاحدی مطلوب و ۲۳/۶٪ افراد، کیفیت زندگی نامطلوب داشتند. بین سلامت روان با شغل ($P = ۰/۰۴۱$) و تحصیلات ($P = ۰/۰۲۳$) ارتباط معنی دار وجود داشت. به علاوه بین کیفیت زندگی افراد با وضعیت تأهل و تحصیلات نیز ارتباط معنی داری وجود داشت ($P = ۰/۰۰۱$). اما بین سلامت روان با سن، جنسیت و وضعیت تأهل و نیز بین کیفیت زندگی با سن، جنسیت و شغل ارتباط معنی داری وجود نداشت.

نتیجه گیری: با توجه به نتایج به دست آمده، سلامت روانی و کیفیت زندگی واحدهای مورد پژوهش چندان مطلوب نبوده که می توانند مستعد اختلالات روانی دیگر نیز باشند. بنابراین توجه ویژه مسئولین به این گروه ضروری می باشد.

کلیدواژه ها: سلامت روانی، ترک اعتیاد، کیفیت زندگی، ساری

۱- استادیار، گروه مدیریت خدمات بهداشتی و درمانی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد ساری، ساری، ایران
۲- استادیار، گروه مدیریت خدمات بهداشتی و درمانی، دانشگاه علوم پزشکی شاهرود، شاهرود، ایران
۳- دانش آموخته مدیریت خدمات بهداشتی و درمانی، دانشگاه علوم پزشکی بابل، بابل، ایران، (نویسنده مسئول)، پست الکترونیک: Drmajahani@yahoo.com
۴- دانشجوی کارشناسی ارشد مدیریت خدمات بهداشتی و درمانی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد ساری، ساری، ایران

مقدمه

سلامت روانی دانش یا هنری است که به افراد کمک می‌کند تا با ایجاد روش‌های صحیح روانی و عاطفی بتوانند با محیط خود سازگاری نمایند. [۱] بر همین اساس حفظ سلامت فکری و توانایی مقابله با مشکلات زندگی و برقراری یک رابطه سالم و صمیمانه با هم نوع و داشتن زندگی هدف‌دار و پرثمر یک هدف مهم در زندگی می‌باشد. [۲] اختلالات مرتبط با مواد از جمله اعتیاد عبارت است از نیاز روانی که در اثر فقدان مصرف مواد خاصی در فرد به وجود می‌آید. مهم‌ترین ویژگی آن وابستگی جسمی و روانی به مواد است. [۳] افراد معتاد غالباً ترک مواد را به صورتی ناموفق داشته‌اند. [۴] گزارش شده است که در دنیا حدود ۲۰۰ میلیون معتاد وجود دارد و بالاترین شیوع (۲/۸ درصد) آن در کشور ایران است. [۵] هم‌چنین هزینه‌ی سالانه‌ی کلی اعتیاد برای جامعه‌ی امریکا در نیمه‌ی دهه‌ی ۱۹۹۰ حدود ۲۰۰ میلیارد دلار تخمین زده شده است. [۶]

وجود تقریباً دو میلیون معتاد به مواد افیونی در جامعه‌ی جوان ایران، پایین آمدن سن اعتیاد، شیوع خطرناک اعتیاد در بعضی از مراکز، مدارس و خوابگاه‌های دانشجویی و هم‌چنین وجود متجاوز از صد هزار زندانی مرتبط با اعتیاد در زندان‌های کشور، ضرورت تلاش سریع‌تر برای درمان این پدیده‌ی اجتماعی را طلب می‌کند. [۷] در طی ۲۰ سال از سال ۵۷ تا ۷۷ به طور متوسط میزان رشد مصرف مواد سالانه ۸ درصد بوده است و یا به عبارت دیگر تقریباً هر ۱۲ سال ۲ برابر شده است که ۳ برابر نرخ رشد جمعیت بوده است. [۸] در مطالعات مختلف بین ۳۰ تا ۶۰٪ بیماران مبتلا به سوء مصرف مواد، واجد ملاک‌های تشخیصی اختلال شخصیت ضداجتماعی هستند. احتمال خودکشی موفق بین مبتلایان به سوء مصرف مواد تقریباً ۲۰ برابر بیشتر از کل جمعیت است. [۹] اعتیاد به مواد مخدر را می‌توان از منظر عوامل زیست‌شناختی، روان‌شناختی و اجتماعی بررسی کرد باید توجه داشت که در کنار درمان‌های زیستی این افراد، آشنایی با مشکلات روان‌شناختی این افراد و رفع آنها می‌تواند پیش‌آگاهی

خوبی برای درمان باشد. [۱۰] بیش از ۵۰٪ معتادین علاوه بر اعتیاد مرتکب جرایم دیگری از قبیل سرقت و سایر انحرافات نیز شده‌اند. [۱۱] نزدیک به ۹۰٪ افراد معتاد به ترکیبات افیونی دچار نوعی اختلال روانی هستند که در این بین افسردگی، اختلال شخصیت ضداجتماعی و اضطراب از اهمیت بیشتری برخوردار هستند. گزارش شده است حدود ۱۵٪ از کسانی که وابستگی به ترکیبات افیونی دارند حداقل یک‌بار سعی کرده‌اند خودکشی کنند. [۱۲] اثرات بالینی مواد از قبیل خاصیت آرام‌بخش و تسکین دهنده، موجب می‌شود که افراد به مصرف آن گرایش پیدا کنند و به تدریج به آنها وابسته شوند. [۱۳] که می‌بایستی راهکارهای مداخله‌ای جهت مبارزه با این پدیده شوم اندیشید. با توجه به مطالب مطروحه از آنجایی که با شناخت علل روی آوردن افراد به سمت اعتیاد و افزایش سطح سلامت افراد جامعه می‌توان از بروز بسیاری از معضلات اجتماعی جلوگیری نمود، بنابراین در این تحقیق به بررسی وضعیت سلامت روانی و کیفیت زندگی معتادین مراجعه کننده به مراکز گذری و نگهدارنده متادون درمانی شهرستان ساری پرداخته شده تا به برنامه‌ریزان جهت تقویت ساختار شخصیتی واجتماعی معتادان کمک نموده تا از این طریق بتوان از بازگشت مجدد به مواد و ناتوانی در ترک آنها جلوگیری نمود.

روش پژوهش

این مطالعه کاربردی بوده که به روش توصیفی، در مقطعی از سال ۱۳۹۱ به روش نمونه‌گیری از نوع چند مرحله‌ای با جامعه‌ی آماری تمامی معتادین مراجعه کننده به مراکز ترک اعتیاد شهرستان ساری در نظر گرفته شد. تعداد کل نمونه‌های پژوهش (بر اساس فرمول $n = [z^2 \cdot p(1-q)] / d^2$ ؛ $Z_{1-\alpha/2} = 1/96$ ؛ $p = 0/5$ ؛ $d = 0/05$) ۳۵۱ نفر بود. برای این منظور، ابتدا کل شهر به ۳ منطقه تقسیم شد سپس از منطقه ۱، ۱۲۰ نفر، از منطقه ۲، ۱۱۵ نفر و از منطقه ۳، ۱۱۶ نفر به روش تصادفی ساده انتخاب شدند.

کاملاً نمره ۴ داده می‌شود. در سؤال ۶ گزینه خیلی بد نمره ۰، بد نمره ۱، نه خوب نه بد ۲، خوب ۳، خیلی خوب ۴. در سؤالات ۷ تا ۱۶ گزینه خیلی ناراضی نمره ۰، ناراضی نمره ۱، نه راضی نه ناراضی نمره ۲، راضی نمره ۳، خیلی راضی نمره ۴ و در سؤال ۱۷ گزینه هرگز نمره ۴، به ندرت نمره ۳، نسبتاً نمره ۲، اکثراً نمره ۱ و همیشه نمره ۰ تعلق می‌گیرد. که در مجموع نمرات کیفیت زندگی از ضعیف‌ترین حالت نمره ۰ تا ۲۲ مطلوب‌ترین حالت نمره ۶۸ که نمره ۰ تا ۲۲ حالت نامطلوب کیفیت زندگی، ۲۳ تا ۴۵ حالت تاحدی مطلوب و نمره ۴۶ تا ۶۸ حالت مطلوب کیفیت زندگی را نشان می‌دهد. در کنار پرسشنامه‌های فوق اطلاعات زمینه‌ای مربوط به سن، جنس، میزان تحصیلات، وضعیت تأهل، وضعیت اشتغال، و انگیزه مصرف مواد و سابقه ترک مورد پرسش قرار گرفت.

به منظور تحلیل داده‌ها از نرم‌افزار آماری SPSS استفاده شد. داده‌ها با استفاده از روش‌های آمار توصیفی (از قبیل جداول، میانگین، فراوانی و درصد فراوانی) و آمار استنباطی^۲ در سطح معنی‌دار ۰/۰۵ مورد تحلیل قرار گرفت.

یافته‌ها

در این تحقیق، ۹۵/۷٪ افراد دارای سن بیشتر از ۲۳ بودند. بعلاوه ۳۲۵ نفر (۹۲/۶٪) از افراد مورد پژوهش متعلق به جنس مرد و ۲۶ نفر (۷/۴٪) متعلق به جنس زن بود. نتایج هم‌چنین نشان داد ۷۰/۱٪ افراد شاغل بوده و ۲۷/۳٪ آنها بیکار بودند. در این تحقیق از مجموع افراد مورد پژوهش، ۸۲/۳٪ مجرد و بقیه متأهل بودند. ۲۵۹ نفر (۷۳/۸٪) سیگاری و ۹۲ نفر (۲۶/۲٪) غیرسیگاری بودند. هم‌چنین ۷۲٪ (۲۵۳ نفر) نمونه‌های مورد بررسی دارای تحصیلات زیردیپلم و ۲۸٪ (۹۸ نفر) آنها دارای تحصیلات دیپلم و بالاتر از بودند. در این تحقیق بیشترین انگیزه‌ی اعتیاد به ترتیب مربوط به وسوسه‌ی دوستان (۳۳/۳٪)، خستگی (۲۲/۵٪) و فرار از مشکلات (۱۹/۱٪) بود. به‌علاوه نتایج نشان می‌دهد ۴۶/۴٪ افراد مورد پژوهش دارای سابقه‌ی ترک

پس از دریافت معرفی‌نامه از دانشگاه جهت مراجعه به مراکز ترک اعتیاد، با کسب رضایت شفاهی و با رعایت کلیه‌ی ملاحظات اخلاقی، از افراد خواسته شد تا به‌صورت داوطلبانه اقدام به پاسخ دادن به سؤالات پرسشنامه‌ها نمایند. ابزار گردآوری داده‌ها شامل ۲ نوع پرسش‌نامه بود.

پرسشنامه‌ی اول مربوط به پرسشنامه‌ی سلامت روانی (GHQ) بود. در این پرسشنامه سلامت روان با ۱۱ سؤال در دو بعد روانی و جسمانی مورد بررسی قرار می‌گیرد. در بعد روانی ۶ سؤال (اضطراب، بی‌قراری، ناآرامی، تنهایی، ناامیدی و خشم) و در بعد جسمانی ۵ سؤال (سردرد، خستگی، اختلال خواب، سوء هاضمه و ترش کردن) سنجیده می‌شود. نمره‌گذاری این پرسشنامه بر اساس مقیاس لیکرت از پایین‌ترین سطح به بالاترین سطح از نمره ۰ تا ۳ نمره‌گذاری شده‌است. به گزینه‌ی همیشه نمره ۰، اغلب نمره ۱، گاهگاه نمره ۲ و به گزینه‌ی به ندرت نمره ۳ داده می‌شود. بنابراین در بعد جسمانی به بالاترین سطح، نمره ۱۸ و پایین‌ترین سطح نمره ۰ تعلق می‌گیرد. بنابراین برای نمرات ۰ تا ۶ سلامت نامطلوب، ۶ تا ۱۲ سلامت تاحدی مطلوب و برای نمرات ۱۲ تا ۱۸ سلامت مطلوب در نظر گرفته شد. در بعد جسمانی نیز برای نمرات ۰ تا ۵، سلامت نامطلوب، ۵ تا ۱۰ سلامت تاحدی مطلوب و برای نمرات ۱۰ تا ۱۵ سلامت مطلوب در نظر گرفته شد. در نهایت از مجموع دو بعد روانی و جسمی، نمره سلامت روانی GHQ از ۰ تا ۳۳ در نظر گرفته می‌شود. به‌علاوه ۰ تا ۱۱ سلامت روانی نامطلوب، ۱۲ تا ۲۲ سلامت روان تاحدی مطلوب و ۲۲ تا ۳۳ سلامت روان مطلوب در نظر گرفته شد.

پرسشنامه‌ی دوم کیفیت زندگی (SF17) بود که شامل ۱۷ سؤال ۵ گزینه‌ای بود. نمره‌گذاری این پرسشنامه نیز بر اساس مقیاس لیکرت انجام شد. پرسشنامه کیفیت زندگی شامل ۱۷ سؤال ۵ گزینه‌ای که براساس مقیاس لیکرت از کمترین سطح نمره ۰ تا بیشترین سطح نمره ۵ نمره‌گذاری می‌شود. در سؤال ۱ تا ۵ به گزینه اصلاً نمره ۰، کمی نمره ۱، متوسط نمره ۲، اکثراً نمره ۳،

قبلی بوده اما بازگشت مجدد به مصرف مواد را داشته‌اند. (جدول ۱)

در جدول ۲، نتایج مربوط به توزیع فراوانی و درصد فراوانی وضعیت سلامت روانی و کیفیت زندگی معتادین مورد پژوهش مشاهده می‌شود. همان‌طور که مشاهده می‌شود، ۶۷/۵٪ از افراد دارای کیفیت زندگی تاحدی مطلوب، ۲۳/۶٪ دارای کیفیت زندگی نامطلوب و ۸/۸٪ کیفیت زندگی مطلوب داشتند. در بعد سلامت روانی، بیشترین فراوانی مربوط به وضعیت تا حدی مطلوب (۷۰/۱٪) بود. همچنین ۱۸/۸٪ نمونه‌های مورد بررسی دارای سلامت روانی مطلوب و ۱۱/۱٪ سلامت روانی نامطلوب داشتند. (جدول ۲)

نتایج مربوط به ارتباط سلامت روانی با مشخصات زمینه‌ای در جدول ۳ آورده شده است. همان‌طور که مشاهده می‌شود، بین سلامت روانی و سن افراد مورد پژوهش ارتباط معنی‌داری مشاهده نمی‌شود ($P > 0.05$). به عبارت دیگر اختلاف معنی‌داری بین دو گروه کوچک‌تر و بزرگ‌تر از ۲۳ سال از نظر سلامت روانی وجود نداشت. هم در گروه سنی پایین‌تر از ۲۳ سال و هم در گروه بالاتر از ۲۳ سال، بیشترین فراوانی ابتدا مربوط به سلامت روانی تاحدی مطلوب، سپس سلامت روانی مطلوب و در آخر، سلامت روان نامطلوب می‌باشد. به‌طور مشابه بین سلامت روانی و جنسیت (زن یا مرد بودن) و نیز بین سلامت روانی با وضعیت تأهل (مجرد یا متأهل بودن) ارتباط معنی‌داری مشاهده نشد ($P > 0.05$). اما بین سلامت روانی با اشتغال (شاغل بودن یا بیکار بودن) ارتباط معنی‌داری مشاهده شد ($P = 0.041$). این اختلاف بدین صورت می‌باشد که سلامت روانی در معتادین بیکار پایین‌تر از معتادین شاغل بود. همچنین بین سلامت روانی و سطح تحصیلات نیز ارتباط معنی‌داری مشاهده شد ($P = 0.023$). به عبارت دیگر بین گروه زیردیپلم و گروه دیپلم و بالاتر، از نظر سلامت روانی اختلاف معنی‌داری مشاهده می‌شود. سلامت روانی افراد با میزان تحصیلات دیپلم و بالاتر، بیشتر از افراد با تحصیلات زیر دیپلم بود. بین سلامت

روانی با کیفیت زندگی نیز ارتباط معنی‌داری مشاهده شد ($P = 0.001$). (جدول ۳ و ۴).

در جدول ۵ داده‌های مربوط به توزیع فراوانی ارتباط کیفیت زندگی با مشخصات زمینه‌ای نشان داده شده است. بین کیفیت زندگی با سن و نیز بین کیفیت زندگی با جنسیت ارتباط معنی‌داری دیده نشد ($P > 0.05$). اما بین کیفیت زندگی با وضعیت تأهل ارتباط معنی‌داری وجود داشت ($P = 0.001$). در این تحقیق افراد مجرد کیفیت زندگی بالاتری نسبت به افراد متأهل داشتند. بین کیفیت زندگی با وضعیت اشتغال نیز ارتباط معنی‌دار مشاهده می‌شود ($P = 0.05$). افراد شاغل در مجموع دارای کیفیت زندگی بالاتری هستند. همچنین بین کیفیت زندگی با سطح تحصیلات نیز ارتباط معنی‌دار وجود داشت ($P = 0.001$). افراد با سطح تحصیلات دیپلم و بالاتر از دیپلم کیفیت زندگی بالاتری نسبت به افراد با سطح تحصیلات زیر دیپلم داشتند. (جدول ۵)

بحث و نتیجه‌گیری

در این مطالعه اغلب نمونه‌های مورد آزمایش (۹۲/۶٪) مرد بودند. به عبارت دیگر درصد اندکی (۷/۴٪) از مراجعه‌کنندگان برای ترک اعتیاد را زنان تشکیل می‌دهند. این امر می‌تواند حداقل به دو دلیل باشد. اول اینکه به‌طور کلی تعداد معتادین زن نسبت به مرد کمتر است. دوم اینکه بنا به دلایل گوناگون از جمله عقاید، عرف جامعه‌ی ایران، باور مردم و محدودیت‌های بیشتر زنان، درصد مراجعه‌ی زنان معتاد به مراکز ترک اعتیاد خودمعرک کمتر از مردان می‌باشد. البته این امر را می‌توان برای جامعه‌ی ایران با توجه به عقاید، فرهنگ و سن حاکم، اختصاصی تلقی کرد. در کشورهای غربی عامل اصلی اقدام معتادان برای ترک، ترس از مرگ، خسته شدن از اعتیاد و فقر مالی است. [۱۴] مشابه این نتایج توسط عباسی و همکاران و نیز حجتی و همکاران گزارش شده است. [۵، ۱۵] در این تحقیق، ۹۵/۷٪ نمونه‌های مورد پژوهش در گروه سنی بیشتر از ۲۳ سال قرار داشتند. بالا بودن سن مراجعه برای ترک اعتیاد نشان می‌دهد که افراد پس از سال‌ها مصرف مواد و مواجه شدن با

تحصیلات دیپلم و بالاتر از آن تشکیل می‌دهد. [۱۵, ۱۶] به‌طور مشابه، در تحقیق ما نیز بیشترین درصد (۷۲٪) معتادین مراجعه کننده برای ترک اعتیاد متعلق به گروه با تحصیلات دیپلم و بالاتر بود. همچنین بین سلامت روانی افراد مورد آزمایش و سطح تحصیلات آن‌ها نیز ارتباط معنی‌داری مشاهده شد ($P = ۰/۰۲۳$) در این آزمایش نمره‌ی سلامت روانی معتادین با میزان تحصیلات دیپلم و بالاتر، بیشتر از معتادین با تحصیلات زیر دیپلم بود. به‌طور کلی افراد با تحصیلات پایین، به دلیل آگاهی و دانش کمتر و نیز به دلیل دارا نبودن فرصت‌های یادگیری کافی، نسبت به افراد با تحصیلات بالاتر، بیشتر به سمت استفاده از مواد روی می‌آورند. [۱۵] از سوی دیگر افراد با تحصیلات بالاتر به دلیل آگاهی بیشتر نسبت به افراد با تحصیلات پایین‌تر، تمایل بیشتری برای مراجعه به مراکز ترک اعتیاد خودمعرف دارند. در تحقیق حاضر، ۷۳/۸٪ مراجعه‌کنندگان برای ترک اعتیاد، استعمال سیگار نیز داشتند. بنابراین می‌توان اظهار داشت که استعمال سیگار خود می‌تواند زمینه را برای اعتیاد به مواد افیونی فراهم سازد. سلماسی و همکاران گزارش کردند در بسیاری از موارد شروع مصرف مواد معمولاً با وسوسه و پیشنهاد دوستان و همسالان رخ می‌دهد. [۲۲] در تحقیق حاضر، مشابه نتایج حجتی و همکاران، وسوسه‌ی دوستان عامل اصلی گرایش به سمت اعتیاد و مصرف مواد می‌باشد. [۵] به‌طور مشابه امامی‌پور و همکاران بیان داشتند که به‌طور کلی، اعتیاد بر کیفیت زندگی افراد تأثیرگذار بوده و اغلب معتادین دارای کیفیت زندگی پایین هستند. [۲۳] پایین بودن کیفیت زندگی خانواده‌های معتادین و کمبود امکانات لازم برای برآورده ساختن نیازهای مختلف روحی و جسمی، افراد را به سمت مصرف مواد سوق می‌دهند. در این تحقیق، ۷۰/۱٪ نمونه‌های مورد آزمایش از نظر سلامت روان دارای وضعیت تاحدی مطلوب بودند. همچنین غالب (۶۷/۵٪) معتادین دارای کیفیت زندگی تاحدی مطلوب بودند. محیط نامطلوب خانواده، برخورد نامناسب اعضای خانواده و طردشدگی، کمبود امکانات فرهنگی،

مشکلات بسیار زیاد و ایجاد سرخوردگی و ندامت در آنها در نهایت در جهت ترک اعتیاد اقدام می‌کنند. [۱۶] برخلاف نتایج تحقیق حجتی و همکاران که بیان داشتند اغلب مراجعه‌کنندگان به مراکز ترک اعتیاد مربوط به گروه بیکار هستند، تحقیق حاضر بیشترین درصد (۷۰/۱٪) مراجعین برای ترک اعتیاد را افراد شاغل تشکیل دادند. این امر نشان‌دهنده‌ی این است که معتادین شاغل بیشتر از معتادین بیکار به مراکز ترک اعتیاد مراجعه می‌کنند. در واقع اشتغال یا عواملی از قبیل ترس از دست دادن شغل، خود می‌تواند انگیزه‌ی لازم برای تلاش در جهت ترک اعتیاد را در یک فرد معتاد ایجاد نماید. البته باید توجه داشت افزایش بیکاری در جامعه می‌تواند زمینه را برای انحرافات از قبیل اعتیاد مساعد سازد. [۱۷] همچنان که سادوک نیز بیان کردند که بیکاری یا نداشتن شغل مناسب یکی از عوامل عود مصرف ترکیبات تریاک می‌باشد. [۱۸] مطالعات نشان می‌دهد که همبستگی معنی‌داری بین بیکاری و اعتیاد وجود دارد و احتمال اعتیاد در میان بیکاران بیشتر از افراد شاغل است. [۱۹] همچنین بین سلامت روانی با اشتغال (شاغل بودن یا بیکار بودن) ارتباط معنی‌داری مشاهده شد ($P = ۰/۰۴۱$). این اختلاف بدین صورت می‌باشد که سلامت روانی در معتادین بیکار پایین‌تر از معتادین شاغل بود. نتایج تحقیق حاضر برخلاف نتایج دین‌محمدی و همکاران، حجتی و همکاران و نیز برخلاف نتایج امینی و همکاران نشان می‌دهد که بیشترین درصد (۸۲/۳٪) افراد مراجعه کننده در سال ۱۳۹۰ به مراکز ترک اعتیاد خودمعرف در شهرستان ساری مربوط به معتادین مجرد می‌باشد. [۵, ۱۶, ۲۰] آمارهای مربوط به تحقیقات ستاد مبارزه با مواد مخدر نشان می‌دهد که ۷۰٪ معتادان ایرانی متأهل هستند. [۲۱] بنابراین با توجه به میانگین کشور، اگرچه غالب معتادین متأهل هستند اما درصد افراد متأهل مراجعه کننده به مراکز ترک اعتیاد کمتر از افراد مجرد است. برخلاف نتایج امینی و همکاران، عباسی و همکاران گزارش کردند بیشترین درصد مراجعه‌کنندگان برای ترک اعتیاد را افراد معتاد با سطح

تفریحی، هرج و مرج به همراه آزادی مطلق در خانواده، عدم دسترسی به سیستم‌های خدماتی، حمایتی و مشاوره‌ای به‌ویژه در شرایط بحرانی زندگی که فرد از نظر روحی، روانی، مالی، شغلی و اجتماعی نیاز به حمایت دارد، عدم پذیرش معتادان از سوی جامعه و ادامه‌ی انزوای آنان و احساس طردشدگی، دوستان ناباب از جمله عوامل زمینه‌ساز برای گسترش اعتیاد می‌باشند. [۶, ۱۴, ۲۴, ۲۵] در مجموع نتایج نشان می‌دهد که سلامت روان و کیفیت زندگی معتادین نامناسب می‌باشد. به‌علاوه سلامت روان و کیفیت زندگی معتادین متأثر از عوامل گوناگونی از قبیل محیط خانواده و جامعه، دوستان، مشکلات روحی، بهداشتی و جسمی، حمایت خانواده، مشکلات مالی، سطح تحصیلات و ... است. Levinson و همکاران، عواملی مانند از دست دادن موقعیت اجتماعی و خانوادگی، فشارهای اجتماعی، نداشتن تفریحات سالم، زندگی کردن با یک سوء مصرف‌کننده دارو، وارد شدن در اماکنی که محل تجمع معتادین می‌باشد را از جمله عوامل اصلی بازگشت فرد به اعتیاد مجدد پس از اقدام برای ترک مصرف مواد گزارش کردند. [۲۶] بنابراین برای داشتن جامعه‌ای با حداقل میزان اعتیاد نیاز اساسی به شناخت مشکلات و موانع موجود می‌باشد. در این راستا توجه مسئولین به عوامل زمینه‌ساز اعتیاد بسیار ضروری به‌نظر می‌رسد.

تشکر و قدردانی

در پایان پژوهشگران بر خود لازم می‌دانند که از همکاری تمامی مسئولین محترم مراکز ترک اعتیاد شهرستان ساری تشکر و قدردانی را به عمل آورند.

| درصد فراوانی | فراوانی | زمینه‌ای |
|--------------|---------|---------------------|
| ۴/۳ | ۱۵ | ۲۳> |
| ۹۵/۷ | ۳۳۵ | ۲۳< |
| ۱۰۰ | ۳۵۱ | کل |
| ۷/۴ | ۲۶ | زن |
| ۹۲/۶ | ۳۲۵ | مرد |
| ۱۰۰ | ۳۵۱ | کل |
| ۷۲/۶۵ | ۲۵۵ | شاغل |
| ۲۷/۳۵ | ۹۶ | بیکار |
| ۱۰۰ | ۳۵۱ | کل |
| ۸۲/۳ | ۲۸۹ | مجرد |
| ۱۷/۷ | ۶۲ | متاهل |
| ۱۰۰ | ۳۵۱ | کل |
| ۷۳/۸ | ۲۵۹ | سیگاری |
| ۲۶/۲ | ۹۲ | غیرسیگاری |
| ۱۰۰ | ۳۵۱ | کل |
| ۹/۱ | ۳۲ | کنجکاوی |
| ۶/۶ | ۲۳ | تنهایی |
| ۱۹/۱ | ۶۷ | فرار از مشکلات |
| ۹/۴ | ۳۳ | بیماری |
| ۲۵/۵ | ۷۹ | خستگی |
| ۳۳/۳ | ۱۱۷ | وسوسه دوستان |
| ۱۰۰ | ۳۵۱ | کل |
| ۷۲ | ۲۵۳ | زیر دیپلم |
| ۲۸ | ۹۸ | دیپلم و بالاتر |
| ۱۰۰ | ۳۵۱ | کل |
| ۵۳/۶ | ۱۸۸ | ۰ دفعه |
| ۲۰/۵ | ۷۲ | ۱ دفعه |
| ۹/۱ | ۳۲ | ۲ دفعه |
| ۷/۷ | ۲۷ | ۳ دفعه |
| ۹/۱ | ۳۲ | ۳ دفعه و بیشتر |
| ۱۰۰ | ۳۵۱ | کل |
| ۴۶/۴ | ۱۶۳ | بازگشت مجدد به مواد |

جدول ۲- توزیع فراوانی مطلق و نسبی وضعیت سلامت روانی و کیفیت زندگی معنادان مراجعه کننده به مراکز گذری و نگهدارنده متادون درمانی شهرستان ساری در سال ۱۳۹۱

| وضعیت | فراوانی | درصد فراوانی |
|--------------|---------|--------------|
| نامطلوب | ۸۳ | ۲۳/۶ |
| تا حدی مطلوب | ۲۳۷ | ۶۷/۵ |
| مطلوب | ۳۱ | ۸/۸ |
| کل | ۳۵۱ | ۱۰۰ |
| نامطلوب | ۳۹ | ۱۱/۱ |
| تا حدی مطلوب | ۲۴۶ | ۷۰/۱ |
| مطلوب | ۶۶ | ۱۸/۸ |
| کل | ۳۵۱ | ۱۰۰ |

جدول ۳- توزیع فراوانی مطلق و نسبی ارتباط سلامت روانی با مشخصات زمینه‌ای در نمونه‌های مورد بررسی

| Sig. | سلامت روانی | | | | | | مشخصات زمینه‌ای |
|-----------------------|--------------|---------|--------------|---------|--------------|---------|------------------------|
| | مطلوب | | تا حدی مطلوب | | نامطلوب | | |
| | درصد فراوانی | فراوانی | درصد فراوانی | فراوانی | درصد فراوانی | فراوانی | |
| ۰/۶۶۴ ^{n.s.} | ۲۶/۶ | ۴ | ۶۶/۷ | ۱۰ | ۶/۷ | ۱ | سن >۲۳ |
| | ۱۸/۵ | ۶۲ | ۷۰/۲ | ۲۳۶ | ۱۱/۳ | ۳۸ | سن <۲۳ |
| ۰/۳۱۶ ^{n.s.} | ۷/۷ | ۲ | ۸۰/۸ | ۲۱ | ۱۱/۵ | ۳ | جنسیت زن |
| | ۱۹/۷ | ۶۴ | ۶۹/۲ | ۲۲۵ | ۱۱/۱ | ۳۶ | جنسیت مرد |
| ۰/۸۷۴ ^{n.s.} | ۱۹ | ۵۵ | ۷۰/۳ | ۲۰۳ | ۱۰/۷ | ۳۱ | وضعیت تأهل مجرد |
| | ۱۷/۷ | ۱۱ | ۶۹/۴ | ۴۳ | ۱۲/۹ | ۸ | وضعیت تأهل متأهل |
| ۰/۰۴۱* | ۲۱/۶ | ۵۵ | ۶۹ | ۱۷۶ | ۹/۴ | ۲۴ | اشتغال شاغل |
| | ۱۱/۵ | ۱۱ | ۷۲/۹ | ۷۰ | ۱۵/۶ | ۱۵ | اشتغال بیکار |
| ۰/۰۲۳* | ۱۵/۴ | ۳۹ | ۷۳/۹ | ۱۸۷ | ۱۰/۷ | ۲۷ | تحصیلات زیر دیپلم |
| | ۲۷/۶ | ۲۷ | ۶۰/۲ | ۵۹ | ۱۲/۲ | ۱۲ | تحصیلات دیپلم و بالاتر |

n.s: معنی دار نبودن

*: معنی دار بودن در سطح ۰/۰۵

** : معنی دار بودن در سطح ۰/۰۰۱

جدول ۴- توزیع فراوانی مطلق و نسبی ارتباط سلامت روانی با کیفیت زندگی معنادان مراجعه کننده به مراکز گذری و نگهدارنده متادون درمانی شهرستان ساری در سال ۱۳۹۱

| Sig. | سلامت روانی | | | | | | | |
|---------|--------------|---------|--------------|---------|--------------|---------|-------------|-------------|
| | مطلوب | | تاحدی مطلوب | | نامطلوب | | | |
| | درصد فراوانی | فراوانی | درصد فراوانی | فراوانی | درصد فراوانی | فراوانی | | |
| | ۷/۲ | ۶ | ۷۳/۵ | ۶۱ | ۱۹/۳ | ۱۶ | نامطلوب | |
| ./۰.۰** | ۱۶/۴ | ۳۹ | ۷۴/۳ | ۱۷۶ | ۹/۳ | ۲۲ | تاحدی مطلوب | کیفیت زندگی |
| | ۶۷/۸ | ۲۱ | ۲۹ | ۹ | ۳/۲ | ۱ | مطلوب | |

***: معنی دار بودن در سطح ۰/۰۰۱

جدول ۵- توزیع فراوانی مطلق و نسبی ارتباط کیفیت زندگی با مشخصات زمینه‌ای معنادان مراجعه کننده به مراکز گذری و نگهدارنده متادون درمانی شهرستان ساری در سال ۱۳۹۱

| Sig. | کیفیت زندگی | | | | | | | مشخصات زمینه‌ای |
|-----------------------|--------------|---------|--------------|---------|--------------|---------|--------------------|-----------------|
| | مطلوب | | تاحدی مطلوب | | نامطلوب | | | |
| | درصد فراوانی | فراوانی | درصد فراوانی | فراوانی | درصد فراوانی | فراوانی | | |
| ./۰۷۵۹ ^{n.s} | ۱۳/۳ | ۲ | ۶۰ | ۹ | ۲۶/۷ | ۴ | ۲۳> | سن |
| | ۸/۶ | ۲۹ | ۶۷/۹ | ۲۲۸ | ۲۳/۵ | ۷۹ | ۲۳< | |
| ./۰۵۳۹ ^{n.s} | ۱۱/۵ | ۳ | ۵۷/۷ | ۱۵ | ۳۰/۸ | ۸ | زن | جنسیت |
| | ۸/۶ | ۲۸ | ۶۸/۳ | ۲۲۲ | ۲۳/۱ | ۷۵ | مرد | |
| ./۰.۰۰۱** | ۹/۴ | ۲۷ | ۷۰/۹ | ۲۰۵ | ۱۹/۷ | ۵۷ | مجرد | وضعیت تأهل |
| | ۶/۵ | ۴ | ۵۱/۶ | ۳۲ | ۴۱/۹ | ۲۶ | متاهل | |
| ./۰.۰۵* | ۱۱ | ۲۸ | ۶۹ | ۱۷۶ | ۲۰ | ۵۱ | شاغل | اشتغال |
| | ۳/۱ | ۳ | ۶۳/۶ | ۶۱ | ۳۳/۳ | ۳۲ | بیکار | |
| ./۰.۰۰** | ۴/۳ | ۱۱ | ۷۰/۴ | ۱۷۸ | ۲۵/۳ | ۶۴ | زیر دیپلم و بالاتر | تحصیلات |
| | ۲۰/۴ | ۲۰ | ۶۰/۲ | ۵۹ | ۱۹/۴ | ۱۹ | دیپلم و بالاتر | |

n.s: معنی دار نبودن

*: معنی دار بودن در سطح ۰/۰۵

***: معنی دار بودن در سطح ۰/۰۰۱

References:

- 1) Mohtashami J. Comprehensive review of mental health nursing. Tehran: Jamenegar publication 2006; 1: 7. [Persian]
- 2) Hojjati H. A comprehensive review of mental health 1&2. Tehran: Salemi publication; 2008: 29. [Book in Persian]
- 3) Mahmoodi Gh. Top Notes Psychiatric. Tehran: Salemi publication; 2002: 117. [Book in Persian]
- 4) Boer B. Mental health nursing. Translated by Zare K, and et al. 2nd ed, Tehran; Jamenegar publication 2008: 148.
- 5) Hojjati H, Alustani S, Akhondzadeh G, Heydari B, Sharifnia H. Mental Health Survey and its relationship with quality of life in addicts. The Journal of Medical Sciences of Shahid Sadughi Yazd 2009; 18(3): 204-207. [Persian]
- 6) Kaplan H, Sadock B. Comprehensive text book of psychiatry. 5nd ed. Philadelphia: Lippincott Co. 1995: 839-840.
- 7) Rasuli-azad M, Ghanbari-Hashemabadi B, Tabatabaei M. The effect of cognitive behavioral treatment of opium dependent men with major depressive disorder simultaneously. The Journal of Fundamentals of Mental Health 2009; 11(3): 195-204. [Persian]
- 8) Rahimi-movagar A, Mohamad K, Razagi A. The 30-year survey of drug abuse in Iran. Hakim 2009; 171-181. [Persian]
- 9) Rafie H, Rezayi F, kaplan H, Saduk B. Brief Psychiatric. 9nd ed, Volum1, Arjmand publication 2006; 399-400. [Persian]
- 10) Katibai Zh, Hamidi H, Yaryan S, Ghanbari S, Musavi, P. Comparison of quality of life, Stress and Mental Health in Addicts and HIV-infected and healthy individuals. The Journal of Behavioral Sciences 2010; 4(2): 135-139. [Persian]
- 11) Heydari j, Mahmodi Gh. Mental health. 1nd ed. Tehran; Jamenegar publication 2008: 239. [Book in Persian]
- 12) Ghorishi F, Ahmadvand A, Sepehrmanesh, Z. Mental health status in injection drug users in Kashan prison in 2007. Research Journal of Medical Sciences Shahid beheshti 2010; 15(2): 67-71. [Persian]
- 13) Koushan M, Vaghei S. Mental health 2. 2nd ed. Andishe Rafi Publication 2005: 207. [Book in Persian]
- 14) Keller DS, Galanter M, Weinberg S. Validation of scale for network therapy. Am J Drug Alcohol Abuse 1997; 23:115-127.
- 15) Abbasi S, Tazyky S, Moradi A. Template based on drug abuse demographic factors Drmtadyn reader Gorgan. The Journal of Golestan University of Medical Sciences 2005; 8(1): 22. [Persian]
- 16) Amini K, Amini DF, Afshar Moghaddam F, Azar M. Social and environmental factors related to addiction to this substance referred to in afyuni governmental centers addiction Hamedan. Journal of Zanzan University of Medical Sciences 2004; (52): 41. [Persian]
- 17) Kaplan H, Sadok V. Comprehensive text book of psychiatry. 9nd ed. Philadelphia; lippincott 2007: 477-551.
- 18) Sadock B, Sadock V. Kaplan and Sadock comprehensive text book of psychiatry. 7 nd ed. Philadelphia: Lippincott 1999: 793.
- 19) Catalano LA, Elias JW, Ritz K. Predicting relapse substance abuse as a function of personality dimensions. Alcohol Clin Ex Res 1998; 1041-1047.
- 20) Din-Mohammadi MR, Amini K, Yazdankhah MR. Social and environmental factors affecting this trend Afyuni Perspective B drug addicts to accept treatment and follow-up Introduction Welfare Organization of Zanzan. Journal of Zanzan University of Medical Sciences 2008; 15(59): 85-94. [Persian]
- 21) Department of Statistics and Computers of the center of drug struggle. Statistical Report, 1998 and 19 year after Islamic Revolution. Tehran; center of drug struggle 1999: 43-49. [Book in Persian]
- 22) Salmasi A, Hejazi S, Fesharaki M. Survey of the important causes of using alcohol among "alcoholic anonymous community: members in Karaj city. M.Sc. Thesis. Tehran: Islamic Azad University; 2009. [Persian]

- 23) Emamipoor S, Shams Asfandabad H, Sadrasadat J, Nadery S. Comparison of psychological differences, quality of life in four men addicted suffering AIDS, non-addicted patients with AIDS, AIDS patients and healthy unwonted. The Journal of Medical Sciences University to the city 2009; 10(1): 69. [Persian]
- 24) Swift RM. Alcoholism and Substance Abuse. In: Stoudemire A (editor). Clinical Psychiatry for Medical Student. 2nd ed. Philadelphia: Lippincott 1994: 142.
- 25) Marlatt GA. Relapse prevention: Theoretical rational and overview of the model. In: Martta GA, Gordon J. (editors). Relapse prevention: A self control strategy in the maintenance of behavior change. New York: Guilford 1994: 347-358.
- 26) Levinson JH, Ruiz P, Millman RB, Langrod JG. Substance Abuse (A comprehensive text book). 3rd ed. Boston: Williams and Wilkins 1997: 674-681.