تاثیر متادون بر افسردگی، اضطراب و کیفیت زندگی معتادان

زیبا رئیسی دهکردی[۱]، مروارید قصاب شیرازی[۲]، شهناز گلیان تهرانی[۳]، مرضیه رییسی[۴*]، سمیرا چای بخش[۵]

۱) گروه مامایی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی شهرکرد

۲) گروه مامایی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی گیلان، رشت

۳) گروه بهداشت باروری، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی تهران

۴) گروه مامایی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی تهران

۵) گروه آمار زیستی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی تهران

تاریخ دریافت: ۹۲/۷/۲۹ تاریخ پذیرش: ۹۲/۱۲/۷

چکیده

مقدمه: درمان اعتیاد و شکستن چرخه معیوب آن گران و دشوار است و سیستم درمانی جامعی را با رویکردهای مختلف دارو درمانی، روان درمانی و بازپروری می طلبد. در این مطالعه نیز تاثیر متادون تراپی بر افسردگی، اضطراب و کیفیت زندگی در معتادان مراجعه کننده به واحد ترک اعتیاد مرکز بهداشتی-درمانی شهید احمدی تهران بررسی شد.

مواد و روش ها: مطالعه از نوع نیمه تجربی می باشد که در سال ۹۰-۱۳۸۹ بر روی معتادان مراجعه کننده به مرکز ترک اعتیاد شهید احمدی تهران به روش نمونه گیری در دسترس انجام شد. در کل ۹۶ نفر وارد مطالعه شدند. پرسش نامه ۴ بخشی شامل: اطلاعات دموگرافیک، سنجش افسردگی بک، سنجش اضطراب اشپیل برگر و کیفیت زندگی قبل از شروع درمان با متادن و یک ماه پس از درمان با متادون تکمیل شد. داده ها با استفاده از SPSS vol.16 و آزمون های آماری تی زوجی و ویلکاکسون تجزیه تحلیل شد.

یافته های پژوهش: نتایج نشان داد که ۷۲ فرد معتاد قبل از درمان با متادون دچار افسردگی بودند. یک ماه پس از درمان، این رقم به ۴۶ فرد کاهش پیدا کرد و این کاهش معنی دار بود. میزان اضطراب بعد از مصرف متادون کاهش و نیز کیفیت زندگی به طور معنی داری بهبود پیدا کرد.

بحث و نتیجه گیری: استفاده از درمان های جایگزینی مانند متادون می تواند در کاهش شیوع و شدت افسردگی، اضطراب و افزایش کیفیت زندگی موثر باشد.

واژه های کلیدی: افسردگی، اعتیاد، متادون، اضطراب، کیفیت زندگی

[*] **نویسنده مسئول**: گروه مامایی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی تهران

Email:mrz.reisi@gmail.com

[Downloaded from sjimu.medilam.ac.ir on 2026-11-13]

مقدمه

پدیده وابستگی و سوء مصرف مواد افیونی امروزه از معضلات بزرگ در جهان است که پس از بحران هسته ای، افزایش جمعیت و آلودگی محیط زیست در جهان به عنوان چهارمین بحران در نظر گرفته می شود،(۱). این پدیده در ابتدا تصویری از یک مساله مخاطره آمیز فردی را منعکس می سازد، حال آن که یک معضل اجتماعی، اقتصادی، بهداشتی و امنیتی درکشورهاست،[۲]. شیوع پدیده اعتیاد با سرعت در جهان و کشور ایران در حال افزایش است و درصد زیادی از آمار معتادان به مواد مخدر را جوانان و نوجوانان تشکیل می دهند،[۳]. در ایران طی ۲۰ سال گذشته، میزان رشد سوء مصرف مواد بیش از ۳ برابر نرخ رشد جمعیت بوده است،[۴]. کنترل وابستگی به مواد افیونی برای کشور ما اهمیت زیادی دارد. کشور ایران با داشتن ۱۹۲۵ کیلومتر مرز مشترک با افغانستان و پاکستان که عمده ترین منابع کشت خشخاش و تولید تریاک و هروئین جهان محسوب می شوند، در مسیر ترانزیت مواد افیونی از این کشورها به اروپا قرار گرفته و از آسیب پذیری ویژه ای برخوردار است،[۱]. درمان اعتیاد و شکستن چرخه معیوب آن گران و دشوار است و سیستم درمانی جامعی با رویکردهای مختلف دارو درمانی، روان درمانی، بازپروری را می طلبد. در چنین شرایطی پیشگیری به طور منطقی جایگزین درمان می شود. امروزه مسئله اعتیاد علاوه بر مشکلات فردی- اجتماعی یک مشکل خانوادگی هم می باشد. معضل اعتیاد بر روی بهداشت روانی فرد معتاد و خانواده وی نیز اثر بدی می گذارد،[۵]. در حال حاضر شناخت مشکلات ناشی از اعتیاد و برنامه ریزی در راستای کنترل و کاهش تعداد معتادان و یکی از اولویت های کشور محسوب می شود،[۱]. نزدیک ۹۰ درصد افراد معتاد به ترکیبات افیونی دچار نوعی اختلال روانی هستند که در این بین افسردگی، اختلال شخصیت ضد اجتماعی و اضطراب از اهمیت بیشتری برخوردار هستند،[۶]. از بین اختلالات اضطرابی، فوبیا بیشتر از سایر موارد با افسردگی همراه است. از طرف دیگر کاهش انرژی و ناامیدی ناشی از افسردگی می تواند انگیزه معتادان را برای ترک مصرف مواد و درمان کم رنگ نماید،[۱]. شیوع سرانه اختلال افسردگی در معتادان حدود ۵۰ تا ۶۰ درصد و اختلال افسردگی جزئی نزدیک به ۱۰ درصد است. هم چنین شیوع سرانه اعتیاد در بیماران مبتلا به اختلالات روانی در کل حدود ۲۹ درصد و در مراجعان افسرده در کلینیک های روان پزشکی ۵۶ درصد می باشد،[۷]. گفته می شود ۴۰ درصد کسانی که گرفتار سوء مصرف مواد(افیونی و غیرافیونی) هستند، زمانی در طول عمر خود واجد ملاک های تشخیصی افسردگی اساسی بوده اند،[۸]. کیفیت زندگی به عنوان یک مقیاس معتبر جهت ارزیابی پیامد روش های درمانی و خدماتی که به افراد آسیب دیده ارائه شده است، می باشد،[۹]. کیفیت زندگی شامل سلامت فیزیکی افراد، وضعیت روان شناختی، روابط اجتماعی، باورهای معنوی و شخصی می باشد، و بر اساس تجارب ذهنی افراد ارزیابی می شود. لازم است در جمعیت معتادان، که روش های مختلف درمانی را جهت پرهیز از مواد تجربه می کنند، به ویژه معتادان تحت درمان نگهدارنده با متادون، که یکی از عمده روش های درمان اعتیاد در کشور است، این ارزیابی به عمل آید،[۱۰]. متادون به عنوان یکی از درمان های زیست شناختی برای سم زدایی و درمان نگهدارنده اعتیاد به هروئین و سایر مواد شبه افیونی استفاده می شود. ارزان بودن متادون به همراه قدرت بالای آن در کنترل شرایط جسمانی و روانی وابستگی به شبه افیون ها آن را به دارویی کاربردی در درمان معتادان تبدیل کرده است،[۱۱]. درمان نگهدارنده با متادون هر چند خود نوعی اعتیاد جسمانی به این دارو ارزیابی شود اما مساوی اعتیاد تلقی نمی شود. زیرا فرد به سبب مصرف منظم این دارو از نئشگی، خماری و دور تسلسل یکنواخت(مصرف وسواس گونه) رها می شود و این رهایی برگشت مجدد فرد به جامعه و معطوف ساختن نیروی زندگی را به سایر زمینه ها امکان پذیر می نماید،[۱۲]. نتایج پژوهش ها در مورد تأثیر درمان نگهدارنده متادون بر سلامت روانی معتادان متناقض است، به عنوان مثال بعضی پژوهش ها نشان داده است که در مقایسه با جمعیت عمومی، معتادان تحت درمان متادون سطح بالایی از مشکلات سلامت روانی را نشان دادند و اکثراً اختلال های خلقی و عاطفی مانند افسردگی و اضطراب را تجربه کرده اند،[۱۳]. در برنامه درمان با متادون، این ماده به شکل شربت خوراکی و به صورت کنترل شده در مراکز خاص به بیماران تحویل می گردد. از دید صاحب نظران جایگزینی متادون سبب کاهش شیوع اعتیاد تزریقی و بیماری های خطرناکی مانند ایدز می شود و از طرف دیگر ارتباط معتادان با توزیع کنندگان مواد مخدر قطع شده و احتمال بزهکاری کاهش می یابد،[۱]. نظر به این که موضوع ترک اعتیاد در سنوات اخیر کشور ما رواج گسترده ای یافته و مقبولیت و فواید آن توجه بسیاری از افراد را به خود جلب نموده است، لذا مطالعه حاضر با هدف تعیین تاثیر متادون بر افسردگی، اضطراب و کیفیت زندگی در معتادان مراجعه

[Downloaded from sjimu.medilam.ac.ir on 2026-11-13]

کننده به واحد ترک اعتیاد مرکز بهداشتی-درمانی شهید احمدی تهران در سال۹۰-۱۳۸۹صورت گرفت.

مواد و روش ها

این مطالعه از نوع نیمه تجربی می باشد که در سال ۹۰-۱۳۸۹ بر روی معتادان مراجعه کننده به مرکز ترک اعتیاد، پس از هماهنگی با مسئولین مرکز که در درمان جایگزین با متادون فعال بودند، به روش نمونه گیری در دسترس انجام شد. معیارهای ورود شامل: معتادان داوطلب شرکت در طرح متادون و معیارهای خروج شامل: کاهش وزن شدید به دلیل افسردگی، دارا بودن افکار خودکشی، مصرف‌کنندگان داروهای ضد افسردگی، عدم سابقه ابتلاء به بیماری های روانی و یا اختلالات اضطرابی و عدم سابقه استفاده از داروهای آرام بخش بود. پس از در نظر گرفتن معیارهای ورود و خروج در کل ۹۶ نفر وارد مطالعه شدند. پس از اخذ رضایت نامه کتبی و اطمینان به هر یک از افراد در مورد محرمانه ماندن اطلاعات، پرسش نامه ۴ بخشی شامل: اطلاعات دموگرافیک(سن، شغل، تحصیلات، نوع ماده مصرفی و وضعیت تاهل)، سنجش افسردگی، سنجش اضطراب و سنجش کیفیت زندگی قبل از شروع درمان با متادون و یک ماه پس از درمان با متادون تکمیل شد. لازم به ذکر است به منظور یکسان سازی درمان، تمامی بیماران با مقدار یکسان متادون تحت درمان قرار گرفتند.

ابزار جمع آوری اطلاعات، پرسش نامه سنجش افسردگی بک که روایی و پایایی آن در مطالعات داخلی سنجیده شده بود. ضریب آلفای کرونباخ این آزمون در مطالعه دابسون و محمدخانی ۹۶ درصدگزارش شد،[۱۴]. تست بک ۲۱ سوالی و چهار گزینه ای است و اگر فرد مورد پرسش در تمامی سوالات گزینه اول را انتخاب نماید نمره صفر و اگر در تمامی سوالات گزینه چهارم را انتخاب نماید نمره ۶۳ را کسب خواهد نمود. در این مطالعه افراد دارای نمرات کمتر از ۱۶ فاقد افسردگی، نمرات ۲۵-۱۷ افسردگی خفیف، نمرات ۳۳-۲۶ افسردگی متوسط و نمرات بالاتر از ۳۴ افسردگی شدید تلقی گردید. جهت سنجش کیفیت زندگی از فرم کوتاه ۲۶ سوالی پرسش نامه سازمان جهانی بهداشت(WHOQOL-26) استفاده شد. این فرم شامل ۲۶ سوال در چهار مورد سلامت جسمانی، روان شناسی، روابط اجتماعی و وضعیت زندگی است که به عنوان وضعیت جامعه از آن ها استفاده می شود و در مجموع شامل کیفیت زندگی کلی و سطوح سلامت عمومی است. این پرسش نامه نیز در مطالعات داخلی دارای روایی پایایی مطلوبی بود. در پژوهش نصیری و همکاران ضریب آلفای کرونباخ این آزمون برابر ۸۴ درصد محاسبه شد،[۱۵]. سوالات در مقیاس لیکرت پنج گزینه ای(اصلاً، کم، در حد متوسط، زیاد، خیلی زیاد) بود. جهت سنجش میزان اضطراب از پرسش نامه اضطراب اشپیل برگر استفاده شد که توسط اشپیل برگر در سال ۱۹۸۳به عنوان یک ابزار خود سنجی به شکل دو فرم جداگانه ساخته شد و دارای۴۰ آیتم است که به پاسخ دهنده امکان می دهد که احساسات خود را با نمره ۱ برای عدم اضطراب و نمره ۴ برای اضطراب بالا رده بندی نماید. در پایان نمرات تمام قسمت ها به درصد تبدیل شد و کمترین نمره صفر و بیشترین نمره ۱۰۰ در نظر گرفته شد. در طی سال های اخیر، این مقیاس به عنوان متداول ترین آزمون برای ارزیابی اضطراب در پژوهش های مختلف در داخل و خارج از کشور مورد استفاده قرار گرفته است. صادقی گزارش می دهد که ضریب اعتبار این مقیاس را برای مقیاس حالت ۹۳ درصد و برای مقیاس صفت ۹۰ درصد محاسبه کرده است،[۱۶]. داده ها در نرم افزار SPSS vol.16 وارد شد و جهت مقایسه میانگین نمره اضطراب و کیفیت زندگی در دو زمان قبل و بعد از مصرف متادون از آزمون تی زوجه و برای مقایسه سطوح شدت افسردگی از آزمون ویلکاکسون استفاده شد.

یافته های پژوهش

یافته ها نشان داد طیف سن آزمودنی ها ۶۲-۱۵ سال بود و اکثریت افراد در محدوده سنی(۳۰-۲۱) سال قرار داشتند. همان طور که در جدول شماره ۱ آمده است جنسیت اکثر افراد مذکر، اکثریت در مقطع تحصیلی راهنمایی(۳۸ درصد)، بیشتر آن ها شاغل(۵۸/۳ درصد) و تعداد بیشتری(۵۲ درصد) متاهل بودند. ماده اصلی و رایج مورد استفاده در این پژوهش تریاک(۴۵ درصد) و پس از آن کراک(۳۸/۳ درصد) بود. توزیع فراوانی نوع ماده مخدر مورد استفاده و وجود رفتار پرخطر نیز در جدول شماره ۱ آمده - است.(جدول شماره ۱)

[Downloaded from sjimu.medilam.ac.ir on 2026-11-13]

جدول شماره ۱. توزیع فراوانی جنسیت، سطح تحصیلات، شغل و وضعیت تاهل افراد و ماده مخدر مصرفی

متغیر		فراوانی(درصد)
جنس	زن	۴ (۴/۲)
	مرد	۹۲ (۹۵/۸)
تحصیلات	بی سواد	۲(۲/۱)
	ابتدایی	۱۱(۱۱/۵)
	راهنمایی	۳۶(۳۷/۵)
	متوسطه	۳۴(۳۵/۴)
	دانشگاهی	۱۳(۱۳/۵)
شغل	شاغل	(۵۸/۳)
	بیکار	(۲۸/۳)
	بازنشسته	(۱۳/۴)
تاهل	متاهل	۵۰ (۵۲/۱)
	مجرد	۴۳ (۴۴/۸)
	بیوه	۳ (۳/۱)
مواد مخدر	تریاک	(۴۵)
	کراک	(۳۸/۳)
	هرویین	(۳/۱)
	شیشه	(۱۳/۶)

بیشترین شیوع افسردگی و اضطراب در مصرف کننده های تریاک و کمترین نمره کیفیت زندگی در مصرف کنندگان کراک بود. ۷۲ نفر(۷۵ درصد) از افراد، قبل از شروع درمان با متادون دچار افسردگی بودند. یک ماه پس از درمان، یوع افسردگی در بیماران کاهش یافته و به ۴۶ نفر(۴۸ درصد) رسید. این تفاوت درمیزان افسردگی از نظر آماری معنی دار بود.($P<0.05$) از نظر شدت افسردگی، بعد از درمان با متادون نسبت به قبل آن از نظر آماری تفاوت معنی داری بود.(جدول شماره ۲)

جدول شماره ۲. مقایسه فراوانی شدت افسردگی در معتادان، قبل و بعد از درمان با متادون

شدت افسردگی	قبل از درمان جایگزینی با متادون تعداد(درصد)	بعد از درمان جایگزینی با متادون تعداد(درصد)	سطح معناداری آزمون ویلکاکسون
بدون افسردگی	(۲۵)۲۴	(۵۲/۱)۵۰	P<0.05
افسردگی خفیف	(۳۳/۳)۳۲	(۱۹/۸)۱۹	
افسردگی متوسط	(۳۱/۳)۳۰	(۲۱/۹)۲۱	
افسردگی شدید	(۱۰/۴)۱۰	(۶/۲)۶	
جمع	(۱۰۰)۹۶	(۱۰۰)۹۶	

در مقایسه میزان اضطراب موقعیتی قبل از دریافت متادون و بعد از آن، کاهش میزان اضطراب موقعیتی نشان داده شد.($P<0.001$) هم چنین میزان کیفیت زندگی قبل و بعد از درمان با متادون تفاوت معنی داری داشت($P<0.001$) و میزان کیفیت زندگی بعد از درمان افزایش یافت.(جدول شماره ۳)

[Downloaded from sjimu.medilam.ac.ir on 2026-11-13]

جدول شماره ۳ . مقایسه میانگین و انحراف معیار نمره اضطراب و کیفیت زندگی در معتادان قبل و بعد از درمان با متادون

زمان / متغییر	قبل از درمان	بعد از درمان	سطح معناداری آزمون تی زوج
	انحراف معیار± میانگین	انحراف معیار± میانگین	
اضطراب	۳۵/۳±۹/۸	۱۴/۲±۷/۷	P<0.001
کیفیت زندگی	۸۴/۲±۷/۹	۹۱/۱±۹/۳	P<0.001

بحث و نتیجه گیری

شیوع سوء مصرف مواد در طول عمر حدود ۲۰ درصد می باشد،[۱۷] امروزه با توجه به این که مصرف مواد مخدر یکی از مهم ترین معضل های بهداشتی در جامعه می باشد متولیان توسعه سلامت در جامعه به دنبال اتخاذ راه حل - هایی در جهت مبارزه با این معضل و مشکلات همراه با آن می باشند. در مطالعه حاضر که به بررسی تاثیر متادون بر روی معتادان پرداخته شد ۹۶ معتاد با رضایت شخصی وارد مطالعه شدند که طیف سن آن ها ۶۲-۱۵ سال بود و اکثریت افراد در محدوده سنی جوان قرار داشتند. در مطالعه توکلی و همکاران،[۱۸] درصد بیشتری از افراد میانسال بودند که البته دلیل این تفاوت در نتایج متفاوت بودن جامعه آماری در دو مطالعه بوده است. اما در مطالعه همدان،[۱] میانگین سن افراد حدود ۳۰ سال بوده که با مطالعه حاضر هم خوانی دارد. به نظر می رسد معضل اعتیاد می تواند دامن گیر اکثریت گروه های سنی شود و توجه به این نکته ضروری به نظر می رسد. جنسیت اکثر افراد در این مطالعه مذکر بود که با مطالعه حجتی و همکاران مطابقت دارد و به نظر می رسد فراوانی اعتیاد در جامعه نیز در مردان بیشتر باشد،[۱۹]، مقطع تحصیلی بیشتر افراد در این مطالعه راهنمایی بود که با مطالعه حجتی و همکاران مطابقت دارد ولی با مطالعه سعید پورنقاش که اکثریت در مقطع متوسطه بودند،(۲۰،۲۱)، تفاوت دارد این نتایج نشان می دهد که شاید در این مقاطع تحصیلی به دلیل توانایی بیشتر افراد برای مطالعه و کنجکاوی آن ها به دنبال دریافت اطلاعات، در پی کسب تجربه شخصی رفته و اعتیاد دامن گیر آن ها شده است. و این مطلب نشان می دهد که اطلاع رسانی صحیح از طریق منابع معتبر یکی از مسائل ضروری در جامعه می باشد. در این مطالعه درصد بیشتری از افراد رفتارهای پرخطر جنسی داشتند. امروزه اکثر برنامه های درمان اعتیاد، بر نقش عوامل معنوی در بهبودی تأکید دارند،[۲۲]. از جمله روش های دارویی درمان اعتیاد می توان به داروی متادون اشاره کرد. یکی از ویژگی هایی که متادون را برای درمان اعتیاد مناسب می سازد، مؤثر بودن این دارو در از بین بردن علائم محرومیت ناشی از قطع مصرف مواد مخدر برای ۲۴ ساعت یا بیشتر است،[۲۳].

متادون از جمله ضد دردهای اوپیوئید است که مهم ترین اثرات آن بر روی دستگاه عصبی مرکزی شامل بی دردی، سرخوشی و آرام بخشی می باشد،[۲۴]. افسردگی در معتادان از شیوع بسیار بالایی برخوردار است. این افسردگی در وضعیت های مختلف زندگی معتاد، اعم از این که مقدار زیادی مصرف نموده یا اقدام به کاهش مصرف یا ترک نموده باشد، دیده می شود،[۱]. افسردگی معتادان به صورت اختلالات متنوعی از افسردگی خفیف تا شدید می باشد، که مردان و زنان هر دو به آن مبتلا شده و در مصرف کنندگان تریاک و هروئین بیشتر دیده می شود،[۲۵]. در مطالعه حاضر در ابتدا ۷۵ درصد افراد درجات مختلفی از افسردگی را داشتند. در مطالعه فرهادی نسب،[۱] نیز حدود ۸۰ درصد معتادان دچار افسردگی بودند این یافته ها لزوم اتخاذ تدابیر در جهت درمان افسردگی این افراد را می رساند. دراین مطالعه استفاده از متادون سبب کاهش شیوع و شدت افسردگی شده بود. در همین رابطه در دو مطالعه دیگر نیز یافته هایی مشابه این مطالعه به دست آمد،(۱،۲۶). تحقیقات نشان داده اند که سوء مصرف مواد افیونی، آرام بخش ها و الکل با کیفیت زندگی پایین مرتبط است،[۱۹]. در مطالعه حاضر نیز میزان کیفیت زندگی قبل از درمان پایین بود و پس از درمان با متادون به طور معنی داری افزایش یافت. در مطالعه توکلی،[۱۸] و همکاران که به بررسی تاثیر سم زدایی بر کیفیت زندگی معتادان پرداختند نیز افزایش کیفیت زندگی مشاهده شد. اما در مطالعه بیگی،[۲۷] کیفیت زندگی معتادان گمنام بالاتر از معتادان تحت درمان با متادون بود که شاید به این دلیل باشد که پایین بودن کیفیت زندگی سبب مراجعه معتادان به مراکز ترک اعتیاد جهت درمان شده است. مطالعات نشان داده اند که در افراد معتاد به مواد افیونی، هم پوشی علائم روان پزشکی به خصوص افسردگی و اضطراب رابطه منفی مستقیمی با کیفیت زندگی دارند،(۲۸،۲۹). در این مطالعه مقایسه میزان اضطراب

[Downloaded from sjimu.medilam.ac.ir on 2026-11-13]

موقعیتی قبل از دریافت متادون و بعد از آن، کاهش میزان اضطراب موقعیتی را نشان داده است. که با مطالعه جندقی،[۲۹] همسو می باشد. البته در مطالعات دیگر مانند مطالعه مقرنسی،[۳۰] از روش های دیگری نیز جهت کاهش اضطراب معتادان استفاده شده است. لذا می توان گفت برای کاهش اضطراب معتادان علاوه بر درمان با متادون از روش های دیگر نیز می توان استفاده نمود. در مجموع بر اساس مطالعه حاضر و مطالعات اشاره شده، درمان نگهدارنده با متادون، افسردگی و اضطراب را کاهش و کیفیت زندگی را افزایش می دهد. اما با توجه به این که در مطالعات به خواص ضد افسردگی داروی متادون اشاره نشده و نیز عوامل تاثیرگذار دیگر در روند ترک اعتیاد نمی توان به طور قطعی گفت این نتایج حاصل از مصرف متادون بوده است. بنا بر این لازم است بررسی های دیگری در این زمینه صورت گیرد.

References

1.Farhadinasab A, Manikashani KH. [Substiution therapy with methadone and evaluation of depression in drug users in Hamadan]. J Ilam Uni Med Sci 2008;16: 44-50. (Persian)

2.Asayesh H, Roohi G, Rahmani H., Nasiri H, Abbasi A. [The role of family in preventing from addiction in adolescents]. J Gorgan Uni 2008; 13: 51-6. (Persian)

3.Heidari J, Jafari H, Hosseini SH, Janati Y, Mohammad Pour RA, Mahmoudi G. [Study on the psychosocial conditions of addicts in Sari Township]. J Mazandaran Uni Med Sci 2006;16: 109-16. (Persian)

4.Tawakoli-Ghuchani H, Shojaeizadeh D, Mazloum SR. [Comparative Study of factors associated with addiction withdrawal in clients referring to drug-stop clinics of northern Khorasan (Iran) in 2007]. J Ilam Uni Med Sci 2009;17: 32-43. (Persian)

5.Ghaleiha A, Farhadi-Nasab A, Zarabian MK, Matinnia N. Comparative survey of mental disorders and personality characteristics in persons with drug dependent and non drug dependent in Hamadan. J Hamadan Uni Med Sci 2008; 15:42-7. (Persian)

6.Kaplan H, Sadock B, editors. Synopsis of psychiatry, behavioral sciences, clinical psychiatry.7th ed. New York: WB Saunders; 2006.

7.Rezvanifar A. [Cognitive dysfunction induced by methadone treatment]. Addiction 2007:2:27-33.

8.Sadock BJ, Sadock VA. Comprehensive textbook of psychiatry. 8th ed. Vol 2. Newyork: Williams & Wilkins; 2004.

9.Wong JG, Cheung E, Chen EY, Chan RC, Law CW. An instrument to assess mental patients capacity to appraise and report subjective quality of life. Qual Life Res 2005; 14: 687-94.

10.Robinson PF. Measurement of quality of life. J Assoc Nurs AIDS Care 2004; 15: 14-9.

11.Khodabandeh S, Loripoor M, Hossinrezaei H. [The comparison religious and familial characteristics between abuser drug quiting addiction in Mahyar rehabilitation center of Isfahan and control group]. J Rafsanjan Uni Med Sci 2008;7: 191-8. (Persian)

12.Karami S, Jaafari M. [The effect of cognitive behavioral education on reduce the amount of depression addicts (TC) located in the center of the therapeutic community]. J Drug Abuse 2008;8:33-7. (Persian)

13.Dobson KS, Mohammad K. Psychometric characteristics of the beck depression inventory in patients with major depressive disorder in partial remission. Soc Welfare Rehab Sci 2006; 8:82-7.

14.Nasiri H. Validity and reliability who quality of life scale and preparation of the iranian version. J Tehran Uni Med Sci 2011;4:124-8.

15.Sadeghi G. Normalization stays anxiety. J Tehran Uni Med Sci 2012;8:921-7.

16.Babashahi M, Babashahi F. [Comparing the effect of massage aromatherapy and massage on anxiety level of the patients in the preoperative period: a clinical trial] J Mashhad Uni Med Sci 2012;2:19-28.(Persian)

17.Sepehrmanesh Z, Ahmadvand A, Ghoreyshi F, Mousavi G. [Personality traits of IV drug abusers of Kashan prison]. Feyz J 2008; 12: 69-75. (Persian)

18.Tavakoli M, Sahaf R, Farhudian A, Bakhtavar Y, Farhadi M. [The influence of detoxification on the quality of life in substance addicts lives with 40-65 years of age referring to the charity]. Salmand-e-Iranian J 2012;6: 34-40. (Persian)

[Downloaded from sjimu.medilam.ac.ir on 2026-11-13]

19.Hojjati H, Aloustani S, Akhondzadeh G, Heidari B, Sharif-Nia H.[Study of mental health and its relation with quality of life in addicts]. J Shahid Sadoughi Uni Med Sci 2010;18: 207-14. (Persian)
20.Pournaghash-Tehrani S, Habibi M, Imani S.[The relationship between quality of life and personality traits in drug addicts]. J Res Behav Sci s 2012;10: 155-67.
21.Book SW, Thomas SE, Dempsey JP, Randall BK, Randall CL. Social anxiety impacts willingness to participate in addictiontreatment. Addict Behav 2009;34:474-6.
22.Katzvng B.[Basic and clinic pharmacyology]. Teharan: Nasle farad Pub; 2004.P: 633. (Persian)
23.Carol MC, Onken LS. [Behavioral therapyes for substance abuse]. 2008: (4)5: 153-5. (Persian)
24.World Health organization. Quality of life group. The development of the world health organization quality of life assessment instrument (WHOQOL_26);1994.
25.Ahmadvand A, Ghoraishi F, Sepehrmanesh Z, Mousavis G. [Survey of effect of methadone on depression symptoms in prisoner with drug abusers]. J Res Behav Sci 2006; 4: 77-82.
26.Beygi A. [Piritual development, socio-religious performance and quality of life in narcotic anonymous]. Knowledge Health 2011; 6:6-12. (Persian)
27.March JC, Oviedo-Joekes E, Romero M. Drugs and social exclusion in ten European cities. Eur Addict Res 2006;12: 33-41.
28.Rogne GS, Myrvang B, Opjordsmoen S. Criminality in drug addicts: a follow-up study over 25 years. Eur Addict Res 2004; 10: 49-55.
29.Jandaghi F, TaherNeshat H, Kalantari M, Jabal-Ameli S. [The effectiveness of cognitive -behavioral stress management group training on anxiety and depression of addicts under methadone maintenance therapy (MMT)]. J Clin Psychol 2013;4: 41-50. (Persian)
30.Mogharnasi M, Koushan M, Golestaneh F, Seyedahmadi M, Keavanlou F. [The effect of aerobic training on the mental health of addict women]. J Sabzevar 2011; 18:91-7.

[Downloaded from sjimu.medilam.ac.ir on 2026-11-13]

The effects of methadone on depression, anxiety and quality of life in addicts

Raeesi-Dehkordi Z[1], Ghasab-Shirazi M[2], Golian-Tehrani S[3], Reisi M[3], Chaibakhsh S[4]*

(Recived: October 21, 2013 Accepted: February 26, 2014)

Abstract

Introduction: Addiction treatment and breaking its vicious cycle is difficult and expensive and demands a comprehensive treatment system with different approaches such as drug therapy, psychotherapy and rehabilitation. In this study, the effect of methadone therapy on depression, anxiety and quality of life was assessed in addicts referred to addiction treatment unit of health center of Shahid Ahmadi in Tehran.

Materials & Methods: This study was a semi-experimental one that was performed on addicts referred to addiction treatment unit of health center of Shahid Ahmadi in Tehran during 2009-2010 through the accessible sampling method. In overall, 96 people entered into the study. A questionnaire consisted of 4 parts, demographic information, Beck's depression inventory, STAI anxiety and quality of life, was completed before the start of treatment with methadone and one month after treatment with it. Data were analyzed by using SPSS16 and the statistical tests, paired t-test and Wilcoxon.

Findings: The results showed that 72 addict patients were depressed before the treatment with methadone. One month after treatment, the figure reduced to 46 persons and the decrement was statistically significant. Level of anxiety was reduced after taking the methadone. Also, the quality of life was significantly improved after treatment with methadone.

Discussion & Conclusion: The use of alternative treatments such as methadone therapy can be effective in reducing the prevalence and severity of depression, anxiety and increasing the quality of life.

Keywords: Depression, addiction, methadone, anxiety, quality of life

1.Dept of Midwifery, School of Nursing and Midwifery, Shahrkord University of Medical Sciences, Shahrkord, Iran
2.Dept of Midwifery, School of Nursing and Midwifery, Gilan University of Medical Sciences, Rasht, Iran
3.Dept of Reproductive Health, School of Nursing and Midwifery, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran
4.Dept of Midwifery, School of Nursing and Midwifery, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran
5.Dept of Biostatistics, School of Medicine, Shahid Beheshti University of Medical ScienceTehran, Iran
* (Corresponding author)

[Downloaded from sjimu.medilam.ac.ir on 2026-11-13]