

تأثیر مداخلات مبتنی بر الگوی ماتریکس در تغییر منبع کنترل و کاهش ولع و گرایش به مصرف شیشه در مردان تحت درمان

اصغر جعفری^۱، ساتی نژادمحمد^۲

تاریخ دریافت: ۱۳۹۵/۰۵/۲۶ تاریخ پذیرش: ۱۳۹۷/۰۲/۱۹

چکیده

هدف: مصرف شیشه کارکردهای مغزی و شناختی را مختل می کند و ولع شدیدی در مصرف کننده ایجاد می کند. پژوهش حاضر با هدف تعیین تأثیر مداخلات مبتنی بر الگوی ماتریکس در تغییر منبع کنترل و کاهش ولع و گرایش به مصرف شیشه انجام شد. **روش:** روش پژوهش نیمه آزمایشی و طرح پیش آزمون-پس آزمون با گروه گواه بود. از بین مردان معتاد به شیشه تحت درمان در کلینیک ترک اعتیاد در شهر رشت ۲۰ نفر به روش نمونه گیری هدفمند انتخاب و به طور تصادفی و مساوی در گروه های آزمایش و گواه جایگزین شدند. مداخلات مبتنی بر الگوی ماتریکس ۴ جلسه گروهی برای آزمودنی های گروه آزمایش اجرا شد و برای گروه کنترل هیچ برنادر گروه آزمایش انجام شد. در پایان منبع کنترل، ولع مصرف و تمایل به اعتیاد در هر دو گروه دوباره اندازه گیری شد (پس آزمون) و داده ها با استفاده از تحلیل کواریانس چندمتغیره تحلیل شد. **یافته ها:** نتایج نشان داد که مداخلات مبتنی بر الگوی ماتریکس می تواند منبع کنترل مصرف کنندگان شیشه را تغییر دهد و ولع مصرف و تمایل به اعتیاد را کاهش دهد ($P < 0/01$). **نتیجه گیری:** نتایج پژوهش شواهدی را پیشنهاد می کند که مداخلات مبتنی بر الگوی ماتریکس روش آموزشی-درمانی مناسبی برای تغییر منبع کنترل و کاهش ولع مصرف و تمایل به مصرف شیشه باشد. **کلیدواژه ها:** الگوی ماتریکس، منبع کنترل، ولع مصرف، مصرف شیشه

۱. نویسنده مسئول: استادیار گروه روان شناسی، دانشکده علوم انسانی، دانشگاه کاشان، کاشان، ایران، پست الکترونیکی:

As_Jafari@sbu.ac.ir

۲. کارشناسی ارشد مشاوره، دانشگاه آزاد اسلامی واحد اهر، اهر، ایران

مقدمه

در حال حاضر درمان مواد محرک از جمله شیشه از مشکل ترین درمان‌های سوء مصرف مواد است. برای درمان، بر اساس مدت، مقدار، نوع و روش مصرف ممکن است فرد نیاز به درمان دارویی به صورت بستری یا سرپایی داشته باشد. بعد از آن که اختلالات روان پزشکی بیمار مورد بررسی و درمان قرار گیرد، به دنبال آن آموزش خانواده، آموزش مهارت‌های بهبودی اولیه و پیشگیری از بازگشت و رفتار درمانی باید انجام شود (مارگولین، بیتل، اولیور و اوانت، ۲۰۰۹). نتایج پژوهشی نشان داد که ۲۰٪ تا ۹۰٪ معنادانی که تحت درمان شیشه قرار می‌گیرند، دچار عود می‌شوند. مرور مطالعات گذشته نشان می‌دهد، اثربخشی درمان‌های نگهدارنده دارویی، بدون مداخله‌های روانی-اجتماعی، به علت اطلاعات دارویی پایین و میزان بالای ریزش^۳ ضعیف می‌باشند. مصرف شیشه از سال ۱۳۸۴ در بین جوانان ایرانی رایج شده است (ابهری، ۱۳۸۸) و مصرف این مواد در بین جوانان ایرانی و معتادین ترک کرده رو به افزایش است (نارنجی‌ها، ۱۳۸۸). به گزارش دفتر مصرف دارو و جرم سازمان ملل متحد (۲۰۰۸)، ۲۵ میلیون مصرف کننده آفتامین در جهان وجود دارد (گربوت و داوآرد، ۲۰۱۰).

مت‌آفتامین یک ماده محرک غیرقانونی است که به صورت مصنوعی تهیه می‌شود. در ایران عمدتاً با نام شیشه شناخته می‌شود. شیشه ماده قوی و تقویت کننده مثبت رفتار است (وجتانگا، خالکیتس، فیسچگروند و پارسونز^۵، ۲۰۰۴). تغییرات آناتومیکی و تغییرات روانی پایداری در حین مصرف این ماده و به دنبال قطع ایجاد می‌شود (باوا، جاکوبوس، ماحمود، یانگ، و تاپرت^۶، ۲۰۱۱). به موازات افزایش میزان یا طول مصرف ماده، اثرات تشدید شده و به دنبال آن افسردگی، اضطراب شدید، خواب آلودگی، انزوای، تعارض‌های بین فردی، وسوسه مواد و حتی روان‌پریشی آشکار می‌شود. مصرف شیشه می‌تواند موجب از دست دادن حافظه، بروز پر خاشگری و مشکلات روانی، سوء تغذیه و مشکلات شدید

1. Margolin, Beitel, oliver, & Avants
2. compliance
3. dropout
4. Grebot, & Davdard

5. Wegtanga, Khalkitis, Fischgrund,
& Parsons
6. Bava, Jacobus, Mahmood, Yang,
& Tapert

دندان شود. سوء استفاده از مت آمفتامین به افزایش انتقال بیماری‌های عفونی، مانند هپاتیت و ایدز کمک می‌کند (وردیجو، توریبیو، اوروزکو، پیونت، و پرز-گارسیا، ۲۰۱۰).

لینتون^۲ (۲۰۰۸) در پژوهشی بر روی مصرف کنندگان مواد مخدر دریافت که از میان عوامل مؤثر در سوء مصرف مواد، ولع مصرف نقش مهم تری در پدیده بازگشت و وابستگی به مواد دارد. ولع مصرف، یک میل غیر قابل کنترل برای مصرف مواد است، میلی که اگر برآورده نشود دردهای روان شناختی و بدنی فراوانی همچون ضعف، بی‌اشتهایی، اضطراب، بی‌خوابی، پر خاشاگری و افسردگی را در پی دارد. ولع یا وسوسه، اولین مرحله بیماری اعتیاد به شیشه است که با بار اول مصرف شروع می‌شود. ادامه مصرف آسیب‌های بیشتری در ابعاد جسمانی و روانی بیمار ایجاد می‌کند (محمدی، ۱۳۹۳).

شروع کننده‌های ولع مصرف، محل‌ها، اشخاص، اشیاء، موقعیت‌ها و یا شرایط درونی و بیرونی هستند که میل به وسوسه را در معتادان در حال بهبودی زنده می‌کنند (نیک فرجام، ممتازی، جعفری و خسروی، ۱۳۹۱). افزون بر این اورین^۳ و همکاران (۲۰۱۲) در پژوهشی به این نتیجه رسیدند که ویژگی‌های شخصیتی و سطح ثبات عاطفی و کانون کنترل افراد با تمایل به مصرف مواد مخدر رابطه وجود دارد. منبع کنترل یک ویژگی است که بر اساس آن افراد احساس می‌کنند چقدر بر موقعیت‌ها توانایی کنترل دارند و دارای دو بعد درونی و بیرونی است. افرادی که منبع کنترل بیرونی دارند سازگاری فردی و اجتماعی کمتری دارند و احتمال بروز رفتارهای ناسازگارانه مانند اعتیاد در آنان بیشتر است (شهابی، ۱۳۸۷). در مورد روش‌های درمانی فعلی برای درمان اعتیاد و کاهش مصرف مواد، می‌توان گفت که بیشتر این روش‌های درمانی به صورت محدود و تک بعدی به درمان اعتیاد پرداخته‌اند و بیشتر تا پایان فرآیند درمان بیمار را همراهی می‌کنند. اکثر درمان‌های روانی- اجتماعی جدید و موفق برای اجتناب یا مقابله با وسوسه مصرف مواد سعی می‌کنند که از طریق افزایش انگیزش در فرد و یا از طریق آموزش و تمرین شیوه‌های جدید رفتاری از

مصرف مواد جلوگیری کنند و معمولاً به صورت چندوجهی بوده و تنها به قطع اعتیاد و جلوگیری از مصرف اکتفا نمی کنند.

انستیتو کالیفرنیا نخستین بار الگوی ماتریکس^۱ را برای درمان بیماران و خانواده‌های آنان تدوین کرد. برای درمان اختلالات ناشی از وابستگی به شیشه، لازم است بیمار مهارت‌های 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 می شود (کفراشی، ۱۳۸۹). الگوی درمانی ماتریکس فقط به انجام جلسات درمانی ختم نمی شود بلکه با بهره گیری از آموزش‌ها و انجام تمرینات در خانه و محیط زندگی و کار ادامه می یابد. درمانگر اعتیاد مانند یک مربی، پا به پای بیمار اعتیاد، روش و مهارت‌های علمی برای بهبود بیماری اعتیاد را به مراجع خود آموزش می دهد و این مسیر را برای یک دوره درمانی طولانی ادامه می دهد تا مطمئن شود بیمار به تمامی مهارت‌ها و ابزارهای لازم برای حفظ بهبودی دست یافته است.

در این روش درمانی سعی می شود تا بیمار بتواند از توان واقعی خود به تدریج استفاده کرده و سطح آمادگی روانی و عملکردهای روانی خود را در جریان درمان افزایش دهد و از پتانسیل دارو به عنوان کمک کننده مکمل استفاده کند. در این روش درمانی پرهیز تدریجی، تقویت حوزه‌های عملکرد روانی، اجتماعی و حرفه‌ای مورد هدف قرار می گیرد، تا نسبت به خود و بیماری‌اش بینش پیدا کرده و مزایای پرهیز را درک کند (کارخانه، ۱۳۹۱). به طور کلی مداخلات درمانی ماتریکس در محورهای زیر صورت می پذیرد که به نوعی مزیت الگوی درمانی ماتریکس را نسبت به سایر روش‌های درمانی اعتیاد نشان می دهد:

❖ افزایش اطلاعات کمی و کیفی بیمار و اطرافیان در مورد اعتیاد، نحوه ایجاد و چگونگی درمان آن‌ها؛

- ❖ آموزش مهارت‌های پیشگیری از عود و مدیریت موارد احتمالی لغزش و روش‌های پاک ماندن؛
- ❖ آموزش مهارت‌های پیشگیری از ایجاد ولع مصرف و کنترل ولع ایجاد شده؛
- ❖ آموزش مهارت‌های زندگی سالم و پاک نظیر برنامه‌ریزی، ارتباط با دیگران، و تفریحات سالم؛
- ❖ اصلاح مشکلات روانی، معنوی و استرس‌های همراه اعتیاد؛
- ❖ مدیریت درمان اختلالات جسمانی همراه بیماری اعتیاد.

از آنجایی که اعتیاد یک بیماری است که پیامدهای زیستی، روانی و اجتماعی زیادی به دنبال دارد و اغلب برنامه‌های درمانی، کاهش یا قطع مصرف دارو را هدف اصلی خود قرار می‌دهند و بیماران وابسته به مواد مشکلات فراوانی دارند، معمولاً این افراد به مصرف دوباره مواد بازگشت می‌کنند. بدین ترتیب، برنامه درمانی نه تنها باید کاهش و قطع مصرف دارو را هدف قرار دهند، بلکه باید متغیرهای روان‌شناختی مرتبط و مهم در ارتباط با شروع و ادامه مصرف مواد را نیز در نظر بگیرد. همچنین افراد دارای سوء مصرف مواد در یک الگوی خاص روانی-اجتماعی قرار نمی‌گیرند و تاثیر عوامل زیستی-اجتماعی باید از دریچه‌های روانی فرد به مصرف مواد بگذرد (راوسون^۱ و همکاران، ۲۰۱۴). از طرفی دیگر چون معمولاً مصرف‌کنندگان مواد مخدر گروه ناهمگنی هستند و دارای مشکلات متعددی هستند، آموزش مهارت‌ها، با توجه به ویژگی‌های فردی، فرهنگی و خانوادگی متناسب هر کدام از مراجعان از اهمیت بالایی برخوردار است. بنابراین هدف درمان، نباید فقط کاهش و یا ترک مصرف مواد در جریان درمان باشد، بلکه در فرآیند درمان باید مهارت‌هایی را به افراد آموزش داد که حتی مدت‌ها پس از ختم درمان نیز برای او مفید باشند. در الگوی درمانی ماتریکس آموزش مهارت‌ها جایگاه خاصی دارد و بیماران با فراگیری مهارت‌های امتناع از پذیرش شیشه، حل مسئله، کنترل خشم، ارتباط موثر و رفتارهای قاطعانه، یاد می‌گیرند در برابر وسوسه مقاومت کرده، از موقعیت‌های پرخطر اجتناب کنند و به افراد اصرارکننده نه بگویند و با فراگیری تکنیک‌های شناختی به

بیماران کمک می‌شود در کوتاه مدت توجه خود را از افکار برانگیزاننده شیشه دور سازند و در درازمدت نیز با این افکار به چالش برخیزند و در مجموع به کمک تکنیک‌های شناختی- رفتاری و با افزایش سطح خویشتن‌داری از عود جلوگیری می‌کند (راوسون و همکاران، ۲۰۱۴)

بر این اساس الگوی درمانی ماتریکس در چارچوب مداخلات ظریف روان‌شناختی برای حداقل دو جلسه در هفته برای یک دوره سه ماهه تدوین شده است (سیمونز، ۲۰۰۹). از این رو پژوهش حاضر با هدف مطالعه تاثیر روش درمانی ماتریکس در تغییر منبع کنترل و کاهش ولع و گرایش به مصرف شیشه در مردان تحت درمان انجام شد.

روش

جامعه، نمونه، و روش نمونه‌گیری

روش پژوهش نیمه‌آزمایشی و از نوع پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه گواه بود. جامعه آماری پژوهش مردان دارای اعتیاد به شیشه و تحت درمان در کلینیک‌های ترک اعتیاد در شهر رشت بودند که تعداد آنان ۵۰ نفر بود. به روش نمونه‌گیری هدفمند و بر اساس نمرات افراد در پرسش‌نامه‌های تمایل به اعتیاد و ولع مصرف، معنادانی که در هر دو آزمون نمرات بالایی داشتند، ۲۰ نفر به صورت تصادفی انتخاب و به طور تصادفی و مساوی در دو گروه ۱۰ نفره آزمایش و گواه جایگزین شدند. چون این افراد در کلینیک ترک اعتیاد بستری بودند تا پایان مداخلات هیچ افت نمرات وجود نداشت و ملاک‌های خروج عبارت بودند از: ابتلا به بیماری جسمانی و روانی خاص با توجه به اطلاعات موجود در پرونده درمانی، دریافت درمان دارویی، عدم تمایل به انجام تمرین‌های آموزشی و درمانی الگوی درمانی ماتریکس.

روند اجرا

بعد از انتخاب نمونه و گروه‌بندی تصادفی پرسش‌نامه‌های تمایل به اعتیاد، منبع کنترل و ولع مصرف (پیش‌آزمون) به افراد هر دو گروه ارائه شد و برنامه درمانی ماتریکس در ۲۴

جلسه ۱ ساعته به صورت گروهی برای گروه آزمایش اجرا شد و گروه گواه هیچ برنامه‌ای دریافت نکرد. بعد از اتمام جلسات دوباره تمایل به اعتیاد، منبع کنترل و ولع مصرف ار دو گروه مورد سنجش قرار گرفت (پس آزمون). محتوای مداخله به تفکیک جلسات در جدول ۱ ارائه شده است.

جدول ۱: خلاصه جلسات درمانی ماتریکس

جلسه	اهداف جلسه	فعالیت‌های انجام شده
۱	ایجاد رابطه حسنه، چرا مواد را ترک می‌کنم (ترازوی تغییر)	معرفی افراد توسط خودشان به سایر اعضا؛ بررسی رفتارهای ورودی کلامی و غیر کلامی شرکت کنندگان، ترغیب شرکت کنندگان به تعیین جنبه‌های خوشایند اولیه و ظاهرا مثبت مصرف مواد؛ مشخص کردن دوام اثرات جنبه‌های خوشایند مصرف مواد و عوارض ناشی از ترک مواد؛ تکلیف: تعیین مهم‌ترین دلیل ترک مواد.
۲	بررسی شروع کننده‌های (عوامل برانگیزاننده، تلنگرهای) مصرف مواد	بحث پیرامون شروع کننده‌های درونی و بیرونی مصرف مواد، متوقف کردن وسوسه‌ها، تمرین: مطرح کردن برانگیزاننده‌های مصرف مواد، اظهارنمودن آن‌ها و کار کردن روی تصمیم‌گیری برای متوقف کردن شروع کننده‌ها.
۳	بررسی تکلیف، توصیف مراحل سیر بهبودی و تمرین آن	تشریح ۴ مرحله‌ی سیر بهبودی (مراحل علائم جسمانی، پرهیز اولیه، پرهیز طولانی، بازگشت به زندگی روزمره)؛ تکلیف: تشویق افراد برای به بحث گذاشتن تجارب خود در مراحل سیر بهبودی، مشخص کردن علائم عمده خود
۴	بررسی تکلیف، شروع کننده‌های بیرونی مصرف مواد	توضیح شروع کننده‌های بیرونی مصرف مواد، تمرین: لیست شروع کننده‌های بیرونی مصرف مواد توسط هر شرکت کننده، شناسایی شروع کننده‌های پرخطر بیرونی به وسیله هر شرکت کننده.
۵	بررسی تکلیف، شروع کننده‌های درونی مصرف مواد	توضیح شروع کننده‌های درونی مصرف مواد، تمرین: لیست شروع کننده‌های درونی مصرف مواد و شناسایی شروع کننده‌های پرخطر درونی توسط هر شرکت کننده.
۶	بررسی تکلیف، مشکلات عمده در بهبودی: اعتماد خانواده	توضیح وقایع و مشکلات مرتبط با خانواده که در سیر بهبودی خلل ایجاد می‌کنند، به بحث گذاشتن مواردی از بی‌اعتمادی خانواده و بررسی آن درباره شرکت کنندگان، تمرین: تشویق شرکت کنندگان به شناسایی بی‌اعتمادی و چگونگی ایجاد آن، احساسی که در آنان ایجاد می‌کند و پاسخی که به آن می‌دهند.
۷	بررسی تکلیف، مشکلات عمده در بهبودی: کاهش انرژی و توان	توضیح مشکلات و موانع بهبودی مانند نداشتن انرژی و توان کار و فعالیت، کم آوردن و تخلیه شدن انرژی و نقش آن‌ها در گرایش افراد به سمت مصرف مواد تمرین: ثبت روزانه میزان انرژی طی یک هفته.

جدول ۱: خلاصه جلسات درمانی ماتریکس

جلسه	اهداف جلسه	فعالیت‌های انجام شده
۸	بررسی تکلیف، مشکلات عمده در بهبودی ۳. مصرف نایجای دارو و مواد به عنوان جایگزین	توضیح مشکلات و موانع بهبودی مانند مصرف خودسرانه سایر داروها، مضرات آن‌ها، انگیزه‌های افراد از مصرف، تمرین: ثبت روزانه داروهای استفاده شده طی یک هفته.
۹	بررسی تکلیف، توصیف و سوسه به عنوان یک برانگیزاننده مصرف مواد	توضیح و سوسه مصرف مواد، بررسی مشکل و سوسه در هفته گذشته بر حسب کی، کجا و چگونه؟ بررسی باورها، حالات روانی و احساسات ناراحت کننده افراد در هنگام و سوسه مصرف مواد، تمرین: یادداشت کردن موارد و سوسه خود تا جلسه بعدی.
۱۰	بررسی تکلیف، با و سوسه چه باید کرد؟	بررسی دیدگاه‌ها و راهکارهای افراد در هنگام و سوسه، ارائه و توصیف راهکارهای کلی دوری از و سوسه، ارائه تکلیف به اعضا در مورد برانگیزاننده‌ها و راهکارهای مقابله با آن‌ها.
۱۱	بررسی تکلیف، راه‌های نادرست برخورد با و سوسه	توضیح و بحث درباره راه‌های نادرست برخورد با و سوسه، تکلیف: راه‌های نادرست افراد در برخورد با و سوسه شناسایی و تجربه آنان بررسی شد.
۱۲	بررسی تکلیف، افکار، احساسات و رفتارهای پیش-ساز مصرف	توضیح درباره افکار، احساسات و رفتارهای پیش‌سازنده مصرف مواد. بررسی افکار، احساسات و رفتارهای پیش‌ساز مصرف مواد در افراد و بحث در مورد آن‌ها.
۱۳	بررسی تکلیف، احساس بی-حوصلگی و افسردگی	توضیح درباره برخی از احساس‌های ناخوشایند و هیجان‌های منفی ناشی از قطع مصرف مواد، بررسی هیجان‌ها و احساسات درباره شرکت کنندگان و بحث در مورد واکنش‌های آنان در چنین شرایطی، تشویق افراد به انجام فعالیت‌های تفریحی و نشاط بخش در سیر بهبودی.
۱۴	بررسی تکلیف، جلوگیری از عود: شناسایی فعالیت‌های جلوگیری از عود	توضیح و هشدار درباره این که عود به مصرف مواد یک دفعه اتفاق نمی‌افتد و بیشتر وقت‌ها کم‌کم و در اثر غفلت افراد می‌باشد. ارائه و توضیح درباره فعالیت‌های منظم بازدارنده عود مانند ورزش کردن و معاشرت با بستگان و دوستان. تکلیف: فعالیت‌های خاص جلوگیری از عود در افراد.
۱۵	بررسی تکلیف، جلوگیری از عود: فعالیت‌های مستعد کننده عود	توضیح و هشدار درباره فعالیت‌های مستعد کننده عود به مصرف مواد؛ شناسایی برخی از فعالیت‌های مستعد کننده عود در شرکت کنندگان و تشریح نقش آن‌ها در عود به مصرف مواد؛ ثبت اجتناب از فعالیت‌های مستعد کننده عود به وسیله شرکت کنندگان در هر هفته.
۱۶	بررسی تکلیف، کار و سیر بهبودی	توضیح در خصوص نقش جنبه‌های مثبت و منفی شاغل بودن و بیکار بودن در سیر بهبودی، کمک به شرکت کنندگان جهت ایجاد تعادل بین کار و درمان.

جدول ۱: خلاصه جلسات درمانی ماتریکس

جلسه	اهداف جلسه	فعالیت های انجام شده
۱۷	بررسی تکلیف، شرم و گناه	توضیح درباره احساس های منفی شرم و گناه افراد نسبت به خانواده، شناسایی احساس های منفی شرکت کنندگان در حال حاضر نسبت به خانواده، بررسی فعالیت ها و اقداماتی که برای جبران احساس های شرم و گناه در نظر دارند. تکلیف: از شرکت کنندگان خواسته شد دو فعالیت ساده جبرانی انجام دهند و جلسه بعد گزارش کنند.
۱۸	بررسی تکلیف، مشغول ماندن	بحث مزیت های فعال بودن و مشغول ماندن؛ با مردم در تماس بودن و انجام کارهای متنوع؛ تکلیف: گزارش ساعات شبانه روز در ۳ روز گذشته، برنامه ریزی فعالیت های جذاب و مفرح در آینده و راهکارهایی برای بهبود کیفیت.
۱۹	بررسی تکلیف، انگیزه برای بهبودی	بررسی انگیزه افراد در ترک مواد، بحث درباره انگیزه روز اول ترک و رشد تدریجی آن به عنوان یک نکته اساسی.
۲۰	بررسی تکلیف، راست گویی	توضیح علل و پیامد دروغ گویی به عنوان جز لاینفک مصرف مواد؛ کمک به جرات مندی افراد برای اعتراف صادقانه به دروغ ها؛ راست گویی کلید اصلی جلوگیری از عود؛ شناسایی مواردی که راست گویی درباره آن ها دشوار است.
۲۱	بررسی تکلیف، پاکی کامل	توضیح پاکی کامل، بحث درباره جایگزینی سایر موارد به جای مصرف مواد مخدر و نقش آن در افزایش احتمال عود، تشویق شرکت کنندگان به پرهیز کامل از تمامی مواد.
۲۲	بررسی تکلیف، روابط جنسی اعتیادگونه	توضیح درباره ارتباط روابط جنسی بیمارگونه و اعتیاد به مصرف مواد مخدر، نقش روابط جنسی بیمارگونه در آسیب زدن به بهبودی و زمینه ساز عود.
۲۳	پیش بینی عود و جلوگیری از آن	توضیح درباره قدم بعدی ترک مواد (شروع نکردن مجدد)؛ تعریف رفتارهای مرتبط با اعتیاد؛ تمرین: از افراد خواسته شد رفتارهای مرتبط با اعتیاد، ترک، و افکار، احساس ها و رفتارهای مرتبط با مصرف مواد خود را بنویسند.
۲۴	بررسی تکلیف، زرننگ باشید نه قوی	نقش اراده و قوی بودن در عود؛ بحث در مورد افراد به ظاهر قوی اما گرفتار مواد؛ عود در برابر افراد زرننگ و دارای تدبیر و دوری کننده از شرایط مصرف و حالات پر خطر.

ابزار

۱- پرسش‌نامه تمایل به اعتیاد: این پرسش‌نامه توسط میرحسامی (۱۳۸۸) طراحی شده و دارای ۱۶ سؤال و دارای یک نمره کلی می‌باشد. هدف کلی آن بررسی میزان تمایل به اعتیاد در سه بعد اجتماعی، فردی و محیطی می‌باشد. اعتبار باروش آلفای کرونباخ $0/79$ گزارش شده است. همچنین ضریب اعتبار بازآزمایی (با فاصله زمانی یک هفته) در نمونه هنجاری برای مردان و زنان به ترتیب $0/89$ و $0/84$ گزارش شده است (افشار، صدیقی ارفعی، جعفری، و محمدی، ۱۳۹۴). در این پژوهش روایی محتوایی با استفاده از نظرات ۵ متخصص و صاحب نظر مکفی ارزیابی شد. پاسخ‌دهی به سئوال‌ها بر اساس طیف لیکرت "خیلی کم، کم، گه‌گاهی، زیاد و خیلی زیاد بوده که به ترتیب نمره ۱ تا ۵ به آن‌ها تعلق می‌گیرد. سئوال‌ها ۴، ۹، ۱۴، ۱۶ به صورت معکوس نمره‌گذاری می‌شوند. به منظور به دست آوردن نمره کلی، نمرات همه سئوال‌ها با هم جمع می‌شوند. نمره در دامنه‌ی ۱۶ تا ۸۰ خواهد بود و هر چه این نمره بالاتر باشد، بیانگر میزان تمایل بیشتر شخص به اعتیاد خواهد بود.

۲- پرسش‌نامه منبع کنترل راتر: این پرسش‌نامه توسط راتر طراحی شده و دارای ۲۹ گویه بوده که هر گویه دارای یک جفت جواب الف و ب (الف = یک نمره؛ و ب = صفرنمره) می‌باشد. نمرات بالاتر از ۹ منبع کنترل بیرونی و نمرات پایین‌تر از ۹ منبع کنترل درونی را نشان می‌دهد. طالب‌پور (۱۳۸۹) اعتبار بازآزمایی در فاصله زمانی دو ماه را $0/48$ تا $0/83$ گزارش کرده است. سئوال‌ها ۱، ۸، ۱۴، ۱۹، ۲۴، و ۲۷ انحرافی هستند و در نمره‌گذاری به حساب نمی‌آیند. نمره‌گذاری بر اساس مجموع نمرات حاصل از تمام سئوال‌ها به دست می‌آید.

۳- پرسش‌نامه سنجش ولع مصرف لحظه‌ای: این پرسش‌نامه توسط فرانکن، هندریکس، ون دن برنیک (۲۰۰۲) تدوین شد و ولع مصرف مواد را در لحظه حال می‌سنجد (به نقل از علیزاده، ۱۳۹۲). دارای ۱۴ سؤال و سه عامل تمایل و قصد، میل به مصرف و لذت، و شدت فقدان کنترل می‌باشد. نمره‌گذاری آن به صورت لیکرت ۶ درجه‌ای از ۳- تا ۳+ می‌باشد. انتخاب گزینه ۳ به معنی موافقت کامل و گزینه ۳- به معنی مخالفت کامل و عدم

ولع است. بنابراین نمره بالا و مثبت به معنای ولع بیشتر می‌باشد. در بررسی علیزاده (۱۳۹۲) با استفاده از روش همسانی درونی، ضریب آلفای کرونباخ برای سه عامل این پرسش‌نامه بر روی سوء مصرف کنندگان مواد افیونی از جمله کراک و هروئین به ترتیب ۰/۸۴، ۰/۷۹، ۰/۸۹ و برای نمره کل ۰/۸۶ و در سوء مصرف کنندگان مت‌آفتمین به ترتیب ۰/۷۸، ۰/۷۹، ۰/۸۹ به دست آمد.

یافته‌ها

میانگین سنی (انحراف استاندارد) سن شرکت کنندگان ۳۸ (۴/۲۰) سال با دامنه ۲۱ تا ۴۱ سال بود. آماره‌های توصیفی متغیرهای جمعیت‌شناختی گروه‌ها در جدول ۲ ارائه شده است.

جدول ۲: خلاصه ویژگی‌های جمعیت‌شناختی شرکت کنندگان (n=۲۰)

متغیرها	سطوح	فراوانی	درصد
طبقه اقتصادی-اجتماعی	بالا	۴	۲۰
	متوسط	۷	۳۵
	پایین	۹	۴۵
تحصیلات	پائین تر از دیپلم	۶	۳۰
	دیپلم و فوق دیپلم	۱۰	۵۰
	لیسانس	۴	۲۰
دفعات عود	صفر	۱۱	۵۵
	یک بار	۷	۳۵
	بیشتر از یک بار	۲	۱۰

آماره‌های توصیفی متغیرهای مورد مطالعه در جدول ۳ ارائه شده است.

جدول ۳: آماره‌های توصیفی متغیرهای مورد مطالعه به تکنیک گروه‌ها و نوع آزمون

متغیرها	گروه‌ها	نوع آزمون	تعداد	میانگین	انحراف استاندارد	حداقل	حداکثر
منع کنترل	گواه	پیش آزمون	۱۰	۱۱/۸۳	۳/۴۵	۷	۱۸
		پس آزمون	۱۰	۱۱/۲۷	۲/۸۴	۸	۱۷
گرایش به مصرف	آزمایش	پیش آزمون	۱۰	۱۱/۵۳	۳/۷۰	۶	۱۹
	گواه	پس آزمون	۱۰	۶/۰۰	۲/۳۹	۵	۱۲
ولع مصرف	گواه	پیش آزمون	۱۰	۶۶/۶۷	۸/۴۷	۴۴	۷۶
	آزمایش	پس آزمون	۱۰	۶۷/۳۳	۸/۸۶	۴۶	۷۴
تمایل و قصد مصرف	گواه	پیش آزمون	۱۰	۶۴/۳۳	۷/۴۵	۴۵	۷۶
	آزمایش	پس آزمون	۱۰	۳۱/۴۰	۴/۲۹	۱۹	۵۱
تقویت منفی	گواه	پیش آزمون	۱۰	۶۸/۴۰	۷/۸۷	۲۸	۸۱
	آزمایش	پس آزمون	۱۰	۶۸/۱۳	۸/۰۷	۲۹	۸۴
لذت و شدت فقدان کنترل	گواه	پیش آزمون	۱۰	۶۸/۵۳	۷/۵۶	۲۸	۸۲
	آزمایش	پس آزمون	۱۰	۳۶/۹۳	۴/۲۸	۱۸	۴۲
برای بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر الگوی ماتریکس در تغییر منبع کنترل سوء مصرف کنندگان شیشه از تحلیل کواریانس تک متغیری به شرح جدول ۴ استفاده شد.	گواه	پیش آزمون	۱۰	۱۰/۲۷	۲/۴۷	۴	۲۰
	آزمایش	پس آزمون	۱۰	۱۰/۳۳	۲/۸۶	۴	۱۹
قبل از انجام تحلیل مفروضه‌های یکسانی واریانس‌ها و نرمال بودن توزیع به ترتیب با استفاده از آزمون‌های لون و شاپیرو و ویلکز بررسی شد که نتایج نشان داد این مفروضه‌ها برقرار می‌باشند.	گواه	پیش آزمون	۱۰	۱۰/۳۷	۲/۴۵	۵	۲۱
	آزمایش	پس آزمون	۱۰	۶/۴۰	۲/۲۹	۳	۱۵
سوء مصرف کنندگان شیشه از تحلیل کواریانس تک متغیری به شرح جدول ۴ استفاده شد.	گواه	پیش آزمون	۱۰	۱۲/۰۲	۳/۳۱	۶	۲۳
	آزمایش	پس آزمون	۱۰	۱۲/۲۴	۳/۴۵	۶	۲۲
قبل از انجام تحلیل مفروضه‌های یکسانی واریانس‌ها و نرمال بودن توزیع به ترتیب با استفاده از آزمون‌های لون و شاپیرو و ویلکز بررسی شد که نتایج نشان داد این مفروضه‌ها برقرار می‌باشند.	گواه	پیش آزمون	۱۰	۱۲/۱۵	۳/۲۹	۶	۲۵
	آزمایش	پس آزمون	۱۰	۷/۰۱	۲/۱۱	۴	۱۶
سوء مصرف کنندگان شیشه از تحلیل کواریانس تک متغیری به شرح جدول ۴ استفاده شد.	گواه	پیش آزمون	۱۰	۱۴/۲۵	۳/۹۸	۷	۲۷
	آزمایش	پس آزمون	۱۰	۱۴/۷۶	۳/۸۵	۸	۲۹
قبل از انجام تحلیل مفروضه‌های یکسانی واریانس‌ها و نرمال بودن توزیع به ترتیب با استفاده از آزمون‌های لون و شاپیرو و ویلکز بررسی شد که نتایج نشان داد این مفروضه‌ها برقرار می‌باشند.	گواه	پیش آزمون	۱۰	۱۴/۸۴	۳/۷۷	۶	۲۷
	آزمایش	پس آزمون	۱۰	۷/۱۳	۳/۰۹	۵	۱۷

جدول ۴: نتایج تحلیل کواریانس برای بررسی اثربخشی درمان بر متغیر منبع کنترل

منابع تغییر	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	آماره F	معناداری	مجذور اتا
اثر پیش آزمون	۱۲۵/۳۵	۱	۱۲۵/۳۵	۶۲/۰۵	۰/۰۰۰۵	۰/۳۸
اثر گروه	۵۷/۵۲	۱	۵۷/۵۲	۲۸/۴۷	۰/۰۰۰۵	۰/۵۹
خطا	۳۶/۳۸	۱۸	۲/۰۲	-	-	-
کل	۲۴۸۲	۱۹	-	-	-	-

همانگونه که در جدول ۴ مشاهده می‌شود، درمان مبتنی بر الگوی ماتریکس می‌تواند منبع کنترل معتادان به شیشه را از بیرونی به درونی تغییر دهد.

برای بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر الگوی ماتریکس در کاهش گرایش به مصرف مواد در سوء مصرف کنندگان شیشه از تحلیل کواریانس تک متغیری به شرح جدول ۵ استفاده شد. قبل از انجام تحلیل مفروضه‌های یکسانی واریانس‌ها و نرمال بودن توزیع به ترتیب با استفاده از آزمون‌های لون و شاپیرو و ویلکز بررسی شد که نتایج نشان داد این مفروضه‌ها برقرار می‌باشند.

۱۸۱

181

جدول ۵: نتایج تحلیل کواریانس برای بررسی اثربخشی درمان بر کاهش نمرات گرایش به مصرف مواد

منابع تغییر	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	آماره F	معناداری	مجذور اتا
اثر پیش آزمون	۱۹۰۷/۱۹	۱	۱۹۰۷/۱۹	۸۰/۱۰	۰/۰۰۰۵	۰/۵۸
اثر گروه	۲۰۳/۴۲	۱	۲۰۳/۴۲	۶/۹۲	۰/۰۰۱	۰/۵۱
خطا	۵۲۸/۷۳	۱۸	۲۹/۳۷	-	-	-
کل	۹۲۰۵/۲۳	۱۹	-	-	-	-

همانگونه که در جدول ۵ مشاهده می‌شود، درمان مبتنی بر الگوی ماتریکس می‌تواند گرایش معتادان به مصرف شیشه را کاهش دهد.

برای بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر الگوی ماتریکس بر کاهش مولفه‌های ولع مصرف از تحلیل کواریانس چندمتغیری استفاده شد. برای بررسی مفروضه برابری ماتریس واریانس-کواریانس در متغیرهای وابسته در بین گروه‌ها از آزمون باکس استفاده شد که نتایج نشان داد این مفروضه برقرار است ($P > 0/05$). برای بررسی مفروضه همگنی واریانس‌های خطا از آزمون لون استفاده شد که نتایج نشان داد مقدار واریانس‌های خطا در مورد داده‌های مولفه‌های ولع مصرف مواد در مراحل مختلف آزمایش در شرکت کنندگان

متفاوت نیست ($P > 0/05$). نتایج تحلیل کواریانس چندمتغیری نشان داد ترکیب خطی مولفه‌ها در دو گروه تفاوت دارد ($F = 5/025$, $P < 0/05$, اندازه اثر $= 0/10$) = اندازه اثر (لامبدای ویلکز). برای بررسی الگوهای تفاوت از تحلیل کواریانس تک متغیری به شرح جدول ۶ استفاده شد.

جدول ۶: نتایج تحلیل کواریانس تک متغیری برای بررسی الگوهای تفاوت درمان بر مولفه‌های ولع مصرف

مولفه‌ها	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	آماره F	معناداری	اندازه اثر
تمایل و قصد مصرف	۰/۷۹۷	۱	۰/۷۹۷	۵/۳۱	۰/۰۱	۰/۱۲
تقویت منفی	۳/۵۳۲	۱	۳/۵۳۲	۱۱/۳۹	۰/۰۰۰۵	۰/۳۱
لذت و شدت فقدان کنترل	۰/۹۷۶	۱	۰/۹۷۶	۵/۱۳	۰/۰۱	۰/۱۱

همانگونه که در جدول ۶ مشاهده می‌شود، در تمام مولفه‌ها درمان مبتنی بر الگوی ماتریکس، باعث کاهش نمرات شده است.

بحث و نتیجه گیری

در این پژوهش نتیجه گرفته شد که درمان مبتنی بر الگوی ماتریکس در تغییر منبع کنترل سوء مصرف کنندگان شیشه موثر است. این یافته با نتایج پژوهش‌های باری^۱ (۲۰۱۵) و اصغری، کردمیزرا و احمدی (۱۳۹۱) و ساویل (۲۰۱۶) همسو می‌باشد. از آن جایی که اکثر مصرف کنندگان 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 مصرف مواد مخدر نداشتند و با عنایت به این که الگوی ماتریکس یک روش درمانی سرپایی، فشرده، چند وجهی، و دارای یک ساختار بسیار منظم می‌باشد که برای فرد و خانواده برنامه‌ریزی می‌شود و در آن مهارت‌هایی آموزش داده می‌شود که توانایی درونی فرد را برای مقابله با این احساسات ناخوشایند و مواجهه با عوامل درونی و بیرونی برانگیزاننده مصرف مواد افزایش می‌دهد، یک روش درمانی مناسب برای درمان اعتیاد به انواع مواد محرک، حشیش و الکل محسوب می‌شود. بر این اساس آموزش مهارت‌ها با

روش ماتریکس، باعث افزایش کنترل بر عواطف دردناک شده و بر تکنیک‌هایی توجه می‌کند که میل به مصرف مواد را شناسایی و با آن‌ها مقابله می‌کنند. این برنامه‌ها شامل یک مدل بسیار عالی است که شرکت‌کنندگان می‌توانند تحمل در برابر سایر عواطف منفی شدید نظیر افسردگی یا خشم را یاد بگیرند. در واقع، بسیاری از درمانگران اعتیاد، ویژگی‌های مهم روش درمانی الگوی ماتریکس را با هم ترکیب می‌کنند تا روش مفیدی را برای تغییر رفتار افراد معتاد به وجود آورند. این افراد با استفاده از این روش درمانی، بر هدف‌های روشنی برای تغییر دادن تعبیر افراد از موقعیت آن‌ها، تأکید می‌کنند. این درمانگران، سعی می‌کنند به درمانجویان کمک کنند، مشکلات جدی را از مشکلات خیالی یا اغراق‌آمیز متمایز کنند. آن‌ها به درمانجویان کمک می‌کنند تا برداشت‌های خود را از رویدادهای گذشته، مسائل جاری و احتمالات آینده تغییر دهند و بتوانند کنترل خود را بر شناخت‌ها، عواطف و رفتارهای‌شان بیشتر گسترش دهند. از طرفی تغییر نگرش، نوعی توانایی در کنترل هیجانات و مهار آن‌ها محسوب می‌شود و آموزش مهارت‌های روانی به روش ماتریکس با ترکیب فنون شناختی و رفتاری می‌تواند توانایی شناختی افراد را در مقابله با موقعیت‌های خطرآفرین بالا ببرد و مهارت‌های رفتاری لازم را در مواجهه با چنین موقعیت‌هایی فراهم آورد. افزون بر این در بخشی از تمرینات روش درمانی ماتریکس بر تغییر واژگان منفی و ناکارآمد ذهنی معتادان مانند "نمی‌توانم اعتیاد را ترک کنم، نمی‌شود..... یا دیگران نمی‌گذارند....." کار می‌شود و سعی بر آن است که این واژگان به "خودم می‌خواهم یا نمی‌خواهم....." تبدیل شوند. این تغییر احتمالاً به بهبود سطح توانمندسازی درونی شرکت‌کنندگان و افزایش تمرکز بر نقش خود در گرایش به اعتیاد منجر می‌شود و در نهایت منبع کنترل شرکت‌کنندگان بیشتر به سمت درونی تغییر پیدا می‌کند. همچنین نتایج این پژوهش نشان داد که درمان مبتنی بر الگوی ماتریکس، ولع و گرایش به مصرف مواد را در سوءمصرف‌کنندگان شیشه کاهش می‌دهد. این نتایج با نتایج پژوهش‌های تاجری، احمدی و جمهری (۱۳۹۰)، فرنام (۱۳۹۰)، اورکی (۱۳۹۰)، حدادی، مطلق، کشاورز گرامی، کمالی (۱۳۹۳)، اصغری و همکاران (۱۳۹۱)، روزنبرگ^۱

(۲۰۱۴) و بک (۲۰۰۸) همسو می‌باشد. حدادی و همکاران (۱۳۹۳) در پژوهشی با عنوان مقایسه پیامدهای درمانی روش ماتریکس بر شدت اعتیاد و سلامت روان زنان و مردان سوء مصرف کننده مت‌آمفتامین بر روی ۹۱ بیمار پذیرفته شده در مراکز درمانی نگهدارنده که شرایط حضور در پژوهش را دارا بودند و به‌طور تصادفی انتخاب و در دو گروه جداگانه بر حسب جنسیت (گروه مردان ۴۸ نفر و گروه زنان ۴۳ نفر) جایگزین شده بودند، به این نتیجه رسیدند که تفاوت معناداری در هیچ کدام از خرده‌مقیاس‌های شدت اعتیاد بین زنان و مردان مصرف کننده شیشه پس از درمان مشاهده نشد اما این تفاوت در نمرات سلامت روانی مشاهده شد. افسردگی زنان در مقایسه با مردان کاهش بیشتری داشته و اضطراب مردان در مقایسه با زنان کاهش بیشتری داشت. همچنین نتیجه گرفته شد که درمان ماتریکس در کاهش گرایش به مصرف شیشه موثر است.

آنچه در مورد تبیین تاثیر درمان مبتنی بر الگوی ماتریکس، در کاهش ولع و گرایش به مصرف مواد در سوء مصرف کنندگان شیشه می‌توان به آن اشاره کرد؛ این است که در جلسات درمانی به روش ماتریکس نه تنها باورهای غیرمنطقی و اغراق آمیز شده به چالش کشیده می‌شود؛ بلکه فرد مسلح به فنون مهارت‌های رفتاری و مقابله‌ای مانند آرامش عضلانی، مهارت‌های حل مسئله و جرأت‌ورزی می‌شود. بنابراین از یک طرف افکار خودآیند منفی افراد، به افکار هدفمندی که با واقعیت عینی سازگاری بیشتری دارد، تبدیل می‌شوند و پردازش شناختی آن‌ها منطقی تر می‌شود و خطاهای شناختی اغراق آمیز کم رنگ می‌شود. از طرف دیگر، افراد با استفاده از تکالیف خانگی سازمان یافته و ارائه بازخوردهای لازم، فنون رفتاری را فرا گرفته و در محیط‌های طبیعی زندگی آن‌ها را به کار می‌گیرند. همچنین از بین رویکردهای روانی- اجتماعی که در زمینه درمان سوء مصرف مواد ارزیابی شده‌اند، امروزه روش درمانی ماتریکس حمایت تجربی بالایی به دست آورده است. برای مثال راوسون و همکاران (۲۰۱۴) درمان به روش ماتریکس را با یک روان درمانی دیگر، یعنی روان درمانی بین فردی در بیماران کوکائینی مقایسه کردند. در این مطالعه ۱۲ هفته‌ای سرپایی، ۴۲ شرکت کننده که وابسته به کوکائین شناخته شدند، به‌طور تصادفی در دو گروه قرار گرفتند. یک گروه آزمایشی در معرض درمان به روش

ماتریکس و گروه دیگر آزمایشی، در معرض روان درمانی بین فردی قرار گرفتند. نسبت بیمارانی که درمان را تا پایان دنبال کردند، در درمان روش ماتریکس بیشتر از روان درمانی بین فردی بود (۶۷٪ در برابر ۳۸٪). بیمارانی که سه هفته یا بیشتر، پرهیز از مواد کردند، در روش درمان روش ماتریکس بیشتر از روان درمانی بین فردی بود (۴۳٪ در برابر ۱۹٪). این یافته‌ها نشان می‌دهند که سوء مصرف کنندگان، از ساختار و جنبه‌های رهنمودی در مان روش ماتریکس بیشتر می‌توانند سود ببرند. در نتیجه در پژوهش حاضر چون مصرف کنندگان شیشه همگی تا جلسه آخر حضور داشتند، مهارت‌های آموزش داده شده بر روی آن‌ها تاثیر گذاشته و احتمالاً تمرین‌ها و تکالیف را به خوبی انجام داده‌اند که در نهایت موجب شده ولع و گرایش به مصرف شیشه در آنان کاهش یابد.

همچنین می‌توان گفت که اگر بپذیریم رفتار انسان از نگرش‌های او نشأت می‌گیرد و باورهای افراد و حتی میزان حس ارزشمندی که انسان برای خود قائل است، روی واکنش‌های افراد به موقعیت‌های محیطی در زندگی آن‌ها اثر می‌گذارد، با توجه به این که سوآرز و مولینز^۱ (۲۰۰۸) معتقدند که سطح نگرش‌ها و استقلال شناختی (عدم وابستگی شناختی و خودمحوری در تفکر) در سوء مصرف کنندگان مواد پایین است، و چون روش درمانی ماتریکس در یادگیری و تمرین راهبردهای شناختی خاص برای کسب کنترل و قطع مصرف مواد مخدر بیشتر تأکید می‌گردد و سعی در تغییر و اصلاح باورهای ناکارآمد آنان دارد، به این دلیل روش درمانی ماتریکس توانسته در کاهش ولع و گرایش به مصرف شیشه تاثیرگذار باشد. در این راهبرد ضمن آموزش مهارت‌های لازم به افراد در جهت ارتقای آگاهی و توانایی مقابله با شرایط کشاننده به سمت اعتیاد، منجر به ایجاد نگرش منفی در آن‌ها نسبت به اعتیاد می‌گردد. در نتیجه عقاید مثبت مرتبط با اعتیاد تغییر خواهد نمود که یکی از مفاهیم اساسی در جلسات آموزش روش ماتریکس می‌باشد. به طور کلی نتایج به دست آمده از این پژوهش با یافته‌های دیگر هماهنگ است. از این رو بر مبنای نتایج این پژوهش و سایر پژوهش‌های انجام شده و با در نظر گرفتن پیشینه نظری این

تحقیق می توان تأثیر مداخله‌های درمانی به روش ماتریکس را در تغییر منبع کنترل و کاهش ولع مصرف و گرایش به مصرف شیشه تأیید نمود.

با توجه به این که معتادان به شیشه، افرادی بسیار کم حوصله و بی‌طاقت هستند و معمولاً درمان و تغییر زود هنگام را انتظار دارند، روش درمانی ماتریکس که نسبتاً طولانی است برای این دسته از افراد با محدودیت مواجه شد. پیشنهاد می‌شود الگوی ماتریکس به عنوان یک روش آموزشی-درمانی مناسب برای تغییر منبع کنترل و کاهش ولع مصرف و تمایل به مصرف در سوء مصرف کنندگان شیشه به کار گرفته شود و در پژوهش‌های بعدی تأثیر الگوی ماتریکس بر توانمندسازی روان‌شناختی سایر گروه‌های معتادان مورد مطالعه قرار گیرد.

منابع

ابهری، منصوره (۱۳۸۸). مقایسه سبک اسناد در جوانان معتاد و غیر معتاد شهر یزد. *فصلنامه اعتیاد پژوهی*، ۱(۳)، ۱۴۸-۱۳۳.

اصغری، فرهاد؛ کردمیرزا نیکوزاده، عزت‌اله؛ احمدی، لیلا (۱۳۹۱). رابطه نگرش مذهبی، منبع کنترل و گرایش به سوء مصرف مواد در دانشجویان. *فصلنامه اعتیاد پژوهی*، ۷(۲۵)، ۱۱۲-۱۰۳.

افشار، سارا؛ صدیقی ارفعی؛ جعفری، اصغر؛ محمدی، حسین (۱۳۹۴). رابطه بین عوامل هوش معنوی و گرایش به اعتیاد و مقایسه آن بین دانشجویان دختر و پسر. *مجله پژوهش در دین و سلامت*، ۱(۲)، ۱۸-۱۰.

اورکی، محمد (۱۳۹۰). بررسی رابطه خشم، خودکارآمدی، مهارت‌های مقابله‌ای و میل به مصرف مواد در گروهی از درمان‌جویان وابسته به مواد مخدر افیونی. *فصلنامه اعتیاد پژوهی*، ۵(۱۸)، ۵۴-۳۹.

بک، آرون (۱۹۹۴). *شناخت درمانی و مشکلات روانی*. ترجمه مهدی قرچه‌داغی (۱۳۸۰). تهران: انتشارات درسا.

تاجری، بیوک؛ احمدی، حامد؛ و جمهری، فرهاد (۱۳۹۰). بررسی تأثیر درمان شناختی رفتاری بر پرهیز، وسوسه، عود، تغییر نگرش معتادان به شیشه. *فصلنامه اعتیاد پژوهی*، ۶(۲۲)، ۸۵-۷۵.

حدادی، روح الله؛ مطلق، نفیسه؛ کشاورز گرامی، قاسم؛ کمالی، زینب (۱۳۹۳). مقایسه پیامدهای درمانی روش ماتریکس بر شدت اعتیاد در سلامت روان زنان و مواد سوء مصرف مت آمفتامین.

فصلنامه اعتیاد پژوهی، ۸(۳۱)، ۵۸-۶۹.

شهبابی، روح الله (۱۳۸۷). بررسی رابطه بین ریخت شخصیتی و دینداری با گرایش به مصرف مواد مخدر در دانشجویان دانشگاه های دولتی شهر تهران. پایان نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه تهران.

طالب پور، اکبر (۱۳۸۹). بررسی تأثیر آموزش شناختی بر منبع کنترل، انگیزش پیشرفت و عملکرد تحصیلی دانش آموزان شاهد مقطع متوسطه در شاهین شهر. پایان نامه کارشناسی ارشد. دانشگاه اصفهان.

علیزاده، آناهیتا (۱۳۹۲). ترکیب دارودرمانی و مصاحبه انگیزشی روی ولع مصرف معتادان. پایان نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه آزاد اسلامی واحد ابهر.

فرجاد، محمد حسین (۱۳۸۵). آسیب شناسی و کجروی های اجتماعی. تهران: انتشارات قوه قضاییه. فرنام، علی (۱۳۹۰). اثربخشی مدل ماتریکس در پیشگیری از بازگشت و افزایش مهارت های مقابله

ای در افراد وابسته به مواد افیونی. فصلنامه اعتیاد پژوهی، ۷(۲۵)، ۳۸-۲۵.

کارخانه، رکسانا (۱۳۹۱). الگوی ماتریکس در درمان اعتیاد. تهران: انتشارات رشد.

کفراشی، سعید (۱۳۸۹). ماتریکس. تهران: نشر طیب.

محمدی، شیرین (۱۳۹۳). رابطه مکانیزم های دفاعی و خودپنداره با گرایش به اعتیاد مصرف مواد مخدر صنعتی در جوانان. پایان نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه آزاد اسلامی واحد ابهر.

میرحسامی، شریف (۱۳۸۸). بررسی نقش خانواده در گرایش جوانان و نوجوانان به اعتیاد. پایان نامه کارشناسی، دانشگاه پیام نور.

نارنجی ها، هومان (۱۳۸۸). ارزیابی سریع وضعیت سوء مصرف و وابستگی به مواد در ایران. تهران:

دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی، مرکز تحقیقات سوء مصرف و وابستگی به مواد.

نیک فرجام، علی؛ ممتازی، سعید؛ جعفری، سارا؛ و خسروی، ناصر (۱۳۹۱). علم اعتیاد مواد، مغز و رفتار. تهران: انتشارات سپید برگ .

Bari, H. (2015). *Information Seeking Communication Behavior: Effects of the Internet on Research Activities*. Ph. D. Dissertation, the University Of New South Wales, Australia.

Bava, S., Jacobus, J., Mahmood, O., Yang, T. T., Tapert, S. F. (2011). Neuro cognitive correlates of white matter quality in adolescent substance users. *Brain and Cognition*, 72(3), 347-354.

- Evren, C., Cagil, D., Ulku, M., Ozcetinkaya, S., Gokalp, P., Cetin, T., Yigiter, S. (2014). Relationship between defense styles, alexithymia, and personality in alcohol-dependent inpatients. *Comprehensive Psychiatry*, 53(6), 860-867.
- Grebot, E., & Davdard, Y. (2010). Cognitive Schemas addictive beliefs in cannabis addiction young addiction. *French psychology*, 55(2), 373-387.
- Linton, M. J. (2008). *Overcoming Problematic Alcoholic and Drug Use: A guide for Beginning the People Recover*. The Guilford Publication. Inc. USA.
- Margolin, A., Beitel, M., Oliver, Z. S., & Avants, K. (2009). A controlled study of a spirituality focused intervention for increasing motivation for HIV prevention among drug younger. *Aids Education of prevention*, 13(2), 199-211.
- Rawson, R., Shoptaw, S. J., Obert, J. L., McCann, M. J., Hasson, A. L., Marinelli-Casey, & Ling, W. (2014). An intensive outpatient approach for cocaine abuse: The Matrix model. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 12(2), 117-127.
- Rosenberg, H. (2014). Clinical and laboratory assessment of the subjective experience drug craving. *Clinical Psychology Review*, 29(6), 519- 534.
- Sawill, L. (2016). An Exploratory Study of Contextual and Situational Factors Related to Methamphetamine Use among gay and bisexual Men in New York City. *Journal of drug issues*, 30(2), 413-432.
- Simons, M. P. (2009). *Practicing Harm Reduction Psychotherapy: An Alternative Approach to Addictions*. New York, NY: Guilford Press.
- Suarez, M., & Mullins, S. (2008). Motivational Interviewing and pediatric health behavior interventions. *Journal Behavior Pediatric*, 29(3), 417-428.
- UNODC. (2008). *word drug report*. United Nations publications.
- Verdejo, A., Toribio, I., Orozco, C., Puente, K. L., Perez- Garcia, M. (2005). Neuropsychological functioning in methadone maintenance patients versus abstinent heroin abusers. *Drug Alcohol Depend*, 78(2), 283° 288.
- Wegtanga, S. K., Khalkitis, P. N., Fischgrund, B. N., & Parsons, J. T. (2004). *Explanations for Methamphetamine Use among Gay and Bisexual Men in New York City*. Subset Use Misuse.