

اثربخشی درمان ساختارمند ماتریکس بر خودشیفتگی مرضی، ولع مصرف، خودکارآمدی ترک، تحمل پریشانی و ذهن‌آگاهی در مصرف کنندگان مواد محرک*

سکینه باسره^۱، سحر صفرزاده^۲، فرزانه هومن^۳

تاریخ دریافت: ۱۴۰۲/۰۱/۰۳ تاریخ پذیرش: ۱۴۰۲/۰۶/۲۳

چکیده

هدف: این پژوهش با هدف تعیین اثربخشی درمان ساختارمند ماتریکس بر خودشیفتگی مرضی، ولع مصرف، خودکارآمدی ترک، تحمل پریشانی و ذهن‌آگاهی در مصرف کنندگان مواد محرک انجام شد.

روش: پژوهش حاضر نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون و پیگیری با گروه کنترل بود. جامعه‌آماری شامل تمامی بیماران وابسته به مواد محرک مراجعه کننده به مراکز ترک اعتیاد شهر اهواز در سال ۱۴۰۰ بود. از این بین، ۴۰ نفر به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند و به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش (۲۰ نفر) و کنترل (۲۰ نفر) قرار گرفتند. شرکت کنندگان هر دو گروه پرسشنامه خودشیفتگی مرضی، پرسشنامه ولع مصرف لحظه‌ای، پرسشنامه خودکارآمدی ترک اعتیاد، مقیاس تحمل پریشانی و مقیاس ذهن‌آگاهی را در سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری دوماهه تکمیل کردند. درمان ساختارمند ماتریکس در ۱۴ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای با فراوانی دو جلسه در هفته بر روی گروه آزمایش اجرا شد. داده‌ها با روش تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر تحلیل شدند. **یافته‌ها:** نتایج نشان داد که درمان ساختارمند ماتریکس موجب کاهش خودشیفتگی مرضی، ولع مصرف و افزایش خودکارآمدی ترک، تحمل پریشانی و ذهن‌آگاهی در گروه آزمایش شد. نتایج به دست آمده در مرحله پیگیری دوماهه نیز پایدار بود. **نتیجه‌گیری:** بر اساس نتایج پژوهش حاضر، درمان ساختارمند ماتریکس در کاهش خودشیفتگی مرضی، ولع مصرف و افزایش خودکارآمدی ترک، تحمل پریشانی و ذهن‌آگاهی مؤثر است.

کلیدواژه‌ها: درمان ساختارمند ماتریکس، خودشیفتگی مرضی، ولع مصرف، خودکارآمدی ترک، تحمل پریشانی، ذهن‌آگاهی

*. این مقاله برگرفته از رساله دکتری نویسنده اول در دانشگاه آزاد اسلامی واحد اهواز می‌باشد.

۱. دانشجوی دکتری، گروه روانشناسی، واحد اهواز، دانشگاه آزاد اسلامی، اهواز، ایران.

۲. نویسنده مسئول: استادیار، گروه روانشناسی، واحد اهواز، دانشگاه آزاد اسلامی، اهواز، ایران. پست الکترونیک:

Safarzadeh1152@yahoo.com

۳. استادیار، گروه روانشناسی، واحد اهواز، دانشگاه آزاد اسلامی، اهواز، ایران.

مقدمه

اعتیاد^۱ از جمله آسیب‌های مهم اجتماعی است که جامعه همواره با آن درگیر است (چن، لیو، لانگ و ژو^۲، ۲۰۲۰). به گونه‌ای که تکرار مصرف، نشاط آنی و آرامش موقت برای فرد را در پی دارد (پرسکی، هرد، وست و بروان^۳، ۲۰۱۹) و با ایجاد اختلال در کنترل بر سیستم رفتار-پاداش، باعث افزایش جستجوی فرد جهت یافتن مواد و ایجاد وابستگی شدید نسبت به آن می‌شود (ساکسانا، گرلا و میسنا^۴، ۲۰۱۶). وابستگی به مواد مخدر به عنوان یک اختلال روان‌پزشکی (روچکین، کوپرسو، اورلند، گلیتبرگ و گریگورنکو^۵، ۲۰۲۰) و با ابعاد مختلف یکی از مشکلات عصر حاضر است (وجانوویک، اسمیت، گرین لانه و اشمیتزر^۶، ۲۰۲۰). افراد وابسته به مواد از لحاظ جسمی و روانی وابستگی زیادی به مواد مصرفی خود پیدا می‌کنند و به تدریج میزان مصرف خود را افزایش می‌دهند (بليوسن، دوآن و بست^۷، ۲۰۱۹). با همه تلاش‌هایی که در زمینه ترک اعتیاد انجام می‌شود، آمارهای بازگشت به اعتیاد یا عود در معتادان در حال ترک بسیار نگران‌کننده است (رمضانی گهره‌یی، ۱۳۹۹).

۲۰۲

202

۱۴۰۱۷، No. 68، Summer 2023
سال هفدهم، شماره ۶۸، تابستان

یکی از متغیرهای که به نظر می‌رسد با وابستگی به مواد محرك در ارتباط باشد خودشیفتگی مرضی است. طبق تعریف انجمن روان‌پزشکی امریکا^۸ (۲۰۱۷) اختلال شخصیت خودشیفته، به صورت یک الگوی فراگیر بزرگ منشی (در تخیل یا رفتار)، نیاز به تحسین و فقدان همدلی توصیف می‌شود. افراد خودشیفته دارای حس غیرمنطقی برتری خود هستند و این درگیری بیش از حد با خود، موجب فقدان حساسیت و همدلی نسبت به سایرین می‌شود (بارلو و دوراند^۹، ۲۰۱۱). روان‌شناسان اجتماعی شخصیت خودشیفته را به عنوان زنجیره‌ای متشکل از دو جنبه بزرگ منشی و آسیب‌پذیری می‌دانند. بزرگ منشی اغلب با استثمارگری، فقدان همدلی، حسادت زیاد، پرخاشگری و ابزار آسیب‌پذیری

1. addiction
2. Chen, Liu, Long, & Zhou
3. Perski, Herd., West & Brown
4. Saxena, Grella & Messina
5. Ruchkin, Koposov, Oreland, Klinteberg, & Grigorenko

6. Vujanovic, Smith, Green, Lane & Schmitz
7. Bliuc, Doan & Bset
8. American Psychiatric Association (APA)
9. Barlow & Durand

خودشیفته همراه بوده و تجارب آگاهانه از درماندگی، پوچی، عزت نفس پایین و شرم را در بر می گیرد (فاستر، مک کاین، هیبرتز، برانل و جانسون^۱، ۲۰۱۵). خودشیفتگی با به کار گیری اجتناب اجتماعی برای مقابله با تهدیدهای خود از طریق کناره گیری شرم آورانه در زمانی که ابراز خودآرمانی امکان پذیر نیست، مرتبط است (اختر^۲، ۲۰۱۷). مک لارن و بست^۳ (۲۰۱۳) نیز نشان دادند خودشیفتگی مرضی با رفتارهای اعتیادی مصرف مواد رابطه دارد.

شواهد نشان می دهند که یکی از عوامل اصلی عود اعتیاد ولع مصرف است (سری، فاتسیس، دنیز، اسوندسن و آریا کمب^۴، ۲۰۱۵). از میان عوامل مؤثر در مصرف مواد، ولع مصرف^۵ نقش مهم تری در پدیده بازگشت و حفظ موقعیت مصرف و واپسی^۶ به مواد دارد. ولع مصرف، یک میل غیرقابل کنترل برای مصرف مواد است، میلی که اگر برآورده نشود رنج های روان شناختی و بدنی فراوانی همچون ضعف، بی اشتہایی، اضطراب، بی خوابی، پرخاشگری و افسردگی را در پی دارد. به عبارت دیگر ولع مصرف، تمایل به استفاده از یک ماده معین و شدت اشتیاق فرد در هنگام تلاش برای تغییر است (بشرپور و احمدی، ۱۳۹۸). ولع مصرف مواد هسته مرکزی اعتیاد و عامل مصرف مواد، ادامه و پس از شروع درمان منجر به بازگشت به اعتیاد می شود (بشرپور و همکاران، ۲۰۱۴). نظریه های مصرف مواد بر نقش ولع مصرف در استفاده مداوم مواد مخدر تأکید دارند (برسین و ورونا^۷، ۲۰۱۹). شهباياني و همکاران (۲۰۱۴) در مطالعه خود نشان دادند که ولع مصرف می تواند باعث بازگشت اعتیاد شود، درمان و کاهش آن می تواند باعث بهبودی شرایط بیمار شود. اسماعیلی، طارمیان، رضایی، وثوقی و مصطفوی (۲۰۲۱)، فیاض فیضی، واحد، صادقمال نیک رفتار و آرزومندان (۲۰۲۲)، جعفری و نژاد محمد (۱۳۹۷) و محمدی و کارگر شاکر (۱۳۹۷) نشان دادند که در گروه آزمایش پس از اعمال روش درمانی ماتریکس در شاخص ولع مصرف به صورت معنی داری بهبودی ایجاد شد.

۲۰۳
۲۰۳

پیل هدفه، شماره ۶۸، تابستان ۱۴۰۲
Vol. 17, No. 68, Summer 2023

1. Foster, McCain, Hibberts, Brunell & Johnson
2. Akhtar
3. MacLaren & Best

4. Serre, Fatseas, Denis, Swendsen & Auriacombe
5. cravings
6. Bresin & Verona

عامل مهمی که در ترک مواد در افراد وابسته به مواد وجود دارد، خودکارآمدی ترک^۱ است. این عامل، از لحاظ شناختی نقش مهمی در جلوگیری از بازگشت به مصرف مواد و افزایش تحمل درد ناشی از ترک، در افراد معتاد ایفا می‌کند (تانکوچی^۲ و همکاران، ۲۰۱۸). خودکارآمدی به افکار و قضاوت فرد درباره توانایی‌هایش در رسیدن به هدف مورد نظر اشاره دارد، هر چه میزان خودکارآمدی در افراد بالاتر باشد به همان میزان احتمال بازگشت و عود مصرف در آنان نیز کاهش خواهد یافت (الکساندر، هبرت، بوسنیل و کندزور^۳، ۲۰۱۹). در پژوهشی که توسط سوپرت^۴ (۲۰۱۸) انجام شد، نتایج نشان داد وجود خودکارآمدی در نوجوانان، موجب خودکتری در ترک مواد در آن‌ها شده و گرایش به اعتیاد، خودکشی و افسردگی را در آن‌ها کاهش می‌دهد. نیکمنش، بلوجی و پیراسته مطلق (۲۰۱۷) به بررسی نقش باورهای خودکارآمدی در پیش‌بینی عود مجدد پرداختند و نشان دادند که باورهای خودکارآمدی نقش مؤثرتری در پیشگیری از عود مصرف مواد دارد. نینگ^۵ و همکاران (۲۰۱۸) نیز نشان دادند که تحمل آشفتگی پایین با خودکارآمدی ترک در افراد مصرف کننده حشیش ارتباط دارد و تحمل آشفتگی از طریق اختلالات عاطفی مرتبط با درد، شدت مشکلات استفاده از حشیش، خودکارآمدی ترک را پیش‌بینی می‌کند.

یکی از سازه‌های مهمی که به طور بالقوه در رشد و نگهداری مشکلات استفاده از مواد مخدر از جمله ولع مصرف دخیل است، تحمل پریشانی^۶ است. تحمل پریشانی به عنوان توانایی ذهنی یا عینی برای مقاوم ماندن در برابر حالت‌های درونی مضر و رویدادهای بیرونی ناسازگار تعریف شده است (روبینسون^۷ و همکاران، ۲۰۱۹). وابستگی به ماده نیکوتین به عنوان یک ماده مخدر، با سطوح پایین تحمل پریشانی در افراد وابسته به آن همراه است (متیو و ژو^۸، ۲۰۲۰) و تحمل پریشانی علاوه بر ایجاد وابستگی به مواد مخدر، می‌تواند زمینه‌ساز بسیاری از مشکلات دیگر در افراد باشد (هوروود، سیمونز و سیمونز^۹،

1. self-efficacy for quitting

2. Taniguchi

3. Alexander, Hébert, Businelle & Kendzor

4. Supreet

5. Manning

6. distress tolerance

7. Robinson

8. Mathew & Zhou

9. Hovrud, Simons & Simons

۲۰۲۰). فتاحی شنگل‌آباد و میرهاشمی (۱۳۹۷)، آرنائودووا و آمارو^۱ (۲۰۲۰)، زگل، راجرز، ووجانوویک و زوولنzkی^۲ (۲۰۲۰)، گیلمور^۳ و همکاران (۲۰۱۸) و سیمونز، سیستاد، سیمونز و هانسن^۴ (۲۰۱۸) در پژوهش‌های جداگانه‌ای نشان دادند که سطح پایین تحمل پریشانی در افراد می‌تواند زمینه‌ساز وابستگی به مواد مخدر شود. به علاوه، تحمل پریشانی پایین می‌تواند افراد را در برابر وابستگی به مواد مخدر آسیب‌پذیر سازد.

از سوی دیگر در زمینه اعتیاد به مواد، در سال‌های اخیر مطالعات حوزه بهوشیاری توجه فزاینده‌ای را به خود اختصاص داده است. بهوشیاری^۵ به عنوان آگاهی پذیرا و عاری از قضاوت از آنچه اکنون در حال وقوع می‌باشد، تعریف شده است (بروان، سرول و رایان،^۶ ۲۰۱۵). ازین رو، توجه فرآیندی است که در آن بر آگاهی هشیار، متمن‌کری می‌شود و از این طریق حساسیت به دامنه محدودی از تجارت شکل می‌گیرد. در واقع، آگاهی و توجه درهم تنیده‌اند، به گونه‌ای که توجه، به‌طور پیوسته اشکالی را از زمینه آگاهی بیرون می‌کشد و آن‌ها را به مدت زمان متفاوتی در مرکز خود نگه می‌دارد (حامدی، شهیدی و خادمی، ۱۳۹۲). افرادی که بهوشیاری پایین‌تری دارند به احتمال زیاد دشواری‌هایی در تنظیم هیجان نیز دارند (زیدان، جانسن، دایمن، دیوید و گوگیزن،^۷ ۲۰۱۰) و مک دونالد و پریس،^۸ (۲۰۱۷). حامدی و همکاران (۱۳۹۲) در پژوهشی نشان دادند که بهوشیاری بر پیشگیری از عود مجدد مصرف مواد تأثیر بسزایی دارد و باعث بهبود در سلامت روانی می‌شود.

یکی از این مداخلات آموزشی و شناختی مهمی که منجر به کاهش دشواری در ولع مصرف در افراد وابسته به مواد می‌شود، به کارگیری روش درمانی ماتریکس^۹ است. این درمان با هدف تأثیرگذاری بر پرهیز از مصرف مواد تدوین شده است (مکری، ۱۳۹۷). به‌طور کلی، برای درمان اختلالات ناشی از وابستگی به مواد، لازم است بیمار مهارت‌های

1. Arnaudova & Amaro
2. Zegel, Rogers, Vujanovic, & Zvolensky
3. Gilmore
4. Simons, Sistad, Simons & Hansen
5. Mindfulness

6. Brown, Creswell, Ryan
7. Zeidan, Johnson, Diamond, David, & Goolkasian
8. MacDonald & Price
9. Matrix therapy

لازم برای حل مشکلات را یاد بگیرد تا بعد از اتمام درمان بتواند از پس حل مشکلاتش برآید. در طول دوره درمان، در جلسات درمانی پیرامون مباحث و مهارت‌های اولیه بهبودی و مباحث پیشگیری از عود با بیماران کار می‌شود (لو، فریمن، ردلیچ و ساساکی^۱، ۲۰۱۸). این پروتکل حدود ۲۶-۳۶ هفته برای وابستگان به مواد محرك اجرا می‌گردد. درمان‌جویان در این روش درمانی، اطلاعات مناسبی در راستای چگونگی ایجاد یک زندگی سالم و حمایت برای دستیابی و حفظ مرکز درمان مصرف مواد را فرامی‌گیرند (نگین^۲ و همکاران، ۲۰۱۸).

احتشامی پویا، ممتازی، مکری، اسکندری و داداشی (۱۳۹۷) در پژوهشی نشان دادند که درمان ماتریکس موجب کاهش شدت اعتیاد و پیشگیری از عود در مصرف کنندگان مواد می‌گردد. در پژوهش‌های جداگانه، خدابخشی و فروزنده (۱۴۰۱) در خصوص معتادان تحت درمان شهر اصفهان، شیرمردی و میرزاوندی (۱۳۹۹) در خصوص مراجعین به مراکز درمان اعتیاد شهر اهواز، محمدی و کارگر شاکر (۱۳۹۷) در مصرف کنندگان وابسته به مت‌آمftامین، فتاحی شنگل آباد و میرهاشمی (۱۳۹۷) و احتشامی پویا و همکاران (۱۳۹۷) در بیماران وابسته به مت‌آمftامین گزارش نمودند که این درمان در تمایل مصرف مواد مخدر افراد وابسته به مواد اثربخش بوده است. پیمان‌نیا، حمید، و محمود علیلو (۱۳۹۷) نیز نشان دادند که این مداخله می‌تواند در کاهش رفتارهای خودآسیب‌رسان و ارتقای کیفیت زندگی افراد با علائم اختلال شخصیت مرزی مؤثر باشد. موسوی نسب، سلیمانی و محمدی (۱۴۰۱) نیز در پژوهشی نشان دادند که افراد مبتلا به اختلال مصرف مواد به طور معناداری نمرات بالاتری در خودشیفتگی مرضی و ابعاد آن در مقایسه با گروه غیربالینی داشتند. درمان ماتریکس بر بهبود راهبردهای مقابله با استرس و پریشانی در معتادان (دهکردی، علیپور و صابری، ۲۰۱۶)، کاهش مصرف مت‌آمftامین در میان مصرف کنندگان (امیری، میرزا و ثابت، ۲۰۱۳) و افزایش خودکارآمدی پرهیز از مواد (جعفری‌نژاد، بساک‌نژاد، مهرابی‌زاده هنرمند و زرگر، ۱۳۹۴) تأثیرگذار است. این مهم در

۲۰۶
206

۱۴۰۱، ۶۸، ۱۷، No. 68, Summer 2023
سال هفدهم، شماره ۶۸، تابستان

نهایت کاهش بازگشت به مصرف مواد را پس از درمان به همراه دارد (مساح، عفت پناه و شیشه‌گر، ۲۰۱۷).

یکی از انواع دسته‌بندی موادمخدّر محرک‌ها هستند که بر سیستم مغزی مؤثر هستند (مکنیلی^۱ و همکاران، ۲۰۱۸) و عملده اثراشان را در مغز از طریق ناقل‌های شیمیایی دوپامین و نورآدرنالین اعمال می‌کنند، بنابراین علاوه بر ایجاد سرخوشی و لذت موجب بالا رفتن هوشیاری هم می‌شوند (ساکسانا و همکاران، ۲۰۱۶). از این رو تکرار مصرف مخدّر محرک، نشاط آنی و آرامش موقت برای فرد را در پی دارد و این نکته وابستگی طولانی مدت به این مواد را افزایش می‌دهد (پرسکی و همکاران، ۲۰۱۹). اگرچه ضرورت برنامه‌ریزی و تدوین راهکارهای مداخله‌ای پیشگیرانه در کشور وجود دارد، اما با این حال شرط لازم برای هر نوع برنامه‌ریزی، آگاهی از شرایط موجود و شناخت وضعیت کنونی مصرف مواد محرک و به صرفه بودن در زمان و هزینه در میان مصرف کنندگان مواد محرک در حیطه فردی، خانوادگی و اجتماعی افراد وابسته به مواد و در نظر گرفتن این که شمار بررسی‌های انجام شده در زمینه تعیین روش درمان روان‌شناختی مناسب‌تر برای کاهش مصرف مواد محرک محدود بوده است، نیاز به بررسی روش‌های مؤثرتر برای درمان مشکلات روان‌شناختی مصرف کنندگان مواد محرک امری ضروری است. در همین راستا پژوهش حاضر به دنبال پاسخگویی به این سؤال است که آیا درمان ساختارمند ماتریکس بر خودشیفتگی مرضی، ولع مصرف، خودکارآمدی ترک، تحمل پریشانی و بهوشیاری در مصرف کنندگان مواد محرک مؤثر است؟

روش

جامعه، نمونه و روش نمونه‌گیری

این مطالعه نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون و پیگیری با گروه کنترل بود. جامعه‌آماری پژوهش شامل تمامی افراد وابسته به مواد محرک مراجعه کننده به مراکز ترک اعتیاد شهر اهواز در سال ۱۴۰۰ بود. در پژوهش‌های آزمایشی حداقل حجم نمونه

برای هر یک از زیر گروه ها ۱۵ نفر پیشنهاد شده است (تاباکنیک و فیدل^۱، ۲۰۱۴). بنابراین، از این جامعه، نمونه ای به حجم ۴۰ نفر (۲۰ نفر برای هر گروه) به روش نمونه گیری در دسترس و با در نظر گرفتن ملاک های ورود به مطالعه انتخاب و به تصادف در دو گروه آزمایش و کنترل جایگزین شدند. ملاک ورود به پژوهش داشتن تحصیلات حداقل دیپلم، تشخیص وابستگی به مواد محرك حداقل شش ماه قبل از ورود به پژوهش، شرکت داوطلبانه در پژوهش، عدم بیماری جسمی جدی و عدم دریافت درمان همزمان با مداخله پژوهش بود. ملاک خروج از پژوهش، عدم مشارکت منظم در جلسات، غیبت بیش از دو جلسه و عدم تکمیل پرسشنامه ها بود. در این مطالعه، اصول اخلاقی پژوهش شامل رازداری و حفظ حریم خصوصی اشخاص رعایت شد. داده ها با استفاده از تحلیل واریانس با اندازه گیری مکرر در نرم افزار اس بی اس اس تحلیل شدند.

پژوهش حاضر دارای کد اخلاق از دانشگاه آزاد اسلامی واحد اهواز به شماره IR.IAU.AHVAZ.REC.1400.118 می باشد.

ابزار

۲۰۸

208

۱- پرسشنامه خودشیفتگی مرضی^۲: به منظور بررسی جنبه های بزرگ متشانه و آسیب پذیر خودشیفتگی پرسشنامه ۵۲ سؤالی خودشیفتگی مرضی توسط پینکاس^۳ و همکاران (۲۰۰۹) ساخته شد. نمره گذاری به صورت مقیاس لیکرت ۷ درجه ای از کاملا مخالف (۱) تا کاملا موافق (۷) می باشد. حداقل و حداقل نمره در این ابزار صفر و ۲۶۰ می باشد، نمره های بالاتر بیانگر میزان بالاتری از خودشیفتگی مرضی می باشد. خرده مقیاس ها شامل حرمت خود مشروط (سؤالات ۱ تا ۱۲)، بهره کشی (سؤالات ۱۳ تا ۱۷)، خودپنهان (سؤالات ۱۸ تا ۲۳)، خودفزوئی فداکارانه (سؤالات ۲۴ تا ۳۰)، خیال پردازی بزرگ متشانه (سؤالات ۳۱ تا ۳۷)، ناارزنه سازی (سوالات ۳۸ تا ۴۴) و خشم حق طلبانه (سؤالات ۴۵ تا ۵۲) است. این پرسشنامه در ایران توسط سلیمانی و همکاران (۱۳۹۴) ترجمه و اعتبار یابی شده است. پینکاس و همکاران (۲۰۰۹) همسانی درونی این پرسشنامه را ۰/۸۰ و پایایی

آن را با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ $\alpha = 0.95$ گزارش نمودند. سلیمانی و همکاران (۱۳۹۴) نتایج همسانی درونی خردۀ مقیاس‌های حرمت خود مشروط، بهره‌کشی، خودفرونی فداکارانه، خودپنهان، خیال‌پردازی بزرگ‌منشانه، نازارزندۀ سازی و خشم حق طلبانه را به ترتیب $0.89, 0.82, 0.73, 0.64, 0.57, 0.82, 0.73, 0.78, 0.80, 0.73, 0.72, 0.74, 0.69, 0.81, 0.80, 0.83, 0.72, 0.74, 0.69, 0.79, 0.81, 0.80, 0.83, 0.75$ و کل مقیاس 0.93 و هم‌چنین اعتبار بازآزمایی 15 روزه برای هر یک از خردۀ مقیاس‌های فوق را به ترتیب $0.83, 0.82, 0.72, 0.74, 0.69, 0.79, 0.81, 0.80, 0.83, 0.72, 0.74, 0.69, 0.79, 0.81, 0.80, 0.83, 0.75$ در پژوهش حاضر پایایی این پرسشنامه براساس آلفای کرونباخ برابر با 0.87 و برای خردۀ مقیاس‌های حرمت خود مشروط، بهره‌کشی، خودفرونی فداکارانه، خودپنهان، خیال‌پردازی بزرگ‌منشانه، نازارزندۀ سازی و خشم حق طلبانه، به ترتیب $0.74, 0.68, 0.72, 0.72, 0.65, 0.81, 0.88, 0.85, 0.81, 0.88, 0.85, 0.81, 0.88, 0.81, 0.88, 0.85, 0.81$.

- پرسشنامه ولع مصرف لحظه‌ای^۱: پرسشنامه ولع مصرف یک پرسشنامه ۱۴ سؤالی است که توسط فرانکن، هندریکس و واندنبرینک^۲ (۲۰۰۲) ساخته شده است. پرسشنامه ولع مصرف دارای 3 خردۀ مقیاس، میل و قصد مصرف مواد (سؤال $1, 2, 12$)، تقویت منفی (سؤال $5, 6, 9, 11, 14, 15, 16, 17$) و کترول ادراک شده بر مصرف مواد (سؤال $3, 4, 7, 8, 10, 13$) است. این پرسشنامه بر اساس مقیاس لیکرت 7 گزینه‌ای (از کاملاً مخالف 1 تا کاملاً موافق 7) می‌باشد. حداقل نمره 14 و حداً کثر نمره 98 می‌باشد. این پرسشنامه در ایران توسط محمدی (۱۳۸۹) ترجمه و اعتباریابی شده است. فرانکن و همکاران (۲۰۰۲) اعتبار کلی این پرسشنامه را به روش آلفای کرونباخ $\alpha = 0.85$ و برای خردۀ مقیاس‌های میل و قصد مصرف مواد، تقویت منفی و کترول ادراک شده بر مصرف مواد به ترتیب $0.80, 0.77, 0.82, 0.82$ گزارش کردند. محمدی (۱۳۸۹) مقدار آلفای کرونباخ کلی را 0.82 و خردۀ مقیاس‌های آن را به ترتیب $0.70, 0.82, 0.82, 0.70$ گزارش نمود. در پژوهش حاضر پایایی این پرسشنامه براساس آلفای کرونباخ برابر با 0.83 و برای زیر مقیاس‌های میل و

قصد مصرف مواد، تقویت منفی و کنترل ادراک شده بر مصرف مواد به ترتیب ۰/۷۹، ۰/۸۱ و ۰/۸۹ به دست آمد.

۳- پرسشنامه خودکارآمدی ترک اعتیاد^۱: این پرسشنامه توسط برامسون^۲ (۱۹۹۱) طراحی شده است که شامل ۱۶ گویه می‌باشد و مهارت‌هایی همچون حل مسئله (سوالات ۱ تا ۴)، تصمیم‌گیری (سوالات ۵ تا ۸)، ابراز وجود (سوالات ۹ تا ۱۲) و ارتباط (سوالات ۱۳ تا ۱۶) را مورد سنجش قرار می‌دهد. عبارات ۲-۵-۷-۸-۱۰-۱۱-۱۲-۱۳-۱۴-۱۵-۱۶ نمره گذاری معکوس می‌باشند. این پرسشنامه بر اساس مقیاس لیکرت ۷ گزینه‌ای (از کاملاً مخالف ۱ تا کاملاً موافق ۷) می‌باشد. حداقل نمره ۱۶ و حداً کثر نمره ۱۱۲ می‌باشد. این پرسشنامه در ایران توسط حبیبی، کارشکی، دشتگرد، حیدری و طلایی (۱۳۹۱) ترجمه و اعتباریابی شده است. حبیبی و همکاران (۱۳۹۱) اعتبار محتوایی و صوری این مقیاس را مناسب گزارش نمودند و همچنین میزان پایایی این مقیاس را با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ $\alpha = 0.79$ گزارش نمودند. در پژوهش حاضر پایایی پرسشنامه خودکارآمدی ترک براساس آلفای کرونباخ برابر با $\alpha = 0.75$ و برای خرده‌مقیاس‌های حل مسئله، تصمیم‌گیری، ابراز وجود و ارتباط به ترتیب $\alpha = 0.79$ ، $\alpha = 0.81$ و $\alpha = 0.80$ به دست آمد.

۴- مقیاس تحمل پریشانی^۳: این مقیاس توسط سیمونز و گاهر^۴ (۲۰۰۵) ساخته شد و دارای ۱۵ ماده و چهار خرده مقیاس تحمل پریشانی هیجانی (۱، ۳، ۵)، جذب شدن به وسیله هیجانات منفی (۲، ۴، ۱۵)، برآورد ذهنی پریشانی (۶، ۷، ۱۰، ۱۱، ۱۲) و تنظیم تلاش‌ها برای تسکین پریشانی (۸، ۱۳، ۱۴) است. گویه‌های این مقیاس به صورت طیف درجه‌ای لیکرت از ۱ (کاملاً موافق) تا ۵ (کاملاً مخالف) نمره گذاری می‌شوند. نمرات بالا در این مقیاس نشان‌گر تحمل پریشانی بالا است. حداقل نمره این مقیاس ۱۵ و حداً کثر نمره ۷۵ است. مقیاس تحمل پریشانی در ایران توسط عزیزی، میرزایی، آزاده و شمس (۱۳۸۹) ترجمه و اعتباریابی شده است. سیمونز و گاهر (۲۰۰۵) پایایی این ابزار را با استفاده از آلفای کرونباخ برای خرده‌مقیاس‌های تحمل پریشانی هیجانی، جذب شدن

۲۱۰
210

۱۴۰۱، ۱۷، No. ۶۸، Summer ۲۰۲۳
سال هفدهم، شماره ۶۸، تابستان

1. Quit Addiction Self-efficacy Questionnaire
2. Bramson

3. Distress Tolerance Scale (DTS)
4 Simons & Gaher

به وسیله هیجانات منفی، برآوردهای ذهنی پریشانی و تنظیم تلاش‌ها برای تسکین پریشانی به ترتیب ۰/۷۲، ۰/۸۲، ۰/۸۰ و برای کل مقیاس ۰/۸۲ و همبستگی درون طبقه‌ای پس از گذشت شش ماه را ۰/۶۱ گزارش نمودند. این مقیاس با مقیاس پذیرش خود رابطه مثبت (۰/۷۱) و با مقیاس‌های راهبردهای مقابله‌ای استفاده از الکل و ماری جوانا (۰/۶۸) رابطه منفی نشان داد (سیمونز و گاهر، ۲۰۰۵). عزیزی و همکاران (۱۳۸۹) میزان پایایی این ابزار را با استفاده از آلفای کرونباخ ۰/۶۷ و اعتبار بازآزمایی این پرسشنامه را نیز ۰/۹۰ گزارش کردند. در پژوهش حاضر پایایی مقیاس تحمل پریشانی براساس آلفای کرونباخ برابر با ۰/۸۶ و برای خوده مقیاس‌های تحمل پریشانی هیجانی، جذب شدن به وسیله هیجانات منفی، برآوردهای ذهنی پریشانی، و تنظیم تلاش‌ها برای تسکین پریشانی به ترتیب ۰/۸۴، ۰/۷۸، ۰/۸۰ و ۰/۸۹ به دست آمد.

۵- مقیاس بهوشیاری^۱: به منظور سنجش توجه و آگاهی پرسشنامه ۱۵ سؤالی مقیاس بهوشیاری توسط براون و رایان^۲ (۲۰۰۳) تدوین شد. نمره گذاری به صورت مقیاس لیکرت ۶ درجه‌ای از صفر (تقریباً همیشه) تا ۶ (تقریباً هیچ وقت) می‌باشد. حداقل نمره و حداکثر نمره آن به ترتیب ۱۵ و ۹۰ است. در این مقیاس هرچه نمره آزمودنی بیشتر باشد بیانگر سطوح بالایی از بهوشیاری است. این مقیاس در ایران توسط قربانی، واتسون و ویتنگتون^۳ (۲۰۰۹) ترجمه و اعتباریابی شده است. براون و رایان (۲۰۰۳) همسانی درونی سؤال‌های آزمون براساس ضریب آلفای کرونباخ را از ۰/۸۰ تا ۰/۷۸ و روایی مقیاس با توجه به همبستگی منفی آن با ابزارهای سنجش افسردگی و اضطراب و همبستگی مثبت با ابزارهای سنجش عاطفه مثبت و حرمت خود را کافی گزارش نمودند. قربانی و همکاران (۲۰۰۹) میزان پایایی این ابزار را با استفاده از آلفای کرونباخ در مورد یک نمونه ۷۲۳ نفری از دانشجویان ۰/۸۶ محاسبه نمودند. در پژوهش حاضر پایایی این پرسشنامه براساس آلفای کرونباخ برابر با ۰/۸۹ به دست آمد.

روش اجرا

1. Mindful Attention Awareness Scale (MAAS)

2. Brown & Ryan
3. Ghorbani, Watson, & Weathington

در این مطالعه، درمان ساختارمند ماتریکس به صورت ۱۴ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای بر اساس راهنمایی مؤسسه ماتریکس (۲۰۰۶؛ ترجمه براتی سده و هاشمی میناباد، ۱۳۹۱) و بر اساس کتاب راهنمای عملی مصرف مواد محرك و با فراوانی دو جلسه در هفته انجام شد. همچنین اجرای آزمون‌های تحقیق، قبل از شروع مداخله (پیش آزمون) و بعد از اتمام جلسات آموزشی (پس آزمون) اجرا شد. پس از گذشت دو ماه نیز جهت بررسی ماندگاری اثر درمانی مجدد آزمون پیگیری انجام شد. خلاصه محتوای این جلسات در جدول ۱ ارائه شده است.

جدول ۱: خلاصه محتوای جلسات

جلسات	اهداف جلسات	محظوظ جلسات و تکاليف
اول	غribالگری و ارزیابی اولیه افراد ارزیابی اولیه انجام و تاریخچه مصرف گرفته می‌شود، سپس مهارت‌های به طور انفرادی و ایجاد فضای بهبودی اولیه و توقف چرخه باطل مصرف مواد توصیف می‌شود.	امن و آرام
دوم	آموزش فنون شناسایی و سوشه ارائه تکاليف تحلیل رفتار بر اساس شناخت و سوشه کننده‌های بیرونی و کننده‌های بیرونی و آغازگر آغازگر مصرف. در این مرحله تمرکز بر آنچه در ۳ یا ۴ روز اخیر در مصرف زمینه مواد مخدر گذشته می‌باشد.	۲۱۲
سوم	آموزش فنون شناسایی و سوشه کننده‌های بیرونی آغازگر مصرف و نیز عوامل هیجانی یا بی-نظمی‌های هیجانی به عنوان راهانداز و سوشه مصرف شناسایی می‌شود.	212
چهارم	در ک ر تجربه بیمار از میل به مصرف، انتقال ماهیت میل به عنوان یک عوامل هیجانی تجربه طبیعی کوتاه مدت و گذرا و بررسی مثلث شوم فکر، مصرف-سوشه-رفتار مصرف، آموزش و تمرین فنون کنترل میل به مصرف.	شناخت شیمی بدن در دوره 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 می‌شود.
پنجم	در این جلسه اجزای روان شامل فکر، احساس و رفتار تبیین می‌شود و درباره چگونگی تأثیر آن‌ها بر آغاز مصرف مواد در گذشته و آینده بحث می‌شود.	شناخت اجزای روان
ششم	در این جلسه به برخی از عوامل همچون بی حوصلگی، خستگی و دلتنگی که در زمان حال و یا آینده ممکن است موجب تحریک میل به مصرف شود معرف شود اشاره شد و برای جلوگیری از این بی‌نظمی‌های هیجانی و حالتی راهکارهای تغییر رفتار و گسترش سک زندگی سالم ارائه شد.	شناخت عواملی که سبب تحریک میل به مصرف می‌شود

جدول ۱: خلاصه محتوای جلسات

جلسات	اهداف جلسات	محتوى جلسات و تکاليف
هفتم	اهمیت اشتغال و بهبودی	در این جلسه در مورد اهمیت اشغال و بهبودی، مشغولیت و سرگرمی سالم که سبک سلامت محور را تضمین می کند صحبت شد و مراجعین تشویق شدند تا برای تعمیق تغیرات به وجود آمده، وارد فعالیت‌های اقتصادی و اجتماعی شوند. در این خصوص خانواده‌های افراد وابسته نیز با اهمیت اشتغال و سرگرمی فرد معتاد آشنا می‌شوند.
هشتم	شناخت فنون پیشگیری از لغزش	در این جلسه به عنوان حد وسط درمان که احتمال می‌رود مراجuan معتاد دچار لغزش یا وسوسه شوند، در مورد صداقت و رو راستی به هنگام لغزش صحبت می‌شود تا بتوانند با آگاهی از این وسوسه‌ها از لغزش پیشگیری کنند و هم‌چنین اعتماد و اتکا خود را به درمان و درمانگر افزایش دهند.
نهم	پایداری و تحکیم پاکی	هدف این جلسه در راستای پیشگیری از لغزش، تأکید بر پاکی و پرهیز کامل یا همیشگی می‌باشد؛ تا به پایداری و تحکیم پاکی به وجود آمده نائل شوند.
دهم	تغیر افکار و باورهای غیرمنطقی و ناکارآمد،	در این جلسه فنون درمان تغییر افکار و باورهای غیرمنطقی و ناکارآمد در مورد مصرف مواد ارائه و آموزش داده می‌شود. 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 می‌شود.
یازدهم	کمک طلبی به هنگام لغزش (مهم ترین جلسه حمایتی هنگام احتمال لغزش یا بازگشت به مصرف آموزش داده می‌شود.)	در این جلسه آمادگی قبلی و تأثیر آن‌ها بر جلوگیری از بازگشت به مصرف مواد تشریح و نیز کمک‌گیری از دیگران به ویژه خانواده به هنگام احتمال لغزش یا بازگشت به مصرف آموزش داده می‌شود.
دوازدهم	شرکت در جلسات خوددار	در این جلسه نحوه آشنایی با گروههای خوددار آموزش داده می‌شود و شرکت در آنها توصیه می‌شود.
سیزدهم	ارائه برنامه‌های مقابله چند منظوره	در این جلسه راهکارها جمع‌بندی و برنامه مقابله چند منظوره شامل پیش‌بینی موقعیت‌های خطرآفرین و تدوین راهکار مناسب درون محور و اجتماع محور ارائه می‌شود.
چهاردهم	جمع‌بندی و نتیجه‌گیری	در این جلسه مباحث مطرح شده در طول درمان جهت تعمیق تغیرات درمانی نتیجه‌گیری و مباحث دوره درمانی جمع‌بندی و اختتام درمان اعلام می‌شود. ارزیابی پس از درمان انجام می‌شود.

یافته‌ها

در بررسی اطلاعات دموگرافیک شرکت کنندگان پژوهش، از ۴۰ شرکت کننده پژوهش، ۹ زن و ۱۱ مرد در گروه آزمایش و ۷ زن و ۱۳ مرد در گروه کنترل بودند. در این مطالعه ۲۳ نفر مجرد و ۱۷ نفر متاهل بودند. مدرک تحصیلی ۲۲ نفر از شرکت کنندگان دیپلم، ۱۰ نفر کارشناسی و ۸ نفر کارشناسی ارشد و بالاتر بودند. ۱۴ نفر از شرکت کنندگان در بازه سنی کمتر از ۳۰ سال، ۱۴ نفر در بازه سنی ۳۱-۴۰ سال، ۷ نفر در بازه سنی ۴۱-۵۰ سال و ۵ نفر در بازه ۵۰ سال به بالا بودند. به علاوه، مدت مصرف ۱۵ نفر از شرکت کنندگان کمتر از ۵ سال، ۱۳ نفر بین ۵ تا ۱۰ سال، ۶ نفر بین ۱۱ تا ۱۵ سال، ۳ نفر بین ۱۶ تا ۲۰ سال و ۳ نفر بیشتر از ۲۰ سال بود. همچنین میانگین و انحراف استاندارد متغیرهای پژوهش در جدول ۲ ارائه شده است.

جدول ۲: میانگین و انحراف معیار متغیرهای پژوهش در مراحل پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری

پیگیری	پیش آزمون	پس آزمون	مؤلفه	گروه	جدول ۲
خودشیفت آزمایش	۲۱۴/۹۵	۱۹/۸۸	میانگین	انحراف معیار	۱۲/۲۴
گی مرضی کنترل	۲۱۰/۳۰	۱۶/۱۲	میانگین	انحراف معیار	۱۹/۶۶
آزمایش	۶۳/۹۵	۸/۵۸	میانگین	انحراف معیار	۷/۵۴
ولع مصرف کنترل	۶۴/۹۰	۷/۴۰	میانگین	انحراف معیار	۷/۷۱
خودکارآم آزمایش	۵۴/۴۵	۷/۲۵	میانگین	انحراف معیار	۸/۲۱
دی ترک کنترل	۵۴/۸۵	۶/۷۶	میانگین	انحراف معیار	۶/۴۸
تحمل آزمایش	۳۴/۳۵	۸/۱۹	میانگین	انحراف معیار	۸/۶۷
پریشانی کنترل	۳۵/۷۰	۷/۴۹	میانگین	انحراف معیار	۶/۵۹
آزمایش بهوشیاری	۳۷/۸۵	۸/۵۹	میانگین	انحراف معیار	۷/۶۶
کنترل	۴۰/۵۰	۸/۱۵۵۰	میانگین	انحراف معیار	۶/۹۹

سال هفدهم، شماره ۶۸، تابستان ۱۴۰۱، ۱۷، No. ۶۸، Summer ۲۰۲۰

۲۱۴

۲۱۴

جدول ۲ نشان می‌دهد که در گروه آزمایش میانگین نمرات خودشیفتگی مرضی و ولع مصرف در مراحل پس آزمون و پیگیری در مقایسه با مرحله پیش آزمون کاهش و میانگین نمرات خودکارآمدی ترک، تحمل پریشانی و بهوشیاری افزایش یافته است. در

مقابل تغییرات مشابه در مراحل مزبور در گروه کنترل مشاهده نشد. برای تجزیه نتایج اصلی از تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر استفاده شد. قبل از اجرای تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر، پیش‌فرض‌ها مورد بررسی قرار گرفتند. یکی از مفروضه‌های این تحلیل، نرمال‌بودن توزیع داده‌هاست. نتایج آزمون شاپیرو-ولیک حاکی از آن بود که نمرات متغیرهای پژوهش دارای توزیع نرمال بودند ($p < 0.05$). همچنین هیچ کدام از متغیرهای مورد بررسی در آزمون لوین معنادار نبودند ($p > 0.05$), لذا می‌توان گفت که همگنی واریانس‌ها برقرار بود. به علاوه، شاخص آماره ام‌باکس برای هیچ یک از متغیرهای پژوهش معنی‌دار نبود. این موضوع بیانگر برقراری مفروضه همگنی ماتریس‌های کوواریانس متغیرهای وابسته بود. همچنین ارزش مجذور کای حاصل از تست مولخی برای همه متغیرهای وابسته در دو گروه آزمایش و کنترل غیرمعنی‌دار است ($p > 0.05$). این یافته بیانگر آن است که مفروضه کرویت نیز برای آن متغیرها برقرار بوده است. جدول ۳ نتایج تحلیل چند متغیری در ارزیابی اثر اجرای درمان ساختارمند ماتریکس بر متغیرهای پژوهش را نشان می‌دهد.

جدول ۳: نتایج آزمون تحلیل چند متغیری در ارزیابی اثر متغیر مستقل بر متغیرهای وابسته

متغیر وابسته	لامبایدی ویلکر آماره F	درجه آزادی	سطح معناداری	۷ توان آزمون	خودشیفتگی مرضی	
ولع مصرف	۰/۹۹۶	۰/۰۰۱	۲ و ۳۷	۴۲/۳۲	۰/۳۰۴	
خودکارآمدی ترک	۰/۴۶۵	۰/۰۰۱	۲ و ۳۷	۱۶/۰۸	۰/۵۳۵	
تحمل پریشانی	۰/۵۴۳	۰/۰۰۱	۲ و ۳۷	۲۱/۹۷	۰/۴۵۷	
بهوشیاری	۰/۴۷۵	۰/۰۰۱	۲ و ۳۷	۱۶/۷۱	۰/۵۲۵	
همان طور که در جدول ۳ ملاحظه می‌شود، اثر اجرای متغیر مستقل بر متغیرهای های خودشیفتگی مرضی، ولع مصرف، خودکارآمدی ترک، تحمل پریشانی و بهوشیاری معنی‌دار بود. جدول ۴ نتایج تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر در تبیین اثر درمان ساختارمند ماتریکس بر هر یک از متغیرهای وابسته را نشان می‌دهد.	۰/۹۸۴	۰/۳۶۶	۰/۰۰۱	۲ و ۳۷	۱۰/۷۰	۰/۶۳۴

همان‌طور که در جدول ۳ ملاحظه می‌شود، اثر اجرای متغیر مستقل بر متغیرهای های خودشیفتگی مرضی، ولع مصرف، خودکارآمدی ترک، تحمل پریشانی و بهوشیاری معنی‌دار بود. جدول ۴ نتایج تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر در تبیین اثر درمان ساختارمند ماتریکس بر هر یک از متغیرهای وابسته را نشان می‌دهد.

جدول ۴: نتایج تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر در تبیین اثر متغیرهای مستقل بر متغیرهای وابسته

متغیر	اثرات	مجموع مجذورات خطأ معناداری	مجموع مجذورات آماره F	سطح
خودشیفتگی مرضی	اثر زمان	۱۵۹۳۳/۰۱	۱۱۴۹/۹۸	۱۱۱۸۶/۹۸
اثر تعاملی گروه×زمان	اثر گروه	۲۰۸۷۶/۵۵	۲۱۰۰۴/۲۷	۳۷/۷۷
ولع مصرف	اثر زمان	۲۲۸۹/۸۰	۲۰۰۴/۶۷	۱۲۴/۵۶
اثر تعاملی گروه×زمان	اثر گروه	۶۵۷۱/۲۰	۳۰۱۳/۰۰	۲۸/۸۸
خودکارآمدی ترک	اثر زمان	۲۸۹۸/۳۵	۵۲۱۹/۰۳	۲۱/۱۰
اثر تعاملی گروه×زمان	اثر گروه	۵۶۴۴/۴۱	۱۶۰۸/۹۲	۱۳۳/۳۱
تحمیل پریشانی	اثر زمان	۲۶۶۸/۰۵	۲۳۰۱/۹۵	۴۴/۰۴
اثر تعاملی گروه×زمان	اثر گروه	۳۰۰۲/۸۲	۵۰۷۶/۱۳	۲۲/۴۸
بهوشیاری	اثر زمان	۳۳۷۰/۸۰	۱۸۸۶/۲۳	۶۷/۹۱
تعقیبی بن فرونی	اثر زمان	۱۴۶۲/۰۵	۲۹۶۷/۵۰	۱۸/۷۲
اثر تعاملی گروه×زمان	اثر گروه	۲۱۴۳/۰۵	۴۹۵۴/۱۷	۱۶/۴۴
نیازمندی شناسی	اثر زمان	۱۶۵۷/۶۳	۲۲۷۹/۶۷	۲۷/۶۳
اثر تعاملی گروه×زمان	اثر گروه	۸۹۱/۱۱	۲۸۰۹/۵۸	۱۲/۰۵
نیازمندی شناسی	اثر زمان	۱۵۷۷/۹۲	۴۷۸۷/۹۳	۱۲/۵۲

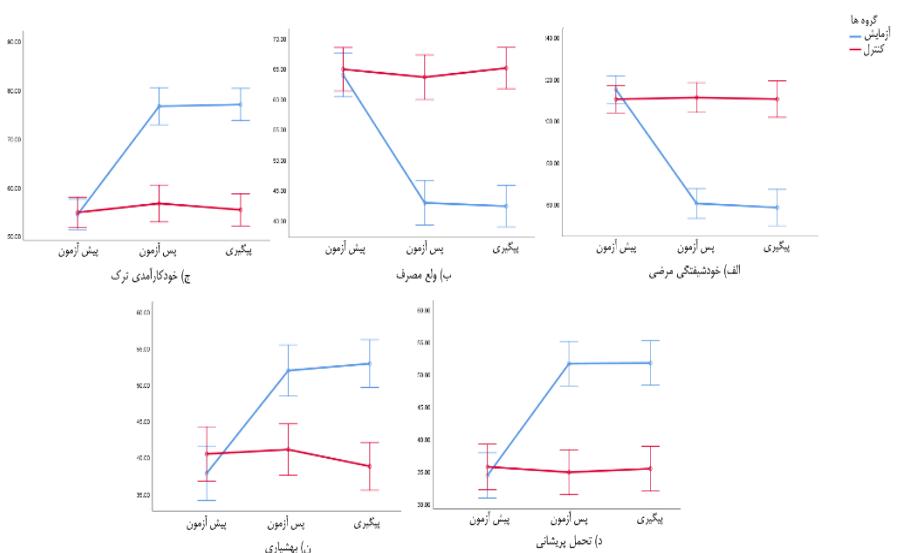
۲۱۶
216

جدول ۵: نتایج آزمون تعییی بن فرونی برای مقایسه‌های زوجی اثر گروه‌ها و زمان‌ها

متغیر	زمان‌ها	خطای معیار	تفاوت میانگین	نمونه
خودشیفتگی مرضی	پیش آزمون	۲۶/۸۸	۳/۱۳۳	۰/۰۰۱
ولع مصرف	پیش آزمون	۲۸/۲۳	۳/۸۸	۰/۰۰۱
خودکارآمدی ترک	پیش آزمون	۱/۳۵	۳/۹۲	۱/۰۰
تحمل پریشانی	پیش آزمون	۱۱/۱۸	۱/۹۷	۰/۰۰۱
بهوشیاری	پیش آزمون	۱۰/۷۰	۱/۹۹	۰/۰۰۱
پیش آزمون	پیگیری	-۰/۴۸	۱/۵۷	۱/۰۰
پیش آزمون	پیگیری	-۱۲/۰۳	۱/۹۴	۰/۰۰۱
پیش آزمون	پیگیری	-۱۱/۵۵	۱/۷۴	۰/۰۰۱
پیش آزمون	پیگیری	۰/۴۸	۱/۸۰	۱/۰۰
پیش آزمون	پیگیری	-۸/۲۳	۱/۶۳	۰/۰۰۱
پیش آزمون	پیگیری	-۸/۵۵	۱/۹۸	۰/۰۰۱
پیش آزمون	پیگیری	-۰/۳۳	۱/۷۹	۱/۰۰
پیش آزمون	پیگیری	-۷/۳۵	۱/۷۱	۰/۰۰۱
پیش آزمون	پیگیری	-۶/۶۸	۱/۹۲	۰/۰۰۴
پیش آزمون	پیگیری	۰/۶۸	۱/۶۸	۱/۰۰
متغیر	تفاوت گروه‌ها	خطای معیار	تفاوت میانگین	نمونه
خودشیفتگی مرضی	آزمایش	-۳۲/۶۵	۳/۱۳	۰/۰۰۱
ولع مصرف	آزمایش	-۱۴/۸۰	۱/۱۳۳	۰/۰۰۱
خودکارآمدی ترک	آزمایش	۱۳/۷۲	۱/۱۹	۰/۰۰۱
تحمل پریشانی	آزمایش	۱۰/۶۰	۱/۲۹	۰/۰۰۱
بهوشیاری	آزمایش	۷/۴۳	۱/۴۱	۰/۰۰۱

با توجه به نتایج آزمون بن فرونی در مقایسه اثر زمان در جدول ۵ تفاوت میانگین نمرات خودشیفتگی مرضی، ولع مصرف، خودکارآمدی ترک، تحمل پریشانی و بهوشیاری در مراحل پیش آزمون-پس آزمون و پیش آزمون-پیگیری به لحاظ آماری معنی دار، اما تفاوت میانگین آن نمرات در مراحل پس آزمون-پیگیری غیرمعنی دار بود. همچنین نتایج آزمون بن فرونی در مقایسه اثرات گروه در جدول ۵ نشان داد که تفاوت

میانگین متغیرهای خودشیفتگی مرضی، ولع مصرف، خودکارآمدی ترک، تحمل پریشانی و بهوشیاری در دو گروه آزمایش و کنترل به لحاظ آماری معنی دار بود. به طوری که اجرای درمان ساختارمند ماتریکس باعث شده تا میانگین نمرات خودشیفتگی مرضی و ولع مصرف در گروه آزمایش در مقایسه با گروه کنترل در مراحل پس آزمون و پیگیری، کاهش و میانگین نمرات متغیرهای خودکارآمدی ترک، تحمل پریشانی و بهوشیاری افزایش یابد. شکل ۱ نمودارهای مربوط به خودشیفتگی مرضی، ولع مصرف، خودکارآمدی ترک، تحمل پریشانی و بهوشیاری در گروههای پژوهش در سه مرحله پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری را نشان می دهد.



شکل ۱: نمودارهای مربوط به متغیرهای وابسته گروههای پژوهش در سه مرحله اجرا

همسو با نتایج مربوط به اثرات گروه در آزمون بن فرونی، روند تغییر میانگین متغیرهای وابسته در نمودارهای شکل ۱ نشان می دهد که تغییرات ناشی از اجرای درمان ساختارمند ماتریکس بر متغیرهای وابسته بعد از اتمام دوره درمان پا برجا مانده است.

بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی درمان ساختارمند ماتریکس بر خودشیفتگی مرضی، ولع مصرف، خودکارآمدی ترک، تحمل پریشانی و بهوشیاری در

صرف کنندگان مواد محرک انجام شد. نتایج نشان داد که اجرای درمان ساختارمند ماتریکس در مقایسه با گروه کنترل منجر به کاهش میانگین خودشیفتگی مرضی در مراحل پس آزمون و پیگیری شده است. کاهش میانگین خودشیفتگی مرضی در گروه درمان ساختارمند ماتریکس، نشان می دهد که تغییرات ناشی از درمان ساختارمند ماتریکس بر خودشیفتگی مرضی در دوره پیگیری پابرجا مانده است. براین اساس درمان ساختارمند ماتریکس، خودشیفتگی مرضی را در صرف کنندگان مواد محرک، کاهش می دهد. یافته حاضر با نتایج مطالعات پیمان‌نیا و همکاران (۱۳۹۷)، فاستر و همکاران (۲۰۱۵)، اختر (۲۰۱۷) و مک‌لارن و بست (۲۰۱۳) همسو است. افراد داری صرف مواد محرک دارای خودشیفتگی مرضی با استفاده از درمان ماتریکس دیدگاه دیگری برای زندگی خود اکتساب می کنند و یاد می گیرند هشیارانه بدون آمیختگی در دام اعتیاد، با تحلیل کارکردی رفتار، توجه خود را به تجربه‌ای که اینجا و اکنون از سر می گذراند، معطوف نمایند. در چنین شرایطی وقی افراد داری صرف مواد محرک می آموزند که تجربه‌های درونی خود را با پذیرش نظاره کنند، حتی خاطرات، احساسات، افکار و حس‌های بدنی دردناک نیز به عنوان یک توجه اعتیاد که گیر افتادن در دام آن می تواند آنها را از نزدیک شدن به ارزش‌های اساسی زندگی بازدارد، در نظر گرفته می شود. در نهایت این عقیده، به این شیوه به درمان جویان کمک می کند از دام اجتناب تجربه‌ای رهایی یابند و رابطه خود با افکار و احساسات دردناک را به نحوی مشاهده نمایند تا تأثیر و نفوذ آنها بر زندگی شان کمتر شود (پولک، شوندورف، ویستر، و اولاز^۱، ۲۰۱۶). در مجموع درمان ماتریکس باعث می گردد این افراد کمتر در گیر بزرگ‌منشی در فکر و خیال گردند. هم‌چنین به درمان جویان کمک می کند تا از اشتغال فکری یا خیال‌پردازی به این که خاص و دارای قدرت و زیبایی هستند اجتناب نمایند. هم‌چنین به آن‌ها کمک می کند نسبت به دیگران احساس همدلی نمایند و از حسادت به اطرافیان دوری کنند (پیمان‌نیا و همکاران، ۱۳۹۷). در واقع می توان گفت که درمان ماتریکس از طریق

تکنیک‌هایی که در اختیار افراد دارای مصرف مواد قرار می‌دهد، مسیر جدیدی را در درمان خودشیفتگی مرضی فراهم نموده است.

به علاوه، تفاوت میانگین ولع مصرف در دو گروه درمان ساختارمند ماتریکس و کنترل به لحاظ آماری معنادار بود. بر این اساس درمان ساختارمند ماتریکس، ولع مصرف را در بیماران مبتلا به مصرف مواد محرك کاهش می‌دهد و این اثر در مرحله پیگیری پایدار بوده است. یافته حاضر با نتایج تحقیق فیاض فیضی و همکاران (۲۰۲۲)، برسین و ورونا (۲۰۱۹)، شهبابابی و همکاران (۲۰۱۴)، اسماعیلی و همکاران (۲۰۲۱)، جعفری و نژادمحمد (۱۳۹۷) و محمدی و کارگر شاکر (۱۳۹۷) همخوان است. در تبیین این یافته میتوان گفت، مصرف مواد محرك، کارکردهای مغزی و شناختی را مختل کرده و ولع شدیدی در مصرف کننده ایجاد می‌کند و اکثر مصرف کنندگان مداوم مواد مخدور، اظهار می‌دارند که برای مواجهه با احساس اضطراب، بی‌حوالگی، افسردگی، ترس از شکست و بی‌هدف بودن در زندگی، هیچ راه دیگری جز مصرف مواد مخدور نداشتند (محمدی و کارگر شاکر، ۱۳۹۷). بر این اساس افزایش مهارت‌ها با روش درمان ماتریکس، باعث افزایش کنترل بر عواطف دردناک شده و بر تکنیک‌هایی توجه می‌کنند که میل به مصرف مواد را شناسایی و با آن‌ها مقابله می‌کنند. در واقع، بسیاری از درمان‌گران اعتیاد، ویژگی‌های مهم روش درمانی الگوی ماتریکس را با هم ترکیب می‌کنند تا روش مفیدی را برای تغییر رفتار افراد معتاد به وجود آورند. این افراد با استفاده از این روش درمانی، بر هدف‌های روشنی برای تغییر دادن تعییر افراد از موقعیت‌ها، تأکید می‌کنند. درمان‌گران، به درمان‌جویان کمک می‌کنند تا برداشت‌های خود را از رویدادهای گذشته، مسائل جاری و احتمالات آینده تغییر دهند و بتوانند کنترل خود را بر شناخت‌ها، عواطف و رفتارهایشان بیشتر گسترش دهند (جعفری‌نژاد و همکاران، ۱۳۹۴). اثربخشی درمان ماتریکس را می‌توان این گونه تبیین نمود که هیجانات در واقع مجموعه‌ای از حس‌های جسمانی هستند که با افکار و تصاویر همراه شده‌اند. با استفاده از مهارت ماندن در حس‌های جسمانی و توجه کردن به حس‌های خوشایند و ناخوشایندی که در مراقبه پدید می‌آید، می‌توان کاوش هیجان‌ها را به همان شکلی که در بدن ایجاد می‌شوند آموخت. این کار تحمل آن‌ها را

۲۲۰
220

۱۴۰۲، Vol. 17, No. 68, Summer 2020
سال هفدهم، شماره ۶۸، تابستان

بسیار آسان‌تر می‌سازد و ظرفیت فرد را برای بودن با آن‌ها افزایش می‌دهد. با توجه به تأثیرات شناختی فرد برو لع مصرف، درمان ماتریکس می‌تواند موثر واقع شود.

نتایج این مطالعه نشان داد که تفاوت میانگین خودکارآمدی ترک در دو گروه درمان ساختارمند ماتریکس و کنترل به لحاظ آماری معنی‌دار بود. به علاوه، تغییرات ناشی از درمان ساختارمند ماتریکس بر خودکارآمدی ترک بعد از اتمام دوره درمان پابرجا مانده است. براین اساس درمان ساختارمند ماتریکس خودکارآمدی ترک را در مصرف کنندگان مواد محرك افزایش می‌دهد. نتایج حاضر با یافته‌های الکساندر و همکاران (۲۰۱۹)، سوپرت (۲۰۱۸)، نیکمنش و همکاران (۲۰۱۷)، منیگ و همکاران (۲۰۱۸) همسو است.

درمان ماتریکس می‌تواند به وسیله عناصری از رویکردهای مارلات برای پیشگیری از عود مصرف مواد، منجر به تغییر خودکارآمدی ترک شود. این مدل مشکل از مهارت‌های بهبودی اولیه (مهارت‌های مقابله با فشارها و مشکلات، شناسایی شروع کننده‌ها، مهارت پیشگیری از عود) است که می‌توانند بر خودکارآمدی ترک تأثیرگذار باشند (مرادی، ۱۳۹۶). در کل وابستگی به مواد و اعتیاد به آن به علت ناتوانی در مقابله با مصرف نکردن است. بنابراین افراد با آموختن مهارت‌های مقابله با فشارها و مشکلات، مهارت‌های پیش‌بینی فشارهای روانی آینده از طریق دوری جویی از موقعیت‌هایی که در آن خودکارآمدی ضعیفی برای انجام مهارت‌های خاص دارند، به کاهش مشکلات خود کمک می‌کنند. این فرآیند در طراحی مدل جلوگیری از مصرف مجدد که می‌کوشد تا محرك‌ها و موقعیت‌های خطرساز برای افراد معتاد را شناسایی کند و با افزایش خودکارآمدی و احساس اثرگذاری بر محیط به آنها کمک کند، به کار رفته است. در رویکرد تقویت اجتماعی انتظارات افراد از اثرات مفید مواد حائز اهمیت است. در واقع می‌توان گفت که ماتریکس با تکنیک‌هایی که در طول دروه درمانی بر روی افراد دارای مصرف مواد دارد باعث می‌گردد خودکارآمدی ترک در آن‌ها افزایش یابد و این نکته خود تبیینی بر یافته حاضر است.

نتایج این مطالعه نشان داد که تفاوت میانگین تحمل پریشانی در دو گروه درمان ساختارمند ماتریکس و کنترل به لحاظ آماری معنی‌دار بود. همسو با نتایج مربوط تغییرات

ناشی از درمان ساختارمند ماتریکس بر تحمل پریشانی بعد از اتمام دوره درمان پا بر جا مانده است. براین اساس، درمان ساختارمند ماتریکس تحمل پریشانی را در مصرف کنندگان مواد محرک افزایش می دهد. یافته حاضر با تحقیقات فناحی شنگل آباد و میرهاشمی (۱۳۹۷)، هورود و همکاران (۲۰۲۰)، آرنائودووا و آمارو (۲۰۲۰)، زگل و همکاران (۲۰۲۰)، گیلمور و همکاران (۲۰۱۸) و سیمونز و همکاران (۲۰۱۸) همخوان است. هنگامی که فرد برای مصرف مواد از سوی محیط و دوستان تحت فشار قرار می گیرد، تحمل پریشانی‌ها خطر مصرف را کاهش می دهد. درمان ساختارمند ماتریکس با تمرینات مختلف روان‌شناختی و با تأکید بر توانایی درونی منجر به توانایی تحمل پریشانی در این افراد شده و سبب شده تا فرد در موقعیت‌هایی که خطر مصرف مواد بالاست، از راهبردهای مقابله‌ای مناسب استفاده کند. به علاوه، افرادی که تحمل پریشانی بالای دارند، در پیش‌بینی خواسته‌های دیگران توانایی بیشتری دارند. در مقابل کسانی که تحمل پریشانی پایینی دارند، برای مقابله با هیجان‌های منفی خود، عموماً به سوی مصرف مواد کشیده می شوند (آرنائودووا و آمارو، ۲۰۲۰). درمان ماتریکس می تواند راهکار مناسبی در اختیار بیماران جهت بهبود تحمل پریشانی باشد و در مجموع افراد با تحمل پریشانی بالا از مصرف مواد ممانعت می کنند، متعهد می شوند که از مصرف مواد محرک و یا مصرف سایر مواد خودداری کنند، شخصیت سالم و بهداشت روان دارند، توانایی نه گفتن به همسالان، کنترل احساسات، کنترل انتظارات و توقعات و مقاومت در برابر مشکلات را دارند که به عنوان عامل بازدارنده قوی در برابر مصرف مواد عمل می کند. با بالا رفتن تحمل پریشانی از طریق درمان ماتریکس، توانایی حل تعارض در فرد بهبود می یابد. در واقع بهبود تحمل پریشانی نه تنها می تواند به عنوان مانع در برابر وسوسه، لذت طلبی و مصرف مواد باشد بلکه باعث بهبود در سایر زمینه‌های زندگی فرد نظیر روابط اجتماعی، کار و روابط خانوادگی می شود و از طرفی باعث می شود فرد سلامت روانی بیشتری داشته باشد (فتاحی شنگل آباد و میرهاشمی، ۱۳۹۷). همچنین با توجه به این که در حال حاضر اجرای درمان ماتریکس می تواند اثرات مثبتی در روند بهبودی تحمل پریشانی بیماران داشته باشد، به عنوان درمان خاص مصرف کنندگان مواد محرک تعیین شده است.

نتایج این مطالعه نشان داد که تفاوت میانگین بهوشیاری در دو گروه درمان ساختارمند ماتریکس و کنترل به لحاظ آماری معنی دار بود. همسو با نتایج مربوط تغییرات ناشی از درمان ساختارمند ماتریکس بر بهوشیاری بعد از اتمام دوره درمان پابرجا مانده است. براین اساس درمان ساختارمند ماتریکس بهوشیاری را در مصرف کنندگان مواد محرك افزایش می دهد. یافته حاضر با پژوهش های زیدان و همکاران (۲۰۱۰)، مکدونالد و پریس (۲۰۱۷) و حامدی و همکاران (۱۳۹۲) همخوان است. روش درمانی ماتریکس می تواند راهکار مناسبی در اختیار افراد دارای مصرف مواد جهت بهبود بهوشیاری باشد. در مجموع افراد با بهوشیاری بالا از مصرف مواد ممانعت می کنند و توانایی نه گفتن به همسالان پیدا می کنند و نسبت به مسائل پیرامون خود هشیار می گردند. روش درمان ماتریکس به افراد دارای مصرف مواد کمک می کند شیوه تغیر را اصلاح کنند، همچنین موجب کسب مهارت های مقابله با فشارهای روانی زندگی می گردد (فتاحی شنگل آباد و میرهاشمی، ۱۳۹۷). در واقع می توان گفت که بهوشیاری به عنوان مانع در برابر وسوسه، باعث کاهش لذت طلبی و مصرف مواد در افراد دارای مصرف مواد گردد.

در پژوهش حاضر برخی متغیرهای مزاحم مانند فرهنگ، وضعیت اقتصادی، نوع مواد مصرف شده و سن شروع مصرف مواد در نظر گرفته نشده است که می تواند بر نتایج تحقیق تأثیرگذار باشد. به علاوه، اگرچه پژوهش حاضر در گروه مردان و زنان وابسته به مواد محرك، صورت گرفته است ولی مقایسه ای در نتایج پژوهش از نظر جنسیت صورت نگرفت و اثر جنسیت در پژوهش حاضر مشخص نیست. لذا پیشنهاد می شود پژوهشی در زمینه موضوع حاضر در گروه زنان و مردان مبتلا به مصرف مواد محرك صورت گیرد و نتایج این دو گروه باهم مقایسه گردد و اثر جنسیت در درمان های روان شناختی مشخص گردد. با توجه به نتایج حاضر پیشنهاد می شود آموزش روش درمان ساختارمند ماتریکس به مشاوران و درمانگران مراکز ترک اعتیاد داده شود تا بتوانند از این طریق بر کاهش ولع و تمایل مصرف در افراد دارای مصرف مواد تأثیر بیشتری بگذارند و احتمال عود مصرف مواد از این طریق کاهش یابد. همچنین پیشنهاد می گردد، مراکز بهزیستی، با ایجاد کارگاه های آموزشی یا با فراهم آوردن امکانات تصویری، از جلسات درمانی ماتریکس

به صورت فیلم و بسته آموزشی و با در اختیار گذاشتن سی دی و بسته آموزشی به درمانگران و مسئولین مراکز ترک اعیاد و افزایش مهارت آنان در خصوص این درمان، در جهت افزایش بهوشیاری بیماران و مبتلایان به مصرف مواد محرك کمک نمایند.

منابع

احتشامی پویا، سارا؛ ممتازی، سعید؛ مکری، آذرخش؛ اسکندری، ذکریا و داداشی، محسن (۱۳۹۷). اثر بخشی درمان ماتریکس در کاهش شدت اعتیاد و پیشگیری از عود در مصرف کنتدگان مت آمفتامین در شهر زنجان. نشریه دانشگاه علوم پزشکی زنجان، ۲۶(۱۱۷)، ۲۱-۳۱.

براتی سده، فربد، و هاشمی میناباد، سیدحسن (۱۳۹۱). راهنمای درمان ویژه مشاور. درمان سرپایی عمقی اختلالات مصرف مواد محرك و آمفتامین برنامه درمانی ماتریکس. تهران: سازمان بهزیستی کشور. بشرپور، سجاد و احمدی، شیرین (۱۳۹۸). الگوی روابط ساختاری و لعل مصرف بر اساس حساسیت به تقویت، تحمل آشتفتگی و دلسوزی به خود با نقش میانجی خودکارآمدی ترک. اعتیاد پژوهشی، ۵۴(۱۳)، ۴۵-۲۶۵.

پیمان‌نیا، بهرام؛ حمید، نجمه و محمود علیلو، مجید (۱۳۹۷). اثربخشی ماتریکس درمان پذیرش و تعهد با شفقت بر رفتارهای خودآسیب‌رسان و کیفیت زندگی دانش آموزان دارای علامت اختلال شخصیت مرزی. دست آوردهای روان‌شناسی، ۲۵(۱)، ۲۳-۴۴.

جهفری، اصغر و نژاد محمد، ساتی (۱۳۹۷). تأثیر مداخلات مبتنی بر الگوی ماتریکس در تغییر منع کترول و کاهش ولع و گرایش به مصرف شیشه در مردان تحت درمان. اعتیاد پژوهی، ۱۲(۴۵)، ۱۶۹-۱۸۸.

جهفری نژاد، مصطفی؛ بساک نژاد، سودابه؛ مهرابی زاده هنرمند، مهناز و زرگر، یدالله (۱۳۹۴). اثربخشی درمان‌های مبتنی بر مدل سرپایی عمقی ماتریکس و مدل مراحل تغییر بر بهبود خودتنظیمی و خودکارآمدی پرهیز از مواد. اندیشه و رفتار در روان‌شناسی بالینی، ۳۵(۳)، ۴۶-۵۶.

حامدی، علی؛ شهیدی، شهریار و خادمی، علی (۱۳۹۲). اثربخشی ذهن‌آگاهی و مشاوره کاهش آسیب بر پیشگیری از عود مجدد. اعتیاد پژوهی، ۲۸(۷)، ۱۱۸-۱۰۱.

حیبی، رحیم؛ کارشکی، حسین؛ دشتگرد، علی؛ حیدری، عباس و طلایی، علی (۱۳۹۱). رواسازی و تعیین پایابی پرسش‌نامه خودکارآمدی ترک اعتیاد بر اساسون. حکیم، ۱۵(۱)، ۵۳-۵۸.

خدابخشی، نیره و فروزنده، الهام (۱۴۰۱). مقایسه اثربخشی درمان چندوجهی لازروس و درمان ماتریکس بر شاخص‌های درمان مصرف مواد مخدر. اعتیاد پژوهی، ۱۶(۶۳)، ۱۹۹-۲۲۲.

رمضانی گهرویی، ثریا (۱۳۹۹). پیش‌بینی انکار خودکشی بر اساس افسردگی، دین‌داری و خودکارآمدی ترک اعتیاد در افراد وابسته به مواد مخدر. پایان‌نامه کارشناسی ارشد روان‌شناسی، دانشگاه پیام نور اهواز.

۲۲۴
۲۲۴

۱۴۰۱، ۱۷، No. ۶۸، Summer ۲۰۲۰
سال هفدهم، شماره ۶۸، تابستان ۱۴۰۱

سلیمانی، مهدی؛ پاست، نگین؛ مولایی، مهری؛ محمدی، ابوالفضل؛ دشتی پور، معصومه؛ صفا، یاسمین و پنکاس، آیرون (۱۳۹۴). ویژگی‌های روانسنجی مقیاس خودشیفتگی مرضی. *روانشناسی معاصر*، ۹۵-۱۱۰، (۱).

شیرمردی، نوید و میرزاوندی، جهانگیر (۱۳۹۹). مقایسه اثر درمان‌های نگهدارنده با متادون (*mmt*) و ماتریکس بر تمايل مصرف مواد مخدر در مراجعین به مرآت درمان اعتیاد شهر اهواز. *ششمین همایش ملی تازه‌های روانشناسی مثبت نگر، بندرعباس*.

عزیزی، علیرضا؛ میرزایی، آزاده و شمس، جمال (۱۳۸۹). بررسی رابطه تحمل آشفتگی و تنظیم هیجانی با میزان وابستگی دانشجویان به سیگار. *حکیم*، ۱۱، ۱۳-۱۸.

فاتحی شنگل آباد؛ محمد رضا و میرهاشمی، مال (۱۳۹۷). اثربخشی درمان ماتریکس بر خودکنترلی بیماران وابسته به مت‌آفتابین. *اعتعیادپروری*، ۱۲، ۴۸-۶۰.

محمدی، اکبر و کارگرشاکر، امیر (۱۳۹۷). اثربخشی درمان ساختارمند ماتریکس بر میزان ولع مصرف، سرسختی و بهزیستی روانی در معتادان مت‌آفتابین. *طب انتظامی*، ۲۷، ۷۵-۸۰

محمدی، فاطمه (۱۳۸۹). پتانسیل‌های وابسته به رویداد (*ERS*) در افراد وابسته به کراک هروئین در هنگام مواجه با تصاویر دیداری القاء کننده ولع قبل و بعد از درمان آموزش مهارت‌های مقابله‌ای شناختی- رفتاری. *پایان‌نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه تهران*.

مرادی، عباس (۱۳۹۶). بررسی تأثیر مدل مداخله‌ای ماتریکس بر اختصارب و خودکارآمدی در مردان معتاد به مت‌آفتابین‌ها. *پایان‌نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه علوم پزشکی همدان*.

مکری، آزرخش (۱۳۹۷). راهنمای درمان مصرف مواد محرك بر اساس الگوی تغیر یافته ماتریکس. *تهران: سپید برگ*.

موسوی نسب، سعیده سادات؛ سلیمانی، مهدی و محمدی، ابوالفضل (۱۴۰۱). مقایسه خودشیفتگی مرضی و بعد آن در افراد مبتلا به اختلال مصرف مواد با افراد غیربالييني. *روانشناسی و روانپزشکي شناخت*، ۹، ۱۰۶-۱۱۷.

References

- Akhtar, S. (2017). *New clinical realms: Pushing the envelope of theory and technique*. USA: Jason Aronson Lanham.
- Alexander, A. C., Hébert, E. T., Businelle, M. S., & Kendzor, D. E. (2019). Everyday discrimination indirectly influences smoking cessation throughpost-quit self-efficacy. *Drug and alcohol dependence*, 198(3), 63-69.
- American Psychiatric Association. (2017). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5®)*. Philadelphia: American Psychiatric Pub.
- Amiri, Z., Mirzaee, B., & Sabet, M. (2016). Evaluating the efficacy of Regulated 12-Session Matrix Model in reducing susceptibility in methamphetamine-dependent individuals. *International journal of medical research & health sciences*, 5(2), 77-85.
- Arnaudova, I., & Amaro, H. (2020). Acting with Awareness and Distress Tolerance Relate to PTSD Symptoms Among Women with Substance Use Disorder. *Mindfulness*, 11(6), 1460-1468.

- Barlow, D. H., & Durand, V. M. (2011). *Abnormal psychology: An integrative approach*. 6th Ed. Belmont, CA: Wadsworth, Cengage Learning. P. 139
- Basharpoor, S., Khosravinia, D., Atadokht, A., Daneshvar, S., Narimani, M., & Massah, O. (2014). The role of self-compassion, cognitive self-control, and illness perception in predicting craving in people with substance dependency. *Practice in clinical psychology*, 2(3), 155-164.
- Bliuc, A. M., Doan, T. N., & Bset, D. (2019). Sober social networks: The role of online support groups in recovery from alcohol addiction. *Journal of community & applied social psychology*, 29(2), 121-231.
- Bramson, J. (1999). *The impact of peer mentoring on drug avoidance self-efficacy and substance use*. Doctoral dissertation of Psychology. University of Northen Colorado, Greeley, Colorado.
- Bresin, K., & Verona, E. (2019). Craving and substance use: Examining psychophysiological and behavioral moderators. *International journal of psychophysiology*, 163, 92-103.
- Brown, K. W., & Ryan, R. M. (2003). The benefits of being present: Mindfulness and its role in psychological well-being. *Journal of personality and social psychology*, 84, 822-848.
- Brown, K. W., Creswell, J. D., & Ryan, R. (2015). *Handbook of mindfulness, theory, research and practice*. 1nd ed. New York: The Guilford press. P. 456-66.
- Chen, J., Liu, L., Long, D., & Zhou, H. (2020). The spatial heterogeneity of factors of drug dealing: A case study from ZG, China. *ISPRS international journal of geo-information*, 9(4), 205-220.
- Dehkordi, M. A. A., Alipour, A., & Saberi, A. (2016). Investigate the effectiveness of psychological treatment on the life quality and coping styles of Shishe abusers, based on the matrix model. *World scientific news*, (54), 98-109.
- Esmaeili, S., Taremian, F., Rezaei, M., Vousooghi, N., & Mostafavi, H. (2021). Comparison of the efficacy of matrix therapy, transcranial magnetic stimulation, and cognitive rehabilitation in attention bias modification and craving reduction in stimulant drug users. *Basic and clinical neuroscience*, (In Press), 1-25.
- Fayaz Feyzi, Y., Vahed, N., Sadeghamal Nikraftar, N., & Arezoomandan, R. (2022). Synergistic effect of combined transcranial direct current stimulation and Matrix Model on the reduction of methamphetamine craving and improvement of cognitive functioning: a randomized sham-controlled study. *American journal of drug and alcohol abuse*, 48(3), 311-320.
- Foster, J. D., McCain, J. L., Hibberts, M. F., Brunell, A. B., & Johnson, R. B. (2015). The grandiose Narcissism Scale: A global and facet-level measure of grandiose narcissism. *Personality and individual differences*, 73, 12-16.
- Franken I. H. A., Hendriks V. M., & Vanden Brink, W. (2002). Initial Validation of two opiate craving questionnaires: the obsessive compulsive drug use scale (OCDUS) and the desires for drug questionnaire. *Addictive behaviors*, 27, 675-685.
- Ghorbani, N., Watson, P. J., & Weathington, B. L. (2009). Mindfulness in Iran and the United States: Crosscultural structural complexity and parallel relationships with psychological adjustment. *Current psychology*, 28(4), 211-223.

۲۲۶
۲۲۶

الجلد ۱۷، نمر ۶۸، سال ۱۴۰۰، پیاپی ۲۳

- Gilmore, A. K., Jones, J. L., Moreland, A. D., Hahn, C. K., Brady, K. T., & Back, S. E. (2018). Gender moderates the association between distress tolerance and alcohol use among individuals with opioid use disorder. *Journal drug and alcohol dependence*, 190(1), 9-12.
- Hovrud, L., Simons, R., & Simons, J. (2020). Cognitive schemas and eating disorder risk: the role of distress tolerance. *International journal of cognitive therapy*, 13(1), 54-66.
- Lo, P. M., Friman, B., Redlich, K., & Sasaki, C. (2018) S-matrix analysis of the baryon electric charge correlation. *Physics Letters B*, 778, 454-458.
- MacDonald, H. Z., & Price, J. L. (2017). Emotional understanding: Examining alexithymia as a mediator of the relationship between mindfulness and empathy. *Mindfulness*, 8(6), 1644-1652.
- MacLaren, V. V., & Best, L. A. (2013). Disagreeable narcissism mediates an effect of BAS on addictive behaviors. *Personality and individual differences*, 55(2), 101-105.
- Manning, K., Paulus, D. J., Hogan, J. B., Buckner, J. D., Farris, S. G., & Zvolensky, M. J. (2018). Negative affectivity as a mechanism underlying perceived distress tolerance and cannabis use problems, barriers to cessation, and self-efficacy for quitting among urban cannabis users. *Journal addictive behaviors*, 78(3), 216-222.
- Massah, O., Effatpanah, M., & Shishehgar, S. (2017). Matrix model for methamphetamine dependence among Iranian female methadone patients: The first report from the most populated Persian Gulf country. *Iranian rehabilitation journal*, 15(3), 193-198.
- Mathew, A. R., & Zhou, M. (2020). Distress tolerance in relation to cessation history and smoking characteristics among adult daily smokers. *Addictive behaviors*, 100, 106-124.
- McNeely, J., Kumar, P. C., Rieckmann, T., Sedlander, E., Farkas, S., Chollak, C., & Rotrosen, J. (2018). Barriers and facilitators affecting the implementation of substance use screening in primary care clinics: A qualitative study of patients, providers, and staff. *Addiction science & clinical practice*, 13(1), 1-15.
- Nguyen, T. T., Ding, D., Wolter, W. R., Pérez, R. L., Champion, M. M., Mahasenan, K. V., & Chang, M. (2018). Validation of matrix metalloproteinase-9 (MMP-9) as a novel target for treatment of diabetic foot ulcers in humans and discovery of a potent and selective small-molecule MMP-9 inhibitor that accelerates healing. *Journal of medicinal chemistry*, 61(19), 8825-8837.
- Nikmanesh, Z., Baluchi, M. H., & Pirasteh Motlagh, A. A. (2017). The role of self-efficacy beliefs and social support on prediction of addiction relapse. *International journal of high risk behaviors and addiction*, 6(1), 212-229.
- Perski, O., Herd, N., West, R., & Brown, J. (2019). Perceived addiction to smoking and associations with motivation to stop, quit attempts and quitting success: A prospective study of English smokers. *Addictive behaviors*, 90, 306-113.
- Pincus, A. L., Ansell, E. B., Pimentel, C. A., Cain, N. M., Wright, A. G., & Levy, K. N. (2009). Initial construction and validation of the Pathological Narcissism Inventory. *Psychological assessment*, 21(3), 365-379.

۲۲۷
۲۲۷

سلیمانی، شماره ۶۸، تابستان ۱۴۰۳
Vol. 17, No. 68, Summer 2023

- Polk, K. L., Schoendorff, B., Webster, M., & Olaz, F. (2016). *The essential guide to the ACT matrix*. Oakland, CA.: Context Press, An imprint of New Harbinger Publications, Inc.
- Robinson, M., Ross, J., Fletcher, S., Burns, C. R., Lagdon, S., & Armour, C. (2019). The mediating role of distress tolerance in the relationship between childhood maltreatment and mental health outcomes among university students. *Journal of interpersonal violence*, 1(1), 1-36.
- Ruchkin, V., Koposov, R., Oreland, L., Klintenberg, B., & Grigorenko, E. L. (2020). Dopamine-related receptors, substance dependence, behavioral problems and personality among juvenile delinquents. *Personality and individual differences*, 169(109849), 1-15.
- Saxena, P., Grella, C. E., & Messina, N. P. (2016). Continuing care and trauma in women offenders' substance use, psychiatric status, and selfefficacy outcomes. *Women & criminal justice*, 26(2), 99-121.
- Serre, F., Fatseas, M., Swendsen, J., & Auriacombe, M. (2015). Ecological momentary assessment in the investigation of craving and substance use in daily life: a systematic review. *Drug and alcohol dependence*, 148, 1-20.
- Shahbabaie, A., Golesorkhi, M., Zamanian, B., Ebrahimpoor, M., Keshvari, F., Nejati, V., & Ekhtiari, H. (2014). State dependent effect of transcranial direct current stimulation (tDCS) on methamphetamine craving. *International journal of neuropsychopharmacology*, 17(10), 1591-1598.
- Simons, J. S., & Gaher, R. M. (2005). The distress tolerance scale: Development and validation of a self report measure. *Motivation and emotion*, 20(9), 83-102.
- Simons, R. M., Sistad, R. E., Simons, J. S., & Hansen, J. (2018). The role of distress tolerance in the relationship between cognitive schemas and alcohol problems among college students. *Addictive behaviors*, 78, 1-8.
- Supreet, K. (2018). Gender differences and relationship between internet addiction and perceived social self-efficacy among adolescents. *Indian journalof health & wellbeing*, 9(1), 106-109.
- Tabachnick, B. G., & Fidell, L. S. (2014). Using multivariate statistics (New International Edition ed. Vol. 6). Edinburgh Gate, Harlow, Essex CM20 2JE: Pearson Education.
- Taniguchi, C., Tanaka, H., Saka, H., Oze, I., Tachibana, K., Nozaki, Y., & Sakakibara, H. (2018). Changes in self-efficacy associated with success in quitting smoking in participants in Japanese smoking cessation therapy. *International Journal of Nursing Practice*, 24(4), 126-147.
- Vujanovic, A. A., Smith, L. J., Green, C., Lane, S. D., & Schmitz, J. M. (2020). Mindfulness as a predictor of cognitive-behavioral therapy outcomes in inner-city adults with posttraumatic stress and substance dependence. *Addictive behaviors*, 104(106283), 15-36.
- Zegel, M., Rogers, A. H., Vujanovic, A. A., & Zvolensky, M. J. (2021). Alcohol use problems and opioid misuse and dependence among adults with chronic pain: The role of distress tolerance. *Psychology of addictive behaviors*, 35(1), 42-60.
- Zeidan, F., Johnson, S. K., Diamond, B. J., David, Z., & Goolkasian, P. (2010). Mindfulness meditation improves cognition: Evidence of brief mental training. *Consciousness and cognition*, 19(2), 597-605.

۲۲۸
228

۱۴۰۱۷، نو. ۶۸، سالنامه اسلامیان
[۱۴۰۱۷، نو. ۶۸، سالنامه اسلامیان]