

## تأثیر مداخله آموزشی و رفتار تعاملی بر تغییر رفتارهای پرخطر معنادان تزریقی مرکز گذری کاهش آسیب اعتیاد شهر ارومیه

حمید جعفرعلیو<sup>۱</sup>، عبدالله خرمی مارکانی<sup>۲</sup>، علیرضا دیدارلو<sup>۳</sup>، حبیبه متین\*<sup>۴</sup>، محمدرضا فروتنی<sup>۵</sup>، جهانگیر حسین پور<sup>۶</sup>

تاریخ دریافت ۱۳۹۵/۰۴/۲۱ تاریخ پذیرش ۱۳۹۵/۰۶/۲۵

### چکیده

**پیش‌زمینه و هدف:** استفاده از مواد مخدر یکی از معضلات جامعه جهانی است که منجر به هدر رفتن سرمایه‌های کلان ملی می‌شود و از مهم‌ترین عوامل بر هم زنده نظم و امنیت در جامعه می‌باشد. در سال ۲۰۰۸ میلادی حدود دویست میلیون معناد و ۲۱-۱۱ میلیون نفر در جهان اعتیاد تزریقی داشته‌اند. اعتیاد تزریقی یکی از مهم‌ترین دلایل انتقال بیماری‌های عفونی از جمله ایدز و هیپاتیت از طریق رفتارهای پرخطر است. لذا این مطالعه باهدف بررسی تأثیر مداخله آموزشی و ارتقاء سلامت و رفتار تعاملی بر تغییر رفتارهای پرخطر در معنادان تزریقی انجام شده است.

**مواد و روش کار:** این مطالعه شبه تجربی برای بررسی تأثیر مداخله آموزشی و ارتقاء سلامت بر روی ۷۵ نفر معناد تزریقی مرکز گذری کاهش آسیب اعتیاد شهر ارومیه که به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شده بودند به مدت یک سال در سال‌های ۸۷-۸۶ انجام گرفت. در این مطالعه از پرسشنامه محقق ساخته حاوی سؤالاتی در مورد رفتارهای سالم و پرخطر استفاده شد. در کنار مداخله آموزشی به‌صورت هفته‌ای ۴-۲ جلسه در طول سال، بسته بهداشتی و خدمات پزشکی و درمانی، مشاوره روانشناسی و مددکاری اجتماعی رایگان در اختیار معنادان قرار گرفت. داده‌های حاصل از قبل از مداخله و یک سال بعد از مداخله با نرم‌افزار SPSS18 و آزمون‌های آماری توصیفی مانند فراوانی، درصد، میانگین و انحراف معیار و همچنین آزمون تی زوجی تحلیل شد.

**یافته‌ها:** یافته‌های مطالعه حاکی از تأثیر مداخله آموزشی و ارتقاء سلامت بر تغییر رفتارهای پرخطر در معنادان تزریقی بود. به‌طوری‌که میانگین نمره کل رفتارها ( $P < .0001$ )، رفتار تزریق ( $P < .0001$ )، رفتار جنسی ( $P < .0001$ )، رفتار انتقال بیماری به دیگران ( $P < .0001$ )، رفتار تغییر شیوه مصرف از تزریق به سایر روش‌ها ( $P < .0001$ )، کاهش مصرف سیگار ( $P < .05$ )، استفاده از بسته بهداشتی ( $P < .0001$ )، مراجعه به مراکز بهداشتی و درمانی برای دریافت خدمات بهداشت و درمان اصولی در صورت نیاز ( $P < .0001$ ) و نمره روابط خانوادگی ( $P < .0001$ ) قبل و بعد از مداخله تفاوت معنی‌دار نشان دادند.

**نتیجه‌گیری:** به نظر می‌رسد آموزش رفتارهای سالم در کنار تأمین بستر مناسب و امکانات کافی می‌تواند در تغییر شیوه مصرف از تزریق به سایر روش‌ها و همچنین کاهش میزان رفتارهای پرخطر و نتیجتاً کاهش بیماری‌های عفونی منتقله از راه تزریق مؤثر می‌باشد.

**کلیدواژه‌ها:** آموزش، رفتار تعاملی، رفتارهای پرخطر، اعتیاد تزریقی، DIC

مجله دانشکده پرستاری و مامایی ارومیه، دوره چهاردهم، شماره هفتم، پی‌درپی ۸۴، مهر ۱۳۹۵، ص ۶۲۱-۶۱۱

آدرس مکاتبه: خوی، مرکز بهداشت خوی، تلفن: ۰۹۱۴۴۸۱۷۲۵۹

Email: habibehmatin@gmail.com

### مقدمه

شخصیتی افراد آن جامعه، باعث بروز مشکلاتی جبران‌ناپذیر شده (۱) و منجر به هدر رفتن سرمایه‌های کلان ملی می‌شود و از مهم‌ترین عوامل بر هم زنده نظم و امنیت در جامعه می‌باشد (۲).

استفاده از مواد مخدر یکی از معضلات جامعه جهانی است که در هر جامعه‌ای با توجه به ویژگی‌های خاص فردی، اجتماعی و

<sup>۱</sup> کارشناس ارشد آموزش و ارتقاء سلامت، دانشگاه علوم پزشکی ارومیه، مرکز بهداشت خوی

<sup>۲</sup> استادیار پرستاری، دانشگاه علوم پزشکی ارومیه

<sup>۳</sup> دانشیار آموزش و ارتقاء سلامت، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی ارومیه

<sup>۴</sup> دانشجوی دکتری تخصصی، آموزش و ارتقاء سلامت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی تبریز (نویسنده مسئول)

<sup>۵</sup> پزشک عمومی، دانشگاه علوم پزشکی ارومیه

<sup>۶</sup> پزشک عمومی، ارومیه، کلینیک ترک اعتیاد ایران

اثرات لذت‌بخش مواد با گذشت زمان، معتاد برای رسیدن به اثرات دلخواه و احساس لذت، مجبور است به شکل مکرر، میزان ماده مصرفی خود را افزایش دهد و در صورت قطع مصرف، علائم محرومیت یا خماری، در او ظاهر می‌شود (۷).

سوءمصرف دارویی<sup>۱</sup>، محرکی لذت‌بخش است که باعث ایجاد رفتار جست‌وجو گرایانه برای یافتن مجدد دارو می‌شود. این رفتار نشانه وابستگی روانی<sup>۲</sup> به ماده‌ای است که تحریک‌کننده مراکز پاداشی مغز می‌باشد (۸). وابستگی روحی به این معناست که فرد در صورت عدم مصرف مواد، دچار اختلالات روحی از جمله افسردگی، اضطراب و... می‌شود (۷).

اعتیاد و سوءمصرف مواد دارای عوامل زمینه‌ساز متعددی در حیطه‌های نگرش، محیط و جامعه می‌باشد؛ و متعاقباً موجب بروز دگرگونی‌هایی در افراد مبتلا در خصوص درک مسائل اجتماعی و نوع نگرش در مورد این معضل می‌گردد. اعتیاد بر رفتارهای معمول فرد نیز اثر منفی دارد و عادت‌های طبیعی و فرح‌بخش را از زندگی فرد دور می‌کند (۹). مصرف مواد پیامد تعامل پویای فرد و محیط است، عوامل اجتماعی و عوامل درون فردی با هم در مصرف مواد دخیل‌اند (۱۰). سابقه بیماری‌های جسمی قبل از اعتیاد نیز از قبیل بیماری‌های اسکلتی-عضلانی و بیماری‌های دستگاه عصبی و گوارش می‌تواند دلیل و محرک گرایش به اعتیاد باشد (۱۱) تعداد عوامل خطر در شروع مصرف مواد و میزان مصرف بعدی مؤثر است. در حال حاضر دو دیدگاه نسبت به پیشگیری از مصرف مواد وجود دارد: دیدگاه عوامل خطر و عوامل محافظت‌کننده و دیدگاه اصلاح هنجارها و آموزش مهارت‌های زندگی (۹). ولع مصرف، هسته مرکزی پدیده اعتیاد را تشکیل می‌دهد و عامل ادامه سوءمصرف مواد و همچنین بازگشت به اعتیاد پس از دوره‌های درمانی است (۱۲). از آنجاکه ۵۰ تا ۷۵ درصد معتادان پس از ترک اعتیاد و رهایی از زندان یا مراکز بازپروری به مصرف مجدد مواد مخدر، می‌پردازند؛ این موضوع مسئله‌ی اعتیاد را پیچیده‌تر و دشوارتر می‌سازد و تنها ۲۰ تا ۵۰ درصد بیماران می‌توانند به قطع مصرف مواد بعد از یک سال ادامه دهند (۱۳-۱۲) عوامل عود اعتیاد همان عوامل مؤثر در اعتیاد بوده که می‌توان آن‌ها را در قالب عوامل فردی، خانوادگی، اجتماعی، جغرافیایی و اقتصادی بیان کرد (۱۵).

مواد مخدر به شیوه‌های مختلف مانند تزریق، تدخین، استنشاقی و خوراکی استفاده می‌شود که این روش‌ها در طول مدت اعتیاد فرد دستخوش تغییراتی می‌شود (۱۶). روش تزریق مواد بدین‌صورت است که فرد ماده مخدر محلول و مایع را توسط هر وسیله‌ای به محیط درونی بدن مثل بافت‌ها، ماهیچه و خصوصاً خون

نزدیک به ۵ درصد از جمعیت جهان به شیوه‌های مختلف مواد مخدر مصرف می‌کنند؛ که تزریق یکی از مضرترین این شیوه‌هاست (۳). در سال ۲۰۰۸ میلادی حدود ۲۱-۱۱ میلیون نفر در جهان اعتیاد تزریقی داشته‌اند (۴) و ۷۵ درصد معتادان تزریقی در کشورهای درحال توسعه زندگی می‌کنند (۳). در همان سال حدود ۲۵۰ هزار نفر معتاد تزریقی در ایران وجود داشته که بررسی روند سی ساله اخیر اعتیاد در ایران نشان می‌دهد رشد مصرف تزریقی مواد در ۱۰ سال گذشته ۳۳۰ درصد و به‌طور متوسط در هر سال ۳۳ درصد بوده است. بین ۵ تا ۲۰ درصد معتادان تزریقی در ایران آلوده به ویروس ایدز هستند و فقط ۷/۵ درصد از معتادان تزریقی به مراکز عرضه سرنگ و وسایل بهداشتی تزریق دسترسی دارند. (۴). همچنین طبق گزارش وزارت بهداشت و درمان حدود نیمی از معتادان تزریقی از وسایل تزریق مشترک استفاده می‌کنند و بر اساس برخی تخمین‌ها حدود ۳۰ درصد معتادین تزریقی در ایران ازدواج کرده‌اند و درصد قابل توجهی از آنان روابط جنسی خارج از چهارچوب خانواده دارند و استفاده از کاندوم نیز در آنان نادر است (۵).

به انواع فرآورده‌های گیاهان خشخاش، شاهدانه، کوکا و ترکیبات شیمیایی مشابه که مصرف آن‌ها موجب اعتیاد می‌گردد مواد مخدر گفته می‌شود. مواد مخدر به سه نوع سستی‌زا، توهم‌زا و توان‌افزا تقسیم می‌شوند. مواد سستی‌زا که بر روی سلسله اعصاب تأثیر گذاشته و فعالیت فکری و بدنی را سست می‌کنند به دودسته طبیعی مانند استحصالات گیاه خشخاش، تریاک، شیره تریاک و مرفین و مصنوعی مانند هروئین، متادون، نرمتادون، پاپاورین، پتیدین و انواع قرص‌های مسکن و آرام‌بخش تقسیم می‌شوند. مواد توهم‌زا یا هالوسینوزن که فرد با آن دچار توهمات حسی و بصری می‌شود به دودسته طبیعی مانند استحصالات گیاه شاهدانه، حشیش، بنگ، ماری‌جوانا، گراس، چرس، مسکالین، جو سیاه آفت‌زده، برخی از قارچ‌های حاوی مواد توهم‌زا و دانه‌های نوعی نیلوفر وحشی و مصنوعی مانند آل.اس.دی (L.S.D)، دی متیل تریپتامین (D.M.T) و دی اتیل تریپتامین (D.E.T) تقسیم می‌شوند. مواد توان‌افزا که مصرف آن بر روی سلسله اعصاب تأثیر گذاشته و باعث بیشتر شدن فعالیت فکری و بدنی و هیجان در مصرف‌کننده می‌شوند به دودسته طبیعی مانند برگ کوکا، کوکائین، کراک و برگ و ساقه برخی درختان مثل خات، کراتم و ناس و مصنوعی مانند آمفتامین، متیل آمفتامین و ترکیبات آمفتامین‌ها تقسیم می‌شوند (۶).

اعتیاد یا وابستگی به مواد، نوعی بیماری است که با مصرف گروه‌های خاصی از مواد و داروهای آسیب‌رسان آغاز می‌شود و باعث تخریب جنبه‌های مختلف زندگی فرد می‌گردد. به دلیل کاهش

<sup>2</sup> psychological dependence

<sup>1</sup> drug abuse

تزریق کرده است. در صورتی که فرد جهت تزریق از سوزن و سرنگ مشترک با سایر معتادین تزریقی استفاده کند، در آن صورت تزریق مشترک روی داده است (۱۷).

اعتیاد تزریقی یک روش بسیار پرمخاطره است به طوری که علاوه بر ایجاد خطرات جسمی و روانی برای معتادان از جمله آسیب، عفونت پوست و افزایش احتمال افسردگی، باعث بروز بیماری‌های عفونی از جمله ایدز و هپاتیت می‌گردد. (۴) عفونت‌های توأم ویروسی HIV و هپاتیت B و C و همچنین سیفلیس از مشکلاتی است که زندگی فرد دچار اعتیاد تزریقی را به شدت به خطر می‌اندازد (۲۱-۱۸). هپاتیت B و C از بیماری‌های منتقله از راه خون می‌باشند که شیوع آن‌ها با افزایش بروز رفتارهای پرخطر افزوده شده است. از مهم‌ترین این رفتارها که عامل خطر برای هر سه عفونت HIV هپاتیت B و هپاتیت C به حساب می‌آید، اعتیاد تزریقی است. در واقع استفاده‌ی مجدد و مشترک از سرنگ و سوزن و سایر وسایل مورد استفاده برای تهیه و تزریق مواد مخدر، راه بسیار مؤثری برای انتقال بیماری‌های منتقله از راه خون است (۲۰). میزان شیوع هپاتیت منتقله از راه‌های خونی معمولاً در بین معتادان تزریقی نسبت به افراد عادی جامعه بیشتر است و معتادان تزریقی مهم‌ترین گروه مبتلایان به هپاتیت C هستند (۲۵-۲۲) و از آنجایی که اکثریت آن‌ها در طیف سنی ۳۵-۲۵ سال هستند، در واقع خطر ابتلا به هپاتیت C متوجه به جمعیت جوان و مولد جامعه است که خسارت‌های اقتصادی، بهداشتی و اجتماعی عظیمی را بر کشور تحمیل می‌کند (۲۳). بر اساس مدل تخمین منطقه‌ای بیماری‌ها در کشورهای در حال توسعه پیش‌بینی می‌شود که هر ساله ۱۶-۸ میلیون مورد عفونت هپاتیت B، ۴/۷-۲/۳ میلیون مورد هپاتیت C و ۱۶۰-۸۰ هزار مورد عفونت HIV ناشی از تزریقات ناسالم رخ دهد (۵). برخی مطالعات بالاتر بودن شیوع سرمی هپاتیت E (HEV) را نیز در معتادین تزریقی تأیید کرده‌اند (۲۶). به‌طور کلی داشتن سابقه زندان، شرکای جنسی متعدد، بیماری جنسی یا روانی و روش مصرف (تزریقی) در معتادان مواد مخدر، خطر ابتلا به عفونت هپاتیت ویروسی را افزایش می‌دهد (۲۷).

بر اساس گزارش‌های موجود، ۳۹/۵ میلیون فرد HIV مثبت در دنیا وجود دارند که از بین آن‌ها ۴-۲ میلیون عفونت توأم با HBV و ۵-۴ میلیون نفر عفونت توأم با HCV دارند و ۹۵-۷۲ درصد معتادین تزریقی HIV مثبت، مبتلا به هپاتیت C می‌باشند (۱۰). همه‌گیری‌های چشمگیری از ایدز در معتادان تزریقی در حدود نیمی از کشورهای شمال آفریقا و خاورمیانه از جمله ایران گزارش شده است. ۶۸-۶۵ درصد موارد HIV شناخته شده در ایران مربوط به اعتیاد تزریقی می‌باشد (۲۲ و ۲۸). بررسی آمارها تا سال ۱۳۸۹ نشان می‌دهد از بین ۲۱۴۳۵ مورد مبتلا به HIV/AIDS، ۱۴۹۷۴ مورد (۶۹/۹ درصد) از طریق انتقال تزریقی به این بیماری مبتلا

شده‌اند (۲۹). مهم‌ترین علت ابتلا در معتادان تزریقی، تزریق مشترک مواد مخدر و احتمال انتقال از طریق رفتارهای پرخطر از جمله برقراری رابطه با شرکای جنسی متعدد می‌باشد (۲۸). رفتارهای پرخطر به رفتارهایی اطلاق می‌شود که احتمال نتایج مخرب جسمی، روان‌شناختی و اجتماعی را برای فرد افزایش دهد (۳۰). اثرات مستقیم اعتیاد بر فرد معتاد، جسم و روان فرد را تحت تأثیر قرار می‌دهد. یکی از موضوعاتی که در این افراد در حیطه روان‌شناختی حائز اهمیت است نحوه تعامل با محیط، مکانیسم‌های انطباقی و نوع رفتارهای آن‌هاست که به‌نوعی در بعضی علت و در عمده آن‌ها معلول پدیده اعتیاد است. رفتارهایی که می‌تواند عواقب بسیار ناخوشایندی را برای آن‌ها و یا سایر افراد جامعه رقم بزند تحت عنوان «رفتارهای پرخطر» تلقی می‌شوند و اقداماتی نظیر خشونت، خودزنی، خال‌کوبی، تزریق مشترک، رفتاری‌های جنسی محافظت نشده را می‌توان از این دسته دانست (۳۱). ماهیت این رفتارها طوری است که با توجه به مکان و زمان انجام این اعمال پرمخاطره، امکان آموزش مستقیم و مداخله مداوم متولیان سلامت در این رفتارها وجود ندارد زیرا این رفتارها به شدت مورد ننگ و بدنامی بوده و از طرف جامعه مطرود می‌باشند (۱۷). بنابراین بایستی مراکزی وجود داشته باشند که دسترسی معتادان به این مراکز آسان باشد و امکان مداخلات آموزشی، پیشگیری و درمانی برای آنان فراهم گردد. از کانون‌های مهم تجمع معتادین تزریقی، مراکز مشاوره بیماری‌های رفتاری (۳۲) و مراکز ارائه‌ی خدمات به افراد آسیب‌پذیر اجتماعی یا مراکز گذری (Drop in Center یا DIC) است (۲۳). در مراکز DIC که سرنگ و سوزن توسط گروه‌های همسان در اختیار مصرف‌کنندگان تزریقی مواد قرار می‌گیرد. علی‌رغم وجود بسته‌های کاهش آسیب و فراهم آوردن امکان دسترسی معتادین به آن‌ها، باز عده‌ای از افراد تحت پوشش مراکز DIC اقدام به تزریق مشترک مواد می‌کنند. در بسیاری از کشورهای در حال توسعه، برنامه آموزش و تحویل سرنگ یکی از روش‌های اصلی کاهش آسیب است در بسیاری از مطالعات مشخص شده است که تحویل سرنگ و سوزن تأثیر مهمی در کاهش خطر انتقال آلودگی دارد (۳۳).

عفونت‌های معتادین تزریقی چالش‌های گوناگونی را در پیش روی پزشکان قرار داده است. نه تنها به خاطر طبیعت پیچیده مشکلات طبی این بیماران بلکه موضوعات روانی اجتماعی بی‌نظیر در مراقبت از آنان، درمان عوارض عفونی این بیماران، نیازمند درک رفتار معتادان و ایجاد رویکردی است که تهیه رژیم‌درمانی موفق کمک خواهد کرد (۳). بالطبع پیشگیری و یا درمان صحیح و عملی اعتیاد باعث کاهش رفتارهای پرخطر خواهد گردید و هر چه این روش‌های درمانی باثبات‌تر و طولانی‌تر و علمی‌تر باشد با کاهش

بیشتر رفتارهای پرخطر عواقب جسمی و روانی این اقدامات و هزینه‌های مترتب بر درمان عواقب مزبور را خواهد کاست (۳۱).

به نظر می‌رسد کارآمدترین روش برای پیشگیری از مصرف مواد، «پیشگیری اولیه» از بروز و افزایش شیوع اعتیاد در جامعه است. در این میان آموزش می‌تواند از مؤثرترین و به‌صرفه‌ترین رویکردهای پیشگیری اولیه باشد. تحقیقات نشان داده است که مؤثرترین برنامه‌های آموزشی مبتنی بر رویکردهای نظریه محورند که از الگوهای تغییر رفتار ریشه گرفته‌اند. این الگوها برای طراحان برنامه‌ها مفید هستند چراکه جنبه‌های ویژه‌ای را برای مداخلات آموزشی پیشنهاد می‌کنند. بنابراین انتخاب یک الگوی آموزش سلامت، اولین گام در فرآیند برنامه‌ریزی یک برنامه آموزشی است و از آنجاکه اکثر مشکلات بهداشتی با رفتار انسان ارتباطی تنگاتنگ دارند، نظریه‌ها و الگوهای رفتاری می‌توانند برای درک چگونگی پیشگیری از مشکلات بهداشتی از جمله مصرف مواد مخدر مورداستفاده قرار گیرند (۳۴). قبل از اجرای هر مداخله آموزشی باید ابتدا فشارهای اجتماعی، فرهنگی محیطی و انگیزه‌هایی که ممکن است روی رفتار بهداشتی تأثیر بگذارند، بررسی نمود؛ و از سویی دیگر برای پیشگیری از بیماری، درک دلایل شکل‌گیری رفتار پرخطر در افراد ضروری است. این دلایل شامل عوامل فردی زمینه‌ساز بروز رفتار پرخطر مثل زیر طبقه خاصیت، شخصیتی و وراثتی، سابقه بیماری، ویژگی‌های جمعیتی و سوابق رفتاری، ادراکات سوق‌دهنده مثل نقصان دانش و مهارت، ارزش‌گذاری پیامد رفتار و تهدید درک شده و عامل سوم عامل تصمیم و اراده می‌باشد (۳۵). با توجه به این‌که اعتیاد مخصوصاً اعتیاد تزریقی باعث یک سری رفتارهای پرخطر می‌گردد که این رفتارها زمینه‌ساز انتقال بیماری‌های عفونی به خود معتادان و سایر افراد خانواده و جامعه همچنین بروز ناهنجاری‌های اجتماعی در جامعه هستند ضروری است که از طریق مداخلات هدفمند و اصولی و با محوریت آموزش و ارتقاء سلامت در جهت تغییر رفتارهای پرخطر در معتادان به‌ویژه معتادان تزریقی صورت گیرد. تأسیس مراکز گذری کاهش آسیب در کنار آموزش‌های اصولی نوعی از این مداخلات می‌باشد. لذا با توجه به اهمیت موضوع، این طرح مداخله‌ای باهدف تغییر رفتارهای پرخطر معتادان تزریقی به رفتار سالم در مرکز گذری کاهش آسیب شهر ارومیه انجام یافته است که به دلیل خطر بالای انتقال بیماری‌های عفونی از جمله ایدز و هیپاتیت، نو بودن این مداخلات، قدمت کم مراکز DIC و نیاز به جذب معتادان به این مراکز و آموزش آنان، انجام این طرح ضروری به نظر می‌رسید.

### مواد و روش کار

پژوهش حاضر یک مطالعه شبه تجربی بود که برای بررسی تأثیر مداخله آموزشی در ارتقاء سطح رفتارهای ایمن و کاهش رفتارهای

پرخطر در معتادان تزریقی در مرکز گذری کاهش آسیب اعتیاد شهرستان ارومیه در سال‌های ۸۷-۸۶ به مدت یک سال انجام گرفت. در این مطالعه ۷۵ نفر معتاد تزریقی به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند. معیار ورود به طرح، معتاد تزریقی بودن فرد بود و معیارهای خروج افراد، عدم ادامه همکاری، فوت و یا مهاجرت بود. معتادان با رضایت شخصی در این مداخله شرکت کرده بودند و پژوهشگران متعهد شده بودند که اطلاعات افراد نمونه کاملاً محرمانه حفظ شود. برای دسترسی به اهداف مطالعه از پرسشنامه محقق ساخته که حاوی سؤالاتی در مورد رفتارهای سالم و رفتارهای پرخطر بود استفاده شد. پرسشنامه مذکور از ۹ قسمت و ۳۶ سؤال تشکیل شده بود. ترکیب قسمت‌های مختلف پرسشنامه بدین صورت بود؛ قسمت اول یک سؤال کلی در مورد عمل به آموزش‌های مرکز گذری کاهش آسیب (DIC) بود، رفتار تزریق شامل سؤالاتی در مورد تغییر شیوه مصرف، مکان تزریق، تعداد تزریق روزانه، استفاده از سرنگ جدید در هر تزریق، نوع عملکرد در موقع عدم امکان تأمین سرنگ جدید، نحوه دفع سرنگ‌های مصرفی، استفاده از پنبه و الککل هنگام تزریق، تزریق مستقل یا با کمک فرد دیگر، اشتراک در ابزار آماده‌سازی تزریق، اندام محل تزریق و نحوه تهیه سرنگ می‌شد، رفتارهای جنسی از سؤالاتی همچون هویت شریک جنسی، استفاده از کاندوم، استفاده از کاندوم جدید در هر مقاربت، مطلع کردن شریک جنسی از اعتیاد تزریقی خود، رعایت موازین بهداشتی در صورت داشتن زخم تناسلی و تلاش برای انتقال آگاهانه بیماری جنسی خود به دیگران تشکیل می‌شد. عملکردهای تشکیل‌دهنده رفتار انتقال بیماری به دیگران عبارت از رعایت بهداشت در حمام‌های عمومی، مطلع کردن آرایشگر، دندان‌پزشک و شریک جنسی از داشتن اعتیاد تزریقی، انتقال آگاهانه بیماری، انجام تزریق توسط فرد دیگر، ابزار مشترک آماده‌سازی مواد تزریقی، استفاده از لوازم تیز و برنده مشترک، سابقه خال‌کوبی و حجامت و ... در دوران تزریق، استفاده از لوازم شخصی مشترک و سابقه زندانی شدن و رفتارهای پرخطر در زندان بود. تغییر شیوه مصرف، استعمال سیگار، استفاده از بسته بهداشتی DIC و روابط خانوادگی از سؤالات دیگر پرسشنامه بودند. همچنین احتمال تغییر شیوه استفاده از مواد از تزریقی به سایر روش‌ها هم به‌عنوان مهم‌ترین سؤال بررسی شد. روایی پرسشنامه با استفاده از پانل متخصصین سنجیده شد و بر اساس آزمون آلفای کرونباخ پایایی آن اثبات شد. طبق این ابزار وضعیت رفتارهای معتادان قبل از مداخله آموزش و ارتقاء سلامت سنجیده شد و باوجود سنجش‌های مکرر در دوره مداخله نهایتاً بعد از یک سال مجدداً رفتارهای پرخطر سنجیده شد. آموزش‌ها به‌صورت چهره به چهره و یا گروهی انجام می‌شد. هر هفته ۴-۲ بار کلاس آموزشی به مدت نیم الی یک ساعت برگزار می‌شد. در این

رفتاری افراد نمونه بعد از مداخله به سطوح بالایی این طیف گرایش پیدا کرد.

همچنین میانگین نمره رفتارهای مختلف در بین معتادان تزریقی قبل و بعد از مداخله آموزشی سنجیده شد. هر رفتار شامل یک سری عملکردها می‌شد که مجموع نمرات این عملکردها، نمره کل یک رفتار مشخص محسوب می‌شد. تمام این رفتارها در معتادان، قبل و بعد از مداخله آموزشی تفاوت معنی‌داری داشت به طوری که در نمره رفتار تزریقی ( $P < .0001$ ) و نمره رفتارهای جنسی ( $P < .0001$ ) قبل و بعد از مداخله اختلاف معنی‌دار مشاهده شد. همچنین نمره رفتار انتقال بیماری به دیگران بعد از مداخله افزایش پیدا کرد ( $P < .0001$ ). رفتارهای تغییر شیوه مصرف از تزریق به سایر روش‌ها که یکی از مهم‌ترین اهداف مطالعه بود ( $P < .0001$ )، مصرف سیگار ( $P < .05$ )، استفاده از بسته بهداشتی مرکز گذری کاهش آسیب ( $P < .0001$ )، مراجعه به مراکز بهداشتی و درمانی برای دریافت خدمات بهداشت و درمان اصولی در صورت نیاز ( $P < .0001$ )، نمره روابط خانوادگی ( $P < .0001$ ) قبل و بعد از مداخله اختلاف معنی‌دار نشان دادند و بالاخره نمره کل رفتار با تفاوت معنی‌داری از  $10/55$  قبل از مداخله به  $30/71$  بعد از مداخله ارتقاء یافت ( $P < .0001$ ).

کلاس‌ها از شیوه‌های خاطره‌گویی، پخش فیلم، ارائه اسلاید، توزیع پمفلت و نشان دادن پوسترها استفاده می‌شد. از معتادانی که تحت پوشش انجمن معتادان گمنام (NA) بودند و اعتیاد خود را ترک کرده بودند برای آموزش در این کلاس‌ها استفاده می‌شد. البته در کنار آموزش سلامت، بسته بهداشتی مرکز حاوی سرنگ، کاندوم، آب مقطر و ید الکلی و یک سری امکانات رفاهی از قبیل تغذیه، لوازم بهداشتی و استحمام، ارائه خدمات پزشکی و درمانی رایگان، مشاوره روانشناسی رایگان، مددکاری اجتماعی رایگان و ... در اختیار معتادان قرار می‌گرفت. داده‌های حاصل از مطالعه با نرم‌افزار SPSS18 تحلیل شد؛ و از آزمون‌های آماری توصیفی مثل درصد، میانگین و انحراف معیار برای نشان دادن فراوانی‌ها و از آزمون تی زوجی برای نشان دادن تغییرات رفتاری قبل و بعد از مداخله استفاده شد.

### یافته‌ها

یافته‌های این مطالعه که بر روی ۷۵ معتاد تزریقی مرد بین ۱۵-۵۰ ساله انجام شد؛ حاکی از تأثیر مداخله آموزش و ارتقاء سلامت بر تغییر رفتارهای پرخطر در معتادان تزریقی بود به طوری که در میانگین نمره کل رفتار که در پنج سطح به ترتیب کم‌تر از ۱۰، ۲۰-۳۰، ۳۰-۴۰، ۴۰-۵۰ و ۴۰-۵۰ دسته‌بندی شده بود، قبل و بعد از مداخله اختلاف معنی‌داری مشاهده شد ( $P < .0001$ ). یعنی سطح

**جدول (۱): میانگین نمره کل رفتار قبل و بعد از مداخله آموزشی در معتادان تزریقی**

میانگین نمره کل رفتار	قبل از مداخله		بعد از مداخله	
	تعداد	درصد	تعداد	درصد
<۱۰	۳۳	۴۴	۱۲	۱۶
۱۰-۲۰	۳۹	۵۲	۵	۶/۷
۲۰-۳۰	۳	۴	۵	۶/۶
۳۰-۴۰	۰	۰	۴۲	۵۶
۴۰-۵۰	۰	۰	۱۱	۱۴/۷
جمع	۷۵	۱۰۰	۷۵	۱۰۰

P.VALU<.0001

**جدول (۲): میانگین نمرات رفتارهای مختلف قبل و بعد از مداخله آموزشی در معتادان تزریقی**

میانگین نمره رفتار	قبل از مداخله	بعد از مداخله	آزمون آماری
رفتار تزریق	$4/85 \pm 2/61$	$13/48 \pm 5/72$	P.valu<.0001
رفتارهای جنسی	$2/84 \pm 1/38$	$4/95 \pm 2/1$	P.valu <.0001
رفتار انتقال	$2/45 \pm 1/69$	$10/96 \pm 4/77$	P.valu <.0001
تغییر شیوه مصرف	$0/08 \pm 0/27$	$0/84 \pm 0/37$	P.valu <.0001
مصرف سیگار	$0 \pm 0$	$0/08 \pm 0/27$	P.valu <.05
استفاده از بسته DIC	$0 \pm 0$	$0/76 \pm 0/43$	P.valu <.0001
مراجعه به مراکز درمانی در صورت نیاز	$0/43 \pm 0/55$	$1/47 \pm 0/84$	P.valu <.0001
روابط خانوادگی	$0/79 \pm 0/47$	$1/32 \pm 0/62$	P.valu <.0001
کل رفتار	$10/55 \pm 4/46$	$30/71 \pm 12/83$	P.valu <.0001

## بحث و نتیجه‌گیری

با توجه به گسترش روزافزون اعتیاد تزریقی و مبتلایان به بیماری‌های منتقله از راه سرنگ مشترک به نظر می‌رسد افزایش برنامه‌های کاهش آسیب و عرضه سرنگ و وسایل استریل تزریق، در کنار آگاهی دادن و کمک به معنادین برای ترک کردن، در کنترل اعتیاد در کشور مؤثر باشد (۴). زیرا بیماری‌هایی مثل هیپاتیت C که واکنس ندارند و تجویز ایمونوگلوبولین در پیش‌گیری یا تخفیف بیماری ناشی از آن‌ها مؤثر نیست به‌واسطه فقدان ایمنی اکتیو و پاسیو، پیش‌گیری از این بیماری‌ها شامل تغییر رفتارهای پرخطر از راه آموزش همگانی است (۳۷). عزیزی رابطه بین ابتلا به عفونت HCV و ماده اصلی مصرفی و نحوه مصرف و متوسط دفعات مصرف روزانه مواد را معنادار عنوان می‌کند (۲۷). علاوه بر بیماری ویروسی HIV و هیپاتیت، سلولیت، آندوکاردیت و سپسیس نیز در معنادان تزریقی شایع می‌باشد (۳). نتایج مطالعات مشکاتی، هروی، رحمانی، تیموری، فدائی نویری و کاشی حاکی از شیوع بیماری‌های ایدز، هیپاتیت B و C در بین معنادان تزریقی می‌باشد و نشان می‌دهد که اعتیاد تزریقی شایع‌ترین راه انتقال این عفونت‌ها می‌باشد (۵، ۱۹، ۲۳، ۳۰، ۳۲، ۳۶، ۳۷).

طبق یافته‌های مطالعه ما میزان رفتارهای پرخطر قبل از مداخله در معنادان تزریقی بسیار بالا بود. معنادان اکثراً تزریق‌های زیاد، مشترک و غیرایمن داشتند، روابط جنسی ناسالم و بهداشت فردی پایین از دیگر یافته‌های مطالعه بود. رفتارهای معنادان نشان‌دهنده احتمال بالای ابتلای آنان به بیماری‌های عفونی و انتقال آن بیماری‌ها به دیگران بود. نتایج یک مطالعه رفتارهای پرخطر که به‌منظور کسب شناخت بیشتر از رفتارهای پرخطر معنادان تزریقی در رابطه با عفونت HIV/AIDS انجام‌شده این ادعا را ثابت می‌کند. شغلی و همکاران در این مطالعه دفعات زیاد تزریق روزانه، سابقه رفتارهای تزریقی پرخطر شامل استفاده از سرنگ، ویال / پنبه / فیلتر و ظرف مشترک، پر کردن سرنگ از طریق کشیدن محتویات سرنگ مورد استفاده یک فرد دیگر، روابط جنسی پرخطر با افراد همجنس و غیر همجنس، عدم استفاده از کاندوم در زمان برقراری رابطه جنسی در بین معنادان را از جمله رفتارهای پرخطر عنوان کرده‌اند (۲۸).

داده‌های به‌دست‌آمده از مطالعه ما نشان‌دهنده تغییر رفتار در معنادان تزریقی بود. بعد از مداخله آموزشی و ارتقاء سلامت و تأمین یک سری امکانات اولیه در قالب بسته DIC، تمهیدات لازم بهداشتی و درمانی، ارائه مشاوره بهداشتی، روانشناسی و خانوادگی در کنار آموزش، رفتارهای پرخطر به‌طور محسوسه کاهش یافتند. معنادان بعد از مداخله رغبت بیشتری برای کاهش تعداد تزریق و یا تغییر شیوه مصرف از تزریق به روش‌های دیگر داشتند. همچنین رفتارهای

پرخطر جنسی به‌مراتب کاهش پیدا کرد. یافته‌های مطالعه ما با نتایج مطالعه کریمی همخوانی داشت. مطالعه کریمی نشان می‌دهد که انجام مداخله آموزشی در تغییر رفتارهای پیشگیری‌کننده از ایدز در معنادان مؤثر می‌باشد به‌طوری‌که بین میزان آگاهی، نگرش و رفتارهای بهداشتی پیشگیری‌کننده از ایدز در معنادان مورد مطالعه قبل و بعد از اجرای برنامه آموزشی تفاوت آماری معنی‌داری مشاهده شد ( $P < 0.0001$ ) و مداخله آموزشی طراحی‌شده در ارتقای سطح آگاهی، تغییر یا ایجاد نگرش مثبت و رفتارهای مناسب در افراد مورد مطالعه مؤثر بود (۳۸). همچنین نتایج مطالعه ابراهیم پور که با مشارکت ۷۰ نفر از زنان آسیب‌پذیر و در معرض خطر مراجعه‌کننده به مراکز گذری کاهش آسیب‌های اجتماعی نکا و ساری انجام شد. نشان داد پس از مداخله آموزشی، استفاده از کاندوم در گروه مداخله در مقایسه با گروه کنترل افزایش یافت. تفاوت قبل و بعد متغیر خودکارآمدی در گروه مداخله و کنترل متغیر عملکرد در گروه مداخله با میانه و دامنه میان چارکی و کنترل معنی‌دار بود. در گروه مداخله افزایش متغیر خودکارآمدی با افزایش متغیر عملکرد ارتباط معنی‌داری داشت (۳۹). رحمتی نجار کلایی مداخلات آموزشی در جهت ایجاد نگرش و باورهای پیشگیری از ایدز را در معنادان با محوریت تأکید بر ادراکات و انگیزه‌های سوق‌دهنده به سمت رفتار پرخطر ضروری می‌داند (۳۵)؛ اما ممکن است باوجود دسترسی به بسته‌های کاهش آسیب و ارائه خدمات آموزشی معنادان همچنان اقدام به تزریق مشترک بکنند محمد و همکاران دلایل تزریق مشترک را در افراد علی‌رغم دسترسی به بسته‌های کاهش آسیب و آگاهی مناسب در خصوص راه‌های انتقال ایدز، سطح سواد پایین‌تر، بیکاری، تجرد، بی‌خانمانی، شروع اعتیاد و تزریق در سنین پایین‌تر در افرادی عنوان می‌کنند (۳۳).

یافته‌های مطالعه امینی نشان می‌دهد که آموزش و مداخله در جهت روش‌های قاطعیت و تغییر در سبک زندگی به مددجویان و آموزش روابط بین فردی و مدارا با مددجو به اعضای خانواده وی بعد از قطع مصرف مواد ضروری است. در ضمن نیاز به برنامه‌ریزی جهت ایجاد بستری مناسب برای اشتغال این دسته از معنادان احساس می‌شود (۱۴) و با توجه به این‌که عواملی مثل اعتیاد دوستان، مصرف سیگار، تحصیلات پایین و بیکاری در گرایش به مواد مخدر مؤثر می‌باشد (۴۰)؛ برای پیشگیری از عود اعتیاد تأمین مشاور متخصص برای مراکز ترک اعتیاد، نظارت دقیق‌تر نیروی انتظامی و اهالی محل بر اماکن توزیع مواد مخدر، جلوگیری از تردد فرد در حال ترک در محل‌های سابق مصرف مواد مخدر، جلوگیری از معاشرت فرد در حال ترک با دوستان معتاد، تمرکز بیشتر برنامه‌های درمانی در ۳ ماه اول ترک اعتیاد ضروری به نظر می‌رسد (۱۵، ۲۱). این مراکز ترک می‌توانند شامل مراکز گذری کاهش آسیب،

پژوهشی به‌مرور زمان حل شد. همچنین با توجه به ثابت نبودن محل زندگی این افراد جمع‌آوری آنان خیلی مشکل بود و شرایط جسمی معتادان تزریقی دادن آموزش در جلسات اول را بسیار سخت می‌نمود که با کوتاه کردن زمان آموزش، استفاده از شیوه‌های آموزشی مناسب و فعال نگاه‌داشتن خود این افراد به این مشکل نیز فائق آمدیم. بنابراین این امر ضروری به نظر می‌رسد که متخصصین امر و صاحب‌نظران حوزه سلامت با عنایت به تأثیر بسزای کنش و رفتار تعاملی و انجام مداخلات اصولی آموزش و ارتقاء سلامت می‌توانند در کاهش میزان رفتارهای ناسالم و تغییر آن به رفتارهای سالم تأثیرگذار باشند. به‌ویژه پژوهشگرانی که سعی دارند برای تغییر رفتار بر روی معتادان و در حیطه اعتیاد مخصوصاً اعتیاد تزریقی که دارای حواشی و عواقب ناگواری است کار کنند بیشتر به کاربرد آموزش اصولی و نحوه صحیح تعامل با افراد نیازمندند. همچنین با توجه به این‌که نیاز مالی معتادان تزریقی بالاست و امکان تأمین بسته‌های بهداشتی برای آن‌ها فراهم نیست؛ برای ایجاد تغییر رفتار پرخطر به رفتار سالم بایستی این بسته‌ها به‌صورت رایگان در اختیار آن‌ها قرار گیرد.

در پایان لازم است از تیم همکاری مرکز کاهش گذری آسیب ارومیه و معاونت بهداشتی استان به خاطر کمک و همکاری در انجام این طرح تشکر نماییم.

کلینیک‌های ترک اعتیاد و مراکز متادون درمانی باشند. مطالعات مختلف تأثیر متادون درمانی را نیز در کاهش رفتارهای پرخطر در معتادان تزریقی مؤثر دانسته‌اند، در این راستا می‌توان به نتایج مطالعه حیدری، کشتکاران و تیموری اشاره کرد (۱۷، ۲۹، ۳۱) بر اساس نتایج مطالعه میثمی توجه به نگرش افراد جامعه در خصوص مسئله اعتیاد جهت برنامه‌ریزی برای مهار این معضل و پیشگیری از آن نقشی اساسی دارد. از طرفی توجه به اوقات فراغت، فراهم آوردن امکانات لازم برای ایجاد بسترهای فرهنگی و فیزیکی، گذراندن این اوقات به بهترین نحو، در پیشگیری از نابسامانی‌های اجتماعی به‌ویژه اعتیاد نقش بسیار مؤثری خواهد داشت (۹). بنابراین با توجه به یافته‌های مطالعه ماو مطالعات مشابه رفتارهای ناسالم افراد با مداخلات آموزشی و تأمین بسترهای مناسب و امکانات مورد نیاز قابل تغییر می‌باشد لیکن مداخلات باید به‌صورت علمی و اصولی صورت گیرد و رفتار تعاملی با افراد مخصوصاً در گروه‌های آسیب‌پذیر و دارای شرایط خاص مثل معتادان بایستی بسیار موردتوجه قرار گیرد زیرا فقط آموزش صرف بدون نظر گرفتن شرایط افراد و بدون جلب همکاری و تعامل افراد نمی‌تواند در تغییر رفتار به‌طور موفق عمل کند. به‌عنوان مثال ما برای انجام مداخله آموزشی و ارتقاء سلامت نیاز به جلب اعتماد معتادان و جذب آنان به مرکز DIC نیاز داشتیم که با توجه به نو بودن چنین مراکزی جلب اعتماد آنان بسیار مشکل بود که این امر با تلاش گروه پژوهشگر و بیان اهداف تیم

## References:

- Motzakker M, Shokat Nagadeh M, Anooche M. Survey of the behavioral risk factor in addicts treated with methadone in addiction treatment center of Razi Psychiatric Hospital 2010. Urumia Med J 2011; 22(6): 560-8.
- Jalilian F, Mirzaei Alavijeh M, Amoei MR, Zinat Motlagh F, Hatamzadeh N, Allahverdipour H. Prevalence and Pattern of Drug Abuse among Prisoners in Kermanshah City. J Health Educ Health Prom 2013; 1(2): 41-8.
- Ghasemian R, Najafi N, Amir Khanloo K. The study of infections due to injection drug abuse in the injecting drug users hospitalized at Imam Khomeini Hospital in Sari and Razi Hospital in Ghaemshahr in 2007-2009. J Mazandaran Univ Med Sci 2011; 21(83): 9-15.
- Mansurian M, Solhi M, Dehdari T, Taghdisi M H, Zamani Alavijeh F, Ghorbani M. The cause of utilization of shared needle among injecting drug users of Ahwaz city: a qualitative study. Razi J Med Sci (RJMS) 2012; 19(101): 31-9.
- Momen Heravi M, Afzali H, Razzaghi R, Vakili Z. Seroprevalence and risk factors for HIV transmission and HIV prevalence among IDUs in Kashan. Alborz Univ Med J 2013; 2(3): 156-62.
- <http://www.pezeskh.us>, Aalaie A.R, Roodbari F, Orientation with a variety of drugs, addiction and ways to combat it, available from: <http://www.pezeskh.us/?p=26499>
- Ekhtiari H. Introduction to Main Addictive Drugs in Iran, Family Guide, Mehr O Mah No. 1st ed. 2010.

8. Zarrindast M, Rezayof A. Reward and addiction neurobiology. *Cognitive Sci News* 2002; 4(1): 1-5.
9. Meysamie A P, Faramarzi B, Holakouie Naieni K, How addicts think about addiction and community problems? *Tehran Univ Med J* 2006; 64(5): 34-43.
10. Mohammadi A, Aghajani M, Zehtabvar GH.H. Addiction and its Relation with Resilience and Emotional Components. *Quarterly Iran J Psychiatry Clin Psychol* 2011; 17(2(65)): 136-42.
11. Vfaiee B. The role of physical illness in Trends and incidence of addiction, *J Sabzevar Univ Med Sci* 2004; 11(2): 59-66.
12. Ekhtiari H, Behzadi A, Oghabian M A, Edalati H, Makri A, Visual cues induce craving in heroin injecting drug users. *Adv Cognitive Sci* 2006; 8(3): 43-51.
13. Shargh A, Shakibi A, Neisari R, Alilou L. survey of affective Factors on relapse of drug addiction treatment centers in West Azerbaijan (2009), *Urmia Med J* 2011; 22(2): 129-36.
14. Amini K, Amini D, Afsharmoghaddam F, Azar M. Evaluation of social and environmental factors associated with relapse of addicts to opiates addiction among clients of government centers for quit of addiction in Hamadan (2000). *J Zanjan Univ Med Sci* 2004; 45: 41-6.
15. Nastizaie N, Hezareh Moghaddam M, Mollazehi Asma, Factors influencing on relapse in drug abusers rehab centers in Zahedan, *J Urmia Nurs Midwifery Fac* 2010; 8(3): 169-74.
16. Asayesh H, Jahangir F, Qorbani M, Badeleh MT, Rezapour A, Soleimani MA, et al. Substance abuse and corrolation between of route of administration and age factors in substance abuser. *J Res Dev Nurs Midwifery* 2013; 9(2): 82-9.
17. Heidari A, Mirahmadizadeh A, Keshtkaran A, Javanbakht M, Etemad K, Lotfi M. Changes in unprotected sexual behavior and shared syringe use among addicts referring to Methadone Maintenance Treatment (MMT) centers affiliated to Shiraz University of Medical Sciences in Shiraz, Iran: An uncontrolled interventional study. *J School Public Health Institute Public Health Res* 2011; 9(1): 67-76.
18. Aiatollahi J, Navvab Aazam A, Ezzoddini Ardakani F, Hepatitis B, J Shahid Sadoughi Univ Med Sci 2006; 14(2): 94-103.
19. Rahmani S, Mahmoodi Farahani M, Hoseini S M, Rahmani R, Akaberi A, Seiiid Ali Naghi S A, The prevalence of risk factors for HIV and hepatitis infections among the homeless in Tehran 2005-2007. *J Sabzevar Univ Med Sci* 2012; 18(4): 296-301.
20. Taeri K, Kasaeian N, Fadaie Nobari R. The prevalence of hepatitis B, hepatitis C and associated risk factors in intravenous drug addicts (IVDA) with HIV in Isfahan. *J Isfahan Med Sci* 2008; 26(90): 273-8.
21. Aminzadeh Z, Aghazadeh Sarhangipour K, Seroepidemiology of HIV, Hepatitis B, Hepatitis C And Syphilis among injecting drug users hospitalized in Luqman Hakim Hospital in Tehran. *Iran J Med Microbiol* 1(3): 2007, 53-6.
22. Imani R, Karimi A, Kasaeian N, Survey of the relationship between the behavioral factors an and the seroprevalence of hepatitis B, Hepatitis C And HIV in Injecting drug users admitted to addiction treatment centers SHAHREKORD 2004, *J Shahrekord Univ Med Sci* 2006; 8(1): 62-85.
23. Meshkati M, Ataie B, Nokhodian Z, Yaran M, Babak A, Asgarianzadeh M R, et al. Screening of hepatitis C in DICs of Esfahan: Describe of one experience. *J Esfahan Med School* 2011; 28 (Special Issue on hepatitis C): 1553-9.
24. Ataie B, Meshkati M, Karimi A, Yaran M, Kasaeian N, Nokhodian Z, et al. Hepatitis C Screening in Intravenuos Drug Users in Golpayegan, Isfahan through Community



- Announcement: Pilot Study. J Isfahan Med School 2011; 28 (Special Issue on hepatitis C): 1581-6.
25. Ataie B, Khorvash F, Azadeh S, Nokhodian Z, Kasaiean N, Babak A. The Prevalence of High Risk Behaviors among Women Prisoners in Isfahan, Iran, J Isfahan Med School 2011; 29(150): 1070-7.
  26. Alavi SM, Ahmadi F, Ghasemi Rad MR, Nikkhooy A. The relationship between the seroprevalence of hepatitis E and injecting drug use in clients of rehabilitation centers in Ahvaz. J Shahrekord Univ Med Sci 2007; 9(3): 15-20.
  27. Azizi A, Amirian F, Amirian M. Prevalence and Associated Factors of Hepatitis C in Self-introduced Substance Abusers, J HAYAT 2011; 17(1): 55-61.
  28. Shoghli A, Mousavinasab S.N, Fallahneghad M, Momtazi S, Tavassoli Shirvan S, Hajikarim B, Behavioral study of injecting drug users in the Zanjan city. The scientific J Zanjan Univ Med Sci 2011; 19(74): 96-107.
  29. Keshtkaran A, heidari A, Javanbakht M, Mirahmadizadeh A.R, Cost effectiveness of methadone treatment centers to prevent of HIV infection among injecting drug users, PAYESH 2012; 11(6): 823-830.
  30. Teimouri F, Kariman N, Mansouri F, Rezaiee M, The prevalence of high-risk behavior and sexually transmitted infections among women in Niloufar de-addiction center of Kermanshah (2009-2010), J Kermansha Univ Med Sci (Behbood) 2012; 400-406.
  31. Dastjerdi GH, Ebrahimi Dehshiri V, Kholasezade G, Ehsani F, The effects of methadone on reducing of high-risk behaviors, J Shaheed Sadoughi Univ Med Sci High Risk Behav Conference 2010; 18(3): 215-9.
  32. Kashi AM, Yadid MJ, Hajabdolbaghi M, Jafari S. Utilization of the Health Ministry recommended services by Iranian HIV/AIDS patients. Tehran Univ Med J 2008; 66(9): 670-6.
  33. Mohammad K, Majlesi F, Namdaritabar H, Safarpour A, Leghaie Z, Cheshmberah A. Reasons for thenon- use of harm-reduction package in injecting drug users affiliated Kermanshah Province DIC. J school Public Health Institute public Health Res2008; 6(1): 11-22.
  34. Tavousi M, Heidarnia A, Montazeri A, Taremiian F, Ahmadi M. The effect of theory-based educational intervention in the prevention of drug abuse among adolescents. PAYESH J 2010; 10(1): 91-9.
  35. Rahmati najjar kalaei F, Niknami SH, Amin Shokravi F, Ahmadi F, Tavafian S.S, Hajizadeh A. Affective Individual factors on the adoption of risky behavior leads to AIDS: A Qualitative Study. PAYESH J 2011; 205-15.
  36. Fadaei Nobari R, Meshkati M, Ataei B, Heidari K, Kassaian N, Nokhodian Z, et al. Positive Hepatitis C Virus Antibody in Cases with History of Intravenous Drug Abuse via Community Announcement: A Useful Experience. J Isfahan Med School 2011; 28 (Special Issue on Hepatitis C): 1546-52.
  37. Alavi Naieni R. Risk factors in relatives of people with hepatitis C in Zahdan. J Military Med 2005; 7(4): 343-8.
  38. Karimi M, Ghaffari M. Evaluation of the impact of educational interventions on promoting preventive behaviors of HIV / AIDS among addicts. J Jahad Daneshgahi Res Instit Health Sci 2012; 5(11): 737-44.
  39. Ebrahimipour H, Jlali Acordi B, Solhi M, Esmaieli H. The effect of educational intervention based on self-efficacy theory on adaption of preventive behavior to HIV / AIDS in high-risk women. J Obstetrics Gynecol Infertil 2015; 18(144): 19-27.

40. Soodbakhsh A, Abdollahi Nami M, Haji Abdolbaghi M, KaZEMI B. Prevalence of transfusion transmitted virus in intravenous drug users. J Faculty Med Tehran Univ Med Sci 2008; 66(4): 282-7.

## EFFECT OF EDUCATIONAL INTERVENTION AND INTERACTIVE BEHAVIOR ON CHANGING OF THE HIGH-RISK BEHAVIORS AMONG THE DRUG INJECTING USERS IN DRAPE IN CENTER (DIC)

Hamid Jafaraliloo<sup>1</sup>, Habibeh Matin <sup>\*2</sup>, Alireza Didarloo<sup>3</sup>, Mohammadreza Forotani<sup>4</sup>,  
Jahangir Hosseinpour<sup>5</sup>

Received: 12 Jul, 2016; Accepted: 16 Sep, 2016

### Abstract

**Background & Aims:** Drug use is one of the international community problems that leads to lose of huge national assets, and is one of the most important factors disturbing security and discipline in the society. Injection is one of the most harmful ways of drug use. About 200 million drug addicts and 11-21 million common people have had drug injection worldwide in 2008. Abuse drug Injection is one of the main reasons of transmitting of infectious diseases such as: AIDS and hepatitis through high-risk behavior. The aim of this study is to evaluate the effect of health education and promotion, and interactive behavior on changing risky behaviors among drug injecting users.

**Materials & Methods:** This quasi-experimental study was carried out to evaluate the effect of education and health promotion intervention on 75 drug injecting users who were selected by convenience sampling in the addiction reduction center of Urmia in 2007-2008. In this study, a self constructed questionnaire was used that contained questions about healthy and risky behaviors. In addition to health education for 4-2 week sessions throughout the year, a healthy package containing syringes, condoms, sterile water and alcohol pad, and a range of amenities such as nutrition, hygiene and bathing accessories, offering free medical care, free psychological counseling, and free social work were also given to abusers. Before and after intervention, data were analyzed by SPSS18 software and statistical tests such as frequency, percentage, mean and standard deviation and paired t-test were also analyzed.

**Results:** The findings showed that the effects of education and health promotion were significant on changing the risky behaviors among drug injecting users. The average scores of before and after intervention had statistically significant difference ( $P < .0001$ ). The different behaviors among drug injecting users were measured before and after intervention. The total score of all of the behaviors of addicts before and after the intervention were significantly different. In other words, injection treatment factors ( $P < .0001$ ), sexual behavior ( $P < .0001$ ), the misbehavior of infecting others ( $P < .0001$ ) change the ways of injecting as oppose to other methods of use, as one of the main objectives of the study ( $P < .0001$ ), smoking reduction rate ( $P < .05$ ), the use of harm reduction health package ( $P < .0001$ ), attend in health centers to get the basic health care services if needed ( $P < .0001$ ), and the family relationships ( $P < .0001$ ) differed significantly in comparisons to before and after the intervention.

**Conclusion:** It seems that teaching healthy behaviors besides providing the suitable environment, and injection facilities can be an effective factor in changing the injecting method in comparison to the other methods, and reducing the risky behaviors and infectious diseases transmitted through injection as well.

**Keywords:** Education, Interactive behavior, High-risk behaviors, Injecting drug use, Drape in Center (DIC)

**Address:** Tabriz, Tabriz University Of Medical Science, Faculty Of Health

**Tel:** (+98) 9144817259

**Email:** habibehmatin@gmail.com

<sup>1</sup> M.S, Urmia University of Medical Science, Khoy health center, Khoy, Iran

<sup>2</sup> Candidate of Ph.D, Health Education And Promotion, Faculty Of Health, Tabriz University Of Medical Science, Tabriz, Iran (Corresponding Author)

<sup>3</sup> Associated Professor, faculty of medicine, Urumia University of Medical Science, Urmia, Iran

<sup>4</sup> G.P. Urumia University of Medical Science, Urmia, Iran

<sup>5</sup> G.P. Urumia University of Medical Science, Urmia, Iran