

مقایسه پیامدهای درمانی روش ماتریکس بر شدت اعتیاد و سلامت روان زنان و مردان سوءمصرف کننده مت آمفتامین

روح ا... حدادی^۱، نفیسه مطلق^۲، قاسم کشاورزگرامی^۳، زینب السادات کمالی^۴، شهناز محمدی^۵، سیده بخت^۶

تاریخ دریافت: ۱۳۹۲/۰۹/۳۰ تاریخ پذیرش: ۱۳۹۳/۰۹/۲۴

چکیده

هدف: هدف این پژوهش، مقایسه پیامدهای درمانی روش ماتریکس بر شدت اعتیاد و سلامت روان زنان و مردان سوءمصرف کننده مت آمفتامین می باشد. **روش:** برای انجام این پژوهش از میان ۱۲۱ بیمار پذیرفته شده در مراکز درمانی نگهدارنده، ۹۱ نفر از بیمارانی که شرایط حضور در پژوهش را دارا بودند بطور تصادفی انتخاب و در دو گروه جداگانه برحسب جنسیت (گروه مردان ۴۸ نفر و گروه زنان ۴۳ نفر) قرار گرفتند. در ادامه پژوهش، ۹ نفر از مردان و ۴ نفر از زنان از پژوهش خارج شدند. شاخص شدت اعتیاد و سلامت روان قبل و بعد از مداخله در هر دو گروه اجرا شد. **یافته‌ها:** نتایج این پژوهش، تفاوت معناداری را در هیچ کدام از خرده مقیاس‌های شدت اعتیاد بین زنان و مردان مصرف کننده شیشه پس از درمان نشان نداد. اما این تفاوت در نمرات سلامت روان مشاهده شد. افسردگی زنان در مقایسه با مردان کاهش بیشتری داشته و اضطراب مردان در مقایسه با زنان کاهش بیشتری داشت. **نتیجه گیری:** درمان ماتریکس در سلامت روان مردان و زنان تاثیر متفاوتی دارد.

کلیدواژه‌ها: سلامت روان، شدت اعتیاد، سوءمصرف مواد محرک، مدل درمانی ماتریکس

۱. نویسنده مسئول: کارشناس ارشد روانشناسی بالینی دانشگاه تهران، پست الکترونیک: r_hadadi2000@yahoo.com

۲. کارشناس روانشناسی بالینی دانشگاه خوارزمی

۳. کارشناس ارشد سنجش و اندازه گیری دانشگاه علامه طباطبایی

۴. کارشناس ارشد روانشناسی عمومی دانشگاه تهران

۵. استادیار گروه روانشناسی بالینی دانشگاه خوارزمی

۶. کارشناس ارشد روانشناسی عمومی دانشگاه علامه طباطبایی

مقدمه

مشکل سوء مصرف و وابستگی به مواد صناعی به ویژه مت آمفتامین در سال‌های اخیر به مشکلی جدی و بحث‌انگیز تبدیل شده است، به طوری که بسیاری از مسئولان را در تمام سطوح از تصمیم‌گیری تا اجرا به فکر چاره‌اندیشی انداخته است. بر اساس آخرین آمار و طبق نتایج تحلیل وضعیت سریع در سال ۱۳۸۶، حدود ۰/۴ درصد افراد سوء مصرف‌کننده مواد را مصرف‌کنندگان مت آمفتامین به خود اختصاص می‌دهند. همچنین نتایج مطالعه انجام شده بر روند مصرف مواد محرک در تهران نشان از رشد فزاینده این مواد به ویژه مت آمفتامین می‌دهد (امامی‌رضوی؛ به نقل از طاهری‌نخست، جعفری و گیلانی‌پور، ۱۳۹۱). این ماده به شدت اعتیادآور بوده به نحوی که تداوم مصرف و اثرات مخرب آن در طی زمان، منجر به دامنه وسیعی از بدکارکردی‌های رفتاری، روان‌شناختی، اجتماعی و فیزیولوژیک می‌شود (پیتز و رایلی^۱، ۲۰۱۰). لذا درمان این بیماران همواره از اهمیت بالایی برخوردار بوده است (کوران، بیراپا و مک بیرد^۲، ۲۰۰۴). در همین راستا درمانگران و پژوهشگران بسیاری برای تدوین مدل‌های درمانی تلاش کرده‌اند (راوسون^۳ و همکاران، ۲۰۰۴). در نتیجه توجه چشمگیری به وضعیت ساخت و ارزیابی درمان‌های رفتاری/روانی اجتماعی معطوف شد. یکی از رویکردهای درمانی امیدبخش در سال‌های اخیر، مدل درمان سرپایی ماتریکس^۴ است. پژوهش‌ها نشان داده‌اند که در این روش درمانی، با وجود طولانی بودن دوره درمان، بیماران بیشتر درمان را ادامه می‌دهند و آزمایشات منفی مت-آمفتامین در طول این دوره بیشتر دیده می‌شود (راوسون و همکاران، ۲۰۰۴). با این وجود، علیرغم اثربخشی مداخله فوق در درمان این بیماران، بازهم این گروه از بیماران به عنوان گروه پرخطر با احتمال شکست بالای درمانی محسوب می‌شوند و این موضوع همچنان چالش اصلی درمانگران بالینی است (مکری، ۱۳۹۰). در این خصوص عوامل مختلفی به عنوان موانع بهبودی این بیماران مطرح شده است. یکی از این عوامل، نادیده گرفتن

تفاوت‌های جنسیتی در تدوین طرح درمانی است (گرلا و جوشی^۱، ۱۹۹۹؛ به نقل از هسر، ایوانز و هوانگ^۲، ۲۰۰۵؛ هسر، هوانگ، تروی^۳ و انگلین^۴، ۲۰۰۴).

تصور اکثر افراد جامعه در مورد اعتیاد این است که سوء مصرف مواد عمدتاً پدیده‌ای مردانه است، اما براساس دلایل متعدد، اعتیاد زنان اهمیت فوق‌العاده‌ای در مقایسه با اعتیاد مردان دارد. در مورد شدت اعتیاد در زنان نسبت به مردان تفاوت‌هایی وجود دارد؛ لیکن شواهد علمی نشان می‌دهد که سوء مصرف مواد و اعتیاد چالش‌های متفاوتی را برای هر دو جنس ایجاد کرده و سیر متفاوتی در دو جنس دارد (رحیمی موقر، ملایری خواه لنگرودی، دلبرپور احمدی و اسماعیلی، ۱۳۸۶). تفاوت‌های جنسیتی در نیازهای درمانی افراد مصرف کننده نیز دخیل هستند (گرلا و جوشی، ۱۹۹۹؛ به نقل از هسر و همکاران، ۲۰۰۵؛ هسر و همکاران، ۲۰۰۴). این تفاوت‌ها را می‌توان در چگونگی گسترش مصرف مواد در میان زنان و مردان، انتخاب نوع مواد، جستجوی درمان و نحوه پاسخ دادن آنها به درمان مشاهده کرد (آپلند، وینترز و استیچفیلد^۵، ۱۹۹۵). منطقی است که انتظار داشته باشیم درمانگران قبل از تدوین طرح‌های درمانی و اجرای مدل درمانی خود، این تفاوت‌ها را بشناسند و همسو با آن‌ها اهداف خود را پایه‌ریزی نمایند. غالب پژوهش‌ها به این نتیجه رسیده‌اند که زنان تحت درمان در مقایسه با مردان، نشانه‌های روانشناختی بیشتری، مانند اضطراب و افسردگی بالا، پایین بودن عزت نفس و نرخ بالای سوءاستفاده جنسی در کودکی را دارند. از سوی دیگر، مردان بیشتر احتمال دارد درگیر اقدامات جنایتگرانه شده، زندانی شوند و یا تحت پیگرد قانونی قرار گیرند (انگلین، هسر و بوت^۶، ۱۹۸۷؛ انگلین، هسر و مک‌گلو تلین^۷، ۱۹۸۷؛ به نقل از هسر و همکاران، ۲۰۰۵).

پژوهش در خصوص تأثیر تفاوت‌های جنسیتی در نتایج پس از درمان محدود است؛ برخی مطالعات هیچ گونه تفاوتی را در این زمینه نشان نمی‌دهند (مانند آلترمن، راندال و مک-لیلان^۸، ۲۰۰۰؛ گرشتاین و جانسون^۹، ۲۰۰۰)، درحالی‌که سایر پژوهش‌ها از نتایج مثبت در

1. Grella & Joshi

4. Anglin

7. McGlothlin

2. Hser, Evans & Huang

5. Opland, Winters & Stinchfield

8. Alterman, Randall & McLellan

3. Teruya

6. Booth

9. Gerstein & Johnson

یک جنس حمایت می‌کنند (مانند گرلا، جوشی و هسر، ۲۰۰۳). با توجه به این مطلب که نیازها و مشکلات زنان و مردان در درمان اعتیاد متفاوت است، این مطالعه به پیامدهای درمانی روش ماتریکس بر شدت اعتیاد و سلامت روان سوء مصرف کنندگان مت-آمفتامین پرداخته است. بی‌شک توجه به این قبیل تفاوت‌ها عامل مهم تعیین‌کننده‌ای در تدوین طرح‌های درمانی و فرجام آن محسوب می‌شود.

روش

جامعه، نمونه و روش نمونه‌گیری

پژوهش حاضر از نوع طرح‌های شبه‌آزمایشی، با پیش‌آزمون و پس‌آزمون بود. جامعه آماری شامل افراد سوء مصرف کننده شیشه بود که در چهار مرکز بازتوانی اعتیاد واقع در منطقه ۸ تهران خدمات درمان نگهدارنده را دریافت می‌کردند. محقق به منظور انتخاب آزمودنی‌ها، فهرستی از سوء مصرف کنندگان شیشه را که در این مراکز خدمات درمانی دریافت می‌کردند تهیه نمود. این فهرست شامل ۱۲۱ نفر بود. سپس به کمک همکاران، مصاحبه نیمه ساختاریافته شاخص شدت اعتیاد^۲ به منظور تعیین معیارهای ورود به پژوهش، با تک تک افراد انجام شد. این معیارها عبارت بودند از: تشخیص سوء مصرف مواد بر حسب معیارهای راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی نسخه پنجم، مصرف غالب شیشه حداقل به مدت ۶ ماه، نداشتن بیماری‌های روانپزشکی جدی، تعدد ترک‌های ناموفق پیشین، اخذ رضایت‌نامه کتبی و تمایل به شرکت در پژوهش. پس از انجام مصاحبه، نهایتاً ۹۱ نفر برای ورود به طرح انتخاب شدند. این تعداد بر حسب جنسیت به دو گروه تقسیم شدند: گروه اول زنان مصرف کننده شیشه تحت درمان ماتریکس (۴۳ نفر) و گروه دوم مردان مصرف کننده شیشه تحت درمان ماتریکس (۴۸ نفر). پس از انتخاب این دو گروه، اهداف درمانی به آن‌ها و خانواده‌هایشان توضیح داده شد و شرکت یا عدم شرکت در پژوهش منوط به نظر مراجعین گردید. محقق در این پژوهش ۳ مرحله را پیش-بینی کرده بود: مرحله اول که همان مرحله پیش‌آزمون بود. این مرحله که به منظور بررسی

شرایط حضور بیماران برای ورود به پژوهش در نظر گرفته شده بود، ۲ ماه به طول انجامید. در این مرحله مقیاس‌های سلامت عمومی بیماران^۱ و شاخص شدت اعتیاد تکمیل شد. مرحله دوم که ۳ ماه به طول انجامید، مرحله اجرای مداخله ماتریکس برای گروه‌های آزمایش بود. مرحله سوم بلافاصله پس از اتمام مداخله، با تکمیل مجدد پرسشنامه سلامت عمومی و شاخص شدت اعتیاد انجام شد. تست ادرار مرفین و محرک نیز توسط پرستار هفته‌ای یک بار بدون اعلام قبلی انجام می‌گرفت. در این پژوهش در صورتیکه برخی آزمودنی‌ها تمایل به مصرف داروی جایگزین داشتند، از پژوهش خارج می‌شدند. در ادامه از بین ۹۱ آزمودنی، ۹ نفر از مردان و ۴ نفر از زنان به این دلیل از پژوهش خارج شدند. در حین اجرای مداخله، غیر از آزمودنی‌هایی که بدلیل درخواست داروی جایگزین از پژوهش خارج شدند، ۵ نفر نیز ریزش داشتند و بدین ترتیب، در گروه مردان تنها ۳۶ نفر و در گروه زنان ۳۷ نفر باقی ماند.

ابزار

۱- شاخص شدت اعتیاد: برای بررسی وضعیت بالینی بیماران، شاخص شدت اعتیاد (ویرایش پنجم) (مک لیلان^۲ و همکاران، ۱۹۹۲) به کار برده شد. این شاخص مصاحبه‌ای نیمه ساختار یافته است که توسط پژوهشگران آموزش دیده به صورت رودرو با بیماران اجرا می‌شود. این پرسشنامه مشکلات بیماران را در ۷ زمینه در طی ۳۰ روز گذشته، در سال گذشته و در طی عمر گردآوری می‌کند. در هر بخش یک نمره کلی ترکیبی (۱-۰) به دست می‌دهد و چگونگی وضعیت فرد در آن بخش را درجه‌بندی می‌کند. بدین ترتیب که اگر وضعیت‌های ذکر شده بیشتر از ۶ ماه زمان برده باشد، نمره کامل و اگر کمتر از ۶ ماه باشد، نمره صفر دریافت می‌شود. این ابزار شامل ۱۱۶ پرسش است. ۸ سوال درباره وضعیت پزشکی، ۲۱ سوال در خصوص وضعیت شغلی، ۲۴ سوال درباره وضعیت مصرف مواد مخدر و الکل، ۲۷ سوال پیرامون وضعیت حقوقی، ۲۳ سوال در زمینه وضعیت خانوادگی و ۱۳ سوال در خصوص وضعیت روانی بیمار پرسیده می‌شود. کاهش شدت

اعتیاد بر اساس نمرات کسب شده در ۷ حیطه تفسیر می‌شود. ارزیابی اعتبار و روایی نسخه فارسی این مقیاس توسط عاطف وحید، زارعی دوست و پناغی (زیر چاپ) انجام شده است.

۲- پرسشنامه سلامت عمومی: نسخه کوتاه این پرسشنامه در سال ۱۹۷۹ توسط گلدبرگ و هیلیر^۱ برای غربالگری اختلالات روان‌شناختی غیرسایکوتیک در مراکز درمانی و سایر جوامع طراحی شد. این مقیاس یکی از ابزارهایی است که بیشترین استفاده را در زمینه تشخیص اختلالات روانپزشکی در نمونه‌های حاصل از جامعه دارد و پیوستاری از وضعیت سلامت روانی فعلی به دست می‌دهد که بوسیله آن می‌توان احتمال داشتن اختلال در حال حاضر را محاسبه کرد. این پرسشنامه دارای ۴ خرده‌مقیاس است که به ترتیب نشانه‌های جسمانی، اضطراب و بی‌خوابی، اختلال در عملکرد اجتماعی و افسردگی را می‌سنجد. در هر خرده آزمون ۷ ماده وجود دارد. شیوه نمره‌گذاری بصورت مقیاس لیکرت بوده و نمره‌گذاری پاسخ‌ها در طیفی از عدم حضور نشانه مرضی (۰) تا حضور قطعی نشانه (۳) و به شکل "۰، ۱، ۲، ۳" قرار می‌گیرد. علاوه بر نمره هر مقیاس، یک نمره کلی وجود دارد. نمره برش ۲۳ برای تفکیک افراد سالم از افراد مشکوک به اختلال روانی مشخص شده است. تقوی (۱۳۸۰) اعتبار^۲ پرسشنامه سلامت عمومی را از سه روش بازآزمایی، دو نیمه کردن و آلفای کرونباخ مورد بررسی قرار داد که به ترتیب ضرایب اعتبار ۰/۷۰، ۰/۹۳ و ۰/۹۰ حاصل گردید. روایی^۳ سازه و همزمان این ابزار نیز در حد مطلوب گزارش شده است.

روش اجرا

راهنمای اولیه ماتریکس با بودجه *NIDA*^۴ تهیه شد (راوسون و همکاران، ۱۹۹۵) و در یک مطالعه بزرگ چندمنطقه‌ای توسط سازمان خدمات بهداشت روانی و سوء مصرف مواد^۵ (راوسون و همکاران، ۲۰۰۴) مورد ارزیابی قرار گرفت. این مدل چند عنصری به

1. Goldberg & Hillier

2. Reliability

3. validity

4. National Institute on Drug Abuse

5. The Substance Abuse and Mental Health Services Administration

عنوان بسته‌ای از راهبردهای درمانی جامع تهیه گردید که به شیوه‌ای با هم ترکیب شده بود تا تجربه درمانی سرپایی منسجمی ایجاد نماید. جلسات ساختاری از ۳ پیش جلسه و ۲۴ تا ۳۶ جلسه روان‌درمانی ساختاری با دستور جلسات معین تشکیل شده است. هر جلسه دارای نما و محتوایی از پیش تعیین شده است که ۴۵ دقیقه طول می‌کشد. در هر جلسه تکالیفی به فرد داده می‌شود (مکری، ۱۳۹۰). در جدول زیر خلاصه‌ای از جلسات درمانی ارائه شده است.

جدول ۱: فشرده جلسات درمان ماتریکس اینکاس (نسخه چهارم)

جلسات	محتوای جلسات
جلسه اول	چرا مواد را ترک می‌کنیم (ترازوی تغییر)، دادن تکلیف
جلسه دوم	شروع کننده‌ها (عوامل برانگیزاننده‌ها)، دادن تکلیف
جلسه سوم	شروع کننده‌های بیرونی، دادن تکلیف
جلسه چهارم	شروع کننده‌های درونی، دادن تکلیف
جلسه پنجم	سیر بهبودی، دادن تکلیف
جلسه ششم	بی‌اعتمادی خانواده، دادن تکلیف
جلسه هفتم	کاهش انرژی، دادن تکلیف
جلسه هشتم	مصرف نایجای دارو، دادن تکلیف
جلسه نهم	وسوسه، نحوه شکل‌گیری و برخورد، دادن تکلیف
جلسه دهم	افکار و احساسات پیش‌ساز رفتار مصرف، دادن تکلیف
جلسه یازدهم	بی‌حوصلگی و افسردگی، دادن تکلیف
جلسه دوازدهم	جلوگیری از عود، دادن تکلیف
جلسه سیزدهم	کار و بهبودی، دادن تکلیف
جلسه چهاردهم	شرم و گناه، دادن تکلیف
جلسه پانزدهم	مشغول ماندن، دادن تکلیف
جلسه شانزدهم	انگیزه برای بهبودی، دادن تکلیف
جلسه نوزدهم	راستگویی، دادن تکلیف
جلسه بیستم	پاکی کامل، دادن تکلیف
جلسه بیست و یکم	روابط جنسی اعتیادگونه
جلسه بیست و دوم	مرور جلسات گذشته و پاسخ به سوالات

یافته‌ها

آماره‌های توصیفی مولفه‌های سلامت روان به تفکیک گروه و مرحله آزمون در جدول زیر ارائه شده است.

جدول ۲: آماره‌های توصیفی مولفه‌های سلامت روان به تفکیک گروه‌ها و مراحل آزمون

متغیرها	گروه‌ها	پیش آزمون		پس آزمون	
		میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد
شکایات جسمانی	مردان	۰/۹۷	۱/۰۶	۰/۱۸	۰/۴۲
	زنان	۰/۹۲	۱/۰۹	۰/۳۰	۰/۴۶
اضطراب	مردان	۱۵/۶۲	۳/۷۰	۷/۸۵	۲/۶۳
	زنان	۱۸/۴۱	۲/۷۰	۱۱/۲۷	۲/۴۲
افسردگی	مردان	۱۷/۰۰	۲/۴۲	۱۰/۳۱	۲/۹۷
	زنان	۱۵/۳۲	۳/۱۷	۸/۳۲	۳/۱۰
اختلال در عملکرد اجتماعی	مردان	۱۲/۹۷	۲/۴۹	۵/۹۷	۱/۹۵
	زنان	۱۳/۰۸	۱/۹۹	۴/۸۴	۲/۱۸

به منظور بررسی تفاوت اثربخشی درمان ماتریکس بر مولفه‌های سلامت عمومی و شدت اعتیاد زنان با مردان سوء مصرف کننده شیشه می‌بایستی از تحلیل مانکوا (تحلیل کوواریانس چند متغیری) استفاده شود. این تحلیل دارای پیش شرط‌هایی است. برای بررسی پیش فرض برابری ماتریس واریانس - کوواریانس از آزمون باکس استفاده شد. نتایج حکایت از برقراری این پیش فرض داشت ($F = ۰/۷۳۱$, $P > ۰/۰۵$, $F(۷,۷۶۳) = M$ باکس). همچنین برای بررسی برابری واریانس‌های خطا از آزمون لون استفاده شد که نتایج آن در جدول زیر ارائه شده است.

جدول ۳: نتایج آزمون لون برای بررسی برابری واریانس‌های خطا در مولفه‌های سلامت روان

متغیرها	آماره F	درجه آزادی	معناداری
شکایات جسمانی	۳/۰۳	۷۴	۰/۰۹
اضطراب	۰/۲۷	۷۴	۰/۶۰
افسردگی	۲/۵۷	۷۴	۰/۱۱
اختلال در عملکرد اجتماعی	۲/۰۸	۷۴	۰/۱۵

با توجه به برقراری پیش شرطها تحلیل کواریانس چندمتغیری انجام شد. نتایج حکایت از معناداری نتایج داشت ($F=9/369, P<0/001, F=0/359$, لامبدای ویلکز). برای بررسی الگوهای تفاوت از تحلیل واریانس تک متغیری به شرح زیر استفاده شد.

جدول ۴: نتایج تحلیل واریانس تک متغیری تفاوت جنسیت در مولفه‌های سلامت روانی

متغیرها	میانگین مجذورات	آماره F	معناداری	اندازه اثر
شکایات جسمانی	۰/۱۳	۰/۵۸۱	۰/۴۴۸	-
اضطراب	۱۶۰/۴۸	۲۵/۰۰۴	۰/۰۰۰۵	۰/۲۶۳
افسردگی	۵۰/۶۱۶	۵/۵۶۲	۰/۰۲	۰/۰۷۴
اختلال در عملکرد اجتماعی	۱۲/۳۷۴	۲/۸۵۴	۰/۱۰	-

همانگونه که در جدول فوق مشاهده می‌شود در دو مولفه‌ی اضطراب و افسردگی تفاوت بین اثرگذاری در مردان و زنان تفاوت معنادار دارد. با توجه به آمار توصیفی متغیرها می‌توان گفت: افسردگی زنان در مقایسه با مردان کاهش بیشتری داشته و اضطراب مردان در مقایسه با زنان کاهش بیشتری داشته است.

جدول ۵: آماره‌های توصیفی مولفه‌های شاخص شدت اعتیاد به تفکیک گروه‌ها و مراحل آزمون

متغیرها	گروه‌ها	پیش آزمون		پس آزمون	
		میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد
وضعیت شغلی	مردان	۰/۷۱	۰/۳۱	۰/۵۳	۰/۳۲
	زنان	۰/۹۴	۰/۲۳	۰/۷۸	۰/۴۲
حمایت خانوادگی	مردان	۰/۵۶	۰/۵۰	۰/۵۱	۰/۵۱
	زنان	۰/۵۱	۰/۵۱	۰/۴۹	۰/۵۱
ارتباط اجتماعی	مردان	۰/۶۳	۰/۲۹	۰/۳۸	۰/۳۲
	زنان	۰/۶۷	۰/۳۹	۰/۲۷	۰/۳۳
مصرف سوءمواد	مردان	۰/۴۸	۰/۳۷	۰/۱۶	۰/۲۵
	زنان	۰/۴۸	۰/۴۰	۰/۲۲	۰/۳۳
وضعیت روانی	مردان	۰/۵۶	۰/۲۳	۰/۳۷	۰/۲۸
	زنان	۰/۶۱	۰/۲۱	۰/۳۸	۰/۲۷

آماره‌های توصیفی مولفه‌های شاخص شدت اعتیاد به تفکیک گروه‌ها و مراحل آزمون در جدول ۵ ارائه شده است.

به منظور بررسی تفاوت اثربخشی درمان ماتریکس بر مولفه‌های سلامت عمومی و شدت اعتیاد زنان با مردان سوء مصرف کننده شیشه می‌بایستی از تحلیل مانکوا (تحلیل کوواریانس چند متغیری) استفاده شود.

این تحلیل دارای پیش شرط‌هایی است. برای بررسی پیش فرض برابری ماتریس واریانس - کوواریانس از آزمون باکس استفاده شد. نتایج حکایت از برقراری این پیش فرض داشت ($P > 0/05$, $F = 0/656$, $M = 10/620$ باکس). همچنین برای بررسی برابری واریانس‌های خطا از آزمون لون استفاده شد که نتایج آن در جدول زیر ارائه شده است.

جدول ۶: نتایج آزمون لون برای بررسی برابری واریانس‌های خطا در مولفه‌های شدت اعتیاد

متغیرها	آماره F	درجه آزادی	معناداری
وضعیت شغلی	۲/۱۳	۷۴	۰/۳۷
حمایت خانوادگی	۰/۷۷	۷۴	۰/۷۳
ارتباط اجتماعی	۱/۷۷	۷۴	۰/۳۲
مصرف سوء مواد	۱/۳۸	۷۴	۰/۲۶
وضعیت روانی	۰/۱۱	۷۴	۰/۷۴

با توجه به برقراری پیش شرط‌ها تحلیل کوواریانس چند متغیری انجام شد. نتایج حکایت از عدم معناداری تفاوت‌ها داشت ($P > 0/05$, $F = 1/973$, $\lambda = 0/132$ لامبدا ویلکز).

بحث و نتیجه‌گیری

هدف از انجام این پژوهش، بررسی پیامدهای درمانی روش ماتریکس بر شدت اعتیاد و سلامت روان زنان و مردان سوء مصرف کنندگان مت‌آفتمین بود. بر طبق نتایج این مطالعه، در هیچ‌یک از شاخص‌های شدت اعتیاد زنان و مردان مصرف کننده پس از درمان تفاوتی مشاهده نشد. اما درمان ماتریکس توانست تفاوت معناداری را در نمرات سلامت عمومی بین زنان و مردان مصرف کننده شیشه ایجاد کند. نتایج آزمون تعقیبی نشان داد که در دو زیرمقیاس اضطراب و افسردگی متعاقب درمان، افسردگی زنان در مقایسه با مردان

کاهش بیشتری داشته است و اضطراب مردان در مقایسه با زنان کاهش بیشتری نشان داده است. این نتایج با یافته‌های هسر و همکاران (۲۰۰۵) ناهمسو است. آن‌ها پیامدهای درمانی را در زنان و مردان مصرف‌کننده آمفتامین بررسی کرده و در تمامی زیرمقیاس‌های شاخص شدت اعتیاد در هر دو جنس تفاوت مشاهده کردند. مطالعه هسر و همکاران (۲۰۰۴) نشان داد که پس از درمان، احتمال پیدا شدن شغل برای مردان بیشتر از زنان است. این یافته نیز با نتایج مطالعه حاضر ناهمسو است؛ چرا که در این پژوهش به لحاظ وضعیت شغلی قبل و بعد از درمان تفاوتی بین دو جنس دیده نشد. همسو با یافته‌های این پژوهش، در مطالعه هسر و همکاران (۲۰۰۴) در نتایج برخی داده‌ها در سلامت روان تفاوتی بین زنان و مردان مشاهده نشد. هیدس^۱ و همکاران (۲۰۱۰) نیز درمان شناختی-رفتاری را در بهبود افسردگی، اضطراب، سوءمصرف مواد، مهارت‌های سازگاری و عملکرد افراد مؤثر دانسته‌اند که این یافته در خصوص بهبود افسردگی و اضطراب، با مطالعه فعلی همسو است.

این پژوهش از این منظر که به مقایسه تأثیر روش درمانی ماتریکس بر شاخص‌های روانشناختی زنان با مردان سوءمصرف‌کننده پرداخته است، مطالعه‌ای جدید محسوب می‌شود که به ندرت مورد پژوهش قرار گرفته است. لذا محقق در مقایسه آن با سایر پژوهش‌ها و تفسیر یافته‌ها با محدودیت جدی رو به رو بود. در تبیین نتایج به دست آمده، به نظر می‌رسد ارائه پروتکل درمانی بایستی متناسب با نیازهای بیماران باشد. با توجه به اینکه در پژوهش‌های مختلف اشاره به تفاوت‌های جنسیتی در قالب علائم ترک و سوابق پیش‌مرضی روانپزشکی شده است در می‌یابیم که در هر فرهنگ و ملیت به نظر می‌رسد تفاوت‌های جنسیتی وجود دارد و در فرهنگ‌های مختلف نمی‌توان به یک نقطه کاملاً واحد و همپوش بین دو جنس رسید. لذا ابتدا بایستی چگونگی تفاوت‌های جنسیتی در فرهنگ ایرانی بررسی شود که این امر نیز جز با تحقیقاتی در این مورد با نمونه‌های بسیار بزرگ امکان‌پذیر نخواهد بود. بدیهی است چنانچه در غیاب این پژوهش‌ها و یافته‌ها پروتکلی طراحی شود، با چالش‌های درمانی بسیار روبه‌رو خواهد بود.

یافته‌های این پژوهش و سایر پژوهش‌ها در این حوزه مشخصاً نیاز به درمان‌های موثر در خصوص سوء مصرف و وابستگی به مواد محرک را پررنگ می‌کند، اما الزاماً نیازی به گسترش رویکردهای درمانی نو و بدیع برای مراجعان وابسته به مت‌آفتامین نیست. به جای آن، شاید درمان‌های مکمل موجود همراه با خدمات کمکی برای نظارت کردن به بیماران مت‌آفتامین برای مشکلات شدید دارویی و روانپزشکی‌شان پر بارتر باشد. در این مطالعه نیز مانند سایر پژوهش‌ها، محدودیت‌هایی وجود دارد که در تعمیم نتایج پژوهش باید مدنظر قرار داد. نتایج پژوهش حاضر صرفاً قابل تعمیم به افراد مصرف کننده شیشه در شهر تهران است، لذا تعمیم نتایج به جوامع و شهرهای دیگر باید با احتیاط صورت گیرد. با توجه به اینکه نمونه پژوهش حاضر در مصرف کنندگان شیشه بوده است، نتایج آن در مورد دیگر مواد مخدر قابل تعمیم نیست و نیازمند تحقیقات جداگانه در آن زمینه است.

منابع

- تقوی، سید محمدرضا (۱۳۸۰). بررسی روایی و اعتبار پرسشنامه سلامت عمومی. *مجله روانشناسی*، ۵(۴)، ۳۸۱-۳۹۸.
- رحیمی موقر، آفرین، ملایری خواه لنگرودی، زهرا، دلبرپور احمدی، شهناز، امین اسماعیلی، معصومه (۱۳۸۶). بررسی کیفی نیازهای زنان برای درمان اعتیاد. *مجله روانپزشکی و روانشناسی بالینی (اندیشه و رفتار)*، ۱۷(۲)، ۱۱۶-۱۲۵.
- طاهری نخست، حمیدرضا؛ جعفری، فیروزه، و گیلانی‌پور، مهسا. (۱۳۹۱). *راهنمای مداخلات روان‌شناختی در درمان سرپایی اختلال مصرف مواد محرک بر اساس مدل ماتریکس*. تهران: سپیدبرگ.
- عاطف وحید، محمد کاظم؛ زارعی دوست، الهام؛ پناغی، لیلی (زیر چاپ). *بررسی پایایی و روایی ASI*. تهران: مرکز ملی مطالعات اعتیاد.
- مکری، آذرخش (۱۳۹۰). *راهنمای درمان سوء مصرف مواد محرک بر اساس الگوی تغییر یافته ماتریکس*. تهران: ستاد مبارزه با مواد مخدر

- Alterman, A. I., Randall, M., & McLellan, A. T. (2000). Comparison of outcomes by gender and for fee-for-service versus managed care: A study of nine community programs. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 19, 127° 134.
- Curran, C., Byrappa, N., & McBride, A. (2004). Stimulant psychosis: systematic review. *The British journal of psychiatry*, 185, 196-204.
- Gerstein, D. R., & Johnson, R. A. (2000). Nonresponse and selection bias in treatment follow-up studies. *Substance Abuse and Misuse*, 35, 971° 1014.
- Goldberg, D. P. & Hillier, V. F. (1979). A scaled version of the General Health Questionnaire, *Psychological Medicine*, 9, 139-145.

- Grella, C. E., Joshi, V., & Hser, Y.-I. (2003). Follow-up of cocaine dependent men and women with antisocial personality disorder. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 25, 155° 164.
- Hides, L., Carroll, S., Catania, L., Cotton, S. M., Baker, A., Scaffidi, A., Lubman, D. I. (2010). Outcomes of an integrated cognitive behaviour therapy (CBT) treatment program for co-occurring depression and substance misuse in young people. *Journal of Affective Disorders*, 121, 169-174.
- Hser, Y. I., Evans, E., Huang, Y. (2005). Treatment outcomes among women and men methamphetamine abusers in California. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 28, 77° 85.
- Hser, Y. I., Huang, Y., Teruya, C., Anglin, M. D. (2004). Gender differences in treatment outcomes over a three-year period: A path model analysis. *Journal of Drug Issues*, 34, 419° 440.
- McLellan, A. T., Kushner, H., Metzger, D., Peters, R., Smith, I., Grissom, G., Pettinati, H., & Argeriou, M. (1995). The Fifth edition of the Addiction Severity Index. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 9, 199-213.
- Opland, E. A., Winters, K. c. & Stinchfield R. D. (1995). Examining Gender Differences in Drug Abusing Adolescents. *Psychology of Addictive Behaviors*, 9, 167-175.
- Pates, R., & Riley, D. (Eds.). (2010). *Interventions for Amphetamine Misuse*. United States: Blackwell publishing LTD.
- Rawson, R. A., Casey, P. M., Anglin, M. D., Dickow, A., Frazier, Y. et al. (2004). A multi site comparison of psychosocial approaches for the treatment of methamphetamine. dependence. *Addiction*, 99(6), 708° 717.
- Rawson, R.A., Shoptaw, S.J., Obert, J.L., McCann, M.J. Hassson, A.L., Marinelli-Casey, P.J. Brethen, P.R. & Ling, W. (1995). An intensive outpatient approach for cocaine abuse treatment: The Matrix model. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 12, 117-127.