مقاله پژوهشی
Research

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

علی فرنام[۱]

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 سم‌زدایی را با موفقیت به پایان رسانده بودند، با روش نمونه‌گیری تصادفی خوشه‌ای در دو گروه آزمایشی(۱۱ نفر) و گواه (۱۲ نفر) انتخاب شدند. گروه آزمایشی۳۲ 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 سوءمصرف الکل (که برای سوء مصرف مواد نیز کارایی بالایی دارد) و نیز آزمایش مورفین 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 خی‌دو 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 خی‌دو 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

۱. نویسنده مسئول: استادیار گروه روان‌شناسی دانشگاه زابل. پست الکترونیک: alifarnam@uoz.ac.ir

[Downloaded from etiadpajohi.ir on 2026-10-30]

مقدمه

اعتیاد به عنوان یکی از بحران‌های چهارگانه قرن بیست و یکم، یکی از معضلات بهداشتی، روانی و اجتماعی و نیز مهم‌ترین عامل ایجادکننده رفتارهای پرخطر است که همه جوامع را درگیر کرده است. سوءمصرف مواد و وابستگی و اعتیاد به آن اختلالی پیچیده است که با علل و آثار زیستی، روانی، اجتماعی و معنوی همراه است. در هم 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 (بوتوین، گریفین و ویلیامز[1]، ۲۰۰۱). وابستگی به مواد به انحاء 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 سوءمصرف، 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 روان‌پزشکان، 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 (راوسن[2] و همکاران، ۱۹۹۵) برای درمان بیماران سرپایی و در پاسخ به تقاضای شدید برای خدمات درمانی سوءمصرف محرک‌ها بنیان نهاده شد. هدف این برنامه ایجاد مدلی برای بیماران سرپایی بود که به نیازهای بیماران سوءمصرف کننده محرک‌ها پاسخگو بوده و در ضمن پروتکلی تکرار شونده و قابل ارزیابی را بسازد. مواد درمان تا حد زیادی سابقه پژوهش را تحت الشعاع قرار می‌دهد که با حوزه‌های پیشگیری از بازگشت (مارلات و گوردون[3]، ۱۹۸۵)، درمان‌های گروهی و خانوادگی، آموزش داروها، مشارکت خودیار و نظارت بر سوءمصرف دارو مرتبط است. بیش از

1. Botvin, Griffin & Willims 2. Rawson 3. Marlatt & Gordon

سال هفتم، شماره ۲۵، بهار ۱۳۹۲
Vol. 7, No. 25, Spring 2013

[Downloaded from etiadpajohi.ir on 2026-10-30]

۵۰۰۰ نفر معتاد به کوکایین و بیش از ۱۰۰۰ نفر مصرف کننده متامفتامین با این روش درمان شده‌اند. تجربه این بیماران منبع اطلاعاتی بوده است که در پیشرفت و تعیین این مدل درمانی جامع مورد استفاده قرار گرفته‌اند. این مدل درمان برای بر آورده کردن نیازهای بالینی مصرف‌کنندگان الکل و افراد وابسته به مواد افیونی نیز گسترش یافته است (رل[1]، راوسن، لینگ و شاپ‌تاو[2]، ۲۰۰۹). کاربردهای مدل ماتریسی در حوزه‌های مختلف، برای درمان وابستگی به کوکایین (راوسن، اُبرت[3]، مک‌کان و مان[4]، ۱۹۸۶)، مصرف دارو و الکل، بهبود در شاخص‌های روان‌شناختی و کاهش رفتارهای پر خطر جنسی مرتبط با انتقال HIV[5] (ویروس نقص ایمنی انسانی)(راوسن و همکاران، ۱۹۹۵؛ شاپ تاو، راوسن، مک‌کان و اُبرت، ۱۹۹۴؛ شاپ تاو، فروش[6]، راوسن و لینگ، ۱۹۹۷)، درمان افراد وابسته به متامفتامین و کوکایین (هابر[7] و همکاران، ۱۹۹۷) و هم‌چنین کارآمدی در افزایش درمان نالترکسون برای افراد وابسته به مواد افیونی (راوسن وهمکاران، 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، پیش بین معنادار نتیجه خواهد بود (لیت، کدن، کونی و کبلا[8]،۲۰۰۳). گُسُپ، ستوارت، براونی و مارسدن[9] (۲۰۰۲) دریافتند که بیمارانی که بیشتر راهبردهای مقابله‌ای شناختی را به کار بردند بازگشت کمتری داشته‌اند. نه تنها دسترس‌پذیری سازوکارهای مقابله‌ای ضروری است، بلکه توان کاربرد این مهارت‌ها تعیین می‌کند که آیا تغییری اتفاق خواهد افتاد یا خیر (مارلات و دنووان[10]، ۲۰۰۵). خودگردانی توانایی نظارت و تغییر رفتار فرد مرتبط با سوءمصرف مواد است که مهارت‌های مقابله‌ای در افزایش آن نقش اساسی دارد (براون، میلر و لاوندُسکی[11]، ۱۹۹۹؛ ویتکیویتز و بوئن[12]، ۲۰۱۰).

1. Roll
2. Ling & Shoptaw
3. Obert
4. McCann & Mann
5. Human Immunodeficiency Virus
6. Frosch
7. Huber
8. Litt, Kadden, Cooney & Kabela
9. Gossop, Stewart, Browne & Marsden
10. Marlatt & Donovan
11. Brown, Miller & Lawendowski
12. Witkiewitz & Bowen

[Downloaded from etiadpajohi.ir on 2026-10-30]

تاریخچه‌ی پیشگیری از بازگشت اعتیاد به اواسط دهه‌ی ۱۹۷۰ بر می‌گردد. در طی این سال‌ها عده‌ای به رواج راهبردهای پیشگیری علاقمند شدند (دیوپونت[1]، 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[2] پایین و میزان بالای ریزش[3]، ضعیف هستند (روزن[4] و همکاران، ۲۰۰۶). بازگشت، اغلب جزئی از فرایند بهبودی تشخیص داده می‌شود (لینتون[5]، 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 مؤثراست؟

روش

جامعه، نمونه و روش نمونه‌گیری

روش این تحقیق شبه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون، پس‌آزمون 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 روان‌پزشک یا پزشک با توجه به تشخیص اصلی و اولیه وابستگی به مواد بر طبق معیارهای تشخیصی DSM-IV-TR، گذشتن بیش از یک هفته از سم‌زدایی موفقیت‌آمیز 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

1. DuPont 2. compliance 3. dropout 4. Roozen 5. Linton

سال هفتم، شماره ۲۵، بهار ۱۳۹۲
Vol. 7, No. 25, Spring 2013

[Downloaded from etiadpajohi.ir on 2026-10-30]

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 سوءمصرف الکل[1]: این پرسشنامه برای ارزیابی توانایی مراجعان در مقابله با موقعیت‌های پر خطر و سنجش خودکارآمدی آن‌ها به کار می‌رود و دارای ۵۱ سوال ۳ گزینه‌ای (هرگز=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 قرارگرفته 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 سوء مصرف 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[2] (۲۰۰۵) برای سنجش مهارت‌های مقابله‌ای و خودکارآمدی در نمونه‌های معتادین به الکل بکار برد و ضریب آلفای کرونباخ آن را 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

[Downloaded from etiadpajohi.ir on 2026-10-30]

روند اجرای پژوهش

مطالعات مشابه نشان می‌دهد که ریزش در این نوع مطالعات تقریباً ۳۰ تا ۵۰ درصد است (دک و کارلسون[1]، ۲۰۰۵؛ والاش، نُرد، دایتزواشکوسکی و کرسیگ[2]، 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 مرفین 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، پس‌آزمون و مرحله پیگیری برای تعمیم 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 متناسب 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: برانگیزاننده‌ها، اشتیاق‌ها و اجتناب 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 تنهایی یا 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

1. Deck & Carlson 2. Walach, Nord, Dietz-Waschkowski & Kersig

سال هفتم، شماره ۲۵، بهار ۱۳۹۲
Vol. 7, No. 25, Spring 2013

[Downloaded from etiadpajohi.ir on 2026-10-30]

رعایت جوانب اخلاقی 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

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

یافته‌ها

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

سال هفتم، شماره ۲۵، بهار ۱۳۹۲
Vol. 7, No. 25, Spring 2013

[Downloaded from etiadpajohi.ir on 2026-10-30]

جدول۲: آماره‌های توصیفی بازگشت به تفکیک گروه

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

همان‌گونه‌که در جدول ۲ ارایه شده است نسبت بازگشت در گروه آزمایش ۱۸ درصد و در گروه گواه ۶۷ درصد است. به‌منظور مقایسه نسبت بازگشت در بین دو گروه از آزمون خی دو استفاده شد که نتایج آن معنادار است[1] [2χ= 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 پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری بود، برای تحلیل داده‌ها و به منظور کنترل اثر پیش‌آزمون و پس‌آزمون از روش تحلیل کوواریانس چند متغیری استفاده شد. این نوع تحلیل دارای مفروضه‌هایی است. یکی از مفروضه‌ها، بررسی همسانی ماتریس‌های واریانس-کوواریانس است که به‌این منظور از آزمون باکس استفاده شده است [برای پیش آزمون (P>۰/۰۵ ,M=۱۰/۴۲, F=۱/۴۶ باکس) و برای پس آزمون (P>۰/۰۵ ,M=۶/۱۵, F=۰/۸۶, باکس) محاسبه 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 کواریانس چند متغیری، همگنی ضرایب رگرسیون است. لازم به ذکر است که آزمون همگنی ضرایب رگرسیون از طریق تعامل پیش‌آزمون زیر

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

[Downloaded from etiadpajohi.ir on 2026-10-30]

مقیاس‌های افکار خود تنبیهی، مقابله رفتاری و افکار پیامدهای بازگشت و متغیر مستقل (روش درمان) در مرحله پس‌آزمون 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 پیش فرض‌ها صادق بود. با توجه به برقراری مفروضه‌ها، از آزمون تحلیل کواریانس چند متغیری استفاده شد. نتایج این آزمون نشان داد که در پس‌آزمون تفاوت معناداری به‌دست آمد [F=۲۷/۶۶, P<۰/۰۰۱2η, =۰/۸۴]. 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=۱۴/۹۵, P<۰/۰۰۱ , 2η=۰/۷۴] و مشخص می‌شود که ترکیب خطی سه متغیر وابسته در مرحله پیگیری پس از تعدیل تفاوت‌های سه متغیر هم‌پراش (نمرات پیش آزمون) از متغیر مستقل (روش درمان) تأثیر پذیرفته‌اند. بنابراین، نتایج تحلیل نشان می‌دهد که روش درمان ماتریسی بر ترکیب خطی سه متغیر وابسته (پس‌آزمون 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.

جدول۳: نتایج تحلیل کواریانس برای مقایسه میانگین نمرات پس‌آزمون مهارت‌های مقابله‌ای در دو گروه

زیر مقیاس‌ها	منابع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	آماره F	معنا داری	مجذور اتا
افکارخود 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	۰/۵۵	۱	۰/۵۵	۱۸/۵۲	۰/۰۰۰۵	۰/۴۸

چنانچه درجدول فوق مشاهده می‌شود بین میانگین نمرات پس آزمون افکار خودتنبیهی بعد از حذف اثر پیش‌آزمون تفاوت معنادار وجود دارد [P<۰/۰۰۱, 2η=۰/۷۵ F=۵۸/۹۸,]. هم‌چنین، در مقابله رفتاری [P<۰/۰۰۱, 2η=۰/۸۰ , F=۷۹/۹۹] و افکار

[Downloaded from etiadpajohi.ir on 2026-10-30]

پیامدهای بازگشت [F=۱۸/۵۲, P<۰/۰۰۱, 2η=۰/۴۸] تفاوت معنادار وجود دارد. بنابراین، میانگین نمرات پس‌آزمون 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.

جدول٤: نتایج تحلیل کواریانس برای مقایسه میانگین نمرات پیگیری مهارت‌های مقابله‌ای در دو گروه

زیر مقیاس‌ها	منابع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	آماره F	معناداری	مجذور اتا
افکارخود تنبیهی	گروه	۰/۹	۱	۰/۹	۱۴/۴۱	۰/۰۰۰۵	۰/۴۲
مقابله رفتاری	گروه	۰/۵۶	۱	۰/۵۶	۱۳/۷۳	۰/۰۰۰۵	۰/۵۴
افکار پیامد بازگشت	گروه	۰/۷	۱	۰/۷	۳۵/۰۸	۰/۰۰۰۵	۰/۶۴

همان‌گونه که در جدول۴ مشاهده می‌شود بین میانگین نمرات پیگیری افکار خود تنبیهی بعد از حذف اثر پیش‌آزمون تفاوت معنادار وجود دارد [P<۰/۰۰۱, 2η=۰/۴۵ ,F=۱۴/۴۱]. هم‌چنین، در مقابله رفتاری [F=۱۳/۷۳, P<۰/۰۰۱, 2η=۰/۵۶] و افکار پیامدهای بازگشت [F=۳۵/۰۸, P<۰/۰۰۱, 2η=۰/۶۴]. 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

سال هفتم، شماره ۲۵، بهار ۱۳۹۲
Vol. 7, No. 25, Spring 2013
[Downloaded from etiadpajohi.ir on 2026-10-30]

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، اُبرت، مک‌کان، اسمیت[1] و لینگ (۱۹۹۰)؛ شاپ تاو و همکاران (۱۹۹۷)؛ ابرت، لاندون[2] 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 سوءمصرف‌کنندگان محرک‌ها و مواد می‌توانند به این اهداف نایل شوند: ۱) توقف مصرف مواد، ۲) نگه داشتن درمان، ۳) یادگیری مسایلی که برای اعتیاد و بازگشت بحرانی هستند، ۴) دریافت راهنمایی و حمایت از درمانگر ۵) آموزش اعضای خانواده که تحت تأثیر اعتیاد بوده‌اند، ۶) آشنایی با برنامه‌های خودیار و ۷) نظارت به‌وسیله آزمایش‌های ادرار.

هم‌چنین، نتایج نشان داد که به‌کارگیری 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)؛ شاپ‌تاو و همکاران (۱۹۹۴)؛ شاپ‌تاو و همکاران (۱۹۹۷)؛ راوسن، مک‌کان، هابر و شاپ‌تاو (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

1. Smith 2. London

[Downloaded from etiadpajohi.ir on 2026-10-30]

تلاش می‌کنند 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 درمان‌گر عنصر اساسی برای حفظ بیمار است. دوم اینکه، مواد درمانی موجود در کتابچه‌های راهنما شامل برگه‌های کار برای جلسات فردی، گروه‌های آموزشی خانواده، گروه‌های مهارت‌های بهبود اولیه، گروه‌های پیشگیری از بازگشت، جلسات مشترک، آزمایش‌های ادرار، برنامه‌های ۱۲ گام، تحلیل بازگشت و گروه‌های حمایت اجتماعی بود. مطالعه‌ای مقدماتی که مدل ماتریسی بیماران سرپایی را با برنامه درمان بیماران بستری شده در بیمارستان مقایسه می‌کرد، حمایت اولیه‌ای را برای کاربرد بالینی این مدل برای درمان وابستگی به کوکایین ارایه کرد (راوسن و همکاران، ۱۹۸۶). تعدادی از طرح‌هایی که با حمایت مالی مؤسسه ملی سوءمصرف مواد آمریکا اجرا شده بیانگر آن است که شرکت کنندگان درمان شده با مدل ماتریسی، کاهش‌های آماری معناداری را در مصرف دارو و الکل، بهبودهایی را در شاخص‌های روان‌شناختی 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 گزارش‌ها کارآمدی در افزایش درمان نالترکسون برای معتادان افیونی (راوسن و همکاران، ۲۰۰۸) را ثابت کردند و این تأثیر درمانی حمایت تجربی برای استفاده از مدل ماتریسی را فراهم می‌کند. از این رو، در این پژوهش نیز نتایج یافته‌های پیشین مبنی بر نقش مدل ماتریسی در کاهش مصرف و پیشگیری از بازگشت و از طرف دیگر پایداری و ثبات آن‌ها در مرحله پس‌آزمون و پیگیری مورد تأیید قرار گرفت. با توجه به بررسی پیشینه و تجربیات بالینی پژوهش‌های بیشتری لازم است تا از این نتیجه حمایت کند.

کم بودن تعداد آزمودنی‌های پژوهش در اثر خروج از پژوهش، کوتاه بودن مدت پیگیری، حذف متغیر جنس و عدم استفاده از مراجعین زن از جمله محدودیت‌های پژوهش حاضر است. از این رو، پیشنهاد می‌شود که در پژوهش‌های بعدی از هر دو جنس مرد و زن، دوره پیگیری بلند مدت‌تر، اختلالات وابسته به سایر مواد از قبیل محرک‌ها و نیز جمعیت‌هایی که بیش از ۳۰، ۶۰، ۹۰ و ۱۲۰ روز از پاکی آن‌ها گذشته باشد استفاده شود تا از طریق به کارگیری گروه‌های مختلف قابلیت تعمیم‌پذیری نتایج افزایش یابد.

سال هفتم، شماره ۲۵، بهار ۱۳۹۲
Vol. 7, No. 25, Spring 2013

[Downloaded from etiadpajohi.ir on 2026-10-30]

منابع

بهاری، فرشاد (۱۳۸۸). *اعتیاد، مشاوره و درمان*. تهران: دانژه

کلدوی، علی (۱۳۹۰). *مقایسه اثربخشی مدل پیشگیری از بازگشت بر پایه ذهن‌آگاهی (MBRP)، مدل ماتریسی و روش ترکیبی در پیشگیری از بازگشت افراد مراجعه کننده به کلنیک‌های ترک اعتیاد زاهدان*. پایان‌نامه دکتری چاپ نشده، دانشگاه علامه طباطبایی.

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*

[Downloaded from etiadpajohi.ir on 2026-10-30]

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., & Kerkbof, 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.

[Downloaded from etiadpajohi.ir on 2026-10-30]