

## اثربخشی الگوی ماتریکس در مقایسه با الگوی مراحل تغییر بر خودتنظیمی و تداوم تغییر در مردان وابسته به آمفتامین

مصطفی جعفری<sup>۱\*</sup>، سودابه بساک نژاد<sup>۲</sup>، مهناز مهربانی‌زاده هنرمند<sup>۳</sup>، یدالله زرگر<sup>۲</sup>

دریافت مقاله: ۹۴/۰۱/۱۴؛ دریافت نسخه نهایی: ۹۴/۰۸/۲۸؛ پذیرش مقاله: ۹۴/۰۸/۳۰

### چکیده

**هدف:** هدف پژوهش تعیین اثربخشی الگوی ماتریکس در مقایسه با الگوی مراحل تغییر بر خودتنظیمی و تداوم تغییر در مردان وابسته به آمفتامین بود. **روش:** روش پژوهش نیمه آزمایشی با دو گروه آزمایش و یک گروه گواه، پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری و جامعه آماری ۳۲۷ مرد مراجعه‌کننده به مرکز ترک اعتیاد رازی طب در تهران طی تابستان ۱۳۹۳ بود. از میان آن‌ها ۴۵ نفر به روش در دسترس انتخاب و به صورت تصادفی به سه گروه تقسیم شد. ابزار پژوهش مقیاس سنجش تغییر دیکلمنته و پروچاسکا ۲۰۰۵، پرسشنامه مشکلات خودتنظیمی هیجانی گراتز و رومر (۲۰۰۴)، الگوی سرپایی عمقی ماتریکس، ۲۰۰۶ و الگوی مراحل تغییر ولاسکوئز، ۲۰۰۱ بود که طی ۱۴ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای در هفته یکبار اجرا و برای تحلیل آماری از روش اندازه‌گیری مکرر استفاده شد. **یافته‌ها:** نتایج حاکی از اثربخشی هر دو الگو بر کاهش مشکلات خودتنظیمی هیجانی و افزایش تداوم تغییر بود ولی الگوی ماتریکس بر خودتنظیمی و الگوی مراحل تغییر بر تداوم تغییر اثر بیشتری را نشان داد. **نتیجه‌گیری:** پیشنهاد می‌شود متخصصان بالینی از الگوی ماتریکس برای کاهش مشکلات خودتنظیمی و از الگوی مراحل تغییر برای افزایش تداوم تغییر یا به عبارتی از هر دو الگو استفاده کنند، تا احتمال عود کاهش یابد.

**کلیدواژه‌ها:** آمفتامین، الگوی ماتریکس، الگوی مراحل تغییر، خودتنظیمی

\*۱. نویسنده مسئول، دانشجوی دکتری روان‌شناسی دانشگاه شهید چمران اهواز، اهواز، ایران

Email: Mostafajafari2007@gmail.com

۲. دانشیار دانشگاه شهید چمران اهواز، اهواز، ایران

۳. استاد دانشگاه شهید چمران اهواز، اهواز، ایران

در میان موادی که مورد سوء مصرف واقع می‌شوند، مواد آمفتامین و متا آمفتامین<sup>۱</sup> بیشترین توان ایجاد آسیب‌های شناختی-رفتاری-اجتماعی و زیست‌شناختی را دارند. طبقه آمفتامین شامل همه مواد محرک است که ساختمان آن‌ها از فنیل اتیل آمین (آمفتامین و متا آمفتامین) جانشین است و می‌توانند وابستگی و سوء مصرف ایجاد کنند (مک کتین، آدرین و روهان، ۲۰۱۳).

درمان‌های در دسترس برای سوء مصرف مواد طبقه آمفتامین محدود و میزان موفقیت طولانی مدت آن‌ها ضعیف است (منصوریه، محمودعلیلو، رستمی و هاشمی، ۱۳۹۱). اخیراً اکثر مسئولین مراکز ترک سوء مصرف مواد و خدمات سلامت روان، رویکردهای جدیدی را در حمایت از ترک مواد گسترش داده‌اند تا یک تعریف نتیجه محور از بهبودی ارائه دهند که بر طبق آن بهبودی به‌عنوان فرایندی از تغییر تعریف شده باشد که در طی آن افراد وابسته به مواد برای ارتقاء سلامت و بهزیستی خودشان تلاش می‌کنند (ماهر و مقدم، ۱۳۸۶). این تعریف از بهبودی، فرایندهای درون فردی از قبیل افزایش خودتنظیمی هیجانی<sup>۲</sup>، رشد و تغییر مداوم را که احتمالاً برای بهبودی طولانی از مواد مهم هستند پررنگ می‌کند (والث، استیونز و جیسون، ۲۰۱۲).

خودتنظیمی هیجانی ارتباط نزدیکی با مصرف مواد دارد. خودتنظیمی مهارتی است که بر توانایی‌های فرد برای تحمل امیال و نیازهای ارضاننده تأثیر می‌گذارد، ناامیدی و شکست‌های آن‌ها را کنترل می‌کند و آن‌ها را در جهت موفقیت هدایت می‌کند (ماگار، فیلیپس و هوسای، ۲۰۰۸). افرادی که خودتنظیمی بیشتری داشته باشند کیفیت زندگی و سلامت روان بیشتری دارند (میراحمدی، احمدی و بهرامی، ۱۳۹۰).

از طرف دیگر تغییر به‌معنای دگرگونی از حالتی به حالتی دیگر است. در روان‌درمانی، تغییر به‌معنای دگرگونی برنامه‌ریزی شده و هدفمند جهت نیل به رفتارها و حالت‌های مطلوب به‌شمار می‌رود. تداوم تغییر<sup>۳</sup> در ترک اعتیاد، یعنی فرد برای نگهداری دراز مدت تغییرات تلاش می‌کند. نگهداری تغییر نه به‌معنای نبود تغییر، بلکه به‌معنای تداوم تغییر است (پروچاسکا، ۲۰۰۸).

برای بررسی متغیرهای مرتبط با ترک اعتیاد همچون خودتنظیمی و تداوم تغییر، الگوی مراحل تغییر<sup>۴</sup> و درمان سرپایی عمقی ماتریکس<sup>۵</sup> از جمله الگوهای درمانی اعتیاد هستند که بر این متغیرها نیز تأکید دارند. در الگوی مراحل تغییر، که توسط پروچاسکا و دیکلمنته (۲۰۰۵) در مورد ترک مواد، تدوین و ارائه شده است، خودتنظیمی با بررسی میزان غلبه بر وسوسه درمانجو به انجام رفتار

1. Amphetamine & Meta-Amphetamine
2. emotional self-regulation
3. change maintenance
4. stages of change (SOC)
5. matrix intensive outpatient model (IOP)

مشکل‌ساز و میزان خودداری از انجام آن رفتار در برابر وسوسه‌ها ارزیابی می‌شود (گریفیتین و بوتوین، ۲۰۰۹). همچنین درمان مبتنی بر سرپایی عمقی یا الگوی ماتریکس مداخله مختص وابستگی به مواد محرک است که توسط متخصصان مؤسسه ماتریکس به‌عنوان روش‌های تجربی موثر بر پرهیز از مواد تهیه شده است و در مجموعه مداخله‌های موفق سرپایی برای درمان وابستگی به آمفتامین‌ها قرار می‌گیرد (راهنمای ماتریکس، ۲۰۰۶؛ نقل از براتی سده و هاشمی میناباد، ۱۳۹۱).

درباره مداخله‌های مبتنی بر درمان سرپایی عمقی نیز در مقایسه با سایر شیوه‌های درمانی، در برخی پژوهش‌های بررسی شده و نتایج این پژوهش‌ها مبنی بر تضمین مفید بودن آن بوده، و کفایت آن مناسب برآورد شده است (اوبرت، پینل، ربرت، وندراسلوت و زبین، ۲۰۰۶). به‌عنوان مثال در مطالعه تجربی میشل، شیرلی، دونالد، وندی، آکس، جورج و همکاران (۲۰۱۳) اثربخشی درمان سرپایی عمقی با درمان سرپایی استاندارد افراد مورفینی تحت درمان به‌وپره با نورفین مقایسه شد. نتایج پژوهش آن‌ها نشان داد که هر دو گروه بهبود قابل توجهی را در همه شاخص‌های درمانی از جمله وابستگی به کوکائین، علاقه به درمان، کیفیت زندگی نمره‌های شدت اعتیاد و رفتارهای پرخطر در طول ۶ ماه درمان نشان دادند؛ اما تفاوت معناداری بین اثربخشی درمان‌های سرپایی عمقی و سرپایی استاندارد بر شاخص‌های برون‌داد درمانی؛ حتی بعد از کنترل معیارهای وابستگی به کوکائین در پیش‌آزمون بین دو نوع درمان مشاهده نشد.

لطفی‌کاشانی، مجتبیایی و علی‌مهدی (۱۳۹۲) نیز در بررسی اثربخشی درمان شناختی-رفتاری، درمان نگهدارنده با متادون و درمان به سبک کنگره ۶۰ دریافتند درمان شناختی-رفتاری در متغیرهای روابط بین فردی، افسردگی و اضطراب از اثربخشی مناسبی برخوردار است و نتایج بیانگر بهبود پرهیز از مواد ناشی از مداخله‌های کوتاه مدت بود. بنا بر ضرورت انجام پژوهشی که نشان‌دهنده تمایز اثربخشی الگوهای درمانی متفاوت باشد و روش موثرتر را برای مصرف‌کنندگان آمفتامین مشخص نماید، پژوهش حاضر با هدف مقایسه اثربخشی دو الگوی مبتنی بر مراحل تغییر و سرپایی عمقی بر کاهش مشکلات خودتنظیمی و تداوم تغییر اجرا و فرضیه‌های زیر آزمون شد.

۱. میزان اثربخشی مداخله‌ها مبتنی بر الگوی مراحل تغییر و الگوی سرپایی عمقی در کاهش مشکلات خودتنظیمی هیجانی در مردان وابسته به آمفتامین متفاوت است.

۲. میزان اثربخشی مداخله‌ها مبتنی بر الگوی مراحل تغییر و الگوی سرپایی عمقی در بهبود تداوم تغییر در مردان وابسته به آمفتامین متفاوت است.

۳. تفاوت بین اثربخشی دو الگو بر خودتنظیمی و تداوم تغییر در مطالعه پیگیری پایدار می‌ماند.

## روش

روش پژوهش از نوع نیمه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری سه ماهه همراه با گروه گواه و جامعه آماری ۳۲۷ نفر مرد مراجعه‌کننده خود معرف به مرکز درمانی طب رازی در تابستان ۱۳۹۳ بود که از میان آن‌ها ۴۵ نفر به روش نمونه‌گیری در دسترس بعد از غربالگری انتخاب شد. معیارهای ورود به پژوهش شامل وابستگی به آمفتامین، کسب نمره پایین در تداوم تغییر و نمره بالا در مشکلات خودتنظیمی هیجانی، و معیارهای خروج شامل داشتن سابقه جرم، داشتن مشکلات روانپزشکی، افسردگی به تشخیص روانپزشک و پزشک درمانگاه بود. ابتدا بر اساس پرسشنامه غربالگری مقیاس سنجش مراحل تغییر، حدود ۶۵ نفر در مرحله آمادگی برای تغییر مشخص سپس ۴۵ نفر از افرادی که برای شرکت در آزمایش، رضایت داشتند به‌طور تصادفی در دو گروه آزمایشی و یک گروه گواه جایگزین شدند. یک گروه آزمایشی در الگوی سرپایی عمقی و گروه آزمایشی دیگر در الگوی مراحل تغییر به مدت ۱۴ جلسه، هفته‌ای یک جلسه ۹۰ دقیقه‌ای مداخله را دریافت کردند و گروه گواه مداخله‌ای دریافت نکرد.

## ابزار پژوهش

۱. **مقیاس سنجش تغییر.** مقیاس سنجش تغییر دانشگاه رودآیلند توسط پروچاسکا و دیکلمنته (۲۰۰۵) ساخته شده و دارای چهار خرده‌مقیاس و ۳۲ سوال بسته پاسخ ۵ گزینه‌ای لیکرتی از کاملاً موافق = ۱، تا کاملاً مخالف = ۵ است. مرحله پیش از تأمل با سوال‌های ۱، ۵، ۱۱، ۱۳، ۲۳، ۲۶، ۲۹، ۳۱؛ مرحله تأمل برای تغییر با سوال‌های ۲، ۴، ۸، ۱۲، ۱۵، ۱۹، ۲۱، ۲۴؛ مرحله اقدام برای تغییر با سوال‌های ۳، ۷، ۱۰، ۱۴، ۲۰، ۲۵، ۳۰ و مرحله تداوم تغییر با سوال‌های ۶، ۹، ۱۶، ۱۸، ۲۲، ۲۷، ۲۸، ۳۲ سنجیده می‌شود. پایایی آزمون با محاسبه آلفای کرونباخ، ۰/۷۷ تا ۰/۷۹ گزارش شده است (پروچاسکا و دیکلمنته، ۲۰۰۵). ویژگی‌های روان‌سنجی مقیاس سنجش تغییر در مورد نمونه جوانان معتاد ایرانی بررسی و پایایی مقیاس با استفاده از روش آلفای کرونباخ ۰/۸۲ و روش تنصیف ۰/۷۹ گزارش شده است که نشانگر پایا بودن مقیاس در نمونه معتادان ایرانی است. روایی محتوایی مقیاس از طریق نظرسنجی از متخصصان اعتیاد بررسی و ۰/۷۶ گزارش شده است (جعفری، ۱۳۸۷). در پژوهش حاضر برای سنجش متغیر تداوم تغییر در مراحل پس‌آزمون و پیگیری سوال‌های مرحله تداوم تغییر به کار رفت و نیز ضریب آلفای کرونباخ این مقیاس ۰/۷۹ به‌دست آمد.

## ۲. پرسشنامه مشکلات خودتنظیمی هیجانی<sup>۱</sup>. این پرسشنامه توسط گراتز و رومر (۲۰۰۴)

برای سنجش مشکلات تنظیم هیجانی تهیه شده که دارای ۳۶ سوال چندبعدی لیکرتی پنج درجه‌ای برای محاسبه نمره کل و شش خرده‌مقیاس است که نمره کل بین ۳۶ تا ۱۸۰ قرار می‌گیرد. نمره‌های بالا بیانگر مشکلات تنظیم هیجانی بیشتر و یا ضعف در خودتنظیمی هیجانی است. علاوه بر نمره کل، شامل نمره شش خرده‌مقیاس است که عدم پذیرش هیجان‌ها با سوال‌های ۱۱، ۱۲، ۲۱، ۲۳، ۲۵، ۲۹ زیرمقیاس اهداف با سوال‌های ۱۳، ۱۸، ۲۰، ۲۶، ۳۳ زیرمقیاس تکانه‌ها با سوال‌های ۳، ۱۴، ۱۹، ۲۴، ۲۷، ۳۲؛ زیرمقیاس آگاهی با سوال‌های ۲، ۶، ۸، ۱۰، ۱۷، ۳۴؛ زیرمقیاس استفاده از راهبردها با سوال‌های ۱۵، ۱۶، ۲۲، ۲۸، ۳۰، ۳۱، ۳۵، ۳۶ و زیرمقیاس وضوح در هیجان‌ها با سوال‌های ۴، ۵، ۷، ۹ سنجیده می‌شود. این پرسشنامه علاوه بر این تنظیم هیجانی مشکل در تنظیم هیجانی را نیز ارزیابی می‌کند؛ اما بیشتر بر مشکل‌های خودتنظیمی متمرکز است (گراتز و رومر، ۲۰۰۴). گراتز و رومر (۲۰۰۴) در بررسی روایی و پایایی پرسشنامه همبستگی درونی آلفای کرونباخ مقیاس را برای نمره کل ۰/۹۳، عدم پذیرش هیجان‌ها ۰/۸۵، رفتارهای هدف‌محور ۰/۸۹، کنترل تکانه‌ها ۰/۸۶، ضعف در آگاهی هیجانی ۰/۸۰، عدم دستیابی به راهبردها ۰/۸۸ و وضوح هیجان‌ها ۰/۸۴؛ همچنین پایایی مقیاس را با روش ضریب همبستگی آزمون-بازآزمون بعد از هشت هفته برای نمره کل ۰/۸۸، عدم پذیرش هیجان‌ها ۰/۶۹، رفتارهای هدف‌محور ۰/۶۹، کنترل تکانه‌ها ۰/۵۷، ضعف در آگاهی هیجانی ۰/۶۸، عدم دستیابی به استراتژی‌ها ۰/۶۹ و وضوح هیجان‌ها ۰/۸۰ گزارش کرده‌اند. در ایران خانزاده، سعیدیان، حسین چاری و ادیسی (۱۳۹۱) پایایی مقیاس را با استفاده از آلفای کرونباخ برای شش خرده‌مقیاس بین ۰/۶۶ تا ۰/۸۸ و پایایی بازآزمون آن را در دامنه بین ۰/۷۹ تا ۰/۹۱ گزارش کرده‌اند. ضریب آلفای کرونباخ این پرسشنامه در پژوهش حاضر برابر با ۰/۸۵ محاسبه شد.

## ۳. برنامه درمانی مداخله مبتنی بر الگوی مراحل تغییر. در این پژوهش برای اجرای جلسه‌ها

از راهنمای مداخله‌های مبتنی بر الگوی مراحل تغییر (ولاسکوئز، ۲۰۰۱؛ ترجمه نورانی‌پور، ۱۳۸۶) مبتنی بر کتاب گروه درمانی معتادان: راهنمای شیوه درمانی مراحل تغییر استفاده شد. در رابطه با اعتبار، روایی و اهمیت الگوی مراحل تغییر برای درمان اعتیاد، پژوهش‌ها نشان داده‌اند در طول سی سال گذشته کمتر الگویی را می‌توان یافت که به اندازه الگوی تغییر رفتار بر درمان اعتیاد تاثیر گذاشته باشد (گریفتین و بوتوین، ۲۰۰۹). این برنامه در ۱۴ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای به صورت گروهی به شرح زیر اجرا شد.

1. difficulties in emotion regulation scale (DERS)

## Archive of SID

**جلسه اول.** هدف این جلسه غربالگری و ارزیابی اولیه افراد به‌طور انفرادی و ایجاد فضایی امن و آرام برای اعضاء بود. در این جلسه ارزیابی اولیه انجام، تاریخچه مصرف گرفته شد، سپس دلایل ترک هر یک از اعضاء جهت شناسایی انگیزه آن‌ها برای ترک جستجو و در مورد انگیزه و تاثیر آن بر ترک بحث شد.

**جلسه دوم.** هدف جلسه دوم ارائه مفهوم فرایند تغییر و الگوی مراحل تغییر بود و بیشتر در مورد افزایش انگیزه برای ترک بحث شد. همچنین در مورد پیامدهای مصرف در مقایسه با گذشته و آینده استدلال‌های علمی صورت گرفت و تمرین قضاوت و تصمیم‌گیری فردی در مورد ترک انجام شد؛ به‌طوری‌که هدف فرایند تغییر بر افزایش انگیزه و ایجاد توان تصمیم ترک متمرکز بود.

**جلسه سوم.** در این جلسه علاوه بر تکرار بحث در مورد الگوی مراحل تغییر، تمرین‌های تصمیم‌گیری بررسی شد. هدف فرایند تغییر در این جلسه افزایش خودآگاهی در مورد هیجان‌ها، افکار و رفتارهای مرتبط با اعتیاد و توان مقایسه خود با معیارهای سلامت و دوران پاک‌ی بود.

**جلسه چهارم.** هدف این جلسه علاوه بر افزایش خودآگاهی هیجانی-رفتاری بر تقویت خودکنترلی متمرکز بود. همچنین به فنون شناسایی برانگیزاننده‌ها پرداخته شد. هدف فرایند تغییر در این جلسه مهار محرک برانگیزاننده و خودکنترلی یا خودتنظیمی بود که به افراد آموزش داده شد.

**جلسه پنجم.** هدف این جلسه تقویت کلامی، اجتماعی اقدام‌های موفقیت‌آمیز مراجعین برای غلبه بر وسوسه‌کننده‌ها یا برانگیزان‌ها بود و هدف فرایند تغییر بر مدیریت تقویت متمرکز بود.

**جلسه ششم.** تمرکز این جلسه بر ارتباط بین محرک و پاسخ بود؛ و بر اهداف فرایند تغییر برای شرطی‌سازی تقابلی و مدیریت تقویت درباره مقابله با محرک‌ها تأکید شد.

**جلسه هفتم.** در این جلسه به‌عنوان حد وسط درمان، تمرین‌های جلسه‌های گذشته در مورد شناسایی و کنترل افکار، مهار محرک، شرطی‌سازی تقابلی و مدیریت تقویت مرور و بر اهداف فرایند تغییر بر تعمیق تغییرات به‌وجود آمده و تحکیم عادت‌های جدید تمرکز شد.

**جلسه هشتم.** در این جلسه علاوه بر مهار محرک‌های برانگیزاننده، به شرطی‌سازی تقابلی درباره رفتارهای اعتیادی و نحوه مدیریت آن‌ها، و نیز به واکنش احتمالی بعد از شکست درمانی اشاره شد.

**جلسه نهم.** هدف این جلسه تعهدسپاری مجدد بعد از وقوع یک لغزش یا وسوسه برای مصرف بود. تعهدسپاری به‌معنی پایبندی فرد مصرف‌کننده به نتایج درمانی موفق یا ناموفق اطلاق می‌شود که بر طبق آن اتکا به‌خود و انتظار از خود برای مقابله با وسوسه مورد نظر است. هدف فرایند تغییر در این جلسه آزادسازی خود به‌معنای استفاده از نیروی بالقوه درونی بود.

جلسه دهم، در این جلسه علاوه بر تمرین‌های آزادسازی درونی و شخصی، به بحث در حمایت اجتماعی یا نیروهای جمعی و گروهی در کسب کمک پرداخته شد. هدف فرایند تغییر در این جلسه گسترش روابط یاورانه با دوستان سالم و خانواده و جامعه بود.

جلسه یازدهم، هدف جلسه شناسایی نیازها و منابع اجتماعی برای آینده بود تا از طریق آن افراد بتوانند به گسترش روابط اجتماعی نائل شوند. هدف فرایند تغییر تعمیق آزادسازی اجتماعی بود.

جلسه دوازدهم، ارائه آگاهی و آموزش برنامه مقابله چند منظوره به مراجعین جهت استفاده از تمام توان شخصی و اجتماعی هدف این جلسه بود. مقابله چند منظوره شامل پیش‌بینی موقعیت‌های خطر آفرین به صورت شخصی و گروهی جهت آمادگی برای مقابله با اعتیاد بود.

جلسه سیزدهم، جلسه‌ها برای آمادگی به پایان دادن به گروه مرور شد. هدف فرایند تغییر در این جلسه افزایش خودتنظیمی هیجانی و مقابله با مشکل‌های درونی و بیرونی راه انداز اعتیاد بود.

جلسه چهاردهم، در این جلسه مباحث مطرح شده در طول درمان جهت تعمیق تغییرهای درمانی نتیجه‌گیری و مباحث دوره درمانی جمع‌بندی و اختتام درمان اعلام شد. ارزیابی پس از درمان انجام گرفت و رضایت برای حضور در جلسه پیگیری از همه افراد گرفته شد.

۴. ساختار درمان ماتریکس سرپایی عمقی. در این پژوهش برای اجرای جلسه‌ها از راهنمایی مداخله الگوی سرپایی عمقی مؤسسه ماتریکس (۲۰۰۶؛ ترجمه براتی سده و هاشمی میناباد، ۱۳۹۱) بر اساس کتاب راهنمای عملی درمان سرپایی چند جانبه اختلال‌های مصرف مواد محرک «درمان چندجانبه سرپایی مواد محرک» استفاده شد. نتایج این مطالعه‌ها مبنی بر تضمین مفید بودن آن بوده، و کفایت آن مناسب و کافی برآورد شده است (اوبرت و همکاران، ۲۰۰۶). این برنامه در ۱۴ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای به صورت گروهی به شرح زیر اجرا شد.

جلسه اول. هدف این جلسه غربالگری و ارزیابی اولیه افراد به طور انفرادی و ایجاد فضای امن و آرام بود. ارزیابی اولیه انجام و تاریخچه مصرف گرفته شد، سپس مهارت‌های بهبودی اولیه و توقف چرخه باطل مصرف مواد توصیف شد.

جلسه دوم، هدف این جلسه آموزش فنون شناسایی وسوسه کننده‌های بیرونی و آغازگر مصرف بود که بر اساس آن تکالیف تحلیل رفتار ارائه شد.

جلسه سوم، در این جلسه وسوسه کننده‌های درونی آغازگر مصرف و نیز عوامل هیجانی یا بی‌نظمی‌های هیجانی به عنوان راه‌انداز وسوسه مصرف شناسایی شد.

جلسه چهارم، درباره الگوی شناخت شیمی بدن در دوره بهبودی و مشکلات شایع درمان برای ارزیابی دقیق تغییرهای درونی و تفکیک آن‌ها از عوامل هیجانی جهت کنترل عادت‌ها بحث شد.

جلسه پنجم، در این جلسه اجزای روان شامل فکر، احساس و رفتار تبیین شد و درباره چگونگی تأثیر آن‌ها بر آغاز مصرف مواد در گذشته و آینده بحث شد.

جلسه ششم. در این جلسه به برخی از عوامل همچون بی‌حوصلگی، خستگی و دل‌تنگی که در زمان حال و یا آینده ممکن است موجب تحریک میل به مصرف شود اشاره و برای جلوگیری از این بی‌نظمی‌های هیجانی و حالتی راه‌کارهای تغییر رفتار و گسترش سبک زندگی سالم ارائه شد. جلسه هفتم. در این جلسه در مورد اهمیت اشتغال و بهبودی، مشغولیت و سرگرمی سالم که سبک سلامت محور را تضمین می‌کند صحبت شد و مراجعین تشویق شدند تا برای تعمیق تغییرات به‌وجود آمده وارد فعالیت‌های اقتصادی و اجتماعی شوند.

جلسه هشتم. در این جلسه به‌عنوان حد وسط درمان که احتمال می‌رود مراجعان معتاد دچار لغزش یا وسوسه شوند و در مورد صداقت و رو راستی به‌هنگام لغزش صحبت شد تا بتوانند با آگاهی از این وسوسه‌ها از لغزش پیشگیری کنند و همچنین اعتماد و اتکا خود را به‌درمان و درمان‌گر افزایش دهند.

جلسه نهم. هدف این جلسه در راستای پیشگیری از لغزش، تأکید بر پاک‌ی و پرهیز کامل یا همیشگی بود؛ تا به پایداری و تحکیم پاک‌ی به‌وجود آمده نائل شوند.

جلسه دهم. در این جلسه فنون درمان تغییر افکار و باورهای غیرمنطقی و ناکارآمد در مورد مصرف مواد ارائه و آموزش داده شد. علاوه بر این در مورد توجیه بازگشت و شناسایی علل بازگشت به مصرف، آموزش پیشگیری از بازگشت از طریق پیش‌بینی فکر، وسوسه و میل صحبت شد.

جلسه یازدهم. در این جلسه آمادگی قبلی و تأثیر آن‌ها بر جلوگیری از بازگشت به مصرف مواد تشریح و نیز کمک‌گیری از دیگران به‌هنگام احتمال لغزش یا بازگشت به مصرف آموزش داده شد. جلسه دوازدهم. در این جلسه نحوه آشنایی با گروه‌های خودیار آموزش داده شد و شرکت در آن‌ها توصیه شد.

جلسه سیزدهم. در این جلسه راه‌کارها جمع‌بندی و برنامه مقابله چند منظوره شامل پیش‌بینی موقعیت‌های خطرآفرین و تدوین راه‌کار مناسب درون‌محور و اجتماع محور ارائه شد.

جلسه چهاردهم. در این جلسه مباحث مطرح شده در طول درمان جهت تعمیق تغییرات درمانی نتیجه‌گیری و مباحث دوره درمانی جمع‌بندی و اختتام درمان اعلام شد. ارزیابی پس از درمان انجام و رضایت برای حضور در جلسه پیگیری از همه افراد گرفته شد.

**شیوه اجرا.** بعد از غربالگری افراد به‌طور انفرادی، با استفاده از مقیاس سنجش تغییر، از بین واجدین شرایط ورود به درمان که شامل واقع بودن در مرحله آمادگی برای تغییر، وابستگی به آفتامین و سن جوانی بود؛ پرسشنامه‌ها در مرحله پیش آزمون به روش خودسنجی به‌طور متوالی در طی چهار مرحله غربالگری، پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری از خرداد تا دی ماه ۱۳۹۳ توسط آزمودنی‌ها تکمیل و سپس دو شیوه درمانی در دو گروه آزمایشی در مرکز رازی طب منطقه هفت شهر تهران اجرا شد. گروه گواه مداخله پس از اتمام پژوهش طی ۷ جلسه تحت درمان قرار گرفت.



## یافته‌ها

میانگین سنی گروه سرپایی عمقی برابر با ۲۹، گروه الگوی مراحل تغییر برابر ۲۷ و گروه گواه برابر ۲۸ و انحراف معیار گروه‌ها به ترتیب برابر ۶/۸۳، ۵/۷۷ و ۴/۶۶ بود. میانگین مدت زمان اعتیاد در گروه سرپایی عمقی ۳/۶۰ سال، گروه مراحل تغییر ۴/۵۳ سال و گروه گواه ۴ سال و انحراف معیار گروه‌ها به ترتیب برابر ۱/۲۷، ۱/۷۱ و ۲ بود. تحصیلات اعضاء گروه حداقل ابتدایی تا حداکثر دکتری با انحراف معیار ۱/۱۸ بود که ۴۸ درصد اعضاء گروه سرپایی عمقی تحصیلات زیر لیسانس و ۵۲ درصد لیسانس و بالاتر؛ گروه مراحل تغییر ۵۰ درصد زیر لیسانس و ۵۰ درصد لیسانس و بالاتر؛ و در گروه گواه ۵۵ درصد زیر لیسانس و ۴۵ درصد تحصیلات لیسانس و بالاتر داشتند. از لحاظ وضعیت تأهل در کل ۴۳ درصد افراد مجرد و ۵۷ درصد متأهل بودند که در گروه سرپایی عمقی ۵۱ درصد متأهل و ۴۹ درصد مجرد، در گروه مراحل تغییر ۴۴ درصد متأهل و ۵۶ درصد مجرد، در گروه گواه ۳۴ درصد متأهل و ۶۶ درصد مجرد بودند. از نظر وضعیت شغلی اعضاء در کل ۳۵ درصد بیکار و ۶۵ درصد شاغل بودند. به این ترتیب که ۳۹ درصد گروه سرپایی عمقی بیکار و ۶۱ درصد شاغل، گروه مراحل تغییر ۴۴ درصد بیکار و ۵۶ درصد شاغل و در گروه گواه نیز ۲۲ درصد بیکار و ۷۸ درصد شاغل بودند. میانگین درآمد کل ۴۵ نفر حدود ۲ میلیون تومان بود.

جدول ۱ شاخص‌های توصیفی خودتنظیمی و تداوم تغییر سه گروه در سه مرحله ارزیابی

متغیر وابسته	گروه‌ها	پیش‌آزمون		پس‌آزمون		پیگیری
		میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	
خودتنظیمی	الگوی سرپایی عمقی	۱۱۶/۶۶	۱۰/۷۹	۸۹/۵۳	۱۳/۷۴	۸۵/۶۰
	الگوی مراحل تغییر	۱۰۶/۸۶	۵/۱۵	۸۸/۵۳	۷/۴۰	۸۹/۹۳
	گروه گواه	۱۰۶/۵۳	۳/۶۸	۱۰۷/۲۰	۵/۶۹	۱۰۷/۲۳
تداوم تغییر	الگوی سرپایی عمقی	۲۲/۴۰	۳/۰۴	۳۱/۹۳	۴/۳۶	۳۰/۲۶
	الگوی مراحل تغییر	۲۳/۷۳	۲/۶۸	۳۷/۱۳	۳/۰۶	۳۸/۲۰
	گروه گواه	۲۶/۰۶	۲/۸۲	۲۲/۷۳	۶/۳۶	۲۵/۱۵

جدول ۱ تفاوت در میانگین‌های دو گروه آزمایش را در مرحله پس‌آزمون و پیگیری در مقایسه با پیش‌آزمون نسبت به گروه گواه نشان می‌دهد.

جدول ۲. نتایج آزمون کولموگروف - اسمیرنوف در مورد توزیع طبیعی بودن نمره‌های پس‌آزمون

متغیرها	آماره	درجه آزادی	سطح معناداری
مشکلات خودتنظیمی	۰/۴۴۲	۴۵	۰/۹۹۰
تداوم تغییر	۰/۶۰۶	۴۵	۰/۸۵۷

در جدول ۲ بر اساس عدم معناداری نتایج آزمون کولموگروف-اسمیرنوف برای هر دو متغیر، می‌توان نتیجه گرفت که شرط توزیع طبیعی نمره‌ها در پس‌آزمون رعایت شده است.

### جدول ۳. نتایج آزمون لوین در مورد همسانی واریانس‌های نمره‌های پس‌آزمون متغیرها

متغیرها	F	درجه آزادی ۱	درجه آزادی ۲	سطح معناداری
مشکلات خودتنظیمی	۱/۷۵	۲	۴۰	۰/۱۸۷
تداوم تغییر	۰/۳۹۳	۲	۴۰	۰/۶۷۸

در جدول ۳ بر اساس عدم معناداری نتایج آزمون لوین برای هر دو متغیر، می‌توان نتیجه گرفت که شرط برابری واریانس‌های سه گروه در پس‌آزمون رعایت شده است.

### جدول ۴. نتایج تحلیل کوواریانس تأثیر برنامه‌های مداخله بر متغیرهای وابسته در بین گروه‌ها

متغیرها	منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	مجذور اتا
خودتنظیمی	پیش‌آزمون گروه‌ها	۱۹۴/۰۸۶	۱	۱۹۴/۰۸۶	۳/۰۴	۰/۰۷
	واریانس خطا	۲۱۳۵/۲۹	۲	۱۰۶۷/۶۴	۱۶/۷۵**	۰/۴۲
	مجموع	۲۴۸۵/۸۱	۳۹	۶۳/۷۳		
تداوم تغییر	پیش‌آزمون گروه‌ها	۴۸۹۵/۱۸۶	۴۲	۱۱۶/۵۴	۰/۴۶	۰/۰۱
	واریانس خطا	۱۹۰۹/۸۵	۲	۹۷۴/۹۳	۶۵/۰۳**	۰/۷۶
	مجموع	۵۷۲/۶۹	۳۹	۱۴/۶۸		
		۲۴۸۹/۳۳	۴۲			

\* $P < 0.05$  \*\* $P < 0.01$

از جدول ۴ استنتاج می‌شود با کنترل اثر تکرار که معنادار نبود، تفاوت معناداری در بین گروه‌ها، بین مقادیر متغیرهای وابسته در پس‌آزمون نسبت به پیش‌آزمون به‌وجود آمده است. این نتیجه بیانگر اثربخشی مداخله‌ها در گروه‌های آزمایشی است. این اثر از طریق عامل گروهی وارد شده و مقدار اثر آن به‌وسیله مقدار اتا قابل مشاهده است؛ که بیشترین مقدار اتا یا ضریب تأثیر برای تداوم تغییر = ۰/۷۶ است. لذا بر اساس این نتایج، فرضیه اول پژوهش مبنی بر تفاوت معنادار بین اثربخشی درمان با الگوی مراحل تغییر و سرپایی عمقی بر خودتنظیمی و همچنین فرضیه دوم پژوهش نیز مبنی بر تفاوت معنادار بین اثربخشی الگوی سرپایی عمقی و مراحل تغییر تأیید می‌شود.

### جدول ۵. همسانی واریانس‌های پس‌آزمون متغیرها در سه گروه با آزمون کرویت موخلی

منبع	موخلی	خی دو	درجه آزادی	سطح معناداری
گروه	۰/۹۶	۲۸/۹۶	۵	۰/۶۸

طبق نتایج جدول ۵ با توجه به عدم معناداری نتایج آزمون موخلی فرض کرویت و مفروضه همگنی ماتریس کوواریانس داده‌ها میان گروه‌ها رعایت شده است.

**جدول ۶. تحلیل واریانس اندازه‌گیری مکرر برای مقایسه نمره‌های سه مرحله در گروه‌های آزمایش**

متغیرها	منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	مجذورات
مفروضه کرویت	۸۱۶/۸۴	۴	۲۰۴/۲۱	۶/۳۲	۰/۹۹	
خودتنظیمی	گرین هاوس-گیز	۸۱۶/۸۴	۳/۲۷	۲۴۹/۵۰	۶/۳۲	۰/۹۹
هایان-فیلد	۸۱۶/۸۴	۳/۵۶	۲۲۹/۱۱	۶/۳۲	۰/۹۹	
حدپایین	۸۱۶/۸۴	۲	۴۰۸/۴۲	۶/۳۲	۰/۹۹	
مفروضه کرویت	۱۱۲۸۷/۳۲	۸	۱۴۱۰/۹۱	۱۹۶/۹۱	۰/۸۵	
تداوم تغییر	گرین هاوس-گیز	۱۱۲۸۷/۳۲	۵/۰۶	۲۲۲۹/۲۶	۱۹۶/۹۱	۰/۸۵
هایان-فیلد	۱۱۲۸۷/۳۲	۶/۴۵	۱۷۴۹/۱۵	۱۹۶/۹۱	۰/۸۵	
حدپایین	۱۱۲۸۷/۳۲	۱	۱۱۲۸/۳۲	۱۹۶/۹۱	۰/۸۵	

جدول ۶ نشان می‌دهد تفاوت بین میانگین هر دو متغیر خودتنظیمی و تداوم تغییر در سه مرحله معنادار است. بنابراین جهت مقایسه گروه‌ها از آزمون تعقیبی بونفرونی استفاده شد.

**جدول ۷. آزمون تعقیبی بونفرونی برای مقایسه میانگین پس آزمون و پیگیری با پیش آزمون**

متغیر وابسته	گروه‌ها	پس آزمون - پیش آزمون	پیگیری - پیش آزمون
گروه گواه	گروه وابسته	تفاوت میانگین	خطای انحراف معیار
خودتنظیمی	الگوی سرپایی عمقی	تفاوت میانگین	تفاوت میانگین
	الگوی مراحل تغییر	۶/۸۷*	۲/۹۸
	گروه گواه	۲۲/۴۶**	۳/۴۷
	الگوی مراحل تغییر	۱۵/۵۹**	۳/۹۶
تداوم تغییر	الگوی سرپایی عمقی	۳/۸۲	۱/۶۳
	الگوی مراحل تغییر	۱۴/۵۶**	۱/۹۰
	گروه گواه	۱۸/۳۹**	۱/۶۲
	الگوی مراحل تغییر	۵/۲۰**	۱/۶۷

\* $P < 0.05$  \*\* $P < 0.01$

در جدول ۷ مشاهده می‌شود تفاوت بین گروه‌های آزمایش و گواه معنادار است. مقایسه دو به دوی گروه‌های مبتنی بر سرپایی عمقی و مراحل تغییر بیانگر تفاوت معنی‌دار در میانگین خودتنظیمی و تداوم تغییر بین دو گروه آزمایش است. همچنین تفاوت اثر بخشی دو نوع درمان بر خودتنظیمی و تداوم تغییر در طول زمان و ارزیابی پیگیری سه ماهه بین گروه‌های مبتنی بر سرپایی عمقی و مراحل تغییر نیز پایدار مانده است.

## بحث و نتیجه گیری

نتایج پژوهش حاضر نشان داد هر دو مداخله مبتنی بر الگوی سرپایی عمقی و مراحل تغییر برای کاهش مشکلات خودتنظیمی هیجانی و بهبود تداوم تغییر در مردان وابسته به اقماتمین مؤثر و این اثر در طی زمان ماندگار هستند. این یافته همسو با نتایج مطالعه سیت، فرانچسکا و کوین (۲۰۱۱) است که نشان دادند مداخله بر بهبود خودتنظیمی هیجانی و کاهش فراوانی عود مصرف و تداوم پرهیز از مواد موثر بود و خودتنظیمی به‌عنوان عاملی مهم در افزایش کنترل رفتاری بیماران اعتیاد در نظر گرفته شد. همچنین با یافته توکلی‌فرد، ستوده، منصوری، آذر دوست (۱۳۹۲) که به مقایسه اثربخشی گروه درمانی شناختی-رفتاری و شیوه درمانی ماتریکس در بهبود راهبردهای مقابله‌ای و پیشگیری از عود سوءمصرف کنندگان مواد محرک در معتادان شهر رشت پرداختند و به این نتیجه رسیدند که درمان ماتریکس نسبت به گروه درمانی شناختی-رفتاری تاثیرگذاری بیشتری بر بهبود راهبردهای مقابله‌ای در بیماران دارد؛ همسو هست. اما با یافته‌های میشل و همکاران (۲۰۱۳) ناهمسو است که به مقایسه اثربخشی درمان سرپایی عمقی با درمان سرپایی استاندارد در افراد تحت درمان با بوپره نورفین پرداختند و به این نتیجه رسیدند که تفاوت معناداری بین اثربخشی درمان‌های سرپایی عمقی و سرپایی استاندارد بر شاخص‌های برون‌داد درمانی، حتی بعد از کنترل معیارهای وابستگی به کوکائین در پیش‌آزمون، بین دو نوع درمان وجود ندارد. در تبیین این ناهمسوئی بین یافته‌ها می‌توان به عواملی هم‌چون تفاوت نمونه‌ها بر اساس ماده مورد سوءمصرف، شاخص‌ها یا متغیرهای سنجش و نوع درمان مورد استفاده، اشاره کرد. همچنین به‌نظر چلیسا، تله‌بانو و ویستا (۲۰۱۳) استناد کرد که معتقدند اگر چنان‌چه هدف درمان، علاج پایدار یا قطع کامل در کوتاه مدت باشد، درمان سوءمصرف مواد محکوم به شکست است. اما اگر اعتیاد به مواد یک اختلال مزمن و عودکننده در نظر گرفته شود، درمان آن یک فرایند پیش‌رونده است.

علاوه بر این اعتقاد هنان، بدر و فیلیپ (۲۰۰۵) بر این است که شکست بیشتر برنامه‌های مربوط به ترک اعتیاد ممکن است به‌خاطر در نظر نگرفتن نقش خودتنظیمی افراد، به‌عنوان عاملی ضروری در تغییر رفتارهای مضر همچون اعتیاد باشد. بر این اساس در نظر گرفتن خودتنظیمی، یک اصل کلیدی برای تمایز میان ایجاد و توانایی حفظ یا تداوم تغییر رفتاری به‌شمار می‌رود که از طریق تغییر آن می‌توان به ترک اعتیاد در افراد وابسته به مواد کمک کرد (مهربابی‌زاده هنرمند، کریم نژاد و خواجه دین، ۱۳۹۳).

یافته دیگر پژوهش حاضر تفاوت اثربخشی درمان مبتنی بر الگوی سرپایی عمقی و مراحل تغییر بر تداوم تغییر بود که این یافته همسو با نتایج هاریوندی، شیخانی و نوروزی (۲۰۱۴) است که در پژوهشی تحت عنوان "اثربخشی درمان‌های انگیزشی بر تداوم پرهیز در افراد وابسته به مواد" به این نتیجه رسیدند که فنون انگیزشی تأثیر زیادی در برانگیختن افراد برای تداوم پرهیز دارد. همسو

با این یافته مهرابی‌زاده هنرمند، کریم نژاد و خواجه‌الدین (۲۰۱۴) نیز به این نکته اشاره دارند که روش‌های تغییر مرحله‌ای، پیشنهاد خوبی برای کمک به بیماران وابسته به مواد و تداوم پرهیز در آن‌ها است. در الگوی مراحل تغییر رفتار اعتیادی مانند سیگار کشیدن، مشروب خوردن، مصرف مواد، قماربازی و جز آن به‌عنوان رفتاری در نظر گرفته می‌شود که در هر مرحله از تغییر، به درمان‌ها و مداخله‌های متنوعی پاسخ می‌دهد. گورینی (۲۰۱۲) در مورد الگوی مراحل تغییر بیان می‌کند که افراد چگونه تغییراتی را در خود ایجاد می‌کنند. املی، جاسچا، نانی و جوهانس (۲۰۰۸) معتقدند این الگو به‌ویژه اشاره می‌کند که برای هر مرحله از تغییر باید مداخله‌های متفاوتی انجام شود. به‌طور مثال اکبری و حسینی (۲۰۱۴)، حمیدی و حجت (۲۰۱۴) و مارک (۲۰۱۳) در مقایسه اثربخشی الگوهای درمانی روان‌شناختی متفاوت بر متغیرهای مرتبط با ترک اعتیاد نتیجه گرفته‌اند هر کدام از درمان‌ها تناسب خاصی با بعضی از گروه‌های اعتیادی و پرهیز از اعتیاد دارند. همچنین در الگوی مراحل تغییر که برای ترک سیگار و الکل تدوین شده است، مکانیسم فرضی برای تغییر درمانی، هماهنگ ساختن نظام شناختی فرد به‌صورت نزدیک‌تری با واقعیت زندگی او است، تا مسئولیت زندگی و تغییرات موردنظر در آن را بپذیرد و کمتر به هیجان‌ها و کنترل هیجانی تمرکز کند (هاربوندی و همکاران، ۲۰۱۴). به‌ویژه بعضی فرایندهای درمانی بر آزادسازی شخصی و اجتماعی تأکید دارند که می‌تواند مانع تنظیم هیجانی شود. بنابراین نقش توانایی‌های شناختی و رفتاری خود مراجع در قبول کردن امکان تغییر توسط خود او هدف درمان الگوی مراحل تغییر است. یافته‌های این پژوهش در راستای مبانی نظری الگوی مراحل تغییر بود و کاربرد بالینی این یافته‌ها بر اساس الگوی تبیینی مذکور این است که به اصلاح نظام شناختی و انگیزشی فرد اهمیت بیشتری داده شود نه این‌که از او خواسته شود تا در مقابله با موقعیت‌های پر خطر از آن‌ها اجتناب کند؛ چون بسیاری از موقعیت‌ها و هیجان‌ها اجتناب‌ناپذیرند (ربانی باوجدان، ربانی باوجدان، نیک آذین، کاویانی و خضری، ۱۳۹۱).

تبیین اثربخشی بیشتر الگوی سرپایی عمقی بر کاهش مشکلات خودتنظیمی هیجانی در دوره پیگیری را می‌توان هم به عمیق بودن هیجان‌ها و تأثیرپذیری پایدار و پیش‌رونده هیجان‌ها ربط داد و هم به گستردگی و جامع بودن فنون مورد استفاده در الگوی سرپایی عمقی که تلفیقی از برنامه‌های شناختی-رفتاری، مهارت‌های مقابله‌ای، آموزش خانواده و گروه‌های همیار است. در نتیجه باعث کاهش بیشتر مشکلات هیجانی در این گروه می‌شود. در تبیین دیگر تفاوت الگوهای پژوهش حاضر می‌توان گفت که الگوی مراحل تغییر چون از رویکردها، نظریه‌ها و فنون گوناگون انگیزشی، انسان‌گرایانه و حمایتی استفاده می‌کند (پروچاسکا و دیکلمننه، ۲۰۰۵) بنابراین اثرگذاری آن در مقایسه با درمان سرپایی عمقی که رویکردی مشکل‌مدار و متمرکز بر موضوع ویژه‌ای است، بر تداوم تغییر بیشتر و پایدارتر بوده است. این یافته بدین معنی است که الگوی

## Archive of SID

مراحل تغییر که الگویی ترکیبی یا تلفیقی محسوب می‌شود جهت بهبود پاکی و تداوم تغییر افراد که به باور فرد در مورد شایستگی خود برای مقابله با دامنه وسیعی از خواسته‌های استرس‌زا یا چالش برانگیز گفته می‌شود، مؤثرتر از درمان سرپایی عمقی است که اختصاصی و مسئله محور است. بنابراین در تصمیم‌گیری به منظور ارتقای تداوم تغییر مردان وابسته به آمفتامین، که عاملی تعیین‌کننده در احساس توانمندی برای مقابله مستمر با اعتیاد محسوب می‌شود، می‌توان از الگوی مراحل تغییر بیشتر سود برد. همچنین با ایجاد تغییرات هدفمند در تنظیم هیجانی، شناختی و رفتاری بر اساس الگوی سرپایی عمقی که الگوی مناسبی به نظر می‌رسد، می‌توان نتایج بهتری را در درمان معتادین کسب کرد.

بر اساس یافته‌های حاصل از این پژوهش مبنی بر اثربخشی هر دو الگوی مداخله بر کاهش مشکلات خودتنظیمی و بهبود تداوم تغییر در مردان وابسته به آمفتامین، پیشنهاد می‌شود چنین پژوهشی بر نمونه زنان وابسته به آمفتامین نیز انجام پذیرد تا تعمیم‌پذیری یافته‌های پژوهش حاضر بر گروه زنان که وابستگی آن‌ها به آمفتامین دلایل متفاوت و الگوی تبیینی متفاوتی با مردان دارد روشن شود. همچنین با توجه به اثربخشی متفاوت دو الگوی سرپایی عمقی و مراحل تغییر بر خودتنظیمی و تداوم تغییر در گروه مردان وابسته به آمفتامین، بهتر است این پژوهش در مورد افراد وابسته به مواد افیونی نیز مطالعه شود تا تناسب مداخله‌ها بر اساس متغیرهای وابسته بیشتر روشن شود. در نهایت می‌توان پیشنهاد کرد که یافته‌های پژوهش حاضر در مراکز ترک اعتیاد می‌تواند تناسب درمانی را برای بیماران اعتیاد فراهم آورد و به درمان‌گران در انتخاب درمان مناسب برای گروه‌ها کمک کند.

## منابع

براتی سیده، فرید. و هاشمی میناباد، سیدحسن. (۱۳۹۱). *راهنمای درمان ویژه مشاور. درمان سرپایی عمقی/اختلالات مصرف مواد محرک و برنامه ماتریکس*. تهران: سازمان بهزیستی.

توکلی فرد، مهنوش، ستوده، امید، منصوری، سعیده سادات، و آذر دوست، بهتاج. (۱۳۹۲). مقایسه اثربخشی درمان شناختی-رفتاری و درمان به روش ماتریکس در تغییر راهبردهای مقابله‌ای و پیشگیری از عود در سوءمصرف کنندگان مواد محرک. *هفتمین کنگره ملی دانش اعتیاد*. ایران.

## تهران

جعفری، مصطفی، شهیدی، شهریار، و عابدین، علیرضا. (۱۳۸۷). *مقایسه اثربخشی درمان‌های مراحل تغییر و شناختی-رفتاری بر بهبود تداوم تغییر در نوجوانان پسر وابسته به مواد*. پایان‌نامه کارشناسی ارشد. رشته روان‌شناسی بالینی کودک و نوجوان. دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی. دانشگاه شهیدبهشتی.

خانزاده، مصطفی، سعیدیان، محسن، حسین چاری، مسعود، و ادیسی، فروغ. (۱۳۹۱). ساختار عاملی و ویژگی‌های روان‌سنجی مقیاس دشواری در نظم بخشی هیجانی. *مجله علوم رفتاری*. بهار. ۶(۱): ۸۷-۹۶.

ربانی باوجدان، مژگان، ربانی باوجدان، مرجان، نیک آذین، امیر، کاویانی، ناهید، و خضری مقدم، اوشیروان. (۱۳۹۱). رابطه باورهای خودکارآمدی و فراشناخت با راهبردهای مقابله در مردان سوءمصرف کننده مواد. *فصلنامه روان‌شناسی کاربردی*. پاییز. ۳(۶): ۱۰۲-۸۵.

لطفی کاشانی، فرح، مجتبیایی، مینا، و علی مهدی، منصور. (۱۳۹۲). مقایسه اثربخشی درمان شناختی-رفتاری، متادون درمانی و روش ترکیبی بر بهبود افسردگی معتادان تحت درمان. *فصلنامه روان‌شناسی کاربردی*. زمستان. ۷(۴): ۲۶-۱۹.

ماهر، فرهاد، و مقدم، رضوان. (۱۳۸۶). مقایسه اثربخشی رویکردهای درمانی به درمان اعتیاد. *فصلنامه روان‌شناسی کاربردی*. پاییز و زمستان. ۱(۴): ۳۹۹-۳۹۱.

مهرابی‌زاده هنرمند، مهناز، کریم‌نژاد، فرزاد، و خواجه‌الدین، نیلوفر. (۱۳۹۳). تأثیر درمان مبتنی بر مدل فرانظری بر خودکارآمدی پرهیز از مواد و چگونگی به‌کارگیری راهبردهای تنظیم شناختی هیجان معتادین. *مجله پزشکی ارومیه*. ۲۵(۱): ۳۲-۱۲.

منصوریه، نسترن، محمودعلیلو، مجید، رستمی، رضا، و هاشمی، تورج. (۱۳۹۱). اثربخشی تحریک مکرر مغناطیسی فراقشری در کاهش ولع مصرف افراد سوءمصرف کننده متآمفتامین. *فصلنامه روان‌شناسی کاربردی*. زمستان، ۶(۴): ۵۷-۴۳.

ولاسکوئز، مری ماردون. (۱۳۸۶). گروه درمانی معتادان: راهنمای شیوه درمانی مراحل تغییر. ترجمه نورانی پور، رحمت الله و قربانی، مجید. تهران، نشر روان. (تاریخ انتشار اثر به زبان اصلی، ۲۰۰۱). میراحمدی، لیللا، احمدی، سیداحمد، و بهرامی، فاطمه. (۱۳۹۰). اثربخشی زوج‌درمانی بر خودتنظیمی، سلامت روان و افسردگی زوجین. *فصلنامه روان‌شناسی کاربردی*. پاییز، ۵(۳): ۱۱۱-۹۹.

Akbari, S., & Hussaini, S. H. (2014). Studying the Effectiveness of Group Therapy “Cognitive-Behavior” and “Stages of Change” on Craving Heroin addicts in Kabul. Paper presented at the Proceedings of the 8<sup>th</sup> International congress on addiction science. Tehran, Iran- Razi Hall. (pp. 29-31).

Chilisa, R., Tlhabano, K., & Vista, C., (2013). Self-efficacy, Self-esteem and the Intention to Practice Safe Sex among Batswana Adolescents. *IOSR Journal of Humanities and Social Science*, 9 (2): 87-95.

Emely, D. V., Jascha, D. N., Nanne, K. D. & Johannes, B. (2008). Do the Trans theoretical Processes of Change Predict Transitions in Stages of Change for Fruit Intake? *Health Education & Behavior*, 35 (5): 603-618.

Gorini, G. (2012). Decrease in cigarette sales in Italy after the introduction of the smoking ban. *Epidemiology Prevention*. 3 (32): 48-60.

- Gratz, K. L., & Roemer, L. (2004). Multidimensional assessment of emotion regulation and dysregulation: Development, factor structure, and initial validation of the Difficulties in Emotion Regulation Scale. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 26, 41-54.
- Griffin, K. W., Scheier, L. M., & Botvin, G. J. (2009). Developmental trajectories of self-esteem management skills and adolescents substance use. *Health and Addictions*, 9(1): 15-37.
- Hamidi, M., & Hojjat, S. K. (2014, septambr, 12-13). The Impact of Mindfulness-based cognitive therapy on emotional regulation in Women Substance Abuser. Paper presented at the Proceedings of the 8<sup>th</sup> International congress on addiction science. Tehran, Iran- Razi Hall. (pp. 232-234).
- Hanan, E., Badr & Philip. M. M. (2005). The effect of cognitive-behavioral group therapy on the self-esteem, depression, and self-efficacy of runaway adolescents in a shelter in South Korea. *International journal of behavioral medicine*, 12(4): 273. 277.
- Harivandi, A., Sheikhan, Sh., & Noroozi, N. (2014, septambr12-13). The Role of Motivational Therapies in Sustained Abstinence in Patients with Substance Abuse. Paper presented at the Proceedings of the 8<sup>th</sup> International congress on addiction science(Iran), Tehran-Razi Hall. (pp. 235-238).
- Magar, E. C., Phillips, L. H., & Hosie, J. A. (2008). Self-regulation and risk-taking. *Personality Differences*, 45(1): 153-159.
- Mark, D. L. (2013). *Contingency management and self-efficacy enhancement in marijuana treatment*. Annual Meeting Supplement. Behavioral Sciences, University of Connecticut Health Center, Farmington, CT. 06030-3910; litt@nso.uchc.edu
- MCKetin, R., Adrian, J., & Rohan, M. (2013). Treatment outcomes for methamphetamine users receiving outpatient counselling from the Stimulant Treatment Program in Australia. *Drug and Alcohol Review*, 32(1): 80-87.
- Mehrabizade Honarmand, M., Karimnejhad, F., Khajedin, N. (2014). The effect OF transtheoretical model on self-efficacy of abstinence and strategies of cognitive emotional regulation inhabitant addicts. *Urmia medical journal*, 25(1): 32-42.
- Michelle, N., G., Shirley, C., Donald, A. R., Wendy L., Alex, K., George, T., Laura, C., & Stephen, W. H. (2013). Drug problems among homeless individuals in Toronto, Canada: prevalence, drugs of choice, and relation to health status. *BMC Public Health*, 10(2): 94-102.
- Obert, S., Pennell, C., Reiber, D., Vandersloot, J., & Zweben, T. (2006). A Multi-Site comparison of psychosocial approaches for the treatment of amphetamine dependence. *Addiction*, 99(2): 708-717.
- Prochaska, J. O., (2008). Physical activity as a strategy for maintaining tobacco abstinence: a randomized controlled trial. *Preventive Medicine*, (4): 215-20.
- Prochaska, J. O., & Diclemente, C. C. (2005). Stages of change: Prescriptive guidelines. *Psychologists' Desk Reference*, (2): 226-231.
- Seth, R. A., Francheska, P., & Kevin, H. (2011). Emotion regulation and substance use frequency in women with substance dependence and borderline personality



\*\*\*

مقیاس مشکلات تنظیم هیجانی (DERS)

سوال	هرگز	تقریباً	بعضی اوقات	گاهی	اغلب اوقات	همیشه
۱. من در مورد احساساتم آگاه هستم.	۰	۱	۲	۳	۴	۵
۲. من به این که چگونه احساس می‌کنم توجه می‌کنم.	۰	۱	۲	۳	۴	۵
۳. هیجان‌هایم را مغلوب کننده و خارج از کنترل تجربه می‌کنم.	۰	۱	۲	۳	۴	۵
۴. من در مورد این که چگونه احساس می‌کنم ایده‌ای ندارم.	۰	۱	۲	۳	۴	۵
۵. من مشکلاتی در ایجاد تغییر در احساساتم دارم.	۰	۱	۲	۳	۴	۵
۶. من به احساساتم توجه می‌کنم.	۰	۱	۲	۳	۴	۵
۷. من می‌دانم که چگونه احساس می‌کنم.	۰	۱	۲	۳	۴	۵
۸. من درباره آن چه که احساس می‌کنم مراقب هستم.	۰	۱	۲	۳	۴	۵
۹. من در مورد آن چه که احساس می‌کنم سردرگم هستم.	۰	۱	۲	۳	۴	۵
۱۰. وقتی آشفته‌ام، هیجان‌هایم را می‌شناسم.	۰	۱	۲	۳	۴	۵
۱۱. وقتی آشفته‌ام، نسبت به خودم خشمگین می‌شوم.	۰	۱	۲	۳	۴	۵
۱۲. وقتی آشفته‌ام، به‌خاطر احساسی که دارم دستپاچه می‌شوم.	۰	۱	۲	۳	۴	۵
۱۳. وقتی آشفته‌ام، مشکلاتی در انجام کاری که می‌خواهم انجام دهم، دارم.	۰	۱	۲	۳	۴	۵
۱۴. وقتی آشفته‌ام، خارج از کنترل می‌شوم.	۰	۱	۲	۳	۴	۵
۱۵. وقتی آشفته‌ام، اعتقاد دارم این حس به‌مدت طولانی باقی خواهد ماند.	۰	۱	۲	۳	۴	۵
۱۶. وقتی آشفته‌ام، اعتقاد دارم به احساس افسرده کننده خاتمه خواهم داد.	۰	۱	۲	۳	۴	۵
۱۷. وقتی آشفته‌ام، اعتقاد دارم که احساساتم معتبر هستند.	۰	۱	۲	۳	۴	۵
۱۸. وقتی آشفته‌ام، در تمرکز بروی چیزی مشکل دارم.	۰	۱	۲	۳	۴	۵
۱۹. وقتی آشفته‌ام احساس می‌کنم که خارج از کنترل هستم.	۰	۱	۲	۳	۴	۵
۲۰. وقتی آشفته‌ام، می‌توانم هنوز چیزهایی را انجام دهم.	۰	۱	۲	۳	۴	۵
۲۱. وقتی آشفته‌ام، به‌خاطر احساسی که دارم احساس شرمندگی می‌کنم.	۰	۱	۲	۳	۴	۵
۲۲. وقتی آشفته‌ام، می‌دانم که می‌توانم روشی برای ایجاد احساس بهتر پیدا کنم.	۰	۱	۲	۳	۴	۵
۲۳. وقتی آشفته‌ام، احساس می‌کنم ضعیف هستم.	۰	۱	۲	۳	۴	۵
۲۴. وقتی آشفته‌ام، احساسی شبیه این که تحت کنترل رفتارهایم باقی خواهم ماند دارم.	۰	۱	۲	۳	۴	۵
۲۵. وقتی آشفته‌ام، به‌خاطر حالاتم احساس گناه می‌کنم.	۰	۱	۲	۳	۴	۵
۲۶. وقتی آشفته‌ام، در تمرکز مشکلاتی دارم.	۰	۱	۲	۳	۴	۵
۲۷. وقتی آشفته‌ام، در کنترل رفتارم مشکلاتی دارم.	۰	۱	۲	۳	۴	۵
۲۸. وقتی آشفته‌ام، اعتقاد دارم که هیچ چیزی برای این که احساس بهتری در خودم ایجاد کنم وجود ندارد.	۰	۱	۲	۳	۴	۵
۲۹. وقتی آشفته‌ام، به‌خاطر احساسم تحریک پذیر می‌شود.	۰	۱	۲	۳	۴	۵
۳۰. وقتی آشفته‌ام، شروع به احساس خیلی بد در مورد خودم می‌کنم.	۰	۱	۲	۳	۴	۵
۳۱. وقتی آشفته‌ام، اعتقاد دارم که غرق شدن در احساسم، تنها چیزی هست که می‌توانم انجام دهم.	۰	۱	۲	۳	۴	۵
۳۲. وقتی آشفته‌ام، کنترل بر رفتارم را از دست می‌دهم.	۰	۱	۲	۳	۴	۵

۵	۴	۳	۲	۱	۰	۳۳. وقتی آشفته‌ام، در تفکر بر روی چیز دیگر مشکل دارم.
۵	۴	۳	۲	۱	۰	۳۴. وقتی آشفته‌ام، زمانی را برای شکل دادن آن‌چه که واقعاً احساس می‌کنم اختصاص می‌دهم.
۵	۴	۳	۲	۱	۰	۳۵. وقتی آشفته‌ام، برای داشتن احساس بهتر، مدت زمانی تنها می‌مانم.

\*\*\*

### مقیاس سنجش تغییر

لطفاً احساسی را که در حال حاضر دارید انتخاب کنید نه آن‌چه را که در گذشته تجربه کرده‌اید و یا مایلید در آینده داشته باشید.

کاملاً موافق	موافق	تقریباً	مخالف	کاملاً مخالف	سوال
۴	۳	۲	۱	۰	۱. تا آن‌جا که به من مربوط می‌شود هیچ مشکلی ندارم که نیاز به تغییر داشته باشد.
۴	۳	۲	۱	۰	۲. من فکر می‌کنم که احتمالاً آمادگی برای مقداری خود-بهبودی را داشته باشم.
۴	۳	۲	۱	۰	۳. من در مورد مشکلاتی که در گذشته آزارم می‌دادند مشغول انجام اقداماتی هستم.
۴	۳	۲	۱	۰	۴. ممکن است اقدام کردن برای حل مشکلم ارزشمند باشد.
۴	۳	۲	۱	۰	۵. من عامل اصلی مشکل خودم نیستم. بررسی تغییر برای من منطقی به نظر نمی‌رسد.
۴	۳	۲	۱	۰	۶. در مورد این‌که ممکن است لغزشی ایجاد شود و مشکلی که قبلاً آن را تغییر داده‌ام دوباره عود کند، نگران هستم بنابراین به دنبال کمک هستم.
۴	۳	۲	۱	۰	۷. سرانجام در رابطه با مشکلم دارم کاری را انجام می‌دهم.
۴	۳	۲	۱	۰	۸. در مورد تغییر چیزهایی در مورد خودم، فکر کرده‌ام.
۴	۳	۲	۱	۰	۹. من در کار کردن روی مشکلم موفق بوده‌ام. اما مطمئن نیستم که تغییر را نگهدارم.
۴	۳	۲	۱	۰	۱۰. بعضی اوقات مشکلم برای من دشوار است، ولی دارم روی آن کار می‌کنم.
۴	۳	۲	۱	۰	۱۱. تلاش برای تغییر برای من اتلاف وقت است، زیرا این مشکل ربطی به من ندارد.
۴	۳	۲	۱	۰	۱۲. من امیدوارم که بتوانم خودم را بهتر درک کنم.
۴	۳	۲	۱	۰	۱۳. من حدس می‌زنم نقایصی دارم، ولی چیزی نیست که واقعاً لازم باشد تغییر دهم.
۴	۳	۲	۱	۰	۱۴. من واقعاً برای تغییر سخت تلاش می‌کنم.
۴	۳	۲	۱	۰	۱۵. مشکلی دارم و واقعاً فکر می‌کنم که باید روی آن کار کنم.
۴	۳	۲	۱	۰	۱۶. من در تغییری که قبلاً انجام داده بودم، آن‌طور که امیدوار بودم پیگیری نمی‌کنم و می‌خواهم از بازگشت دوباره مشکل پیشگیری کنم.
۴	۳	۲	۱	۰	۱۷. هرچند اغلب در تغییر کردن موفق نیستم، ولی لاقلاً روی مشکلم دارم کار می‌کنم.
۴	۳	۲	۱	۰	۱۸. فکر می‌کردم وقتی مشکلم را حل کردم دیگر از آن رها می‌شوم، ولی هنوز گاهی خودم را در تقلا با آن می‌بینم.
۴	۳	۲	۱	۰	۱۹. آرزو داشتم می‌توانستم راه حل‌های بیشتری برای حل مشکلم پیدا کنم.
۴	۳	۲	۱	۰	۲۰. من تلاش برای حل مشکل خود را آغاز کرده‌ام ولی خواهان کمک نیز هستم.
۴	۳	۲	۱	۰	۲۱. شاید فردی یا چیزی بتواند به من کمک کند.
۴	۳	۲	۱	۰	۲۲. ممکن است من نیاز به یک نیروی تقویت‌کننده داشته باشم.
۴	۳	۲	۱	۰	۲۳. خود من ممکن است جزئی از مشکلم باشم، ولی فکر نمی‌کنم واقعاً این‌طور باشد.
۴	۳	۲	۱	۰	۲۴. امیدوارم کسی توصیه‌های خوبی برای من داشته باشد.
۴	۳	۲	۱	۰	۲۵. من واقعاً درباره تغییر کردن دارم کار انجام می‌دهم.

۴	۳	۲	۱	۰	۲۶. این همه بحث روی روان‌شناسی خسته‌کننده است. چرا مردم فقط مشکلاتشان را نتوانند به دست فراموشی بسپارند.
۴	۳	۲	۱	۰	۲۷. برای جلوگیری از بازگشت به مشکل خود تقلا می‌کنم.
۴	۳	۲	۱	۰	۲۸. این احساس ناخوشایندی است ولی فکر می‌کنم ممکن است بازگشت به مصرف مواد داشته باشم هرچند فکر می‌کردم مشکل را قبلاً حل کرده‌ام.
۴	۳	۲	۱	۰	۲۹. نگرانی‌هایی دارم ولی این نگرانی‌ها را دیگران نیز دارند. چه دلیلی دارد که وقت خود را صرف مقابله با آن‌ها کنم.
۴	۳	۲	۱	۰	۳۰. من فعالانه در مورد مشکل خودم کار می‌کنم.
۴	۳	۲	۱	۰	۳۱. ترجیح می‌دهم به‌جای تغییر مشکلات خود با آن‌ها کنار بیایم.
۴	۳	۲	۱	۰	۳۲. من برای حفظ وضعیت فعلی مصرف مواد خود به کمک نیاز ندارم.

\*\*\*