فصلنامه علمی اعتیاد پژوهی، سال هفدهم، شماره شصت و هشتم، ص۲۲۸-۲۰۱، تابستان ۱۴۰۲
Scientific Quarterly of Research on Addiction, Vol. 17, No. 68, P 201-228, Summer 2023

مقاله پژوهشی
Research Article

اثربخشی درمان ساختارمند ماتریکس بر خودشیفتگی مرضی، ولع مصرف، خودکارآمدی ترک، تحمل پریشانی و ذهن‌آگاهی در مصرف‌کنندگان 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 مصرف‌کنندگان 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 مراجعه‌کننده 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. شرکت‌کنندگان 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.

[Downloaded from etiadpajohi.ir on 2026-11-01]

[DOI: 10.61186/etiadpajohi.17.68.201]

مقدمه

اعتیاد[1] از جمله آسیب‌های مهم اجتماعی است که جامعه همواره با آن درگیر است (چن، لیو، لانگ و ژو[2]، ۲۰۲۰). به گونه‌ای که تکرار مصرف، نشاط آنی و آرامش موقت برای فرد را در پی دارد (پرسکی، هرد، وست و بروان[3]، 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[4]، ۲۰۱۶). وابستگی به مواد مخدر به‌عنوان یک اختلال روان‌پزشکی (روچکین، کوپرسو، اورلند، گلیتبرگ و گریگورنکو[5]، ۲۰۲۰) و با ابعاد مختلف یکی از مشکلات عصر حاضر است (وجانوویک، اسمیت، گرین لانه و اشمیتز[6]، 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 (بلیوس، دوآن و بست[7]، ۲۰۱۹). با همه تلاش هایی که در زمینه ترک اعتیاد انجام می‌شود، آمارهای بازگشت به اعتیاد یا عود در معتادان در حال ترک بسیار نگران‌کننده است (رمضانی گهرویی، ۱۳۹۹).

یکی از متغیرهای که به نظر می‌رسد با وابستگی به مواد محرک در ارتباط باشد خودشیفتگی مرضی است. طبق تعریف انجمن روان‌پزشکی امریکا[8] (۲۰۱۷) اختلال شخصیت خودشیفته، به‌صورت 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 ازحد با خود، موجب فقدان حساسیت و همدلی نسبت به سایرین می‌شود (بارلو و دوراند[9]، ۲۰۱۱). روان‌شناسان اجتماعی شخصیت خودشیفته را به‌عنوان زنجیره‌ای متشکل از دو جنبه بزرگ‌منشی و آسیب‌پذیری می‌دانند. بزرگ‌منشی 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

سال هفدهم، شماره ۶۸، تابستان ۱۴۰۲
Vol. 17, No. 68, Summer 2023

[Downloaded from etiadpajohi.ir on 2026-11-01]

[DOI: 10.61186/etiadpajohi.17.68.201]

خودشـیفته همراه بوده و تجارب آگاهانه از درماندگی، پوچی، عزت‌نفس پایین و شـرم را در بر می‌گیرد (فاسـتر، مک‌کاین، هیبرتز، برانل و جانسـون[1]، ۲۰۱۵). خودشـیفتگی با به کارگیری اجتناب اجتماعی برای مقابله با تهدیدهای خود از طریق کناره‌گیری شـرم‌آورانه در زمانی که ابراز خودآرمانی امکان‌پذیر نیسـت، مرتبط اسـت (اختر[2]، ۲۰۱۷). مک‌لارن و بست[3] (۲۰۱۳) نیز نشان دادند خودشیفتگی مرضی با رفتارهای اعتیادی مصرف مواد رابطه دارد.

شـواهد نشـان می‌دهند که یکی از عوامل اصـلی عود اعتیاد ولع مصـرف اسـت (سـری، فاتسیس، دنیز، اسوندسن و آریاکمب[4]، ۲۰۱۵). از میان عوامل مؤثر در مصـرف مواد، ولع مصـرف[5] نقش مهم‌تری در پدیده بازگشـت و حفظ موقعیت مصـرف و وابسـتگی به مواد دارد. ولع‌مصـرف، یک میل غیرقابل‌کنترل برای مصـرف مواد اسـت، میلی که اگر برآورده نشـود رنج‌های روان‌شـناختی و بدنی فراوانی همچون ضـعف، بی‌اشـتهایی، اضـطراب، بی‌خوابی، پرخاشـگری و افسـردگی را در پی دارد. به عبارت دیگر ولع مصـرف، تمایل به اسـتفاده از یک ماده معین و شـدت اشـتیاق فرد در هنگام تلاش برای تغییر اسـت (بشـرپور و احمدی، ۱۳۹۸). ولع مصـرف مواد هسـته مرکزی اعتیاد و عامل مصـرف مواد، ادامه و پس از شروع درمان منجر به بازگشت به اعتیاد می‌شود (بشرپور و همکاران، ۲۰۱۴). نظریه‌های مصـرف مواد بر نقش ولع مصـرف در اسـتفاده مداوم مواد مخدر تأکید دارند (برسـین و ورونا[6]، ۲۰۱۹). شـهبابایی و همکاران (۲۰۱۴) در مطالعه خود نشـان دادند که ولع مصـرف می‌تواند باعث بازگشـت اعتیاد شـود، درمان و کاهش آن می‌تواند باعث بهبودی شـرایط بیمار شود. اسماعیلی، طارمیان، رضایی، وثوقی و مصطفوی (۲۰۲۱)، فیاض فیضی، واحد، صـادقمال نیک‌رفتار و آرزومندان (۲۰۲۲)، جعفری و نژادمحمد (۱۳۹۷) و محمدی و کارگر شـاکر (۱۳۹۷) نشـان دادند که در گروه آزمایش پس از اعمال روش درمانی ماتریکس در شاخص ولع مصرف به‌صورت معنی‌داری بهبودی ایجاد شد.

1. Foster, McCain, Hibberts, Brunell & Johnson
2. Akhtar
3. MacLaren & Best
4. Serre, Fatseas, Denis, Swendsen & Auriacombe
5. cravings
6. Bresin & Verona

سال هفدهم، شماره ۶۸، تابستان ۱۴۰۲
Vol. 17, No. 68, Summer 2023

[Downloaded from etiadpajohi.ir on 2026-11-01]

[DOI: 10.61186/etiadpajohi.17.68.201]

عامل مهمی که در ترک مواد در افراد وابسته به مواد وجود دارد، خودکارآمدی ترک[1] 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[2] 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 وکندزور[3]، ۲۰۱۹). در پژوهشی که توسط سوپرت[4] (۲۰۱۸) انجام شد، نتایج نشان داد وجود خودکارآمدی در نوجوانان، موجب خودکنترلی در ترک مواد در آن‌ها شده و گرایش به اعتیاد، خودکشی و افسردگی را در آن‌ها کاهش می‌دهد. نیک‌منش، بلوچی 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. منینگ[5] و همکاران (۲۰۱۸) نیز نشان دادند که تحمل آشفتگی پایین با خودکارآمدی ترک در افراد مصرف‌کننده 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 به‌طور بالقوه در رشد و نگهداری مشکلات استفاده از مواد مخدر از جمله ولع مصرف دخیل است، تحمل پریشانی[6] است. تحمل پریشانی به‌عنوان توانایی ذهنی یا عینی برای مقاوم ماندن در برابر حالت‌های درونی مضر و رویدادهای بیرونی ناسازگار تعریف شده است (روبینسون[7] و همکاران، ۲۰۱۹). وابستگی به ماده نیکوتین به‌عنوان یک ماده مخدر، با سطوح پایین تحمل پریشانی در افراد وابسته به آن همراه است (متیو و ژو[8]، ۲۰۲۰) و تحمل پریشانی علاوه بر ایجاد وابستگی به مواد مخدر، می‌تواند زمینه‌ساز بسیاری از مشکلات دیگر در افراد باشد (هورود، سیمونز و سیمونز[9]،

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

سال هفدهم، شماره ۶۸، تابستان ۱۴۰۲
Vol. 17, No. 68, Summer 2023

[Downloaded from etiadpajohi.ir on 2026-11-01]

[DOI: 10.61186/etiadpajohi.17.68.201]

۲۰۲۰). فتاحی شـــنگل‌آباد و میرهاشـــمی (۱۳۹۷)، آرنائودووا و آمارو[1] (۲۰۲۰)، زگل، راجرز، ووجانوویک و زوولنزکی[2] (۲۰۲۰)، گیلمور[3] و همکـاران (۲۰۱۸) و ســیمونز، سیستاد، سیمونز و هانسن[4] (۲۰۱۸) در پژوهش‌های جداگانه‌ای نشان دادند که سطح پایین تحمل پریشـانی در افراد می‌تواند زمینه‌سـاز وابسـتگی به مواد مخدر شـود. به علاوه، تحمل پریشانی پایین می‌تواند افراد را در برابر وابستگی به مواد مخدر آسیب‌پذیر سازد.

از ســوی دیگر در زمینه اعتیاد به مواد، در ســال‌های اخیر مطالعات حوزه بهوشــیاری توجه فزاینده‌ای را به خود اختصاص داده است. بهوشیاری[5] به عنوان آگاهی پذیرا و عاری از قضـاوت از آنچه اکنون در حال وقوع می‌باشـد، تعریف شـده اسـت (بروان، سـرول و رایان[6]، ۲۰۱۵). ازاین رو، توجه فرآیندی است که در آن بر آگاهی هشیار، متمرکز می‌شود و از این طریق حسـاسـیت به دامنه محدودی از تجارب شـکل می‌گیرد. در واقع، آگاهی و توجه درهم تنیده‌اند، به گونه‌ای که توجه، به‌طور پیوسته اشکالی را از زمینه آگاهی بیرون می‌کشـد و آن‌ها را به مدت زمان متفاوتی در مرکز خود نگه می‌دارد (حامدی، شـهیدی و خادمی، ۱۳۹۲). افرادی که بهوشـــیاری پایین‌تری دارند به احتمال زیاد دشـــواری‌هایی در تنظیم هیجان نیز دارند (زیدان، جانســن، دایمن، دیوید و گوگیژن[7]، ۲۰۱۰ و مک دونالد و پریس[8]، ۲۰۱۷). حامدی و همکاران (۱۳۹۲) در پژوهشـــی نشـــان دادند که بهوشـــیاری بر پیشـگیری از عود مجدد مصـرف مواد تأثیر بسـزایی دارد و باعث بهبود در سـلامت روانی می‌شود.

یکی از این مداخلات آموزشـی و شـناختی مهمی که منجر به کاهش دشـواری در ولع مصـرف در افراد وابسته به مواد می‌شـود، به کارگیری روش درمانی ماتریکس[9] اسـت. این درمان با هدف تأثیرگذاری بر پرهیز از مصـرف مواد تدوین شـده اسـت (مکری، ۱۳۹۷). به‌طورکلی، برای درمان اختلالات ناشـی از وابسـتگی به مواد، لازم اسـت 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

سال هفدهم، شماره ۶۸، تابستان ۱۴۰۲
Vol. 17, No. 68, Summer 2023

[Downloaded from etiadpajohi.ir on 2026-11-01]

[DOI: 10.61186/etiadpajohi.17.68.201]

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[1]، ۲۰۱۸). این پروتکل حدود ۳۶-۲۴ هفته برای وابستگان به مواد محرک 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 فرا می‌گیرند (نگین[2] 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 مصرف‌کنندگان مواد می‌گردد. در پژوهش‌های جداگانه، خدابخشی و فروزنده (۱۴۰۱) درخصوص معتادان تحت درمان شهر اصفهان، شیرمردی و میرزاوندی (۱۳۹۹) در خصوص مراجعین به مراکز درمان اعتیاد شهر اهواز، محمدی و کارگر شاکر (۱۳۹۷) در مصرف‌کنندگان وابسته به مت‌آمفتامین، فتاحی شنگل‌آباد و میرهاشمی (۱۳۹۷) و احتشامی پویا و همکاران (۱۳۹۷) در بیماران وابسته به مت‌آمفتامین 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 مت‌آمفتامین در میان مصرف‌کنندگان (امیری، میرزا و ثابت،۲۰۱۳) و افزایش خودکارآمدی پرهیز از مواد (جعفری‌نژاد، بساک‌نژاد، مهرابی‌زاده هنرمند و زرگر، ۱۳۹۴) تأثیرگذار است. این مهم در

1. Lo, Friman, Redlich, & Sasaki 2. Nguyen

سال هفدهم، شماره ۶۸، تابستان ۱۴۰۲
Vol. 17, No. 68, Summer 2023

[Downloaded from etiadpajohi.ir on 2026-11-01]

[DOI: 10.61186/etiadpajohi.17.68.201]

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

یکی از انواع دسته‌بندی موادمخدر محرک‌ها هستند که بر سیستم مغزی مؤثر هستند (مک‌نیلی[1] و همکاران، ۲۰۱۸) و عمده اثرشان 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 مخدر 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 صرفه‌بودن در زمان و هزینه در میان مصرف‌کنندگان مواد محرک است. همچنین با نگاهی به مشکلات روان‌شناختی ناشی از مصرف 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 مصرف‌کنندگان 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 مصرف‌کنندگان 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 مراجعه‌کننده به مراکز ترک اعتیاد شهر اهواز در سال ۱۴۰۰ بود. در پژوهش‌های آزمایشی حداقل حجم نمونه

1. McNeely

سال هفدهم، شماره ۶۸، تابستان ۱۴۰۲
Vol. 17, No. 68, Summer 2023

[Downloaded from etiadpajohi.ir on 2026-11-01]

[DOI: 10.61186/etiadpajohi.17.68.201]

برای هر یک از زیرگروه‌ها ۱۵ نفر پیشنهاد شده است (تاباکنیک و فیدل[1]، ۲۰۱۴). بنابراین، از این جامعه، نمونه‌ای به حجم ۴۰ نفر (۲۰ نفر برای هر گروه) به روش نمونه‌گیری دردسترس و با در نظر گرفتن ملاک‌های 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 محرک حداقل شش‌ماه 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 پرسشنامه‌ها بود. در این مطالعه، اصول اخلاقی پژوهش شامل رازداری و حفظ حریم خصوصی اشخاص رعایت شد. داده‌ها با استفاده از تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر در نرم‌افزار اس‌پی‌اس‌اس تحلیل شدند.

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

ابزار

۱- پرسش‌نامه خودشیفتگی مرضی[2]: به‌منظور بررسی جنبه‌های بزرگ‌منشانه و آسیب‌پذیر خودشیفتگی پرسش‌نامه ۵۲ سؤالی خودشیفتگی مرضی توسط پینکاس[3] و همکاران (۲۰۰۹) ساخته شد. نمره‌گذاری به‌صورت مقیاس لیکرت ۷ درجه‌ای از کاملا مخالفم (۱) تا کاملا موافقم (۷) می‌باشد. حداقل و حداکثر نمره در این ابزار صفر و ۲۶۰ می‌باشد، نمره‌های بالاتر بیانگر میزان بالاتری از خودشیفتگی مرضی می‌باشد. خرده مقیاس‌ها شامل حرمت خود مشروط (سؤالات ۱ تا ۱۲)، بهره‌کشی (سؤالات ۱۳ تا ۱۷)، خودپنهان (سؤالات ۱۸ تا ۲۳)، خودفزونی فداکارانه (سؤالات ۲۴ تا ۳۰)، خیال پردازی بزرگ‌منشانه (سؤالات ۳۱ تا ۳۷)، ناارزنده سازی (سوالات ۳۸ تا ۴۴) و خشم حق‌طلبانه (سؤالات ۴۵ تا ۵۲) است. این پرسش‌نامه در ایران توسط سلیمانی و همکاران (۱۳۹۴) ترجمه و اعتباریابی شده است. پینکاس و همکاران (۲۰۰۹) همسانی درونی این پرسش‌نامه را ۰/۸۰ و پایایی

1. Tabaknik & Fidel
2. Pathological Narcissism Inventory (PNI)
3. Pincus

سال هفدهم، شماره ۶۸، تابستان ۱۴۰۲
Vol. 17, No. 68, Summer 2023

[Downloaded from etiadpajohi.ir on 2026-11-01]

[DOI: 10.61186/etiadpajohi.17.68.201]

آن را با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ ۰/۹۵ گزارش نمودند. سلیمانی و همکاران (۱۳۹۴) نتایج همسانی درونی خرده‌مقیاس‌های حرمت خود مشروط، بهره‌کشی، خودفزونی فداکارانه، خودپنهان، خیال‌پردازی بزرگ‌منشانه، ناارزنده‌سازی و خشم حق‌طلبانه را به‌ترتیب ۰/۸۹، ۰/۵۷، ۰/۷۳، ۰/۶۴، ۰/۸۲، ۰/۷۳، ۰/۷۸، و کل مقیاس ۰/۹۳ و هم‌چنین اعتبار بازآزمایی ۱۵ روزه برای هر یک از خرده‌مقیاس‌های فوق را به‌ترتیب ۰/۸۳، ۰/۷۲، ۰/۷۲، ۰/۷۴، ۰/۷۹، ۰/۶۹، ۰/۸۰، ۰/۸۱، ۰/۸۳ و کل مقیاس ۰/۸۴ گزارش نمودند. در پژوهش حاضر پایایی این پرسش‌نامه براساس آلفای کرونباخ برابر با ۰/۷۵ و برای خرده‌مقیاس‌های حرمت خود مشروط، بهره‌کشی، خودفزونی فداکارانه، خودپنهان، خیال‌پردازی بزرگ‌منشانه، ناارزنده‌سازی و خشم حق‌طلبانه، به‌ترتیب ۰/۷۴، ۰/۶۸، ۰/۷۲، ۰/۸۷، ۰/۸۱، ۰/۶۵، ۰/۸۸، به دست آمد.

۲- پرسش‌نامه ولع‌مصرف لحظه‌ای[1]: پرسش‌نامه ولع مصرف یک پرسش‌نامه ۱۴سؤالی است که توسط فرانکن، هندریکس و واندن‌برینک[2] (۲۰۰۲) ساخته شده است. پرسش‌نامه ولع مصرف دارای ۳ خرده‌مقیاس، میل و قصد مصرف مواد (سؤال ۱، ۲، ۱۲، ۱۴)، تقویت منفی (سؤال ۵، ۹، ۱۱، ۴، ۷) و کنترل ادراک‌شده بر مصرف مواد (۳، ۸، ۶، ۱۰، ۱۳) است. این پرسش‌نامه بر اساس مقیاس لیکرت ۷ گزینه‌ای (از کاملاً مخالف ۱ تا کاملاً موافق ۷) می‌باشد. حداقل نمره ۱۴ و حداکثر نمره ۹۸ 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 ۰/۸۵ و برای خرده‌مقیاس‌های میل و قصد مصرف مواد، تقویت منفی و کنترل ادراک شده بر مصرف مواد به‌ترتیب ۰/۷۷، ۰/۸۰، ۰/۷۵ گزارش کرده‌اند. محمدی (۱۳۸۹) مقدار آلفای کرونباخ کلی را ۰/۸۲و خرده‌مقیاس‌های آن را به‌ترتیب ۰/۷۰، ۰/۸۲، ۰/۷۰ گزارش نمود. در پژوهش حاضر پایایی این پرسش‌نامه براساس آلفای کرونباخ برابر با ۰/۸۳و برای زیر مقیاس‌های میل و

1. Desire for Drug Questionnaire (DDQ)

2. Franken, Hendriks, & Vanden Brink

سال هفدهم، شماره ۶۸، تابستان ۱۴۰۲
Vol. 17, No. 68, Summer 2023

[Downloaded from etiadpajohi.ir on 2026-11-01]

[DOI: 10.61186/etiadpajohi.17.68.201]

قصد مصرف مواد، تقویت منفی و کنترل ادراک‌شده بر مصرف مواد به‌ترتیب ۰/۷۹، ۰/۸۱ و ۰/۸۹ به دست آمد.

۳- پرسش‌نامه خودکارآمدی ترک اعتیاد[1]: این پرسش‌نامه توسط برامسون[2] (۱۹۹۱) طراحی شده است که شامل ۱۶ گویه می‌باشد و مهارت‌هایی همچون حل‌مسأله (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 ۲-۵-۷-۸-۱۰-۱۱-۱۲-۱۶ دارای نمره‌گذاری معکوس می‌باشند. این پرسش‌نامه بر اساس مقیاس لیکرت ۷ گزینه‌ای (از کاملاًمخالف ۱ تا کاملاًموافق ۷) می‌باشد. حداقل نمره ۱۶ و حداکثر 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 ۰/۷۹ گزارش نمودند. در پژوهش حاضر پایایی پرسش‌نامه خودکارآمدی ترک براساس آلفای کرونباخ برابر با ۰/۸۰ و برای خرده‌مقیاس‌های حل‌مسئله، تصمیم‌گیری، ابراز وجود و ارتباط به‌ترتیب ۰/۷۵، ۸۱، ۰/۷۹ و ۰/۸۰ به‌دست آمد.

۴- مقیاس تحمل پریشانی[3]: این مقیاس توسط سیمونز و گاهر[4] (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 به‌صورت طیف ۵ درجه‌ای لیکرت از ۱ (کاملاً موافق) تا ۵ (کاملاً مخالف) نمره‌گذاری می‌شوند. نمرات بالا در این مقیاس نشان‌گر تحمل پریشانی بالا است. حداقل نمره این مقیاس ۱۵ و حداکثر 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

1. Quit Addiction Self-efficacy Questionnaire
2. Bramson
3. Distress Tolerance Scale (DTS)
4 Simons & Gaher

سال هفدهم، شماره ۶۸، تابستان ۱۴۰۲
Vol. 17, No. 68, Summer 2023

[Downloaded from etiadpajohi.ir on 2026-11-01]

[DOI: 10.61186/etiadpajohi.17.68.201]

به‌وسیله هیجانات منفی، برآورد ذهنی پریشانی و تنظیم تلاش‌ها برای تسکین پریشانی به‌ترتیب ۰/۷۲، ۰/۸۲، ۰/۷۸، ۰/۸۰ و برای کل مقیاس ۰/۸۲ و همبستگی درون طبقه‌ای پس از گذشت شش‌ماه 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 خرده‌مقیاس‌های تحمل پریشانی هیجانی، جذب شدن به‌وسیله هیجانات منفی، برآورد ذهنی پریشانی، وتنظیم تلاش‌ها برای تسکین پریشانی به‌ترتیب ۰/۷۵، ۰/۸۴، ۰/۷۸، و ۰/۸۹ به‌دست آمد.

۵- مقیاس بهوشیاری[1]: به منظور سنجش توجه و آگاهی پرسش‌نامه ۱۵سؤالی مقیاس بهوشیاری توسط براون و رایان[2] (۲۰۰۳) تدوین شد. نمره‌گذاری به صورت مقیاس لیکرت ۶ درجه‌ای از صفر (تقریباً همیشه) تا ۶ (تقریباً هیچ وقت) می‌باشد. حداقل نمره و حداکثر نمره آن به‌ترتیب 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 ویتینگتون[3] (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 به‌دست آمد.

روش اجرا

1. Mindful Attention Awareness Scale (MAAS)
2. Brown & Ryan
3. Ghorbani, Watson, & Weathington

سال هفدهم، شماره ۶۸، تابستان ۱۴۰۲
Vol. 17, No. 68, Summer 2023

[Downloaded from etiadpajohi.ir on 2026-11-01]

[DOI: 10.61186/etiadpajohi.17.68.201]

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 محرک 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.

جدول۱: خلاصه محتوای جلسات

جلسات	اهداف جلسات	محتوی جلسات و تکالیف
اول	غربالگری و ارزیابی اولیه افراد به طور انفرادی و ایجاد فضای امن و آرام	ارزیابی اولیه انجام و تاریخچه مصرف گرفته می‌شود، سپس مهارت‌های بهبودی اولیه و توقف چرخه باطل مصرف مواد توصیف می‌شود.
دوم	آموزش فنون شناسایی وسوسه کننده‌های بیرونی و آغازگر مصرف	ارائه تکالیف تحلیل رفتار بر اساس شناخت وسوسه کننده‌های بیرونی و آغازگر مصرف. در این مرحله تمرکز برآنچه در ۳ یا ۴ روز اخیر در زمینه مواد مخدر گذشته می‌باشد.
سوم	آموزش فنون شناسایی وسوسه‌کننده‌های درونی و عوامل هیجانی	وسوسه کننده‌های درونی آغازگر مصرف و نیز عوامل هیجانی یا بی-نظمی‌های هیجانی به عنوان راه‌انداز وسوسه مصرف شناسایی می‌شود. درک تجربه بیمار از میل به مصرف، انتقال ماهیت میل به عنوان یک تجربه طبیعی کوتاه مدت و گذرا و بررسی مثلث شوم فکر، مصرف-وسوسه- رفتار مصرف، آموزش و تمرین فنون کنترل میل به مصرف.
چهارم	شناخت شیمی بدن در دوره بهبود	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	شناخت اجزای روان	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.
ششم	شناخت عواملی که سبب تحریک میل به مصرف می‌شود	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 اشاره شد و برای جلوگیری از این بی نظمی‌های هیجانی و حالتی، راهکارهای تغییر رفتار و گسترش سبک زندگی سالم ارائه شد.

[Downloaded from etiadpajohi.ir on 2026-11-01]

[DOI: 10.61186/etiadpajohi.17.68.201]

جدول۱: خلاصه محتوای جلسات

جلسات	اهداف جلسات	محتوی جلسات و تکالیف
هفتم	اهمیت اشتغال و بهبودی	در این جلسه در مورد اهمیت اشتغال و بهبودی، مشغولیت و سرگرمی سالم که سبک سلامت محور را تضمین می کند صحبت شد و مراجعین تشویق شدند تا برای تعمیق تغییرات 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 مراجعان 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	تغییر افکار و باورهای غیرمنطقی و ناکارآمد، شناسایی علل بازگشت به مصرف	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 (مهم‌ترین جلسه حمایتی خانواده)	در این جلسه آمادگی قبلی و تأثیر آن‌ها بر جلوگیری از بازگشت به مصرف مواد تشریح و نیز کمک گیری از دیگران به ویژه خانواده به هنگام احتمال لغزش یا بازگشت به مصرف آموزش داده می‌شود.
دوازدهم	شرکت در جلسات خودیار	در این جلسه نحوه آشنایی با گروه‌های خودیار 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 تغییرات درمانی نتیجه‌گیری و مباحث دوره درمانی جمع بندی و اختتام درمان اعلام می‌شود. ارزیابی پس از درمان انجام می‌شود.

سال هفدهم، شماره ۶۸، تابستان ۱۴۰۲
Vol. 17, No. 68, Summer 2023

[Downloaded from etiadpajohi.ir on 2026-11-01]

[DOI: 10.61186/etiadpajohi.17.68.201]

یافته‌ها

در بررسی اطلاعات دموگرافیک شرکت‌کنندگان پژوهش، از ۴۰ شرکت‌کننده 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 شرکت‌کنندگان دیپلم، ۱۰ نفر کارشناسی و ۸ نفر کارشناسی ارشد و بالاتر بودند. ۱۴ نفر از شرکت‌کنندگان در بازه سنی کمتر از ۳۰ سال، ۱۴ نفر در بازه سنی ۴۰-۳۱ سال، ۷ نفر در بازه سنی ۵۰-۴۱ سال و ۵ نفر در بازه ۵۰ سال به بالا بودند. به علاوه، مدت مصرف ۱۵ نفر از شرکت‌کنندگان 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 پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری

		پیش‌آزمون		پس‌آزمون		پیگیری	
مؤلفه	گروه	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
خودشیفت	آزمایش	۲۱۴/۹۵	۱۹/۸۸	۱۶۰/۴۰	۱۴/۷۳	۱۵۸/۴۵	۱۲/۲۴
گی مرضی	کنترل	۲۱۰/۳۰	۱۶/۱۲	۲۱۱/۱۰	۱۷/۱۸	۲۱۰/۳۵	۱۹/۶۶
ولع‌مصرف	آزمایش	۶۳/۹۵	۸/۵۸	۴۲/۹۰	۸/۳۸	۴۲/۳۵	۷/۵۴
	کنترل	۶۴/۹۰	۷/۴۰	۶۳/۶۰	۸/۰۸	۶۵/۱۰	۷/۷۱
خودکارآم	آزمایش	۵۴/۴۵	۷/۲۵	۷۶/۶۵	۹/۵۰	۷۷/۰۰	۸/۲۱
دی ترک	کنترل	۵۴/۸۵	۶/۷۶	۵۶/۷۰	۷/۳۳	۵۵/۴۰	۶/۴۸
تحمل	آزمایش	۳۴/۳۵	۸/۱۹	۵۱/۶۵	۸/۱۷	۵۱/۷۵	۸/۶۷
پریشانی	کنترل	۳۵ /۷۰	۷/۴۹	۳۴/۸۵	۷/۱۸	۳۵/۴۰	۶/۵۹
بهوشیاری	آزمایش	۳۷/۸۵	۸/۵۹	۵۱/۹۵	۸/۷۴	۵۲/۹۰	۷/۶۶
	کنترل	۴۰/۵۰	۸/۱۵ ۵۰	۴۱/۱۰	۶/۹۳	۳۸/۸۰	۶/۹۹

جدول ۲ نشان می‌دهد که در گروه آزمایش میانگین نمرات خودشیفتگی مرضی و ولع‌مصرف در مراحل پس‌آزمون و پیگیری در مقایسه با مرحله پیش‌آزمون کاهش و میانگین نمرات خودکارآمدی ترک، تحمل پریشانی و بهوشیاری افزایش‌یافته است. در

[Downloaded from etiadpajohi.ir on 2026-11-01]

[DOI: 10.61186/etiadpajohi.17.68.201]

مقابل تغییرات مشـابه در مراحل مزبور در گروه کنترل مشـاهده نشـد. برای تجزیه نتایج اصلی از تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر استفاده شد. قبل از اجرای تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر، پیش‌فرض‌ها مورد بررسـی قرار گرفتند. یکی از مفروضـه‌های این تحلیل، نرمال‌بودن توزیع داده‌هاسـت. نتایج آزمون شـاپیرو-ویلک حاکی از آن بود که نمرات متغیرهـای پژوهش دارای توزیع نرمـال بودنـد (p> ۰/۰۵). همچنین هیچ کـدام از متغیرهای مورد بررسـی در آزمون لوین معنادار نبودند (p>۰/۰۵)، لذا می‌توان گفت که همگنی واریانس‌ها برقرار بود. به علاوه، شاخص آماره ام‌باکس برای هیچ یک از متغیرهای پژوهش معنی‌دار نبود. این موضـوع بیـانگر برقراری مفروضـه همگنی مـاتریس‌هـای کوواریانس متغیرهای وابسـته بود. همچنین ارزش مجذور کای حاصـل از تسـت موخلی برای همه متغیرهای وابسـته در دو گروه آزمایش و کنترل غیرمعنی‌دار اسـت (p> ۰/۰۵). 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 سـاختارمند ماتریکس بر متغیرهای پژوهش را نشان می‌دهد.

جدول۳: نتایج آزمون تحلیل چند متغیری در ارزیابی اثر متغیر مستقل بر متغیرهای وابسته

متغیر وابسته	لامبدای ویلکز	آماره F	درجه آزادی	سطح معناداری	η^2	توان آزمون
خودشیفتگی مرضی	۰/۳۰۴	۴۲/۳۲	۳۷ و ۲	۰/۰۰۱	۰/۶۹۶	۱/۰۰
ولع‌مصرف	۰/۵۳۵	۱۶/۰۸	۳۷ و ۲	۰/۰۰۱	۰/۴۶۵	۰/۹۹۹
خودکارآمدی ترک	۰/۴۵۷	۲۱/۹۷	۳۷ و ۲	۰/۰۰۱	۰/۵۴۳	۱/۰۰
تحمل پریشانی	۰/۵۲۵	۱۶/۷۱	۳۷ و ۲	۰/۰۰۱	۰/۴۷۵	۰/۹۹۹
بهوشیاری	۰/۶۳۴	۱۰/۷۰	۳۷ و ۲	۰/۰۰۱	۰/۳۶۶	۰/۹۸۴

همان‌طورکه در جدول ۳ ملاحظه می‌شـود، اثر اجرای متغیر مسـتقل بر متغیرهای‌های خودشـیفتگی مرضـی، ولع‌مصـرف، خودکارآمدی ترک، تحمل پریشـانی و بهوشـیاری معنی‌دار بود. جدول ۴ نتایج تحلیل واریانس بـا انـدازه‌گیری مکرر در تبیین اثر درمـان ساختارمند ماتریکس بر هر یک از متغیرهای وابسته را نشان می‌دهد.

سال هفدهم، شماره ۶۸، تابستان ۱۴۰۲
Vol. 17, No. 68, Summer 2023

[Downloaded from etiadpajohi.ir on 2026-11-01]

[DOI: 10.61186/etiadpajohi.17.68.201]

جدول ٤: نتایج تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر در تبیین اثر متغیر مستقل بر متغیرهای وابسته

متغیر	اثرات	مجموع مجذورات	مجموع مجذورات خطا	آماره F	سطح معناداری	η^2
	اثر گروه	۳۱۹۸۰/۶۸	۱۱۱۸۶/۹۸	۱۰۸/۶۳	۰/۰۰۱	۰/۷۴۱
خودشیفتگی مرضی	اثر زمان	۱۵۹۳۳/۰۱	۱۱۴۰۹/۹۸	۵۳/۰۶	۰/۰۰۱	۰/۵۸۳
	اثر تعاملی گروه× زمان	۲۰۸۷۶/۵۵	۲۱۰۰۴/۲۷	۳۷/۷۷	۰/۰۰۱	۰/۴۹۸
	اثر گروه	۶۵۷۱/۲۰	۲۰۰۴/۶۷	۱۲۴/۵۶	۰/۰۰۱	۰/۷۶۶
ولع‌مصرف	اثر زمان	۲۲۸۹/۸۰	۳۰۱۳/۰۰	۲۸/۸۸	۰/۰۰۱	۰/۴۳۲
	اثر تعاملی گروه× زمان	۲۸۹۸/۳۵	۵۲۱۹/۰۳	۲۱/۱۰	۰/۰۰۱	۰/۳۵۷
	اثر گروه	۵۶۴۴/۴۱	۱۶۰۸/۹۲	۱۳۳/۳۱	۰/۰۰۱	۰/۷۷۸
خودکارآمدی ترک	اثر زمان	۲۶۶۸/۰۵	۲۳۰۱/۹۵	۴۴/۰۴	۰/۰۰۱	۰/۵۳۷
	اثر تعاملی گروه× زمان	۳۰۰۲/۸۲	۵۰۷۶/۱۳	۲۲/۴۸	۰/۰۰۱	۰/۳۷۲
	اثر گروه	۳۳۷۰/۸۰	۱۸۸۶/۲۳	۶۷/۹۱	۰/۰۰۱	۰/۶۴۱
تحمل پریشانی	اثر زمان	۱۴۶۲/۰۵	۲۹۶۷/۵۰	۱۸/۷۲	۰/۰۰۱	۰/۳۳۰
	اثر تعاملی گروه× زمان	۲۱۴۳/۰۵	۴۹۵۴/۱۷	۱۶/۴۴	۰/۰۰۱	۰/۳۰۲
	اثر گروه	۱۶۵۷/۶۳	۲۲۷۹/۶۷	۲۷/۶۳	۰/۰۰۱	۰/۴۲۱
بهوشیاری	اثر زمان	۸۹۱/۱۱	۲۸۰۹/۵۸	۱۲/۰۵	۰/۰۰۱	۰/۲۴۱
	اثر تعاملی گروه× زمان	۱۵۷۷/۹۲	۴۷۸۷/۶۳	۱۲/۵۲	۰/۰۰۱	۰/۲۴۸

همان‌طورکه در جدول ۴ ملاحظه می‌شود، اجرای درمان ساختارمند ماتریکس متغیرهای وابسته را به‌صورت معنادار تحت تأثیر قرار داده است. جدول ۵ نتایج آزمون تعقیبی بن‌فرونی نمرات مربوط به متغیرهای پژوهش در دو گروه و در سه مرحله اجرا را نشان می‌دهد.

[Downloaded from etiadpajohi.ir on 2026-11-01]

[DOI: 10.61186/etiadpajohi.17.68.201]

جدول ۵: نتایج آزمون تعقیبی بن‌فرونی برای مقایسه‌های زوجی اثر گروه‌ها و زمان‌ها

متغیر	زمان ها		تفاوت میانگین	خطای معیار	مقدار احتمال
خودشیفتگی مرضی	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	۲۶/۸۸	۳/۳۳	۰/۰۰۱
	پیش‌آزمون	پیگیری	۲۸/۲۳	۳/۸۸	۰/۰۰۱
	پس‌آزمون	پیگیری	۱/۳۵	۳/۹۲	۱/۰۰
ولع‌مصرف	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	۱۱/۱۸	۱/۹۷	۰/۰۰۱
	پیش‌آزمون	پیگیری	۱۰/۷۰	۱/۹۹	۰/۰۰۱
	پس‌آزمون	پیگیری	-۰/۴۸	۱/۵۷	۱/۰۰
خودکارآمدی ترک	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	-۱۲/۰۳	۱/۹۴	۰/۰۰۱
	پیش‌آزمون	پیگیری	-۱۱/۵۵	۱/۷۴	۰/۰۰۱
	پس‌آزمون	پیگیری	۰/۴۸	۱/۸۰	۱/۰۰
تحمل پریشانی	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	-۸/۲۳	۱/۶۳	۰/۰۰۱
	پیش‌آزمون	پیگیری	-۸/۵۵	۱/۹۸	۰/۰۰۱
	پس‌آزمون	پیگیری	-۰/۳۳	۱/۷۹	۱/۰۰
بهوشیاری	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	-۷/۳۵	۱/۷۱	۰/۰۰۱
	پیش‌آزمون	پیگیری	-۶/۶۸	۱/۹۲	۰/۰۰۴
	پس‌آزمون	پیگیری	۰/۶۸	۱/۶۸	۱/۰۰
متغیر	تفاوت گروه ها		تفاوت میانگین	خطای معیار	مقدار احتمال
خودشیفتگی مرضی	آزمایش	کنترل	-۳۲/۶۵	۳/۱۳	۰/۰۰۱
ولع‌مصرف	آزمایش	کنترل	-۱۴/۸۰	۱/۳۳	۰/۰۰۱
خودکارآمدی ترک	آزمایش	کنترل	۱۳/۷۲	۱/۱۹	۰/۰۰۱
تحمل پریشانی	آزمایش	کنترل	۱۰/۶۰	۱/۲۹	۰/۰۰۱
بهوشیاری	آزمایش	کنترل	۷/۴۳	۱/۴۱	۰/۰۰۱

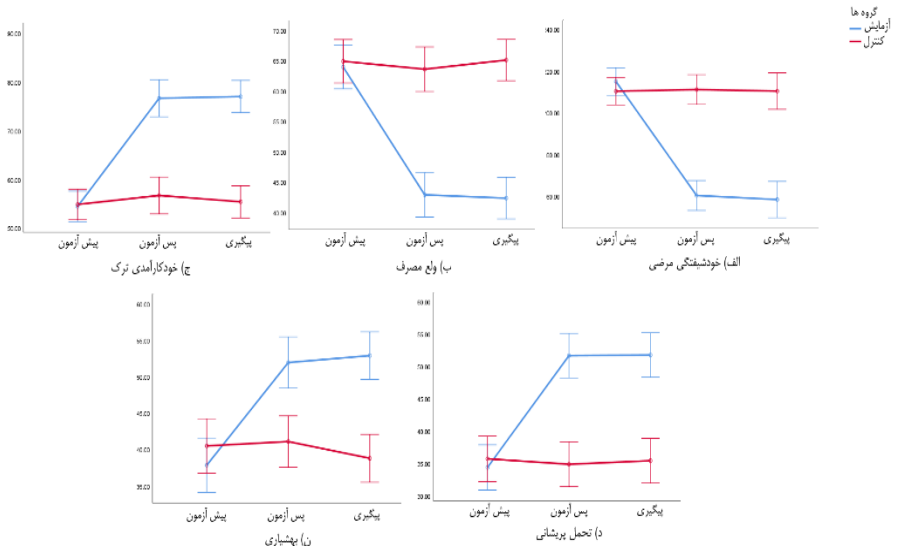
با توجه به نتایج آزمون بن‌فرونی در مقایسه اثر زمان در جدول ۵ تفاوت میانگین نمرات خودشیفتگی مرضی، ولع‌مصرف، خودکارآمدی ترک، تحمل پریشانی و بهوشیاری در مراحل پیش‌آزمون-پس‌آزمون و پیش‌آزمون- پیگیری به لحاظ آماری معنی‌دار، اما تفاوت میانگین آن نمرات در مراحل پس‌آزمون-پیگیری غیرمعنی‌دار بود. هم‌چنین نتایج آزمون بن‌فرونی در مقایسه اثرات گروه در جدول ۵ نشان داد که تفاوت

سال هفدهم، شماره ۶۸، تابستان ۱۴۰۲
Vol. 17, No. 68, Summer 2023

[Downloaded from etiadpajohi.ir on 2026-11-01]

[DOI: 10.61186/etiadpajohi.17.68.201]

میانگین متغیرهای خودشیفتگی مرضی، ولع‌مصرف، خودکارآمدی ترک، تحمل پریشانی و بهوشـــیاری در دو گروه آزمایش و کنترل به لحاظ آماری معنی‌دار بود. به‌طوری که اجرای درمان ساختارمند ماتریکس باعث شـده تا میانگین نمرات خودشـیفتگی مرضـی و ولع‌مصـرف در گروه آزمایش در مقایسـه با گروه کنترل در مراحل پس‌آزمون و پیگیری، کاهش و میانگین نمرات متغیرهای خودکارآمدی ترک، تحمل پریشـــانی و بهوشـــیاری افزایش یابد. شـــکل ۱ نمودارهای مربوط به خودشـــیفتگی مرضـــی، ولع مصـــرف، خودکارآمدی ترک، تحمل پریشـــانی و بهوشـــیاری در گروه‌های پژوهش در ســـه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری را نشان می‌دهد.



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

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

بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضـر با هدف بررسـی اثربخشـی درمان سـاختارمند ماتریکس بر خودشـیفتگی مرضـی، ولع مصـرف، خودکـارآمـدی ترک، تحمـل پریشـــانی و بهوشـــیاری در

[Downloaded from etiadpajohi.ir on 2026-11-01]

[DOI: 10.61186/etiadpajohi.17.68.201]

مصـرف‌کنندگان مواد محرک انجام شـد. نتایج نشـان داد که اجرای درمان سـاختارمند ماتریکس در مقایسـه با گروه کنترل منجر به کاهش میانگین خودشـیفتگی مرضـی در مراحل پس‌آزمون و پیگیری شـده اسـت. کاهش میانگین خودشـیفتگی مرضـی در گروه درمان سـاختارمند ماتریکس، نشـان می‌دهد که تغییرات ناشـی از درمان سـاختارمند ماتریکس بر خودشیفتگی مرضی در دوره پیگیری پابرجا مانده است. براین اساس درمان ساختارمند ماتریکس، خودشـیفتگی مرضـی را در مصـرف‌کنندگان مواد محرک کاهش می‌دهد. یافته حاضـر با نتایج مطالعات پیمان‌نیا و همکاران (۱۳۹۷)، فاسـتر و همکاران (۲۰۱۵)، اختر (۲۰۱۷) و مک‌لارن و بست (۲۰۱۳) همسو است. افراد داری مصرف مواد محرک دارای خودشـیفتگی مرضـی با اسـتفاده از درمان ماتریکس دیدگاه دیگری برای زندگی خود اکتسـاب می‌کنند و یاد می‌گیرند هشـیارانه بدون آمیختگی در دام اعتیاد، با تحلیل کارکردی رفتار، توجه خود را به تجربه‌ای که اینجا و اکنون از سـر می‌گذرانند، معطوف نمایند. در چنین شـرایطی وقتی افراد داری مصـرف مواد محرک می‌آموزند که تجربه‌های درونی خود را با پذیرش نظاره کنند، حتی خاطرات، احسـاسـات، افکار و حس‌های بدنی دردناک نیز به عنوان یک توجه اعتیاد که گیر افتادن در دام آن می‌تواند آنها را از نزدیک شـدن به ارزش‌های اسـاسـی زندگی بازدارد، در نظر گرفته می‌شـود. در نهایت این عقیده، به این شـیوه به درمان‌جویان کمک می‌کند 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 زندگی‌شـان کمتر شـود (پولک، شـوندورف، وبسـتر، و اولاز[1]، ۲۰۱۶). در مجموع درمان ماتریکس باعث می‌گردد این افراد کمتر درگیر بزرگ‌منشـی در فکر و خیال گردند. هم‌چنین به درمان‌جویان کمک می‌کند تا از اشـتغال فکری یا خیال‌پردازی به این‌که خاص و دارای قدرت و زیبایی هسـتند اجتناب نمایند. هم‌چنین به آن‌ها کمک می‌کند نسـبت به دیگران احسـاس همدلی نمایند و از حسـادت به اطرافیان دوری کنند (پیمان‌نیا و همکاران، ۱۳۹۷). در واقع می‌توان گفت که درمان ماتریکس از طریق

1. Polk, Schoendorff, Webster & Olaz

سال هفدهم، شماره ۶۸، تابستان ۱۴۰۲
Vol. 17, No. 68, Summer 2023

[Downloaded from etiadpajohi.ir on 2026-11-01]

[DOI: 10.61186/etiadpajohi.17.68.201]

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

به علاوه، تفاوت میانگین ولع‌مصرف در دو گروه درمان ساختارمند ماتریکس و کنترل به لحاظ آماری معنادار بود. بر این اسـاس درمان سـاختارمند ماتریکس، ولع‌مصـرف را در بیماران مبتلا به مصـــرف مواد محرک کاهش می‌دهد و این اثر در مرحله پیگیری پایدار بوده اسـت. یافته حاضـر با نتایج تحقیق فیاض فیضـی و همکاران (۲۰۲۲)، برسـین و ورونا (۲۰۱۹)، شهبابایی 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، مصـــرف مواد محرک، کارکردهای مغزی و شـــناختی را مختل کرده و ولع شـــدیدی در مصرف‌کننده ایجاد می‌کند و اکثر مصرف‌کنندگان مداوم مواد مخدر، اظهار می‌دارند که برای مواجهه با احساس اضطراب، بی‌حوصلگی، افسردگی، ترس از شکست و بی‌هدف بودن در زندگی، هیچ راه دیگری جز مصـــرف مواد مخدر نداشـــتند (محمدی و کارگر شـــاکر، ۱۳۹۷). بر این اســـاس 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 اسـتفاده از این روش درمانی، بر هدف‌های روشـنی برای تغییر دادن تعبیر افراد از موقعیت‌ها، تأکید می‌کنند. درمانگران، به درمان‌جویان کمک می‌کنند تا برداشـت‌های خود را از رویدادهای گذشـته، مسـائل جاری و احتمالات آینده تغییر دهند و بتوانند کنترل خود را بر شـــناخت‌ها، عواطف و رفتارهایشـــان بیشـــتر گســـترش دهند (جعفری‌نژاد و همکاران، ۱۳۹۴). اثربخشـــی درمان ماتریکس را می‌توان این‌گونه تبیین نمود که هیجانات در واقع مجموعه‌ای از حس‌های جســـمانی هســـتند که با افکار و تصـاویر همراه شـده‌اند. با اسـتفاده از مهارت ماندن در حس‌های جسـمانی و توجه کردن به حس‌های خوشـــایند و ناخوشـــایندی که در مراقبه پدید می‌آید، می‌توان کاوش هیجان‌ها را به همان شـــکلی که در بدن ایجاد می‌شـــوند آموخت. این کار تحمل آن‌ها را

[Downloaded from etiadpajohi.ir on 2026-11-01]

[DOI: 10.61186/etiadpajohi.17.68.201]

بسیار آسان‌تر می‌سازد و ظرفیت فرد را برای بودن با آن‌ها افزایش می‌دهد. با توجه به تأثیرات شناختی فرد بر ولع‌مصرف، 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 مصرف‌کنندگان مواد محرک افزایش می‌دهد. نتایج حاضر با یافته‌های الکساندر و همکاران (۲۰۱۹)، سوپرت (۲۰۱۸)، نیک‌منش و همکاران (۲۰۱۷)، منینگ و همکاران (۲۰۱۸) همسو است. درمان ماتریکس می‌تواند به‌وسیله عناصری از رویکردهای مارلات برای پیشگیری از عود مصرف مواد، منجر به تغییر خودکارآمدی ترک شود. این مدل متشکل از مهارت‌های بهبودی اولیه (مهارت‌های مقابله با فشارها و مشکلات، شناسایی شروع‌کننده‌ها، 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 دوری‌جویی 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 محرک‌ها 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

سال هفدهم، شماره ۶۸، تابستان ۱۴۰۲
Vol. 17, No. 68, Summer 2023

[Downloaded from etiadpajohi.ir on 2026-11-01]

[DOI: 10.61186/etiadpajohi.17.68.201]

ناشی از درمان ساختارمند ماتریکس بر تحمل پریشانی بعد از اتمام دوره درمان پابرجا مانده است. براین اساس، درمان ساختارمند ماتریکس تحمل پریشانی را در مصرف‌کنندگان مواد محرک افزایش می‌دهد. یافته حاضر با تحقیقات فتاحی شنگل‌آباد 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 می‌گیرد، تحمل پریشانی‌ها خطر مصرف را کاهش می‌دهد. 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. به‌علاوه، افرادی که تحمل پریشانی بالایی 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 می‌شوند (آرنائودووا و آمارو، ۲۰۲۰). درمان ماتریکس می‌تواند راهکار مناسبی در اختیار بیماران جهت بهبود تحمل پریشانی باشد و در مجموع افراد با تحمل پریشانی بالا از مصرف مواد ممانعت می‌کنند، متعهد می‌شوند 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 به‌عنوان عامل بازدارنده قوی در برابر مصرف مواد عمل می‌کند. با بالا رفتن تحمل پریشانی از طریق درمان ماتریکس، توانایی حل تعارض در فرد بهبود می‌یابد. در واقع بهبود تحمل پریشانی نه تنها می‌تواند به‌عنوان مانع در برابر وسوسه، لذت‌طلبی و مصرف مواد باشد بلکه باعث بهبود در سایر زمینه‌های زندگی فرد نظیر روابط اجتماعی، کار و روابط خانوادگی می‌شود و از طرفی باعث می‌شود فرد سلامت روانی بیشتری داشته باشد (فتاحی شنگل‌آباد و میرهاشمی، ۱۳۹۷). همچنین با توجه به این که در حال حاضر اجرای درمان ماتریکس می‌تواند اثرات مثبتی در روند بهبودی تحمل پریشانی بیماران داشته باشد، به‌عنوان درمان خاص مصرف کنندگان مواد محرک تعیین شده است.

سال هفدهم، شماره ۶۸، تابستان ۱۴۰۲
Vol. 17, No. 68, Summer 2023

[Downloaded from etiadpajohi.ir on 2026-11-01]

[DOI: 10.61186/etiadpajohi.17.68.201]

نتایج این مطالعه نشان داد که تفاوت میانگین بهوشیاری در دو گروه درمان ساختارمند ماتریکس و کنترل به لحاظ آماری معنی‌دار 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 مصرف‌کنندگان مواد محرک افزایش می‌دهد. یافته حاضر با پژوهش‌های زیدان و همکاران (۲۰۱۰)، مک‌دونالد و پریس (۲۰۱۷) و حامدی و همکاران (۱۳۹۲) همخوان است. روش درمانی ماتریکس می‌تواند راهکار مناسبی در اختیار افراد دارای مصرف مواد جهت بهبود بهوشیاری باشد. در مجموع افراد با بهوشیاری بالا از مصرف مواد ممانعت می‌کنند و توانایی نه گفتن به همسالان پیدا می‌کنند و نسبت به مسائل پیرامون خود هشیار می‌گردند. روش درمان ماتریکس به افراد دارای مصرف مواد کمک می‌کند شیوه تفکر را اصلاح کنند، هم‌چنین موجب کسب مهارت‌های مقابله با فشارهای روانی زندگی می‌گردد (فتاحی شنگل‌آباد و میرهاشمی، ۱۳۹۷). در واقع می‌توان گفت که بهوشیاری به‌عنوان مانع در برابر وسوسه، باعث کاهش لذت‌طلبی 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 می‌تواند بر نتایج تحقیق تأثیرگذار باشد. به علاوه، اگرچه پژوهش حاضر در گروه مردان و زنان وابسته به مواد محرک، صورت گرفته است ولی مقایسه‌ای در نتایج پژوهش از نظر جنسیت صورت نگرفت و اثر جنسیت در پژوهش حاضر مشخص نیست. لذا پیشنهاد می‌شود پژوهشی در زمینه موضوع حاضر در گروه زنان و مردان مبتلا به مصرف مواد محرک صورت گیرد و نتایج این دو گروه باهم مقایسه گردد و اثر جنسیت در درمان‌های روان‌شناختی مشخص گردد. با توجه به نتایج حاضر پیشنهاد می‌شود 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 می‌گردد، مراکز بهزیستی، با ایجاد کارگاه‌های آموزشی یا با فراهم آوردن امکانات تصویری، از جلسات درمانی ماتریکس

سال هفدهم، شماره ۶۸، تابستان ۱۴۰۲
Vol. 17, No. 68, Summer 2023

[Downloaded from etiadpajohi.ir on 2026-11-01]

[DOI: 10.61186/etiadpajohi.17.68.201]

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

منابع

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

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

بشرپور، سجاد و احمدی، شیرین (۱۳۹۸). الگوی روابط ساختاری ولع‌مصرف بر اساس حساسیت به تقویت، تحمل آشفتگی و دلسوزی به خود با نقش میانجی خودکارآمدی ترک. *اعتیاد پژوهشی*، ۱۳(۵۴)، ۲۴۵-۲۶۵.

پیمان‌نیا، بهرام؛ حمید، نجمه و محمود علیلو، مجید (۱۳۹۷). اثربخشی ماتریکس درمان پذیرش و تعهد با شفقت بر رفتارهای خودآسیب‌رسان و کیفیت زندگی دانش‌آموزان دارای علائم اختلال شخصیت مرزی. *دست‌آوردهای روان‌شناختی*، ۲۵(۱)، ۲۳-۴۴.

جعفری، اصغر و نژادمحمد، ساتی (۱۳۹۷). تأثیر مداخلات مبتنی بر الگوی ماتریکس در تغییر منبع کنترل و کاهش ولع و گرایش به مصرف شیشه در مردان تحت درمان. *اعتیادپژوهی*، ۱۲(۴۵)، ۱۶۹-۱۸۸.

جعفری‌نژاد، مصطفی؛ بساک‌نژاد، سودابه؛ مهرابی‌زاده هنرمند، مهناز و زرگر، یداله (۱۳۹۴). اثربخشی درمان‌های مبتنی بر مدل سرپایی عمقی ماتریکس و مدل مراحل تغییر بربهبود خودتنظیمی و خودکارآمدی پرهیز از مواد. *اندیشه و رفتار در روان شناسی بالینی*، ۱۰(۳۵)، ۴۶-۵۶.

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

حبیبی، رحیم؛ کارشکی، حسین؛ دشتگرد، علی؛ حیدری، عباس و طلایی، علی (۱۳۹۱). رواسازی و تعیین پایایی پرسش‌نامه خودکارآمدی ترک اعتیاد برامسون. حکیم، ۱۵(۱)، ۵۳-۵۸.

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

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

[Downloaded from etiadpajohi.ir on 2026-11-01]

[DOI: 10.61186/etiadpajohi.17.68.201]

سلیمانی، مهدی؛ پاست، نگین؛ مولایی، مهری؛ محمدی، ابوالفضل؛ دشتی‌پور، معصومه؛ صفا، یاسمین و پینکاس، آیرون (۱۳۹۴). ویژگی‌های روانسنجی مقیاس خودشیفتگی مرضی. *روان‌شناسی معاصر*، ۱۰(۱)، ۱۱۰-۹۵.

شیرمردی، نوید و میرزاوندی، جهانگیر (۱۳۹۹). *مقایسه اثر درمان‌های نگهدارنده با متادون (mmt) و ماتریکس بر تمایل مصرف مواد مخدر در مراجعین به مراکز 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 تنظیی هیجانی با میزان وابستگی دانشجویان به سیگار. *حکیم*، ۱۱(۱)، ۱۳-۱۸.

فتاحی شنگل‌آباد؛ محمدرضا و میرهاشمی، مال (۱۳۹۷). اثربخشی درمان ماتریکس بر خودکنترلی بیماران وابسته به مت‌آمفتامین. *اعتیادپژوهی*، ۱۲(۴۸)، ۶۰-۴۱.

محمدی، اکبر و کارگرشاکر، امیر (۱۳۹۷). اثربخشی درمان ساختارمند ماتریکس بر میزان ولع مصرف، سرسختی و بهزیستی روانی در معتادان مت‌آمفتامین. *طب انتظامی*، ۷(۲)، ۷۵-۸۰.

محمدی، فاطمه (۱۳۸۹). *پتانسیل‌های وابسته به رویداد (ERS) در افراد وابسته به کراک هروئین در هنگام مواجه با تصاویر دیداری القاءکننده 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 اضطراب و خودکارآمدی در مردان معتاد به متاآمفتامین‌ها*. پایان‌نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه علوم پزشکی همدان.

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

موسوی نسب، سعیده سادات؛ سلیمانی، مهدی و محمدی، ابوالفضل (۱۴۰۱). مقایسه‌ی خودشیفتگی مرضی و ابعاد آن در افراد مبتلا به اختلال مصرف مواد با افراد غیربالینی. *روانشناسی و روانپزشکی شناخت*، ۹(۱)، 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.

[Downloaded from etiadpajohi.ir on 2026-11-01]
[DOI: 10.61186/etiadpajohi.17.68.201]

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 gran- diose 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.

[Downloaded from etiadpajohi.ir on 2026-11-01]

[DOI: 10.61186/etiadpajohi.17.68.201]

Gilmore, A. K., Jones, J. L., Moreland, A. D., Hahn,C. K., Brady, K. T., & Back, S. E. (2018). Gender moderates the association between distresstolerance 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-effi cacy 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 theimplementation of substance use screening in primary care clinics: Aqualitative study of patients, providers, and staff. *Addiction science & clinicalpractice*, 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 journalof high risk behaviorsand 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.

[Downloaded from etiadpajohi.ir on 2026-11-01]

[DOI: 10.61186/etiadpajohi.17.68.201]

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 HarbingerPublications, 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., Klinteberg, 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.

سال هفدهم، شماره ۶۸، تابستان ۱۴۰۲
Vol. 17, No. 68, Summer 2023

[Downloaded from etiadpajohi.ir on 2026-11-01]

[DOI: 10.61186/etiadpajohi.17.68.201]