

پیامد درمانی مدل درمانی ماتریکس بر کیفیت زندگی سوءمصرف کنندگان مت آمفتامین

روح ا... حدادی^۱، مجید قربانی^۲، رضا رستمی^۳، قاسم کشاورز^۴، الهام فراهانی^۵

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۵/۰۶/۱۷

تاریخ دریافت: ۱۳۹۵/۰۱/۲۱

چکیده

هدف: هدف از پژوهش حاضر بررسی پیامد درمانی مدل درمانی ماتریکس بر کیفیت زندگی سوءمصرف کنندگان مت آمفتامین بود. **روش:** در یک طرح شبه آزمایشی از میان ۳۰ سوءمصرف کننده شیشه که تحت درمان بودند، ۱۵ نفر به عنوان گروه آزمایش و ۱۵ نفر به عنوان گروه گواه گمارده شدند. گروه آزمایش از آموزش گروهی ماتریکس به مدت ۲۴ جلسه ۶۰ دقیقه‌ای بهره برده، اما برای گروه گواه مداخله خاصی صورت نگرفت. گروه آزمایش و گواه در مرحله پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری مقیاس کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی را تکمیل کردند. **یافته‌ها:** نتایج نشان داد که میانگین نمرات کیفیت زندگی بین دو گروه در مرحله پس آزمون تفاوت معنادار داشته لیکن این تفاوت در مرحله پیگیری معنادار نبود. **نتیجه گیری:** جلسات گروهی ماتریکس توانسته‌اند کیفیت زندگی سوءمصرف کنندگان مت آمفتامین را در کوتاه مدت بهبود بخشند اما پایدار نمانده است.

کلیدواژه‌ها: کیفیت زندگی، سوءمصرف کنندگان مت آمفتامین، پیامد درمانی، مدل درمانی ماتریکس

۱. نویسنده مسئول: دانشجوی دکتری روانشناسی بالینی دانشگاه رودهن، رودهن، ایران،

پست الکترونیک: r_hadadi2000@yahoo.com

۲. دانشجوی دکتری روانشناسی دانشگاه سمنان، سمنان، ایران

۳. دانشیار گروه روانشناسی دانشگاه تهران، تهران، ایران

۴. کارشناس ارشد روانسنجی دانشگاه علامه طباطبائی، تهران، ایران

۵. کارشناس ارشد روانشناسی بالینی دانشگاه علامه طباطبائی، تهران، ایران

مقدمه

اعتیاد پدیده‌ای است که از دیرباز در جوامع مختلف وجود داشته و با وجود پیشرفت‌های مسلم علمی و افزایش آگاهی جمعی همچنان گسترش می‌یابد. در این میان تغییر الگوی مصرف از مواد مخدر به آمفتامین‌ها، در سال‌های اخیر، نگرانی‌ها را بیش از پیش ایجاد نموده است. براساس گزارش اداره جرم و داروی سازمان ملل^۱ (۲۰۱۳) ایران در میان کشورهایی که بیشترین میزان مصرف آمفتامین را دارند، در رده پنجم قرار دارد. مصرف طولانی مدت آمفتامین‌ها نه تنها آسیب‌های جدی به سیستم عصبی و کارکردهای مربوط به آن وارد می‌سازد (هوساک و همکاران^۲، ۲۰۱۲) بلکه زندگی شخصی، خانوادگی، شغلی، اجتماعی و روانی فرد را نیز تهدید می‌کند و باعث می‌شود تا کیفیت زندگی بیمار و الگوی ارتباطی وی با خانواده و محیط پیرامون تخریب شود (بیزاری^۳ و همکاران، ۲۰۰۵). در پژوهشی خدایاری فرد (۲۰۱۰) نشان داد کیفیت زندگی و کارکرد خانوادگی افراد سوءمصرف‌کننده از افراد عادی پائین تر است. مشابه این تحقیق در مورد افراد سیگاری با هدف مقایسه‌ی کیفیت زندگی و نگرش دینی افراد سیگاری در مقایسه با افراد غیرسیگاری انجام شد که نتایج نشان دادند افراد سیگاری در سطح اجتماعی، شغلی، انرژی، سلامت روان و کیفیت زندگی عملکرد ضعیف‌تری نسبت به افراد غیرسیگاری دارند (شمس اسفندآبادی و نژاد نادری، ۲۰۰۹).

اگرچه بررسی کیفیت زندگی در پژوهش‌های پزشکی متداول است اما مطرح شدن آن در پژوهش‌های رفتاری مرتبط با حوزه‌ی سوءمصرف مواد، نسبتاً موضوع جدیدی است. سازمان بهداشت جهانی^۴ (۱۹۹۶) کیفیت زندگی را ادراک یک شخص از جایگاهش در زندگی در زمینه‌ی فرهنگی و نظام ارزش‌هایی که در آن زندگی می‌کند و در رابطه با اهداف، انتظارات، استانداردها و نگرانی‌های او تعریف می‌کند. پژوهشگران معتقدند کیفیت زندگی می‌تواند نشان‌دهنده سطح سلامت فرد باشد (مولر^۵، ۲۰۰۶). از سوی دیگر

1. United Nations Office on Drugs and Crime (UNODC)
2. Hosak
3. Bizzarri

4. World Health Organization (WHO)
5. Muller

مطالعات نشان دادند کیفیت زندگی سوءمصرف کنندگان مواد حتی با نتایج موفق درمانی همبستگی بالایی دارد (کارو^۱ و همکاران، ۲۰۱۰؛ گونزالس^۲ و همکاران، ۲۰۱۱). وجود تلاش‌های تکراری و ناموفق توقف، پرهیز و عود باعث تداوم بیماری فرد شده و بدین ترتیب کیفیت زندگی فرد را به شدت به مخاطره می‌اندازد، لذا مدیریت و نظارت دائمی بر عملکرد فرد در درمان طولانی مدت ضرورت دارد (اچ‌سر، لانگ شور و آنلین^۳، ۲۰۰۹). در همین راستا مک‌للان^۴ (۲۰۰۵) نشان داد اگرچه کاهش و قطع مصرف مواد و الکل هدف اولیه و فوری درمان بیماران است اما بهبود کیفیت زندگی معتادان به منظور پیشگیری از عود هدف مهم و نهایی درمان است.

در طی سه دهه اخیر توجه به کیفیت زندگی این بیماران به عنوان یک عامل مهم در ارزیابی نتایج درمانی و اثربخشی درمان افزایش یافته است (کارو و همکاران، ۲۰۱۰). به همین منظور مداخلات درمانی مختلفی برای تغییر کیفیت زندگی این افراد انجام شده است. متخصصان از مداخلات روانی-اجتماعی به منظور افزایش ماندگاری بیمار در درمان، پیشگیری از عود و بازگشت فرد به عملکرد طبیعی در ابعاد مختلف زندگی استفاده می‌کنند. مؤثرترین این مداخلات، مداخله‌ی مبتنی بر رویکرد شناختی-رفتاری^۵ است. این رویکرد امروزه بیشترین حجم پژوهش‌ها را نیز به خود اختصاص داده است (اوست^۶، ۲۰۰۸) در همین راستا، هیدس^۷ و همکاران (۲۰۱۰) با مطالعه بر روی ۶۰ نفر مبتلا به اختلال سوءمصرف مواد، پس از ۲۰ هفته مداخله شناختی-رفتاری نشان دادند که این گروه از افراد بهبود معناداری در افسردگی، اضطراب، سوءمصرف مواد و مهارت‌های مقابله‌ای، در مقایسه با گروه کنترل نشان دادند. گونزالس و همکاران (۲۰۱۱)، دریس و هولون^۸ (۲۰۱۱)، سوگرمن، نیک، و کارول^۹ (۲۰۱۰)، اوسیلا، هپنر، مانوز، وو، و واتکینز^{۱۰} (۲۰۰۹)، مک‌هاگ، هرن و اوتو^{۱۱} (۲۰۱۰) نیز با به کار بردن مدل شناختی رفتاری توانستند

1. Karow
2. Gonzales
3. Hser, Longshore, & Anglin
4. McLellan
5. Cognitive behavior therapy (CBT)
6. Ost

7. Hides
8. Driessen, & Hollon
9. Sugarman, Nich, & Carroll
10. Osilla, Hepner, Muñoz, Woo, & Watkins
11. McHugh, Hearon, & Otto

کیفیت زندگی و سلامت روان سوء مصرف کنندگان مت‌آفتمین را بهبود بخشند. مطالعات انجام شده در ایران نیز نشان می‌دهد که درمان مبتنی بر مؤلفه‌های شناختی-رفتاری می‌تواند به خوبی کیفیت زندگی سوء مصرف کنندگان مت‌آفتمین را بهبود بخشد (خدایاری فرد، ۲۰۱۰؛ قاسمی، استبساری، بستامینیا، جمشیدی و دستورپور، ۲۰۱۴). مدل درمانی دیگر که در درمان سوء مصرف کنندگان مت‌آفتمین متداول است، مدل درمانی ماتریکس^۱ است که ترکیبی از رویکرد شناختی-رفتاری، برنامه پیشگیری از عود، برنامه معتادان گمنام و رویکردهای خانوادگی است (راوسن، گنزالس، گرینول و چالک^۲، ۲۰۱۱). این مدل درمانی موفقیت‌های بسیاری در خصوص کاهش ولع مصرف و کاهش میزان مصرف مواد در سوء مصرف کنندگان داشته است (راوسون، گنزالس، گرینول و چالک، ۲۰۱۱؛ طاهری نخست، ۱۳۸۶). اما مطالعات در خصوص تأثیر آن بر سایر مشکلات بسیار محدود است. ما در این مطالعه قصد داریم تا با توجه به اهمیت کیفیت زندگی معتادان به عنوان عامل پیش‌بینی‌کننده فرجام درمان، اثربخشی مدل ماتریکس را بر کیفیت زندگی این بیماران بررسی نماییم.

روش

جامعه، نمونه و روش نمونه‌گیری

روش این پژوهش از نوع شبه‌آزمایشی، با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه گواه بود. جامعه آماری عبارت بود از: مصرف کنندگان شیشه که در نیمه اول سال ۱۳۹۵ برای درمان و بازتوانی به مرکز درمان مصرف مواد واقع در منطقه ۸ تهران مراجعه کرده بودند. با ۶۸ بیمار مراجعه کننده به این مرکز مصاحبه نیمه‌ساختاریافته شدت اعتیاد^۳ انجام شد و سپس مراجعه کنندگان از نظر معیارهای ورود بررسی شدند. ملاک‌های ورود عبارت بودند از: مصرف شیشه که با معیارهای نسخه‌ی پنجم راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی، تشخیص سوء مصرف یا وابستگی به آفتمین برای آن‌ها داده شد؛ مصرف غالب مت‌آفتمین نسبت به سایر مواد حداقل به مدت ۶ ماه؛ نداشتن علائم روانپزشکی جدی:

1. Matrix
2. Rawson, Gonzales, Greenwell,
& Chalk

3. Addiction Severity Index (ASI)

منظور محققان از این مورد نداشتن علائم روانپریشی بارز (همانند توهم و هذیان)، علائم اضطرابی خاص (همانند بی‌قراری) و افسردگی عمیق بود. به همین منظور روانشناسان بالینی این طرح مصاحبه بالینی شاخص شدت اعتیاد و بخش مربوط به وضعیت روانپزشکی این مقیاس را با بیماران برگزار کردند. همچنین، این درمان‌گران به منظور اطمینان از تشخیص درست علائم بیمار، مصاحبه‌ای نیز با خانواده بیماران انجام دادند. درمان‌گران در صورتی که علائم روانپزشکی حادی را در بیمار مشاهده می‌کردند، او را جهت درمان به روان‌پزشک ارجاع داده و از پژوهش حذف می‌کردند. ملاک خروج عبارت بودند از: مصرف همزمان داروی متادون و الکل. تمامی شرکت‌کنندگان در پژوهش تمایل به شرکت در پژوهش داشته و این امر را با تکمیل رضایت‌نامه کتبی اعلام نمودند.

ابزار

۱. شاخص شدت اعتیاد: برای بررسی وضعیت بالینی بیماران، شاخص شدت اعتیاد، ویرایش پنجم (مک‌لیلان و همکاران، ۱۹۹۵) مورد استفاده قرار گرفت. شاخص شدت اعتیاد یک مصاحبه نیمه ساختاریافته است که توسط پژوهشگران آموزش دیده، به صورت رو در رو با بیماران اجرا می‌شود. این پرسش‌نامه مشکلات بیماران را در هر زمینه در طی ۳۰ روز گذشته، در سال گذشته و در طول عمر گردآوری می‌کند. در هر بخش، یک نمره کلی ترکیبی (۰-۱) می‌دهد و چگونگی وضعیت فرد در آن بخش را درجه‌بندی می‌کند. بدین ترتیب که اگر وضعیت‌های ذکر شده بیشتر از ۶ ماه زمان برده باشد نمره کامل و اگر کمتر از ۶ ماه باشد نمره صفر دریافت خواهد شد. این شاخص دارای ۱۱۶ پرسش به شرح زیر است: ۸ پرسش درباره وضعیت پزشکی، ۲۱ پرسش درباره وضعیت شغلی، ۲۴ پرسش در زمینه وضعیت مصرف مواد مخدر و الکل، ۲۷ پرسش پیرامون وضعیت حقوقی، ۲۳ پرسش در زمینه وضعیت خانوادگی، ۱۰ پرسش در زمینه حمایت اجتماعی، و ۱۳ پرسش درباره وضعیت روانی بیمار است. اعتبار و روایی نسخه فارسی به کار برده شده در این بررسی، توسط عاطف وحید و همکاران، با همکاری معاونت پژوهشی دانشگاه تهران و مرکز ملی مطالعات اعتیاد انجام گرفته و مورد تأیید قرار گرفته است (به نقل از مکرری، اختیاری، عدالتی و گنجگاهی، ۱۳۸۷).

۲. پرسش‌نامه کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی^۱: این پرسش‌نامه پس از ادغام برخی حیطه‌ها و حذف تعدادی از آن‌ها، با ۱۰۰ سؤال طراحی شد. این پرسش‌نامه در بیش از ۱۵ کشور جهان به صورت همزمان و به زبان‌های متفاوت ترجمه شد. بنابراین، مفاهیم سؤالات در فرهنگ‌های متفاوت یکسان است (بونومی و همکاران، ۲۰۰۰؛ به نقل از نجات، منتظری، هلاکویی نائینی، محمد، و مجدزاده، ۱۳۸۵). از طرفی هر سؤال بر اساس اظهارات بیماران با شدت بیماری متفاوت، مردم سالم و متخصصان بهداشتی طراحی شده است. در حال حاضر، این پرسش‌نامه در بیش از ۴۰ زبان در دنیا ترجمه و هنجار شده است که این امر همچنان در حال پیشرفت است. دارای چهار حیطه سلامت جسمانی، سلامت روانی، روابط اجتماعی و سلامت محیط می‌باشد و هر کدام از حیطه‌ها به ترتیب دارای ۷، ۶، ۳ و ۸ سؤال است. نجات و همکاران (۱۳۸۵) اعتبار این پرسش‌نامه را در نمونه‌های ایرانی بررسی نمودند و میزان اعتبار در حیطه سلامت فیزیکی ۰/۷۷، حیطه روانی ۰/۷۷، در حیطه روابط اجتماعی ۰/۷۵ و در نهایت سلامت محیط برابر با ۰/۸۴ گزارش نمودند، که این میزان نشان از اعتبار مناسب این ابزار در جامعه ایرانی است.

روند اجرا

بطور کلی پس از انجام مصاحبه، ۳۰ نفر که شرایط ورود به پژوهش را دارا بودند به طور تصادفی انتخاب و به طور تصادفی به دو گروه ۱۵ نفری آزمایش و گواه تقسیم شدند و شاخص شدت اعتیاد و پرسش‌نامه کیفیت زندگی توسط شرکت کنندگان تکمیل شد. سپس گروه آزمایش تحت آموزش گروهی مدل ماتریکس در ۲۴ جلسه ۶۰ دقیقه‌ای هفته‌ای دو بار قرار گرفتند. پس از اتمام آموزش بلافاصله مقیاس کیفیت زندگی توسط شرکت کنندگان هر دو گروه تکمیل شد و ۲ ماه پس از اجرای مداخله مجدداً به عنوان پیگیری مقیاس کیفیت زندگی توسط دو گروه تکمیل شد. در این پژوهش گروه گواه هیچ مداخله‌ای را دریافت نکرد. همچنین، ۴ نفر از گروه گواه و ۳ نفر از گروه آزمایش به دلیل استفاده از داروی متادون از پژوهش حذف شدند.

1. World Health Organization quality of life brief Scale (WHOQOL-BREF)

این مدل درمانی التقاطی بوده و از ترکیب رویکرد شناختی-رفتاری، برنامه پیشگیری از عود، آموزش روانی، برنامه معتادان گمنام و رویکردهای خانوادگی تشکیل شده است. در این روش چارچوبی برای درگیر کردن مصرف کنندگان مواد محرک (مثل شیشه و کوکائین) در درمان فراهم شده و آن‌ها برای مقابله مؤثرتر و ترک موفقیت آمیز آماده می‌شوند. بیماران موضوعات مهمی درباره ترک و عود یاد می‌گیرند، راهنمایی دریافت می‌کنند و از سوی درمانگران ماهر حمایت می‌شوند، با برنامه‌های خودیاری آشنا می‌شوند و از نظر مصرف مواد از طریق آزمایش ادرار ارزیابی و کنترل می‌شوند (راوسن، گزالس، گرینول و چالک، ۲۰۱۱).

در این پژوهش از ویرایش چهارم پروتکل درمانی ماتریکس اینکاس استفاده شده است (مکری، ۲۰۱۳). مجریان این مدل درمانی، روانشناسانی هستند که دوره تخصصی آن را در مراکز تابعه دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی گذرانده‌اند.

جدول ۱: خلاصه محتوای اصلی جلسات درمانی ماتریکس اینکاس

جلسات	محتوای جلسه	جلسات	محتوای جلسه
جلسه ۱	چرامواد را ترک می‌کنیم؟ (ترازوی تغییر)	جلسه ۲	شروع کننده‌ها (عوامل برانگیزاننده، تلنگرها، ...)
جلسه ۳	سیر بهبودی	جلسه ۴	شروع کننده‌ها بیرونی
جلسه ۵	شروع کننده‌های درونی	جلسه ۶	مشکلات عمده بهبودی: بی‌اعتمادی خانواده
جلسه ۷	مشکلات عمده بهبودی: کاهش انرژی و توان	جلسه ۸	مشکلات عمده بهبودی: مصرف نابجای دارو و مواد دیگر بعنوان جایگزین
جلسه ۹	وسوسه	جلسه ۱۰	با وسوسه چه باید کرد؟
جلسه ۱۱	راه‌های نادرست برخورد با وسوسه	جلسه ۱۲	افکار، احساسات و رفتارهای زمینه ساز مصرف
جلسه ۱۳	احساس بی‌حوصلگی و افسردگی	جلسه ۱۴	جلوگیری از عود: فعالیت‌های جلوگیری کننده
جلسه ۱۵	جلوگیری از عود: فعالیت‌های مستعد کننده	جلسه ۱۶	کار و بهبودی
جلسه ۱۷	شرم و گناه	جلسه ۱۸	مشغول ماندن
جلسه ۱۹	انگیزه برای بهبودی	جلسه ۲۰	راستگویی
جلسه ۲۱	پاکی کامل	جلسه ۲۲	روابط جنسی اعتیاد گونه
جلسه ۲۳	پیشگیری عود و جلوگیری از آن	جلسه ۲۴	زرننگ باشید نه قوی

این درمان شامل ۲۴ جلسه است. جلسات هفته‌ای دو روز و به مدت ۶۰ دقیقه اجرا می‌شد. محتوای جلسات درمانی ماتریکس در دفترچه راهنما ذکر شده است. شرکت کنندگان گروه آزمایش پس از دریافت آموزش در هر جلسه، تکالیفی برای انجام دارند که در جلسه بعد چک خواهد شد. در این پژوهش به منظور تشویق بیماران برای حضور در پژوهش بخشی از هزینه درمانی آن‌ها توسط نویسنده مسئول پژوهش پرداخت گردید. خلاصه‌ای از محتوای اصلی جلسات در جدول ۱ ارائه شده است.

یافته‌ها

میانگین سن شرکت کنندگان در گروه آزمایش و گواه به ترتیب ۲۸/۵ و ۲۶/۵ و همچنین میانگین مدت زمان مصرف ۹۴/۴ و ۷۲/۲ ماه و تعداد دفعات اقدام به ترک نیز ۴/۴۷ و ۳/۴۰ بود. اطلاعات جمعیت‌شناختی دیگر به تفکیک گروه‌ها در جدول ۲ ارائه شده است.

جدول ۲: اطلاعات جمعیت‌شناختی به تفکیک گروه‌ها

متغیرها	آزمایش		گواه	
	وضعیت‌ها	فراوانی	درصد	فراوانی
وضعیت تأهل	مجرد	۸	۵۳/۳	۶
	متأهل	۳	۲۰	۱۳/۳
	طلاق گرفته	۴	۲۶/۷	۷
وضعیت تحصیلی	زیر دیپلم	۳	۲۰	۶
	دیپلم	۹	۶۰	۸
	فوق دیپلم	۳	۲۰	۱
وضعیت اجتماعی اقتصادی	پایین	۶	۴۰	۹
	متوسط	۹	۶۰	۶
	بالا	۰	۰	۰
وضعیت شغلی	بیکار	۱۰	۶۶/۷	۱۰
	نیمه وقت	۵	۴۳/۳	۲
	تمام وقت	۰	۰	۳

آماره‌های توصیفی کیفیت زندگی به تفکیک گروه‌ها و نوع آزمون در جدول ۳ ارائه شده است.

جدول ۳: آماره‌های توصیفی کیفیت زندگی به تفکیک گروه‌ها و نوع آزمون

گروه‌ها	پیش آزمون		پس آزمون		پیگیری	
	میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد
آزمایش	۷۷/۲۳	۱۰/۶۷	۸۸/۲۰	۱۷/۱۲	۸۱/۱۰	۱۳/۶۵
گواه	۷۴/۸۷	۱۳/۶۵	۷۳/۱۰	۱۳/۱۱	۷۲/۱۶	۱۶/۰۶

برای بررسی اثربخشی جلسات گروهی ماتریکس بر کیفیت زندگی و ماندگاری تغییرات ایجاد شده در طی زمان از تحلیل کواریانس به شرح زیر استفاده شد.

جدول ۴: نتایج تحلیل کواریانس اثرات جلسات درمانی ماتریکس بر کیفیت زندگی

مراحل	مجموع مجذورات	درجه آزادی	آماره F	معناداری	اندازه اثر
پس آزمون	۲۶۲/۶	۲۸	۱۷/۳۳	۰/۰۰۱	۰/۵۴
پیگیری	۶۵/۰۱	۲۱	۲/۸۳	۰/۱۷	-

همان‌گونه که در جدول ۴ مشاهده می‌شود مدل ماتریکس در بهبود کیفیت زندگی گروه آزمایش مؤثر بوده است ($F=17/33, P<0/001$). لیکن این تأثیر پایدار نمانده است ($F=2/83, P>0/05$). به منظور بررسی اثرات درمان ماتریکس بر زیرمقیاس‌های کیفیت زندگی از تحلیل کواریانس چند متغیری استفاده شد. قبل از اجرای این آزمون پیش فرض‌های این آزمون بررسی شد. یکی از پیش فرض‌های این تحلیل برابری ماتریس کواریانس‌هاست. نتایج آزمون باکس حکایت از برقراری این پیش فرض داشت ($M=20/09, F=1/60, P>0/05$). نتایج تحلیل کواریانس چند متغیری حکایت از تفاوت معنادار در ترکیب خطی مؤلفه‌ها در پس آزمون داشت ($F=12/05, P<0/001, \lambda=0/512$). لیکن تفاوت معناداری در ترکیب خطی مؤلفه‌ها در پیگیری به دست نیامد ($F=1/75, P>0/05, \lambda=0/324$). برای بررسی الگوهای تفاوت در پس آزمون از آزمون تحلیل کواریانس تک متغیری به شرح زیر استفاده شد.

جدول ۵: نتایج تحلیل کواریانس تک متغیری برای بررسی الگوهای تفاوت در مؤلفه‌های کیفیت زندگی در پس‌آزمون

خرده‌مقیاس‌ها	درجه آزادی بین گروهی	آماره F	معناداری	اندازه اثر
سلامت جسمانی	۲۸	۲۵/۶۴	۰/۰۰۰۵	۰/۵۳
سلامت روانی	۲۸	۱۹/۲۶	۰/۰۰۱	۰/۶۸
ارتباطات اجتماعی	۲۸	۱۱/۲۵	۰/۰۰۱	۰/۳۵
شرایط محیطی	۲۸	۱۱/۴۱	۰/۰۰۱	۰/۲۴

همانگونه که در جدول ۸ مشاهده می‌شود مداخله بر تمام مؤلفه‌ها مؤثر بوده است.

بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر با هدف بررسی پیامد درمانی مدل درمانی ماتریکس بر کیفیت زندگی سوء مصرف کنندگان مت‌آفتمین بود. نتایج پژوهش حاضر نشان داد که آموزش گروهی ماتریکس توانسته است کیفیت زندگی مصرف کنندگان مت‌آفتمین را در کوتاه مدت بهبود بخشد اما در طولانی مدت این اثربخشی معنادار نیست. این یافته با یافته‌ی پژوهش راوسن، گنزالس، گرینول و چالک (۲۰۱۱) و طاهری نخست (۱۳۸۶) همخوان است. بیشتر مطالعاتی که در حوزه درمان اعتیاد و بهبود شرایط زندگی سوء مصرف کنندگان انجام شده، براساس مدل درمانی شناختی-رفتاری است و اجرای مدل درمانی ماتریکس با هدف بهبود کیفیت زندگی به ندرت انجام شده است. لذا محققان برای مقایسه نتایج پژوهش خود با پژوهش‌های مشابه با محدودیت مواجه بودند. به هر حال اگر بخواهیم درمان ماتریکس رابه عنوان یک مدل برخواستنه از رویکرد شناختی-رفتاری در نظر بگیریم و اثربخشی آن را بر کیفیت زندگی تأیید کنیم می‌توانیم بگوئیم که نتایج پژوهش حاضر مبنی بر بهبود کیفیت زندگی سوء مصرف کنندگان مواد به واسطه اجرای مدل درمانی ماتریکس با نتایج پژوهش‌های اوست (۲۰۰۸)؛ هیدس و همکاران، (۲۰۱۰)؛ گونزالس و همکاران، (۲۰۱۱)؛ خدایاری فرد، (۲۰۱۰)؛ قاسمی، استبساری، بستامینیا، جمشیدی و دستورپور، (۲۰۱۴)؛ دریس و هولون (۲۰۱۱) سوگرمن، و همکاران (۲۰۱۰)، اوسیلو و همکاران (۲۰۰۹)، مک هوگ، و همکاران (۲۰۱۰) همخوان است. در تبیین اثربخشی مدل ماتریکس بر کیفیت زندگی بیماران در کوتاه مدت می‌توان گفت که درمان ماتریکس

مشخصاً دارای مفاهیم وسیع و مؤلفه‌های متعدد شناختی و رفتاری هستند و با هدف افزایش تطابق فرد با محیط و تلاش‌هایی به منظور جلوگیری از پیامدهای منفی شرایط فشارزا عمل می‌کنند (راوسن، گنزالس، گرینول و چالک، ۲۰۱۱). اهداف ذکرشده در کوتاه مدت محقق شده و نشان از مفیدبودن این شیوه درمانی است. اما باوجود اثربخشی این مدل درمانی ماتریکس در کوتاه مدت، با گذشت زمان و در مرحله پیگیری این اثربخشی کاهش یافته است. عدم اثربخشی مداخله فوق در طولانی مدت را می‌توان به گونه‌های مختلف تبیین نمود. همانطور که در بالا اشاره شد یکی از این تبیین‌ها کاربرد درمان در شرایط درمانی مناسب است. درست است که درمان ماتریکس با مفاهیم متعدد شناختی و رفتاری قابلیت تطابق فرد با محیط را افزایش می‌دهد اما وجود اهداف درمانی مناسب، الزاما به منزله درمان اثربخش نیست. قابلیت کاربرد و اثربخشی شیوه‌های درمانی مختلف به هنگام کارآزمای‌های بالینی و دستیابی به اهداف درمانی، به عوامل مختلفی بستگی دارند: عواملی همچون انتخاب گروه‌های هدف مناسب، انتخاب روش درمانی متناسب با نیازهای بیمار، انتخاب مکان مناسب اجرا، اجرای مداخله در زمان مناسب، تبعیت از دستورالعمل درمان (سیدمحمدی، ۱۳۹۴). در این پژوهش انتخاب درمان ماتریکس در کوتاه مدت گزینه مناسبی بوده اما به عنوان یک مداخله طولانی مدت مؤثر نیست. یعنی با نیازهای درمانی بیماران در طولانی مدت همخوان نمی‌باشد. پس بهتر است درمان ماتریکس در طولانی مدت به عنوان درمانی مکمل در کنار سایر روش‌های درمانی به کار رود. همچنین، محققان در تبیین این یافته متناقض به بررسی عوامل مختل‌کننده کیفیت زندگی نیز پرداخته‌اند. تعریف کلی کیفیت زندگی یعنی بهزیستی روانشناختی، جسمی، اجتماعی فرد در زندگی است که باوجود شرایط تنش‌زای زندگی می‌تواند موقتا دستخوش تغییر شده و از حالت عادی خارج شود. درواقع می‌توان گفت اعتیاد نیز همانند دیگر بیماری‌های مزمن، ماهیت تنش‌زایی دارد که مشخصه آن تأثیر بیماری بر سبک زندگی بیمار و در نهایت کیفیت زندگی است. رژیم‌های درمانی فشرده، نگهداری و مراقبت طولانی مدت، ماهیت عودکننده آن‌ها و آسیب‌پذیری فرد به نشانه‌های تحریک‌کننده محیطی، انتظارات محیطی، همگی از عواملی هستند که نشان می‌دهند کنترل و مراقبت طولانی مدت این

بیماری‌ها شرط ضروری برای بهبودی است و احتمال بازگشت مجدد فرد به بیماری وجود دارد مگر آنکه بسته‌های درمانی جامع و کامل متشکل از روش‌های درمانی مختلف در کنار هم بتوانند در مدیریت شرایط بیمار با گذشت زمان مؤثر واقع شوند. به هر حال اثربخشی مدل ماتریکس تنها در کوتاه مدت و اضافه نشدن سایر روش‌های درمانی به آن در طولانی مدت همراه با محدودیت مالی و زمانی در این پژوهش باعث شد تا مداخله فوق صرفاً بتواند در کوتاه مدت مؤثر واقع شود اما در طولانی مدت و با گذشت زمان این طور نبود.

متخصصان امروزه بر این باورند که با توجه به افزایش شکست‌های درمانی در این حوزه بهتر است تا بسته‌های درمانی جامع‌تر که پاسخگوی بهتری برای نیازهای بیماران باشد، در اولویت برنامه‌های درمانی قرار گیرد. به ویژه متغیرهای روان‌شناختی و محیطی که هم می‌توانند در ابتلای فرد به این بیماری نقش داشته باشند و هم در تداوم و شکست‌های درمانی مؤثر باشند. در این مطالعه نیز مانند سایر پژوهش‌ها، محدودیت‌های زمانی و مالی وجود داشت لذا پیشنهاد می‌شود تا در پژوهش‌های آتی بتوان از بسته‌های درمانی التقاطی و جامع‌تر در طولانی مدت که بتواند تمامی نیازهای متغیر بیماران طی زمان را پوشش دهد، استفاده شود.

۱۰۶

106

منابع

- ریچارد هالجین، سوزان کراس ویتورن، (۱۳۹۴). آسیب‌شناسی روانی براساس DSM-5، جلد اول. ترجمه یحیی سیدمحمدی. نشر روان.
- طاهری نخست، حمیدرضا (۱۳۸۶). بررسی اثربخشی مدل درمان ماتریکس در درمان بیماران سوء مصرف کننده مواد محرک. مجموعه مقالات پژوهشی سوء مصرف مواد. ستاد مبارزه با مواد مخدر.
- مکری، آذرخش؛ اختیاری، حامد؛ عدالتی، هانیه؛ و گنجگاهی، حبیب (۱۳۸۷). ارتباطات میزان ولع مصرف با ابعاد مختلف شدت اعتیاد در معتادین تزریقی هروئین. مجله روانپزشکی و روان‌شناسی بالینی ایران، ۳(۳)، ۸۰-۲۶۹.
- نجات، سحرناز؛ منتظری، علی؛ هلاکویی نائینی، کوروش؛ محمد، کاظم؛ و مجدزاده، رضا (۱۳۸۵). استانداردسازی پرسش‌نامه کیفیت زندگی سازمان جهانی بهداشت: ترجمه و روانسنجی گونه ایرانی. مجله دانشکده بهداشت و انیستیتو تحقیقات بهداشتی. ۴(۴)، ۱۲-۱.

- Bizzarri, J.; Rucci, P.; Vallotta, A.; Girelli, M.; Scandolari, A.; Zerbetto, E.; Sbrana, A.; Iagher, C.; & Dellantonio, E. (2005). Dual diagnosis and quality of life in patients in treatment for opioid dependence. *Substance Use & Misuse, 40*(12), 1765-76.
- Driessen, E.; Hollon, S.D. (2011). Motivational Interviewing From a Cognitive Behavioral Perspective. *Cognitive and Behavioral Practice, 18*(1), 70-73.
- Ghasemi, A.; Estebarsari, F.; Bastaminia, A.; Jamshidi, E.; Dastoorpoor, M. (2014). Effects of Educational Intervention on Health-Promoting Lifestyle and Health-Related Life quality of Methamphetamine Users and Their Families: a Randomized Clinical Trial. *Iranian Red Crescent Medical Journal, 16*(11), 1-8. DOI: 10.5812/ircmj.20024.
- Gonzales, R.; Ang, A.; Marinelli-Casey, P.; Glik, D.; Iguchi, M.; Rawson, R. (2011). Health-related quality of life trajectories of methamphetamine-dependent individuals as a function of treatment completion and continued care over a 1-year period. *American Journal of Addiction, 20*(4), 366-72.
- Hides, L.; Carroll, S.; Catania, L.; Cotton, S.M.; Baker, A.; Scaffidi, A.; Lubman, D.I. (2010). Outcomes of an integrated cognitive behavior therapy (CBT) treatment program for co-occurring depression and substance misuse in young people. *Journal of Affective Disorders, 121*, 169-74.
- Hosak, L.; Preiss, M.; Bazantl, J.; Tibenska, J.; Cermakova, R.; & Cermakova, E. (2012). Comparison of Wisconsin Card Sorting Test Result between Czech Subjects Dependent on Methamphetamine versus Healthy Volunteer. *Psychiatria Danubina, 24*(2), 188-93.
- Hser, Y.I.; Longshore, D.; Anglin, A. (2009). The life course perspective on drug use: A conceptual framework for understanding drug use trajectories. *Evaluation Review, 31*(6), 515-47.
- Karow, A.; Reimer, J.; Schäfer, I.; Krausz, M.; Haasen, C.; Verthein, U. (2010). Quality of life under maintenance treatment with heroin versus methadone in patients with opioid dependence. *Drug and Alcohol Dependence, 112*, 209-15.
- Khodayarifard, M. (2010). Cognitive behavioral couple therapy of drug abuse in Iran. *Procedia Social and Behavioral Sciences, 5*, 707-10. DOI: 10.1016/j.sbspro.2010.07.169.
- McHugh, R.K.; Hearon, B.A.; Otto, M.W. (2010). Cognitive Behavioral Therapy for Substance Use Disorders. *Psychiatric Clinics of North America, 33*(3), 511-25.
- McLellan, A.T. (2005). Re-considering the evaluation of addiction treatment: From retrospective follow-up to concurrent recovery monitoring. *Addiction, 100*(4), 447-58.
- McLellan, A.T.; Kushner, H.; Metzger, D.; Peters, R.; Smith, I.; Grissom, G.; Pettinati, H.; & Argeriou, M. (1995). The Fifth edition of the Addiction Severity Index. *Substance Abuse Treatment, 9*(3), 199-213.
- Mokri, A. (2013). *Manual of Stimulant substance abuse treatment based matrix modified model (Fourth edition)*. Available at <http://www.mums.cc.rsshrrhhhhahhhbhhrnsslpfifmmavdd-moharek.pdf>.
- Muller, N.J. (2006). Assessing quality of life in clinical trials. *Journal of Epidemiology Community Health, 60*(9), 822-28.

- Osilla, K.C.; Hepner, K.L.; Muñoz, R.F.; Woo, S.; Watkins, K. (2009). Developing an integrated treatment for substance use and depression using cognitive behavioral therapy. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 37(4), 412-20.
- Ost, L.G. (2008). Efficacy of the third wave of behavioral therapies: A systematic review and meta-analysis. *Behavior Research and Therapy*. 46:296° 321.
- Rawson, R.A.; Gonzales, R.; Greenwell, L.; & Chalk, M. (2011). Process-of-care measures as predictors of client outcome among a methamphetamine-dependent sample at 12- and 36-month follow-ups. *Psychoactive Drugs*, 44(4), 342-9. DOI: 10.1080/02791072.2012.718653.
- Shams esfandabad, H.; Nezhadnaderi, S. (2009). A comparative study of the quality of line and religion attitude a mongo addicted / non-addicted individuals in Kerman city. *Psychological studies*, 5(1), 139-52.
- United Nations Office on Drugs and Crime (2013). *World drug report*. United Nations Publications.
- Sugarman, D.E.; Nich, C.; & Carroll, K.M. (2010). Coping strategy use following computerized cognitive-behavioral therapy for substance use disorders. *Psychology of addictive behavior*, 24(4), 689-95. DOI: 10.1037/a0021584.
- World Health Organization (1996). *QOL-BREF introduction administration scoring and generic version of the assessment field trial version*. Geneva: WHO.

