

## اثر بخشی مدل ماتریسی در پیشگیری از بازگشت و افزایش مهارت‌های مقابله‌ای در افراد وابسته به مواد افیونی

علی فرنام<sup>۱</sup>

تاریخ دریافت: ۱۳۹۱/۰۸/۰۸ تاریخ پذیرش: ۱۳۹۱/۱۰/۰۴

### چکیده

**هدف:** این پژوهش با هدف بررسی اثربخشی مدل ماتریسی در پیشگیری از بازگشت و افزایش مهارت‌های مقابله‌ای در افراد وابسته به مواد افیونی انجام شده است. **روش:** در یک طرح شبه آزمایشی ۲۳ نفر مراجع با تشخیص اختلال سوء مصرف مواد افیونی که دوره سم زدایی را با موفقیت به پایان رسانده بودند، با روش نمونه‌گیری تصادفی خوشای در دو گروه آزمایشی (۱۱ نفر) و گواه (۱۲ نفر) انتخاب شدند. گروه آزمایشی ۳۲ جلسه (به مدت هشت هفته) تحت آموزش قرار گرفتند و گروه گواه در طول این مدت هیچ درمانی دریافت نکردند. آزمودنی‌های پژوهش توسط پرسشنامه مهارت‌های مقابله‌ای با سوء مصرف الكل (که برای سوء مصرف مواد نیز کارایی بالایی دارد) و نیز آزمایش مورفين پیش از شروع درمان، تصادفی در طی درمان، پس از درمان و پس از اتمام مرحله پیگیری سه ماهه، مورد ارزیابی قرار گرفتند. برای تحلیل داده‌ها از آزمون‌های تحلیل کواریانس چند متغیری، تحلیل کواریانس تک متغیری و خی دو استفاده شد. **یافته‌ها:** نتایج آزمون‌های تحلیل کواریانس چند متغیری و تحلیل کواریانس تک متغیری نشان داد که تفاوت معنا داری بین دو گروه در افزایش مهارت‌های مقابله‌ای در مراحل پس آزمون و پیگیری وجود دارد. هم‌چنین، نتایج آزمون خی دو نشان داد که تفاوت معنا داری بین فراوانی بازگشت در دو گروه وجود دارد. **نتیجه‌گیری:** نتایج نشان داد که آموزش مدل ماتریسی در پیشگیری از بازگشت به اعتیاد و افزایش مهارت‌های مقابله‌ای مؤثر است.

**کلید واژه‌ها:** مدل ماتریسی، مهارت‌های مقابله‌ای، پیشگیری از بازگشت، وابستگی به مواد

**مقدمه**

اعتیاد به عنوان یکی از بحران‌های چهارگانه قرن بیست و یکم، یکی از معضلات بهداشتی، روانی و اجتماعی و نیز مهم‌ترین عامل ایجاد کننده رفتارهای پرخطر است که همه جوامع را درگیر کرده است. سوءصرف مواد و وابستگی و اعتیاد به آن اختلالی پیچیدگی عوامل زیستی، روانی، اجتماعی، اقتصادی، سیاسی و فرهنگی این گرفتاری و معضل را به یکی از پیچیده‌ترین مشکلات فردی، خانوادگی و اجتماعی تبدیل کرده است. امروزه اعتیاد یک مشکل سلامتی و بهداشت عمومی در سرتاسر جهان و در تمام کشورها محسوب می‌شود (بوتین، گریفین و ویلیامز<sup>۱</sup>، ۲۰۰۱). وابستگی به مواد به اتحاء مختلف مانع از رشد و بالندگی انسان‌ها شده و موجب تباهی زندگی فردی و اجتماعی آنان می‌شود. آثار و نتایج منفی، زیانبار و مخرب فردی، خانوادگی، اجتماعی، اخلاقی، معنوی و فرهنگی سوءصرف، وابستگی و اعتیاد به مواد سبب شده است تا افراد معتاد و خانواده‌های آنان و مسؤولان جامعه برای پیشگیری، ترک و جلوگیری از بازگشت اقدام کنند و از افراد متخصص مثل روانپژوهان، روانشناسان، مشاوران و مددکاران اجتماعی یاری بخواهند. در سال‌های اخیر در کشورهای پیشرفته متخصصان بهداشت روانی و مؤسسات آموزشی و درمانی نظریه‌ها، مدل‌ها، روش‌ها، راهکارها و فنون مختلفی را در پیشگیری و درمان اعتیاد و پیشگیری از بازگشت پس از ترک اعتیاد ابداع، آزمایش و تجربه کرده‌اند. مدل ماتریسی (Rawson<sup>2</sup> و همکاران، ۱۹۹۵) برای درمان بیماران سرپایی و در پاسخ به تقاضای شدید برای خدمات درمانی سوءصرف محرك‌ها بنیان نهاده شد. هدف این برنامه ایجاد مدلی برای بیماران سرپایی بود که به نیازهای بیماران سوءصرف کننده محرك‌ها پاسخگو بوده و در ضمن پروتکلی تکرار شونده و قابل ارزیابی را بسازد. مواد درمان تا حد زیادی سابقه پژوهش را تحت الشاعع قرار می‌دهد که با حوزه‌های پیشگیری از بازگشت (مارلات و گوردون<sup>3</sup>، ۱۹۸۵)، درمان‌های گروهی و خانوادگی، آموزش داروها، مشارکت خودیار و نظارت بر سوءصرف دارو مرتبط است. بیش از

۲۶

۲۶

 ۱۳۹۲  
 Vol. 7, No. 25, Spring 2013  
 شناسی  
 پژوهشی  
 سال  
 ایرانی

۵۰۰۰ نفر معتقد به کوکایین و بیش از ۱۰۰۰ نفر مصرف کننده متامفتامین با این روش درمان شده‌اند. تجربه این بیماران منع اطلاعاتی بوده است که در پیشرفت و تعیین این مدل درمانی جامع مورد استفاده قرار گرفته‌اند. این مدل درمان برای برآورده کردن نیازهای بالینی مصرف کنندگان الکل و افراد وابسته به مواد افیونی نیز گسترش یافته است (رل<sup>۱</sup>، راوسن، لینگ و شاپ تاو<sup>۲</sup>، ۲۰۰۹). کاربردهای مدل ماتریسی در حوزه‌های مختلف، برای درمان وابستگی به کوکایین (راوسن، اُبرت<sup>۳</sup>، مک کان و مان<sup>۴</sup>، ۱۹۸۶)، مصرف دارو و الکل، بهبود در شاخص‌های روان‌شناختی و کاهش رفتارهای پر خطر جنسی مرتبط با انتقال HIV (ویروس نقص ایمنی انسانی) (راوسن و همکاران، ۱۹۹۵؛ شاپ تاو، راوسن، مک کان و اُبرت، ۱۹۹۴؛ شاپ تاو، فروش<sup>۵</sup>، راوسن و لینگ، ۱۹۹۷)، درمان افراد وابسته به متامفتامین و کوکایین (هابر<sup>۶</sup> و همکاران، ۱۹۹۷) و همچنین کارآمدی در افزایش درمان نالت‌کسون برای افراد وابسته به مواد افیونی (راوسن و همکاران، ۲۰۰۸) به اثبات رسیده و این اثربخشی درمان حمایت تجربی برای استفاده از این مدل را فراهم کرده است. مهارت‌های مقابله‌ای شامل انواع مختلفی از کاهش فشار روانی، آرمیدگی، فنون اجتناب از وسوسه و همچنین سایر فنون شناختی و رفتاری است. قابلیت مهارت‌های مقابله‌ای یا دانش اجرایی پس از سمزدایی یا توان‌بخشی، پیش‌بین معنادار نتیجه خواهد بود (لیت، کدن، کونی و کبلاء<sup>۷</sup>، ۲۰۰۳). گُسپ، ستوارت، براونی و مارسدن<sup>۸</sup> (۲۰۰۲) دریافتند که بیمارانی که بیشتر راهبردهای مقابله‌ای شناختی را به کار برند بازگشت کمتری داشته‌اند. نه تنها دسترس پذیری سازوکارهای مقابله‌ای ضروری است، بلکه توان کاربرد این مهارت‌ها تعیین می‌کند که آیا تغییری اتفاق خواهد افتاد یا خیر (مارلات و دنووان<sup>۹</sup>، ۲۰۰۵). خودگردانی توانایی نظارت و تغییر رفتار فرد مرتبط با سوء‌صرف مواد است که مهارت‌های مقابله‌ای در افزایش آن نقش اساسی دارد (براون، میلر و لاوندُسکی<sup>۱۰</sup>، ۱۹۹۹؛ ویتکیویتز و بوئن<sup>۱۱</sup>، ۲۰۱۰).

۲۷  
۲۷

شال‌هفتمن، شماره ۲۵، پیاپی ۱۳۹۲ Vol. 7, No. 25, Spring 2013

1. Roll

4. McCann & Mann

7. Huber

9. Gossop, Stewart, Browne & Marsden

11. Brown, Miller & Lawendowski

2. Ling & Shoptaw

5. Human Immunodeficiency Virus

8. Litt, Kadden, Cooney & Kabela

3. Obert

6. Frosch

10. Marlatt & Donovan

12. Witkiewitz & Bowen

تاریخچه‌ی پیشگیری از بازگشت اعتیاد به اواسط دهه‌ی ۱۹۷۰ بر می‌گردد. در طی این سال‌ها عده‌ای به رواج راهبردهای پیشگیری علاقمند شدند (دیپونت<sup>۱</sup>، ۱۹۷۹، به نقل از بهاری، ۱۳۸۸). بررسی‌ها نشان می‌دهند ۲۰ تا ۹۰ درصد معتادانی که تحت درمان قرار می‌گیرند، دچار بازگشت می‌شوند. مرور مطالعات گذشته نشان می‌دهد که اثربخشی درمان‌های نگهدارنده‌ی دارویی، بدون مداخله‌های روانی اجتماعی، به علت اطاعت دارویی<sup>۲</sup> پایین و میزان بالای ریزش<sup>۳</sup>، ضعیف هستند (روزن<sup>۴</sup> و همکاران، ۲۰۰۶). بازگشت، اغلب جزئی از فرایند بهبودی تشخیص داده می‌شود (لیتون<sup>۵</sup>، ۲۰۰۸). بازگشت دوباره اعتیاد تقریباً بالا است؛ بنابراین، باید به پیشگیری از بازگشت پس از درمان، اولویت زیادی داده شود. بازگشت دوباره اعتیاد با توجه به روش‌های دارویی و غیر دارویی به کار رفته تا به حال بالا بوده است. بنابراین، سؤال اصلی این پژوهش را می‌توان این گونه بیان کرد: آیا آموزش مدل ماتریسی در درمان، افزایش مهارت‌های مقابله‌ای و جلوگیری از بازگشت اعتیاد به مواد افیونی مؤثر است؟

۲۸

28

## روش

### جامعه، نمونه و روش نمونه‌گیری

روش این تحقیق شبه‌آزمایشی با طرح پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری با گروه گواه است. جامعه آماری این پژوهش عبارت بودند از افراد وابسته به مواد افیونی مراجعه کننده به مرکز ترک اعتیاد «هاتف» شهر زاهدان که از شهریور ماه ۱۳۸۹ مرحله سمزدایی را تمام کرده بودند. ملاک‌های ورود به پژوهش عبارت بودند از: دارا بودن سن بین ۲۰ تا ۴۵ سال، ارجاع روان‌پژوهشک یا پژوهشک با توجه به تشخیص اصلی و اولیه وابستگی به مواد بر طبق معیارهای تشخیصی DSM-IV-TR، گذشتن بیش از یک هفته از سمزدایی صد موقیت آمیز و آزمایش منفی ادرار برای مواد افیونی، عدم مصرف داروهای ضد روان‌پریشی، نداشتن مشکلات جسمی و روان‌شناختی، عدم شرکت هم‌زمان در برنامه‌های دیگر درمانی در زمان پژوهش، نداشتن وابستگی بلند مدت به چند ماده به طور هم‌زمان

۱۳۹۲  
۷، No. ۲۵، Spring 2013  
شماره ۷، نمره ۲۵، بهار ۱۳۹۲  
سال

به غیر از مواد افیونی و داشتن سابقه حداقل یک بار بازگشت. کل نمونه مورد بررسی ۲۳ مرد وابسته به مصرف مواد افیونی بودند، از این تعداد ۱۱ نفر با توجه به معیارهای ورود ذکر شده در بالا در گروه آموزش مدل ماتریسی قرار گرفتند. ۱۲ نفر هم به عنوان گروه گواه با توجه به معیارهای مطرح شده و نیز جنسیت، سن، وضعیت شغلی، وضعیت تحصیلی، دفعات ترک گذشته، و نوع ماده افیونی مصرفی همتا با گروه آزمایش در نظر گرفته شدند.

## ابزار

۱- پرسشنامه پاسخ مقابله‌ای سوء‌صرف الکل<sup>۱</sup>: این پرسشنامه برای ارزیابی توانایی مراجuan در مقابله با موقعیت‌های پر خطر و سنجش خودکارآمدی آن‌ها به کار می‌رود و دارای ۵۱ سوال ۳ گزینه‌ای (هر گز = ۱، گاهی = ۲ و تقریباً همیشه = ۳) است. پرسشنامه ۱۸ سوال رفتاری و ۳۳ سوال شناختی دارد که در ۳ خرده مقیاس؛ ۱) افکار خود پاداش‌دهی، ۲) مقابله رفتاری و ۳) افکار درباره پیامدهای بازگشت، تنظیم شده است. در پژوهش حاضر نمره مراجع به زیر مقیاس‌ها ملاک قرار گرفته و در نهایت مورد تحلیل واقع شده است. برای تعیین روایی پس از ترجمه، پرسشنامه در اختیار متخصصان ترجمه و روان‌شناسی قرار گرفت. ارزیابی آن‌ها از روایی مطلوب گزارش شد. برای تعیین اعتبار پرسشنامه پاسخ مقابله‌ای سوء‌صرف الکل از روش آلفای کرونباخ بهره گرفته شد (پیش‌آزمون، ۰/۸۷ و پیگیری، ۰/۹۱) و همبستگی پیش‌آزمون و پیگیری نیز ۰/۸۵ به دست آمد. این پرسشنامه را برای اولین بار هیومکه<sup>۲</sup> (۲۰۰۵) برای سنجش مهارت‌های مقابله‌ای و خودکارآمدی در نمونه‌های معتادین به الکل بکار برد و ضریب آلفای کرونباخ آن را ۰/۹۳. گزارش کرد.

۲- آزمایش مرفین: پاک بودن بیمار از مواد مخدر نشانه عدم بازگشت است. برای بررسی بازگشت در افراد شرکت کننده در پژوهش، از آزمایش مرفین (کیت‌های ویژه) که مرفین موجود در ادرار را اندازه‌گیری می‌کند، استفاده شد.

1. Alcohol Abuse Coping Response Inventory  
2. Humke

## روند اجرای پژوهش

مطالعات مشابه نشان می‌دهد که ریزش در این نوع مطالعات تقریباً ۳۰ تا ۵۰ درصد است (دک و کارلسون<sup>۱</sup>، ۲۰۰۵؛ والاش، نُرد، دایتز واشکووسکی و کرسیگ<sup>۲</sup>، ۲۰۰۷). بنابراین، با توجه به پیش‌بینی افت و ریزش، از بین افرادی که دوره سمزدایی را با موفقیت به پایان رسانده بودند و جواب آزمایش مرفن آن‌ها منفی بود و نیز با توجه به معیارهای ورود، برای ۲ گروه به منظور انجام این پژوهش از ۴۰ نفر داوطلب وابسته به مواد افیونی استفاده شد. از این تعداد، در پایان اجرا و دوره سه ماهه پیگیری، در نهایت ۲۳ نفر باقی مانده (۱۱ نفر گروه ماتریسی و ۱۲ نفر گروه گواه) که از اطلاعات مربوط به آن‌ها در مراحل پیش‌آزمون، پس آزمون و مرحله پیگیری برای تعیین یافته‌ها به جامعه آماری استفاده شده است.

به منظور توافق درباره اهداف، موضوع، نحوه اجرا و زمان برگزاری جلسات با افراد شرکت کننده بحث و گفتگو شد و در نهایت از آن‌ها برای شرکت در پژوهش رضایت شفاهی و کتبی گرفته شد. سپس گروه آزمایش ۳۲ جلسه (هشت هفته، جدول ۱)، تحت آموزش مدل ماتریسی قرار گرفتند. به تمامی شرکت کنندگان و خانواده‌های آن‌ها رونوشت‌هایی از سه کتابچه‌ی مؤسسه‌ی ماتریس آمریکا که برای آموزش این مدل تدارک دیده شده است مناسب با موضوع‌ها برگه‌های راهنمای مطالب هر جلسه داده می‌شد و فرم‌های بازخورد جمع آوری شد. راهنمای مدل ماتریسی بر موضوع‌هایی تمرکز می‌کند که عبارتند از: برانگیزاندها، اشتباق‌ها و اعتقاد از مردم، مکان‌ها و اشیایی که استفاده از مواد را تقویت می‌کند. تمام جلسات درمان با استفاده از سبک بدون داوری و بدون مواجهه ارایه شدند.

گروه کنترل نیز به مدت هشت هفته در جلساتی به تنها ییا به همراه خانواده و یا دوستانشان شرکت کردند با این تفاوت که در این جلسات آموزش خاصی ارایه نمی‌شد و افراد گروه درباره موضوعات مربوط به اعتیاد و نحوه وابستگی به مواد و اقدامات لازم برای ترک و نظایر آن به بحث و گفتگو می‌پرداختند. لازم به ذکر است که به لحاظ

۳۰
30

۱۳۹۲  
Vol. 7, No. 25, Spring 2013  
سال  
ششمین  
پنجمین  
دوره

رعايت جوانب اخلاقى پژوهش، گروه گواه پس از پایان پژوهش در جلسات درمانی شرکت کردند و همانند گروه آزمایش بسته آموزشی و آموزش‌های لازم را دریافت کردند.

### جدول ۱: نمونه‌ای از برنامه آموزش مدل ماتریسی اجرا شده در این پژوهش

روزها	ساعت	شنبه	یک شنبه	دوشنبه	سه شنبه	چهارشنبه	پنج شنبه	۱۸-۲۰
هفته		-مهارت‌های بهبود	-مهارت‌های خانواده	-آموزش خانواده	-مهارت‌های خانواده	-آموزش خانواده	-مهارت‌های خانواده	-مهارت‌های
اول		اولیه (۱)	بهبود اولیه (۲)	بهبود اولیه (۳)	(۲)	(۱)	بهبود اولیه (۴)	بهبود اولیه (۴)
هفته		-پیشگیری از	-پیشگیری از	-پیشگیری از	-بازگشت (۱)	-بازگشت (۲)	-پیشگیری از	-پیشگیری از
دوم		اولیه (۵)	بهبود اولیه (۶)	بهبود اولیه (۷)	(۴)	(۳)	بهبود اولیه (۸)	-مهارت‌های
هفته		-پیشگیری از	-پیشگیری از	-پیشگیری از	-بازگشت (۵)	(۶)	-پیشگیری از	-مهارت‌های
سوم		بازگشت (۹)	بازگشت (۱۰)	(۵)	(۶)	بازگشت (۱۱)	بازگشت (۱۲)	-پیشگیری از
چهارم		بازگشت (۱۳)	بازگشت (۱۴)	(۷)	(۸)	بازگشت (۱۵)	بازگشت (۱۶)	-پیشگیری از
هفته		بازگشت (۱۷)	بازگشت (۱۸)	(۲)	(۲)	بازگشت (۱۹)	بازگشت (۲۰)	-پیشگیری از
پنجم		(۱)						
هفته		-پیشگیری از	-پیشگیری از	-پیشگیری از	اجتماعی	اجتماعی	اجتماعی	-پیشگیری از
ششم		بازگشت (۲۱)	بازگشت (۲۲)	(۴)	(۴)	بازگشت (۲۳)	بازگشت (۲۴)	بازگشت (۲۵)
هفتم		بازگشت (۲۵)	بازگشت (۲۶)	(۶)	(۶)	بازگشت (۲۷)	بازگشت (۲۸)	بازگشت (۲۹)
هفته		بازگشت (۲۹)	بازگشت (۳۰)	(۸)	(۸)	بازگشت (۳۱)	بازگشت (۳۲)	بازگشت (۳۳)

### یافته‌ها

در جدول ۲ نسبت بازگشت در گروه‌های مورد مطالعه ارایه شده است.

## جدول ۲: آماره‌های توصیفی بازگشت به تفکیک گروه

گروه‌ها	عدم بازگشت						کل
	فرابنده	درصد	بازگشت	فرابنده	درصد	کل	
آزمایش	۹	۸۲	۲	۱۸	۱۱	۱۰۰	
گواه	۴	۳۳	۸	۶۷	۱۲	۱۰۰	
کل	۱۳	۵۷	۱۰	۴۳	۲۳	۱۰۰	

همان گونه که در جدول ۲ ارایه شده است نسبت بازگشت در گروه آزمایش ۱۸ درصد و در گروه گواه ۶۷ درصد است. به منظور مقایسه نسبت بازگشت در بین دو گروه از آزمون خی دو استفاده شد که نتایج آن معنادار است<sup>۱</sup> [ $\chi^2 = ۳/۹$ ,  $p < ۰/۰۵$ ]. با توجه به معناداری این آزمون می‌توان گفت که نسبت بین دو گروه معنا دار بوده و نسبت بازگشت در گروه آزمایش کمتر از گروه گواه است. به عبارتی می‌توان گفت که آموزش مدل ماتریسی در کاهش بازگشت گروه آزمایش مؤثر بوده است. با توجه به طرح پژوهش حاضر که از نوع پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری بود، برای تحلیل داده‌ها و به منظور کنترل اثر پیش آزمون و پس آزمون از روش تحلیل کوواریانس چند متغیری استفاده شد. این نوع تحلیل دارای مفروضه‌هایی است. یکی از مفروضه‌ها، بررسی همسانی ماتریس‌های واریانس-کوواریانس است که به این منظور از آزمون باکس استفاده شده است [برای پیش آزمون ( $P > ۰/۰۵$ ,  $F = ۱/۴۶$ ,  $M = ۱۰/۴۲$ ) و برای پس آزمون ( $P > ۰/۰۵$ ,  $F = ۰/۸۶$ ,  $M = ۶/۱۵$ ) محسوبه شد]. میزان معناداری آزمون باکس از  $۰/۰۵$  بیشتر است؛ لذا، نتیجه گرفته می‌شود که ماتریس واریانس-کوواریانس‌ها همگن هستند. همچنین، برای بررسی همگنی واریانس دو گروه در مرحله پس آزمون و پیگیری، از آزمون لون استفاده شد. آزمون لون محاسبه شده در مورد هیچ یک از متغیرهای مورد بررسی از لحاظ آماری معنا دار نبود بنابراین مفروضه همگنی واریانس‌ها نیز تأیید شد. مفروضه مهم دیگر تحلیل کوواریانس چند متغیری، همگنی ضرایب رگرسیون است. لازم به ذکر است که آزمون همگنی ضرایب رگرسیون از طریق تعامل پیش آزمون زیر

۳۲  
32

۱۳۹۲، سال ۱۳، شماره ۲۵، پیاپی ۷، Vol. 7, No. 25, Spring 2013

۱. از آنجایی که درجه آزادی یک بوده و از طرفی بعضی از خانه‌ها کمتر از ۵ بوده است، پژوهشگر از تصحیح یتس استفاده نموده است.

مقیاس‌های افکار خود تنبیه‌ی، مقابله رفتاری و افکار پیامدهای بازگشت و متغیر مستقل (روش درمان) در مرحله پس آزمون مورد بررسی قرار گرفت. تعامل این پیش‌آزمون‌ها با متغیر مستقل معنادار نبوده و حاکی از همگنی ضرایب رگرسیون می‌باشد. این مفروضه در ارتباط با مرحله پیگیری و با رعایت پیش‌فرضها صادق بود. با توجه به برقراری مفروضه‌ها، از آزمون تحلیل کواریانس چند متغیری استفاده شد. نتایج این آزمون نشان داد که در پس آزمون تفاوت معناداری به دست آمد [ $F=27/66$ ,  $P<0.001$ ,  $\eta^2=0.84$ ]. بدین ترتیب، فرض صفر آماری رد و مشخص شد که ترکیب خطی سه متغیر افکار خود تنبیه‌ی، مقابله رفتاری و افکار پیامدهای بازگشت پس از تعدیل تفاوت‌های سه متغیر هم‌پراش (پیش‌آزمون‌های افکار خود تنبیه‌ی، مقابله رفتاری و افکار پیامدهای بازگشت) از متغیر مستقل (روش درمان) تأثیر پذیرفته است. در مرحله پیگیری نیز فرض صفر آماری رد [ $F=14/95$ ,  $P<0.001$ ,  $\eta^2=0.74$ ] و مشخص می‌شود که ترکیب خطی سه متغیر وابسته در مرحله پیگیری پس از تعدیل تفاوت‌های سه متغیر هم‌پراش (نمرات پیش‌آزمون) از متغیر مستقل (روش درمان) تأثیر پذیرفته‌اند. بنابراین، نتایج تحلیل نشان می‌دهد که روش درمان ماتریسی بر ترکیب خطی سه متغیر وابسته (پس آزمون و پیگیری زیر مقیاس‌های مهارت‌های مقابله‌ای) مؤثر بوده است. برای بررسی متغیرهایی که باعث این تفاوت معنادار شدند نتایج تحلیل کواریانس در جدول زیر ارایه شده است.

**جدول ۳:** نتایج تحلیل کواریانس برای مقایسه میانگین نمرات پس آزمون مهارت‌های مقابله‌ای در

#### دو گروه

زیر مقیاس‌ها	متابع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	آماره F	معنا داری	مجذور اتا
افکار خود تنبیه‌ی	گروه	۲/۱۹	۱	۲/۱۹	۵۸/۹۸	۰/۰۰۰۵	۰/۷۵
مقابله رفتاری	گروه	۱/۵۶	۱	۱/۵۶	۷۹/۹۹	۰/۰۰۰۵	۰/۸۰
افکار پیامد بازگشت	گروه	۰/۰۵	۱	۰/۰۵	۱۸/۵۲	۰/۰۰۰۵	۰/۴۸

چنانچه در جدول فوق مشاهده می‌شود بین میانگین نمرات پس آزمون افکار خود تنبیه‌ی بعد از حذف اثر پیش‌آزمون تفاوت معنادار وجود دارد [ $F=58/98$ ,  $P<0.001$ ,  $\eta^2=0.80$ ]. هم‌چنین، در مقابله رفتاری [ $F=79/99$ ,  $P<0.001$ ,  $\eta^2=0.80$ ] و افکار

پیامدهای بازگشت  $[F=18/52, P<0/001, 2\eta=0/48]$  تفاوت معنادار وجود دارد. بنابراین، میانگین نمرات پس آزمون گروه آزمایش به طور معناداری در مهارت‌های مقابله‌ای بیش از گروه گواه است. به عبارتی، می‌توان گفت که آموزش مدل ماتریسی به طور معناداری موجب افزایش مهارت‌های مقابله‌ای در مرحله پس آزمون شده است. در جدول ۴ تجزیه و تحلیل کواریانس به منظور مقایسه نمرات پیگیری مهارت‌های مقابله‌ای بعد از کنترل اثر پیش آزمون ارایه شده است.

**جدول ۴: نتایج تحلیل کواریانس برای مقایسه میانگین نمرات پیگیری مهارت‌های مقابله‌ای در دو گروه**

زیر مقیاس‌ها	منابع	مجموع	درجه	آزادی	میانگین	آماره F	معناداری	مجدور اتا
افکار خود تنبیه‌ی	گروه	۰/۹	۱	۰/۹	۱۴/۴۱	۰/۰۰۵	۰/۰۰۵	۰/۴۲
مقابله رفتاری	گروه	۰/۵۶	۱	۰/۵۶	۱۳/۷۳	۰/۰۰۵	۰/۰۰۵	۰/۵۴
افکار پیامد بازگشت	گروه	۰/۷	۱	۰/۷	۳۵/۰۸	۰/۰۰۵	۰/۰۰۵	۰/۶۴

۳۴

34

۱۳۹۲، ۲۵، شصتم، Vol. 7, No. 25, Spring 2013

همان‌گونه که در جدول ۴ مشاهده می‌شود بین میانگین نمرات پیگیری افکار خود تنبیه‌ی بعد از حذف اثر پیش آزمون تفاوت معنادار وجود دارد  $[P<0/001, 2\eta=0/45, F=14/41]$ . همچنین، در مقابله رفتاری  $[F=13/73, P<0/001, 2\eta=0/56]$  و افکار پیامدهای بازگشت  $[F=35/08, P<0/001, 2\eta=0/64]$ . بنابراین، میانگین نمرات پیگیری گروه آزمایش به طور معنی‌داری در مهارت‌های مقابله‌ای بیش از گروه گواه است. به عبارتی، می‌توان گفت که آموزش مدل ماتریسی به طور معناداری موجب افزایش مهارت‌های مقابله‌ای در مرحله پیگیری شده است. به عبارتی این نوع مداخله توانسته است اثرات پایداری داشته باشد.

## بحث و نتیجه‌گیری

این پژوهش با هدف بررسی اثربخشی آموزش مدل ماتریسی و افزایش مهارت‌های مقابله‌ای در افراد وابسته به مصرف مواد افیونی انجام شد. یافته‌های پژوهش نشان دادند که

آموزش مدل ماتریسی در پیشگیری از بازگشت افراد وابسته به مواد افیونی مؤثر بوده است. به عبارتی، میزان بازگشت در نزد افرادی که این آموزش را دریافت کرده بودند نسبت به گروه کنترل کاهش معناداری داشته است. این یافته نشانگر اثر بخش بودن این نوع مداخله در کاهش بازگشت و کاهش مصرف در افراد وابسته به مواد افیونی است. این نتیجه با نتایج پژوهش‌های کلدوی (۱۳۹۰)، راوسن، ابرت، مک‌کان، اسمیت<sup>۱</sup> و لینگ<sup>۲</sup> (۱۹۹۰)؛ شاپ تاو و همکاران (۱۹۹۷)؛ ابرت، لاندون<sup>۳</sup> و راوسن (۲۰۰۲) و رل و همکاران (۲۰۰۹) همسو است. در تبیین این یافته می‌توان به اهداف این مدل اشاره کرد؛ هدف مدل ماتریسی ایجاد چارچوبی بوده است که در آن سوءصرف کنندگان محرك‌ها و مواد می‌توانند به این اهداف نایل شوند: ۱) توقف مصرف مواد، ۲) نگه داشتن درمان،<sup>۴</sup> یادگیری مسائلی که برای اعتیاد و بازگشت بحرانی هستند،<sup>۵</sup> دریافت راهنمایی و حمایت از درمانگر<sup>۶</sup> ۳) آموزش اعضا خانواده که تحت تأثیر اعتیاد بوده‌اند،<sup>۷</sup> آشنایی با برنامه‌های خودیار و<sup>۸</sup> نظرارت به وسیله آزمایش‌های ادرار.

۳۵

35

شل  
نهضت، شماره ۲۵، پیاپی ۱۳۹۲، Vol. 7, No. 25, Spring 2013

هم‌چنین، نتایج نشان داد که به کارگیری مدل ماتریسی موجب افزایش مهارت‌های مقابله‌ای در گروه آزمایش شده است. به عبارت دیگر مهارت‌های مقابله‌ای گروه آزمایش در پایان جلسات درمانی و مرحله پیگیری افزایش معناداری داشته است. این نتیجه با نتایج پژوهش‌های کلدوی (۱۳۹۰)، راوسن، ابرت، مک‌کان و لینگ (۱۹۹۱ و ۱۹۹۳)؛ راوسن (۱۹۹۵) و هابر و همکاران (۱۹۹۷)؛ شاپ تاو و همکاران (۱۹۹۴)؛ شاپ تاو و همکاران (۱۹۹۷)؛ راوسن، مک‌کان، هابر و شاپ تاو (۱۹۹۹)؛ ابرت و همکاران (۲۰۰۲)؛ راوسن و همکاران (۲۰۰۴)؛ راوسن و همکاران (۲۰۰۸) و رل و همکاران (۲۰۰۹) همسو است. در تبیین این یافته نیز می‌توان به این موارد اشاره کرد: اول اینکه، مدل ماتریسی به درمانگرانی نیازمند است که از ترکیبی از مهارت‌ها استفاده می‌کنند، این مهارت‌ها برای کار همزمان به عنوان معلم و مربی مورد نیاز هستند. درمانگر ارتباطی مثبت و دلگرم کننده را با بیمار پرورش می‌دهد و از آن ارتباط برای تقویت تغییر مثبت رفتار استفاده می‌کند. تعامل میان درمانگر و بیمار واقعی و مستقیم بوده، ولی ستیزه‌جویانه و والدینی نیست. درمانگران

تلاش می کنند تا فرایند درمان را به عنوان تمرینی بنگرند که عزت نفس، بزرگی، وقار و خود ارزشمندی را افزایش خواهد داد. رابطه مثبت میان بیمار و درمان گر عنصر اساسی برای حفظ بیمار است. دوم اینکه، مواد درمانی موجود در کتابچه های راهنمای شامل برگه های کار برای جلسات فردی، گروه های آموزشی خانواده، گروه های مهارت های بهبود اولیه، گروه های پیشگیری از بازگشت، جلسات مشترک، آزمایش های ادرار، برنامه های ۱۲ گام، تحلیل بازگشت و گروه های حمایت اجتماعی بود. مطالعه ای مقدماتی که مدل ماتریسی بیماران سریابی را با برنامه درمان بیماران بستری شده در بیمارستان مقایسه می کرد، حمایت اولیه ای را برای کاربرد بالینی این مدل برای درمان وابستگی به کوکایین ارایه کرد (راوسن و همکاران، ۱۹۸۶). تعدادی از طرح هایی که با حمایت مالی مؤسسه ملی سوء مصرف مواد آمریکا اجرا شده بیانگر آن است که شرکت کنندگان درمان شده با مدل ماتریسی، کاهش های آماری معناداری را در مصرف دارو و الکل، بهبودهایی را در شاخص های روان شناختی و کاهش رفتارهای پر خطر جنسی مرتبط با انتقال ایدز داشتند (راوسن و همکاران، ۱۹۹۵؛ شاپ تاو و همکاران، ۱۹۹۴؛ و شاپ تاو و همکاران، ۱۹۹۷). این گزارش ها کارآمدی در افزایش درمان نالتر کسون برای معتمدان افیونی (راوسن و همکاران، ۲۰۰۸) را ثابت کردند و این تأثیر درمانی حمایت تجربی برای استفاده از مدل ماتریسی را فراهم می کند. از این رو، در این پژوهش نیز نتایج یافته های پیشین مبنی بر نقش مدل ماتریسی در کاهش مصرف و پیشگیری از بازگشت و از طرف دیگر پایداری و ثبات آنها در مرحله پس آزمون و پیگیری مورد تأیید قرار گرفت. با توجه به بررسی پیشینه و تجربیات بالینی پژوهش های بیشتری لازم است تا این نتیجه حمایت کند. کم بودن تعداد آزمودنی های پژوهش در اثر خروج از پژوهش، کوتاه بودن مدت پیگیری، حذف متغیر جنس و عدم استفاده از مراجعین زن از جمله محدودیت های پژوهش حاضر است. از این رو، پیشنهاد می شود که در پژوهش های بعدی از هر دو جنس مرد و زن، دوره پیگیری بلند مدت تر، اختلالات وابسته به سایر مواد از قبیل محرک ها و نیز جمعیت هایی که بیش از ۳۰، ۶۰ و ۹۰ روز از پاکی آنها گذشته باشد استفاده شود تا از طریق به کار گیری گروه های مختلف قابلیت تعمیم پذیری نتایج افزایش یابد.

## منابع

- بهاری، فرشاد (۱۳۸۸). اعتیاد، مشاوره و درمان. تهران: دانشگاه کلدوی، علی (۱۳۹۰). مقایسه اثربخشی مدل پیشگیری از بازگشت بر پایه ذهن‌آگاهی (MBRP)، مدل ماتریسی و روش ترکیبی در پیشگیری از بازگشت افراد مراجعته کننده به کلینیک‌های ترک اعتیاد زاهدان. پایان‌نامه دکتری چاپ شده، دانشگاه علامه طباطبائی.
- Botvin, G. J., K. W., Griffin, and M. Willims. (2001). Drug Abuse prevention Among Minority Adolescent: Posttest and One Year Follow up of a School Based Prevention Intervention. *Prevention Science*, 2, 101-130
- Brown, J., Miller, W., & Lawendowski, L. (1999). The self-regulation questionnaire. In L. Vandecreek & T. Jackson (Eds.). *Innovations in clinical practice: A sourcebook*. Sarasota, FL: Professional Resource Press/Professional Resource Exchange.
- Deck, D., & Carlson, M. (2005). Retention in publicly funded methadone maintenance treatment in two Western States. *The Journal of Behavioral Health Services & Research*, 32(1), 43-60.
- Gossop, M., Stewart, D., Browne, N., & Marsden, J. (2002). Factors associated with abstinence, lapse or relapse to heroin use after residential treatment: Protective effect of coping responses. *Addiction*, 97, 1259–1267.
- Huber, A., Ling, W., Shoptaw, S., Gulati, V. Brethen, P. and Rawson, R. (1997). Integrating treatments for methamphetamine abuse: A psychosocial perspective. *Journal of Addictive Diseases*, 16, 41-50.
- Humke, C. (2005). An instrument for assessing coping with temptation: psychometric properties of the Alcohol Abuse Coping Response Inventory. *Substance Use Misuse*, 40(1), 37-62.
- Linton, M. J., (2008). *Overcoming Problematic Alcoholic and Drug Use: A guide for Beginning the People Recover*. The Gilford Publication. Inc. USA.
- Litt, M. D., Kadden, R. M., Cooney, N. L., & Kabela, E. (2003). Coping skills and treatment outcomes in cognitive-behavioral and interactional group therapy for alcoholism. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 71, 118–128.
- Marlatt, G., & Donovan, D. (eds.) (2005). *Relapse prevention: Maintenance strategies in the treatment of addictive behaviors* (2nd Ed.). New York: Guilford Press.
- Marlatt, G., & Gordon, J. (Eds.). (1985). *Relapse prevention: Maintenance strategies in the treatment of addictive behaviors*. New York: Guilford.
- Obert, J. L., London, E. D., Rawson, R. A. (2002). Incorporating brain research findings into standard treatment: An example using the Matrix Model. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 23, 107-114.
- Rawson, R. (1995). An intensive outpatient approach for cocaine abuse treatment: The matrix model. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 12(2), 117-127.
- Rawson, R. A., A. Huber, P. Brethen, J. Obert, V. Gula , S. Shoptaw, and W. Ling. (2002). Status of Methamphetamine Users 2-5 Years after Outpatient Treatment. *Journal of Addictive Diseases* 21(1), 107-19.
- Rawson, R. A., J. L. Obert, M. J. McCann, and W. Ling. (1993). Neurobehavioral Treatment for Cocaine Dependency: A Preliminary Evaluation. *NIDA Research*

۳۷  
۳۷

شماره ۲۵، پیاپی ۱۳۹۲، Vol. 7, No. 25, Spring 2013

- Monograph, 13*, 92-115.
- Rawson, R. A., J. L. Obert, M. J. McCann, D. P. Smith, and W. Ling. (1990). Neurobehavioral Treatment for Cocaine Dependency. *Journal of Psychoactive Drugs*, 22, (2), 159-71.
- Rawson, R. A., Obert, J. L., McCann, M. J. and Mann. A. J. (1986). Cocaine treatment outcome: Cocaine use following inpatient, outpatient and no treatment. CPDD NIDA Res. Monograph, 67, 271-277.
- Rawson, R. A., Obert, J. L., McCann, M. J., Ling, W. (1991). Psychological Approaches for the Treatment of Cocaine Dependence - a Neurobehavioral Approach. *Journal of Addictive Diseases*, 11, (2), 97-119.
- Rawson, R., Marinelli-Casey, P., Anglin, D., Dickow, A., Frazier, Y., Gallagher, C. et al. (2004). A multi-site comparison of psychosocial approaches for the treatment of methamphetamine dependence. *Addiction*, 99(6), 708-717.
- Rawson, R., McCann, M., Huber, A., & Shoptaw, S. (1999). Contingency management and relapse prevention as stimulant abuse treatment interventions. In Stephen Higgins & Kenneth Silverman (Eds.), *Motivating behavior change among illicitdrug abusers: Research on contingency management interventions* (pp. 57-74). Washington, D.C.: American Psychological Association.
- Rawson, R., McCann, M.J., Shoptaw, S., Miotto, K. Frosch, D., Obert, J.L. and Ling, W. (2008). Naltrexone fore opiate addiction: Evaluation of a manualized psychosocial protocol to enhance treatment response.
- Rawson, R., Shoptaw, S., Obert, J.L., McCann, M, Hasson, A., Marinelli-Casey, P., Brethen, P. & Ling, W. (1995). An intensive outpatient approach for cocaine abuse: the Matrix model. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 12 (2), 117-127.
- Roll, J.M., Rawson, R.A., Ling, W., & Shoptaw, S. (Eds.) (2009). *Methamphetamine Addiction: From Basic Science to Treatment*. New York: Guilford Press.
- Roozen, H. G., Waart, R. D., Windt, D., Brink, W., Yong, C. A., & Kerkboef, A. F. M. (2006). A systematic review of the effectiveness of naltrexone in the maintenance treatment of opioid and alcohol dependence. *European Neuropsychopharmacology*, 16, 311-323.
- Shoptaw, S., Frosch, D., Rawson, R., & Ling, W. (1997). Cocaine abuse counseling as HIV prevention. *Journal of AIDS Education & Prevention*, 9, 511-520.
- Shoptaw, S., Rawson, R., McCann, M., & Obert, J. (1994). The matrix model of outpatient stimulant abuse treatment: Evidence of efficacy. *Journal of Addictive Diseases*, 13(4), 129-141.
- Walach, H., Nord, E., Dietz-Waschkowski, B., & Kersig, S. (2007). Mindfulness-based stress reduction as a method for personnel development: A pilot evaluation. *International Journal of Stress Management*, 14(2), 188-198.
- Witkiewitz, K., & Bowen, S. (2010). Depression, Craving, and Substance Use Following a Randomized Trial of Mindfulness-Based Relapse Prevention. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 78(3), 362-374.