

مقایسه اثربخشی درمان چند وجهی لازاروس و درمان ماتریکس بر شاخص‌های درمان سوء مصرف مواد مخدر*

نیره خدابخشی^۱، الهام فروزنده^۲

تاریخ دریافت: ۱۴۰۰/۰۴/۰۲ تاریخ پذیرش: ۱۴۰۱/۰۳/۱۴

چکیده

هدف: هدف پژوهش حاضر مقایسه اثربخشی درمان چندوجهی لازاروس و درمان ماتریکس بر شاخص‌های درمان سوء مصرف مواد مخدر بود. **روش:** روش پژوهش از نوع نیمه آزمایشی (پیش آزمون- پس آزمون) و جامعه آماری شامل همه معتادان تحت درمان شهر اصفهان در سال ۱۳۹۹ بودند که از بین آن‌ها، ۴۵ نفر به شیوه‌ی در دسترس انتخاب و به صورت تصادفی در سه گروه قرار داده شدند. ابزار گردآوری شامل مقیاس خلق مثبت- منفی، پرسشنامه اهداف شخصی، پرسشنامه سنجش و سوسه مصرف مواد پس از ترک و آزمون تفکرات غیرمنطقی بود. داده‌های به دست آمده با روش تحلیل کوواریانس چندمتغیره تجزیه و تحلیل گردید. **یافته‌ها:** نتایج نشان داد که درمان چندوجهی لازاروس باعث بهبود در همه شاخص‌های درمان به جز و سوسه‌ی مصرف مجدد و درمان ماتریکس باعث بهبود در همه شاخص‌ها به جز تفکر غیرمنطقی توقع تأیید از دیگران و سوسه‌ی مصرف مجدد شده است. نتایج همچنین نشان داد که بین میانگین گروه درمان چندوجهی لازاروس و میانگین گروه درمان ماتریکس در خلق مثبت، خلق منفی، تفکر غیرمنطقی درماندگی در برابر تغییر، تفکر غیرمنطقی توقع تأیید از دیگران، تفکر غیرمنطقی اجتناب از مشکل و تفکر غیرمنطقی بی‌مسئولیتی هیجانی تفاوت معنی‌داری به نفع گروه درمان چندوجهی لازاروس وجود دارد. در حالی که بین میانگین گروه درمان چندوجهی لازاروس و گروه درمان ماتریکس در انگیزش انطباقی و سوسه‌ی مصرف مجدد تفاوت معنی‌داری وجود ندارد. **نتیجه‌گیری:** در نتیجه پیشنهاد می‌شود که روان‌شناسان مراکز ترک اعتیاد از روش درمان چندوجهی لازاروس بر حسب متغیرهای مورد بررسی، استفاده نمایند.

کلیدواژه‌ها: شاخص‌های درمان سوء مصرف مواد، درمان چندوجهی لازاروس، درمان ماتریکس

* این مقاله برگرفته از پایان نامه کارشناسی ارشد نویسنده اول در دانشگاه آزاد اسلامی نائین می باشد.

۱. گروه روانشناسی، واحد نائین، دانشگاه آزاد اسلامی، نائین، ایران

۲. نویسنده مسئول: گروه روانشناسی، واحد نائین، دانشگاه آزاد اسلامی، نائین، ایران. پست الکترونیک:

Elham_for@yahoo.com

مقدمه

سوء مصرف مواد به عنوان یکی از مهم ترین مشکلات اجتماعی در جامعه است که با مسائل زیادی در حوزه های پزشکی، روان پزشکی، خانوادگی، شغلی، قانونی، مالی و معنوی همراه است. سوء مصرف مواد نه تنها زندگی فرد را تحت الشعاع قرار می دهد؛ بلکه ناراحتی های زیادی را برای خانواده و جامعه ایجاد کرده و بار زیادی را به آن ها تحمیل می کند (فرنام، ۱۳۹۲). اختلالات مصرف مواد از شایع ترین و پرهزینه ترین مشکلات سلامتی در جهان کنونی است (طاهری فرد، بشرپور، حاجلو و نریمانی، ۱۴۰۰). در سال ۲۰۱۷، حدود ۲۷۱ میلیون نفر، به عبارتی ۵/۵ درصد از جمعیت جهان در محدوده سنی ۱۵-۶۴ سال، مواد مخدر مصرف کرده بودند (ابازید، ابو-ایسبا، ابو فرها و ال-جوما، ۲۰۲۰). یک بررسی طولانی مدت نشان می دهد که تعداد افرادی که مواد مصرف می کنند هم اکنون ۳۰ درصد بیشتر از سال ۲۰۰۹ است (شرستا، تیواری، کوشواها، بهاتارایی و راج، ۲۰۲۰). به دلیل همین روند رو به رشد، تاکنون برای درمان سوء مصرف مواد روش های درمانی متعددی به کار برده شده است؛ اما آنچه مسلم است این است که پس از مدتی، فرد معتاد با وجود اینکه دیگر وابستگی جسمی خود را به مواد از دست داده است، دوباره به مصرف آن روی می آورد، همان پدیده ای که عود نامیده می شود (پاثاک و ساکسنا، ۲۰۱۹). ملامیس^۵ (۲۰۱۵)، احتمال بازگشت (عود) به مواد مخدر را در خوش بینانه ترین حالت تا ۵۰ درصد پیش بینی کرده است و به نظر وی این احتمال تا ۹۰ درصد متغیر است. با توجه به این موارد در حال حاضر، پیشگیری از عود یکی از چالش های اصلی درمانگران و افراد وابسته به مواد است. عوامل و ویژگی های مختلفی وجود دارد که زمینه ساز عود و بازگشت مجدد فرد به مصرف مواد می گردد. با بررسی یافته های مطالعات قبلی، آنچه در این پژوهش مورد توجه قرار گرفته است عبارت اند از ۱) حساسیت نسبت به احساسات و عواطف ناخوشایند برای تغییرات طبیعی و دوره ای (خلق منفی) ۲)

1. Abazid, Abou-Isba, Abu Farha & Al-Jomaa
2. Shrestha, Tiwari, Kushwaha, Bhattarai & Raj

3. Recurrence
4. Pathak & Saxena
5. Melemis

انگیزش ضعیف برای کنترل رفتار؛ به طوری که ارضای فوری نیاز ارزش بسیار بالایی دارد (ساختار انگیزشی غیر انطباقی) (۳) باورهای غیرمنطقی و ناکارآمد.

اغلب مصرف کنندگان مواد، دلیل مصرف خود را کاهش یا کنترل ملال و افزایش تجارب عاطفی مثبت، ذکر می کنند (ککس و کلینگر^۱، ۲۰۰۴). یافته های ککس و کلینگر (۲۰۱۱) نشان می دهد که اگرچه مصرف الکل و سایر مواد، ممکن است فشار عاطفی وقایع ناخوشایند را تعدیل کند، اما استفاده مکرر مواد به عنوان تنها راه حل اساسی مشکلات در بیشتر موقعیت ها، در نهایت به دو نتیجه گیری می انجامد که عبارت اند از: (الف) در اثر افزایش ارزش نسبی مشوقی مواد، خلق مثبت ناشی از مشوق های غیر دارویی نادیده گرفته می شود؛ و (ب) خلق منفی تعدیل شده با مصرف مواد در هنگام مشکلات در مقابل خلق منفی شدید در غیاب مواد، به افزایش مصرف دائمی مواد منجر می شود. بر اساس نظریات شناختی و رفتاری در روان شناسی، خلق منفی می تواند متأثر از تفکر غلط فرد درباره وقایع باشد. ایس معتقد است که در افراد سوء مصرف کننده مواد، باورهای غیرمنطقی خاصی وجود دارند که به تحمل پایین ناکامی و احساس آشفتگی منجر می شوند. این باورها احساس ناامیدی و خشم به دنبال دارند (ایستون، کران و مندل^۲، ۲۰۱۸). خلق منفی را می توان در رابطه با ساختار انگیزشی فرد نیز بررسی کرد. مطابق با الگوی مشوقی انگیزشی، یک رابطه چرخه ای بین خلق منفی و مصرف مواد وجود دارد (گومز-کرونادو^۳ و همکاران، ۲۰۱۸). در روان شناسی، فرایندهایی که تلاش برای رسیدن به هدف را میسر می سازند، انگیزش نامیده می شوند. تغییر احساسی یک مفهوم انگیزشی مهم است، زیرا چیزی است که انسان ها برای رسیدن به آن دارای انگیزه قوی هستند. انگیزه ها ممکن است مثبت (چیزهایی که افراد می خواهند آن ها را به دست آورند) یا منفی (چیزهایی که افراد از آن ها اجتناب می کنند) باشند (بجورک، استراب، پروست و نیال^۴، ۲۰۱۷).

با توجه به ماهیت چندوجهی، مزمن و عودکننده سوء مصرف مواد که کیفیت زندگی افراد را تا حد زیادی کاهش می دهد، لذا می بایست از رویکردهایی مدد جست که تمامی

وجوه پیچیده انسان را در امر درمان و پیشگیری از عود، در برگیرد؛ بنابراین لزوم استفاده از رویکردهای التقاطی امری لازم در این خصوص به نظر می‌رسد. در میان رویکرد التقاطی گوناگونی که مطرح گردیده‌اند، دو درمان ماتریکس^۱ و درمان چندوجهی لازاروس^۲ مدنظر پژوهشگر قرار گرفته است.

برنامه درمانی ماتریکس که به نوعی در برخی مراکز درمانی تبدیل به پروتکل درمان مواد محرک شده، مداخله‌ای منسجم و ساختاری است که برای سوء مصرف کنندگان مواد اجرا می‌شود (اوجی، حیدری، بختیارپور و سراج خرمی، ۱۳۹۸). درمان ماتریکس به این مسئله می‌پردازد که با توجه به اینکه سوء مصرف کنندگان و استفاده کنندگان از مواد محرک گروه ناهمگنی را تشکیل می‌دهند و یا با طیف فرهنگی و خانوادگی وسیعی از مشکلات به درمانگر مراجعه می‌کنند؛ آموزش مهارت‌ها باید با توجه به ویژگی‌های فردی افراد باشد و آموزش متناسب هر کدام از مراجعان از اهمیت بالایی برخوردار است (سامی، عفت پناه، مرادی و مساح، ۱۳۹۶). به منظور تقویت و توسعه دامنه سبک مقابله‌ای فرد، مهارت‌های درون فردی (مانند مقابله با میل مصرف مواد) و مهارت‌های بین فردی (مانند دوری از عرضه کنندگان مواد) به افراد آموزش داده می‌شود. بیماران این مهارت‌ها را هم به منزله راهبردهای خاص (قابل استفاده در اینجا و اکنون برای یاد، کنترل مصرف مواد) و هم به منزله راهبردهای عمومی و فراگیر که در مورد طیف وسیعی از مشکلات قابل استفاده است، به کار می‌برند. هدف درمان فقط کمک به بیمار در کاهش و یا ترک مصرف مواد در جریان درمان نیست، بلکه درمان ماتریکس مهارت‌هایی را به افراد آموزش می‌دهد که حتی مدت‌ها پس از ختم درمان نیز برای، او مفید خواهند بود (کمپ^۳ و همکاران، ۲۰۱۹). افراد در حال بهبودی با فراگیری مهارت‌های امتناع از پذیرش مواد، حل مسئله، کنترل خشم، ارتباط مؤثر 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 می‌کند در کوتاه‌مدت توجه خود را از افکار

1. matrixtherapy
2. Multimodal therapy Lazarus

3. Kamp

برانگیزاننده مواد دور سازند و در درازمدت نیز با افکار به چالش برخیزد (ابهر زنجانی، توزنده جانی و امیری، ۱۳۹۹).

در صورتی که در درمان چندوجهی لازاروس هر یک از هفت حوزه مهم در یک فرد شامل: رفتار^۱، عاطفه^۲، حواس^۳، تخیل یا تصویرسازی ذهنی^۴، شناخت^۵، روابط بین فردی^۶ و داروها/زیست شناسی^۷ بررسی می گردد. در فرآیند درمان، باید به این وجوه توجه کرده و درمان بر اساس نیمرخ حاصل از این وجوه، در پیش گرفته شود (رحیمیان بوگر و شاره، ۱۳۸۶). همچنین توجه به این امر نیز ضروری می نماید که رویکرد چندوجهی لازاروس به طور کلی، یک رویکرد آموزشی- مشاوره‌ای است و بیشتر از روش‌های مستقیم و رهنمودی برای مداخله بهره می جوید (ماهوری، اقدسی و میرمحمود، ۱۳۹۸). با توجه به اینکه مؤلفه‌ی اساسی شناخت (افکار)، عواطف (احساسات) و رفتار (عملکرد) در شخصیت افراد نقش حیاتی دارد و ایجاد تعادل بین آن‌ها باعث بهتر شدن سلامت روان می شود و آموزش گروهی مبتنی بر رویکرد چندوجهی لازاروس نیز دارای ماهیت چندبعدی است که همه این مؤلفه‌ها را در برمی گیرد، می تواند به افراد کمک کند که با بررسی افکار و شناخت منطقی و غیرمنطقی خود و تأثیر آن بر احساس و افکار و عواطف، هیجان خود را سازمان دهی کنند و در کاهش رفتارهای ناسالم ناشی از سوء مصرف مواد، بهتر عمل کنند؛ بنابراین با توجه به اینکه درمان چندوجهی لازاروس یک رویکرد کل نگر و سیستماتیک و جامع است که به دنبال تغییرات پایدار با یک شیوه انسانی و کارآمد است، در پژوهش حاضر مورد بررسی قرار گرفته شده است. همچنین از آنجایی که درمان ماتریکس نیز به خاطر التقاطی بودن و تأکید بر جنبه‌های گوناگونی به طور هم‌زمان در چند سال اخیر در مراکز و کارگاه‌های ترک اعتیاد مورد توجه بسیاری از متخصصان قرار گرفته است. بنابراین با توجه به کاربردی بودن درمان ماتریکس و جامع بودن رویکرد

1. behavior
2. affection
3. senses
4. imagination

5. cognition
6. interpersonal
7. drugs

چندوجهی لازاروس، در پژوهش حاضر این دو درمان با یکدیگر مورد مقایسه قرار گرفتند.

علاوه بر موارد فوق، در پژوهش‌های گوناگونی به اثربخشی این دو درمان به طور جداگانه پرداخته شده است؛ به طور نمونه آریان^۱ و همکاران (۲۰۲۰) در مطالعه‌ای تحت عنوان مقایسه اثر درمانی متیل فنیدیت و درمان مدل ماتریکس بر شدت اعتیاد، ولع مصرف، عود و سلامت روان در افرادی که از مت‌آمفتامین استفاده می‌کنند، بیان کردند که درمان مدل ماتریکس همراه با درمان متیل فنیدیت، ولع مصرف و شدت اعتیاد را به طور معنی‌داری کاهش و سلامت روان را افزایش دادند. سیرونگواتاناکول^۲ (۲۰۱۹) در پژوهشی با عنوان اثربخشی عوامل مؤثر بر برنامه ماتریکس اصلاح‌شده بر معتادان به مواد مخدر نشان دادند که برنامه ماتریکس در افرادی که در ترک اعتیاد به روش‌های دیگر شکست خورده‌اند اثرگذاری بالایی داشته است. ابهرزنجانی و همکاران (۱۳۹۹)، در پژوهشی با عنوان اثربخشی ماتریکس درمانی یکپارچه بر کنترل خود و تنظیم عاطفی در سوءاستفاده‌کنندگان از مت‌آمفتامین نشان دادند که ماتریکس درمانی یکپارچه، باعث افزایش کنترل خود و تنظیم عاطفی در گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل شد. جعفری (۱۳۹۸) در مطالعه‌ای با عنوان اثربخشی مشاوره مبتنی بر نظریه چندوجهی لازاروس بر خودهای ممکن، منبع کنترل و ولع مصرف مواد در معتادان تحت دارودرمانی نشان داد که مشاوره مبتنی بر نظریه چندوجهی لازاروس می‌تواند با تغییر فرایند و محتوای شناخت‌ها و ارتقاء مهارت‌های شناختی، عاطفی و رفتاری بر خودهای ممکن، منبع کنترل و کاهش ولع مصرف مواد معتادان تأثیرگذار باشد. در مجموع با توجه به مطالعات انجام شده در این زمینه که به اثربخشی هر دو درمان به طور جداگانه در پژوهش‌ها اشاره کرده‌اند؛ می‌توان استنباط کرد که این دو درمان بر سوءمصرف مواد مؤثر هستند؛ اما تاکنون هیچ پژوهشی به مقایسه این دو درمان برای انتخاب بهترین، انجام نشده است. چنانچه متخصصان مشاوره و درمان اعتیاد از نتایج این قبیل تحقیقات مبنی بر میزان اثربخشی درمان‌های گوناگون آگاه باشند و از آن‌ها در اصلاح و بهبود روش‌ها و شیوه‌های مداخله و کمک به افراد معتاد و

جلوگیری از بازگشت آن‌ها بهره‌برداري کنند، در اقدامات پیشگیرانه، مشاوره‌ای، درمانی و مراقبت‌های پس از ترک و بهبودی موفق‌تر و کارآمدتر خواهند بود؛ لذا این پژوهش در راستای پاسخگویی به این سؤال پژوهشی انجام شد که آیا بین میزان اثربخشی درمان چندوجهی لازاروس با درمان ماتریکس بر بهبود تعدادی از شاخص‌های درمان سوءمصرف مواد مخدر تفاوت وجود دارد؟

روش

جامعه، نمونه و روش نمونه‌گیری

روش پژوهش نیمه آزمایشی از نوع دو گروه آزمایشی با یک گروه کنترل بود. جامعه آماری در پژوهش حاضر شامل کلیه افراد مصرف‌کننده مواد تحت درمان در اصفهان در سال ۱۳۹۹ بودند. برای تعیین حجم نمونه پژوهش، گال، بورگ و گال (۱۳۹۳) قاعده‌ای را پیشنهاد کرده‌اند که طبق آن برای پژوهش‌های آزمایشی و نیمه آزمایشی، تعداد ۱۵ تا ۲۰ نفر برای هر یک از گروه‌های آزمایش و کنترل در نظر گرفته شده است. بنابراین از این جامعه، نمونه‌ای به حجم ۴۵ نفر به روش در دسترس انتخاب و به صورت تصادفی در ۳ گروه قرار گرفتند (۱۵ نفر در گروه تحت درمان ماتریکس، ۱۵ نفر در گروه درمان چندوجهی لازاروس و ۱۵ نفر در گروه کنترل). ملاک‌های ورود عبارت بودند از: مرد بودن، داشتن حداقل سواد خواندن و نوشتن، تمایل به شرکت در جلسات و سابقه سوءمصرف مواد بیش از دو سال. همچنین ملاک‌های خروج شامل لغزش در طول درمان، بیش از دو جلسه غیبت داشتن و انجام ندادن تکالیف جلسات بود. داده‌های به دست آمده از طریق تحلیل کوواریانس چندمتغیره تجزیه و تحلیل گردید.

ابزار

۱- مقیاس عاطفه مثبت و منفی^۱: این مقیاس اولین بار توسط واتسن، کلارک و تلگان^۲ (۱۹۸۸) معرفی شد. این مقیاس حاوی ۲۰ ماده است که برای سنجش دو بعد خلقی یعنی عاطفه منفی و عاطفه مثبت طراحی شده است. هر خرده مقیاس دارای ۱۰ ماده است. از

1. Positive and Negative Affect Scales (PANAS)

2. Watson, Clark & Tellegen

شماره‌ی ۱۰-۱ خلق مثبت (علاقمندی، هوشیاری و زیرکی، ذوق‌زدگی، خوش ذوقی، نیرومندی، مصمم، متوجه و دقیق، شور و شوق، فعال، غرور و افتخار) و ۲۰-۱۱ خلق منفی (زودرنجی، پریشانی، شرمساری، ناراحتی، بی‌قراری، احساس گناه، ترس و وحشت، خصومت، عصبی، هراسان) را در بر می‌گیرد. ماده‌ها روی یک مقیاس پنج نقطه‌ای (یک = به هیچ وجه تا پنج = بسیار زیاد) رتبه‌بندی می‌شوند. از نظر ویژگی‌های روان‌سنجی (پایایی و روایی)، مقیاس خلق مثبت، خلق منفی مطلوب است. در پژوهش بخشی پور و دژکام (۱۳۸۴) پایایی به روش ضرایب همسانی درونی برای عاطفه منفی ۰/۸۷ و برای عاطفه مثبت ۰/۸۸ گزارش شده است. پایایی از راه بازآزمایی با فاصله ۸ هفته برای عاطفه منفی ۰/۷۱ و برای عاطفه مثبت ۰/۶۸ گزارش شده است. همچنین روایی این ابزار به کمک محاسبه همبستگی میان عاطفه منفی و عاطفه مثبت با برخی ابزارهای پژوهش که سازه‌های مرتبط با این دو مقیاس را می‌سنجند مانند اضطراب برآورد شده است، برای نمونه، همبستگی مقیاس خلق مثبت، خلق منفی با فهرست وارسی علایم هاپکینز، ۰/۷۲ و با مقیاس اضطراب آشکار، ۰/۳۵- گزارش شده است. ضریب پایایی پرسشنامه مذکور در پژوهش حاضر با استفاده از آلفای کرونباخ ۰/۸۲ به دست آمد.

۲- پرسشنامه اهداف شخصی^۱: این پرسشنامه فرم خلاصه شده پرسشنامه ساختار انگیزشی است که توسط ککس و کلینگر (۲۰۰۴) برای ارزیابی ساختار انگیزشی طراحی شده است و تکمیل آن در سه گام انجام می‌شود و شرکت‌کننده‌ها باید درجه‌بندی را بر اساس مقیاسی از ۰ تا ۱۰ در مورد نگرانی‌های خاص خود در ده حوزه (خانه و خانه‌داری؛ مسائل مالی، اقتصادی و شغلی؛ روابط با خانواده، بستگان و آشنایان؛ اوقات فراغت و سرگرمی؛ موضوعات مربوط به عشق؛ صمیمیت و مسایل جنسی؛ مسایل مربوط به بهداشت و سلامتی؛ تغییرات شخصی؛ مسایل مربوط به آموزش و تحصیل؛ مسائل مذهبی و معنوی؛ مصرف سیگار و سایر مواد) تعیین کنند. در این پرسشنامه از افراد خواسته می‌شود تا درباره مهم‌ترین اهداف‌شان در هر یک از حیطه‌های زندگی فکر کنند و سپس نظرات‌شان را

درباره چگونگی رسیدن به اهداف شان، نمره‌ای از صفر تا ۱۰ دهند. پس از آن که پرسشنامه تکمیل شد، می‌توان نیمرخ انگیزشی مراجع را برای هر حیطه از زندگی یا برای کل حیطه‌های زندگی تهیه کرد. در پژوهش ککس و کلینگر (۲۰۰۴) پایایی پرسشنامه با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ ۰/۹۷ گزارش شد که رضایت بخش است. ضریب پایایی پرسشنامه مذکور در پژوهش حاضر با استفاده از آلفای کرونباخ، ۰/۹۲ به دست آمد.

۳- پرسشنامه سنجش وسوسه مصرف مجدد مواد: صالحی فدردی، بر عرفان و ضیایی (۱۳۸۷) این پرسشنامه را ساختند. این مقیاس حاوی ۲۰ سؤال است که میزان افکار و خیالات مربوط به مواد و وسوسه مصرف را می‌سنجد که پس از ترک تجربه می‌شوند. نمره گذاری پرسشنامه به صورت طیف لیکرت ۶ نقطه‌ای (کاملاً درست است = ۵ تا اصلاً درست نیست = ۰) می‌باشد. بالاترین نمره ۱۰۰، به معنای تجربه‌ی زیاد حالات وسوسه و کمترین نمره صفر به معنای عدم وجود وسوسه است. برای سنجش اعتبار پرسشنامه در پژوهش فدری و همکاران (۱۳۸۷) از روش همسانی درونی استفاده شد که میزان آلفای کرونباخ برابر با ۰/۹۴ به دست آمد. ضریب پایایی پرسشنامه مذکور در پژوهش حاضر با استفاده از آلفای کرونباخ ۰/۸۷ به دست آمد.

۴- پرسشنامه تفکرات غیرمنطقی^۱: جونز^۲ (۱۹۶۹) جهت اندازه‌گیری میزان باورهای غیرمنطقی با در نظر گرفتن باورهای غیرمنطقی یازده گانه مطرح شده در نظریه الیس (۱۹۶۲) تهیه کرده است. این پرسشنامه دارای ۴۰ سؤال با طیف لیکرت ۵ گزینه‌ای از کاملاً مخالفم=۱ تا کاملاً موافقم=۵ و شامل ۴ مولفه درماندگی در برابر تغییر (سوالات ۱ تا ۱۵)، توقع تایید از دیگران (سوالات ۱۶ تا ۲۵)، اجتناب از مشکل (سوالات ۲۶ تا ۳۰) و بی‌مسئولیتی هیجانی (سوالات ۳۱ تا ۴۰) می‌باشد. جونز (۱۹۶۹) همسانی درونی عامل‌ها را بین ۰/۴۵ تا ۰/۷۲ گزارش کرد. عبادی و معتمدین (۱۳۸۴) ضریب آلفای کرونباخ این پرسشنامه را ۰/۷۵ و برای عامل‌ها به ترتیب ۰/۸۲، ۰/۸۴، ۰/۷۴ و ۰/۷۲ به دست آورده

است. ضریب پایایی پرسشنامه مذکور در پژوهش حاضر با استفاده از آلفای کرونباخ ۰/۷۶ به دست آمد.

روش اجرا

پس از تصویب طرح پژوهش، در سطح شهر اصفهان و در سه کلینیک ترک اعتیاد نمونه گیری انجام شد. افراد نمونه با در نظر گرفتن ملاک های ورود و داشتن رضایت آگاهانه برای شرکت در پژوهش انتخاب شدند. در ابتدا توضیحات کاملی به صورت کلامی و نوشتاری (از طریق پیوست کردن یک برگه راهنما همراه با پرسشنامه) در اختیار افراد قرار گرفت. این توضیحات شامل تمایل آگاهانه داشتن، اصل رازداری، اهمیت شرکت در پژوهش و اطلاعات اندکی در ارتباط با موضوع پژوهش بود. سپس پرسشنامه های مذکور به افراد داده شد و بعد به صورت تصادفی در سه گروه آزمایش ۱، آزمایش ۲ و کنترل قرار داده شدند. جلسات درمانی بر روی گروه های آزمایش اجرا شد در حالی که در این مدت گروه کنترل هیچ مداخله و آموزشی دریافت نکردند و این گروه فقط روش های دارودرمانی، مشاوره فردی و انگیزشی را دریافت کردند. سپس بعد از اتمام جلسات درمانی در پژوهش، پرسشنامه های مذکور دوباره به عنوان پس آزمون بر روی همه ی افراد شرکت کننده اجرا شد. جلسات درمانی مبتنی بر رویکرد چندوجهی لازاروس برگرفته از پژوهش جعفری (۱۳۹۸) تحت عنوان «اثربخشی مشاوره مبتنی بر نظریه چندوجهی لازاروس بر خودهای ممکن، منبع کنترل و ولع مصرف مواد در معتادان تحت دارودرمانی» در ۱۰ جلسه ۶۰ دقیقه ای به صورت هفته ای دو بار بر روی گروه آزمایش ۱ انجام شد که شرح جلسات آن در جدول ۱ آورده شده است:

جدول ۱: شرح محتوای جلسات درمان چندوجهی لازاروس (جعفری، ۱۳۹۸)

تکالیف خانگی	محتوای جلسات	جلسات
ارائه پرسشنامه	معارفه و آشنایی اعضا با رهبر و با یکدیگر، توضیح هدف تشکیل	جلسه اول
تاریخچه زندگی	جلسات مشاوره گروهی، ارائه اطلاعات مربوط به ساختار جلسات	
لازاروس به عنوان یک تکلیف خانگی.	(تعداد و طول مدت جلسات و نحوه اجرا) و مقررات جلسات گروهی (حفظ رازداری، حضور به موقع و مرتب، انجام تکالیف، شرکت فعال در بحث‌های گروهی)	
نوشتن یک نامه	ارائه توضیح مختصری در مورد روش درمان چندوجهی و ابعاد هفتگانه	جلسه دوم
خداحافظی خطاب به مواد مخدر به عنوان تکلیف خانگی.	شخصیت به اعضای گروه، پر کردن جدول BASIC-ID بر اساس اطلاعات درج شده در پرسشنامه تاریخچه زندگی اعضا توسط خودشان و تهیه نمرخ ابعادی اعضا، شروع کار با وجه دارو/ زیست شناسی با توافق اعضا، بحث و تبادل نظر اعضا درباره اثرات جسمی مواد مخدر و ارائه توصیه‌هایی برای بهبود این وجه توسط رهبر	
مطالعه بر گه ۳۷ فکر غلط به عنوان تکلیف خانگی.	پیگیری تکلیف جلسه قبل، کار بر روی بعد افکار و شناخت‌ها، ارائه توضیح مختصری درباره افکار و شناخت‌های منطقی و غیرمنطقی و تأثیر آن در احساس، رفتار و عواطف فرد و ارائه مثال از کتاب "۳۷ فکر غلط و یک عمر اعتیاد" جهت روشن شدن مطالب، تمرین اعضا درباره چگونگی جایگزینی افکار مثبت و سازنده به جای افکار مخرب، روان‌نمایشگری یکی از اعضا درباره یک تفکر منفی غالب و ارائه بازخورد از سوی اعضای دیگر، آموزش تکنیک خودگویی مثبت	جلسه سوم
انجام تمرین تن آرامی به عنوان تکلیف خانگی	ارزیابی تکلیف جلسه قبل، ارائه توضیح مختصری درباره دریافت‌های حسی و ادراکات حسی و همینطور حس‌های منفی و مثبت و ارائه مثال‌هایی از زندگی واقعی و بیان تجربیات و مشکلات مرتبط اعضا، روان‌نمایشگری یکی از اعضا و ارائه بازخورد از سوی سایر اعضای گروه، آموزش و تمرین تکنیک تن آرامی	جلسه چهارم
انجام تن آرامی با تجسم ذهنی مثبت به عنوان تکلیف خانگی	بررسی تکلیف جلسه قبل، ارائه آموزش‌هایی درباره تصویر سازی مثبت از خود و تمرکز بر نقاط مثبت خویش و تصویر سازی مقابله‌ای در شرایط مشکل و سخت، لیست کردن نقاط مثبت و توانمندی‌ها توسط اعضا، روان‌نمایشگری یکی از اعضا و اجرای فن فراقنی به آینده و تکنیک پری رؤیایی، تمرین تن آرامی همراه با تجسم ذهنی مثبت	جلسه پنجم

جدول ۱: شرح محتوای جلسات درمان چندوجهی لازاروس (جعفری، ۱۳۹۸)

تکالیف خانگی	محتوای جلسات	جلسات
نوشتن نامه	بررسی تکلیف جلسه قبل، بحث و گفتگو اعضا درباره ضرورت ابراز	جلسه
عذرخواهی به خود به عنوان تکلیف خانگی	هیجانان و شناسایی احساسات و نحوه بیان صحیح هیجاناتی مانند خشم، ایفای نقش اعضای گروه در زمینه ابراز مناسب و نامناسب خشم، اجرای تکنیک صندلی خالی توسط یکی از اعضا	ششم
حفظ شعر این موسیقی به عنوان تکلیف خانگی.	بررسی تکلیف جلسه قبل، صحبت در مورد مکانیزم شکل گیری رفتار در پی افکار، صحبت درباره رفتارهای صحیح در مقابل وسوسه مصرف، روان نمایشگری یکی از اعضا درباره جریان یکی از دفعاتی که لغزش کرده بود، تمرین رفتاری در مورد مشکل اعضا در "نه گفتن" در مقابل تعارفات مواد و رفتارهای پرخطر (مهارت ابراز وجود) و پخش موسیقی "تازه شو" در جلسه و اهداء آلبوم این موسیقی به اعضا	جلسه
سعی در بکارگیری آموخته‌های جلسه در مورد زندگی واقعی به عنوان تکلیف خانگی	بررسی تکلیف جلسه قبل، صحبت درباره تفاوت بین رفتارهای منفعلانه، پرخاشگرانه و جرأت‌مندانه، روان نمایشگری فن وارونگی نقش یا نقش معکوس و فن آینه، تمرین روش‌های برقراری ارتباط صمیمانه با اعضای خانواده	هشتم
تهیه فهرستی از الطاف و معجزه‌های خداوند در زندگی ما به عنوان تکلیف خانگی	بررسی تکلیف جلسه قبل، تاکید بر هدفمندی زندگی و مسئولیت پذیری هر فرد در برابر خدا، خود و دیگران و تأثیر شگرف معنویت در افزایش بهزیستی و سلامت روان، بحث و گفتگوی اعضا در این باره، روان نمایشگری فن فروشگاه جادو،	جلسه
-	بررسی تکلیف جلسه قبل، ارائه خلاصه‌ای از نه جلسه قبل توسط اعضا، اجرای پرسشنامه کیفیت زندگی به عنوان پس آزمون، پرسیدن نظر اعضا نسبت به کل جلسات گروه و نتایج حاصل از آن، بیان اهداف اعضا برای آینده‌شان، تشکر و قدردانی از اعضا به خاطر حضورشان در جلسات، اختتام جلسات گروه درمانی	دهم

همچنین جلسات درمانی به روش ماتریکس برگرفته از پژوهش فتاحی و میرهاشمی (۱۳۹۷) تحت عنوان «اثربخشی درمان ماتریکس بر تنظیم هیجانی بیماران وابسته به مت‌آفتامین» در طی ۱۰ جلسه، ۶۰ دقیقه‌ای (هفته‌ای دو بار) بر روی گروه آزمایش ۲ اجرا شد که شرح جلسات در جدول ۲ ارائه شده است:

جدول ۲: شرح محتوای جلسات درمان ماتریکس (فتاحی و میرهاشمی، ۱۳۹۷)

جلسات	شرح جلسات
جلسه اول: چرا مواد را ترک می‌کنم (ترازوی تغییر)	مصرف مواد برای بسیاری از مصرف‌کنندگان در ابتدا خوشایند بوده و برای آن‌ها جنبه‌های به ظاهر مثبتی دارد. پس از قطع مصرف بسیاری از این عوارض برطرف می‌شوند مثلاً ظاهر شما بهبود پیدا می‌کند و از فشار مالی کاسته خواهد شد؛ اما هم‌زمان ممکن است در کوتاه‌مدت مشکلاتی ظاهر شود مثلاً خواب یا اشتهای شما به هم بخورد. یا دچار خستگی شوید؛ بنابراین شما با قطع مصرف موادی را به دست می‌آوردید و احتمالاً برخی چیزها را از دست می‌دهید.
جلسه دوم: شروع کننده‌ها (عوامل برانگیزاننده، تلنگرها)	در مغز شما هنگام مصرف مواد، بین مواد و شروع کننده‌ها ارتباطی نزدیک شکل می‌گیرد. در نتیجه شروع کننده‌ها می‌توانند باعث فکر به مواد و وسوسه در شما شده و شمارا به سوی مصرف بکشند.
جلسه سوم: سیر بهبودی	در جریان بهبودی شما از مراحل مختلفی می‌گذرید که شاید بتوان آن‌ها را به ۴ مرحله تقسیم کرد: ۱- مرحله علائم جسمانی ۲- مرحله پرهیز اولیه یا مقدماتی. ۳- مرحله پرهیز طولانی ۴- مرحله بازگشت به زندگی روزمره.
جلسه چهارم: شروع کننده‌های بیرونی و شروع کننده‌های درونی	برخی شروع کننده‌ها بسیار جدی هستند و بیماران ابراز می‌دارند که مواجه شدن با آن‌ها بسیار خطرناک است. ۳ مورد از پرخطرترین موقعیت‌ها یعنی موقعیت‌هایی که مصرف شما در آن قطعی است و ۳ مورد از کم‌خطرترین موقعیت‌ها یعنی موقعیت‌هایی که مصرف شما در آن محال است را فهرست کنید.
جلسه پنجم: مشکلات عمده در بهبودی	اعتیاد یک بیماری مزمن و عودکننده است. بدین معنی که حتی اگر شما تصمیم قاطع به ترک گرفته‌اید، باز به سراغ شما آمده و شما را تشویق به ادامه مصرف می‌کند. لذا تصمیم جدی شما لازم ولی تضمین کافی نیست. شما و خانواده باید این نکته را بدانید. شاید همانطور که شما در خلاص شدن از فکر مواد دچار مشکل هستید، خانواده هم در رها شدن از حس بی‌اعتمادی دچار مشکل هستند.
جلسه ششم: وسوسه؛ با وسوسه چه باید کرد؟ راه‌های نادرست برخورد با وسوسه	در کنار حالات روحی و احساسات ناراحت کننده در هنگام وسوسه، بسیاری از بیماران باورهای خاصی درباره آن دارند. مثلاً اینکه وسوسه تنها با مصرف مواد برطرف خواهد شد یا برای کاهش آن حتماً باید دارو مصرف کرد. برخی تصور می‌کنند وسوسه با گذشت زمان بدتر خواهد شد یا نهایتاً آن‌ها

جدول ۲: شرح محتوای جلسات درمان ماتریکس (فتاحی و میرهاشمی، ۱۳۹۷)

جلسات	شرح جلسات
جلسه هفتم: جلوگیری از عود	<p>را از پای در خواهد آورد. شما هم حتماً در اطرافیان و دوستان مصرف کننده خود با این افکار برخورد داشته‌اید.</p> <p>فعالیت‌های جلوگیری از عود: عود یک‌دفعه و بی‌مقدمه اتفاق نمی‌افتد. انسان‌ها از برخی امور ساده و به ظاهر بی‌اهمیت آهسته‌آهسته غافل می‌شوند و بدون آنکه هشیار باشند آن‌ها را رها می‌کنند تا آنکه به مصرف مواد رو می‌آورند. در چنین حالتی اکثراً باور دارند که عود ناگهانی و بی‌مقدمه بوده است اما نگاه دقیق‌تر نشان می‌دهد غفلت و بی‌تفاوتی از مدت‌ها پیش شکل گرفته است. فعالیت‌های منظم خاصی برای هر کس وجود دارد که مانع حرکت او به سوی عود می‌شود. به‌عنوان مثال برای عده‌ای این فعالیت‌ها ورزش مرتب است. برای عده‌ای می‌تواند معاشرت با بستگان، دیدار برخی دوستان، سرگرمی هفتگی، رفتن به محلی خاص و ... باشد.</p>
جلسه هشتم: شرم و گناه	<p>شرم و گناه همان احساس بدی است که انسان درباره آنچه انجام داده است به وی دست می‌دهد. از اینکه مدت‌ها مواد مصرف کرده است، خانواده را آزار داده است، از دیگران غافل بوده است و ... احساس گناه پدیده‌ای طبیعی است و معمولاً بدین معناست که کارهایی انجام داده‌اید که با اعتقادات و ارزش‌های شما همخوانی ندارد.</p>
جلسه نهم: کار و بهبودی؛ مشغول ماندن	<p>شاغل بودن و بیکار بودن هر دو ممکن است بر روند درمان شما اثر گذارند. مهم آن است که بین کار و درمان برای خود تعادلی برقرار سازید. در بسیاری از موارد نیز ایجاد این تعادل و رفع تداخل دشوار است و شما باید بدان واقف باشید.</p>
جلسه دهم	<p>انگیزه برای بهبودی، راسنگویی، جمع‌بندی و اجرای پس‌آزمون</p>

یافته‌ها

یافته‌ها نشان داد که میانگین سنی افراد شرکت کننده در پژوهش ۳۳ سال، ۲۲ نفر مجرد و دارای تحصیلات زیر دیپلم و دیپلم و ۱۱ نفر سابقه مصرف‌شان بین ۲ تا ۴ سال بود. در جدول ۳ یافته‌های آمار توصیفی متغیرهای پژوهش بر حسب عضویت گروهی درمان چندوجهی لازاروس (۱)، گروه درمان ماتریکس (۲) و گروه کنترل (۳) آورده شده است.

جدول ۳: نتایج آمار توصیفی متغیرهای پژوهش

متغیر	گروه	پیش آزمون		پس آزمون	
		میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
خلق مثبت	لازاروس (۱)	۲۳/۳۳	۴/۲	۲۸/۸	۴/۸۸
	ماتریکس (۲)	۲۴/۳۳	۳/۵۷	۲۶/۸	۳/۸۲
	کنترل (۳)	۲۴/۴	۳/۶۹	۲۴/۶۶	۳/۷۱
خلق منفی	لازاروس (۱)	۲۶/۶	۴/۱۸	۲۱/۸	۴/۰۳
	ماتریکس (۲)	۲۶/۴۶	۳/۵	۲۳/۵۳	۳/۸۸
	کنترل (۳)	۲۷/۸	۳/۱۴	۲۷/۶	۳/۴۱
انگیزش انطباقی	لازاروس (۱)	۲۷/۲	۳/۴۴	۲۲/۴	۲/۸۴
	ماتریکس (۲)	۲۷/۰۶	۳/۳۴	۲۳/۸۶	۲/۹۹
	کنترل (۳)	۲۸/۲	۳/۰۹	۲۸/۷۳	۳/۳
تفکر غیرمنطقی در ماندگی در برابر تغییر	لازاروس (۱)	۳۱/۲۶	۴/۶۹	۲۵/۴۶	۴/۳۲
	ماتریکس (۲)	۳۰/۱۳	۳/۴۱	۲۶/۴	۳/۳۹
	کنترل (۳)	۳۲/۶	۴/۱۱	۳۲/۵۳	۴/۴۵
تفکر غیرمنطقی توقع نائید از دیگران	لازاروس (۱)	۲۷	۳/۲۷	۲۲	۲/۹۲
	ماتریکس (۲)	۲۷/۹۳	۲/۷۱	۲۴/۹۳	۳/۰۱
	کنترل (۳)	۲۶/۱۳	۲/۶۴	۲۵/۲۶	۲/۹۳
تفکر غیرمنطقی اجتناب از مشکل	لازاروس (۱)	۲۸	۴/۴۲	۲۳	۴/۳۲
	ماتریکس (۲)	۲۹/۰۶	۳/۴۱	۲۵/۶	۳/۰۱
	کنترل (۳)	۲۸/۴۶	۳/۵	۲۸	۳/۶۶
تفکر غیرمنطقی بی مسئولیتی هیجانی	لازاروس (۱)	۲۵/۴۶	۳/۰۲	۲۰/۳۳	۳/۰۳
	ماتریکس (۲)	۲۵/۸۶	۳/۳۱	۲۳/۰۶	۳/۰۵
	کنترل (۳)	۲۷	۲/۸۵	۲۶/۶۶	۲/۶۶
وسوسه‌ی مصرف مجدد	لازاروس (۱)	۲۵/۳۳	۵/۶۵	۳۳/۹۳	۵/۷۵
	ماتریکس (۲)	۳۲/۹۳	۶/۴۴	۳۰/۹۳	۵/۹۹
	کنترل (۳)	۳۳/۴	۷/۱۷	۳۳/۲۶	۷/۰۳

نتایج جدول ۳ نشان می‌دهد که میانگین نمرات شاخص‌های درمان سوء مصرف مواد مخدر در معنادان در گروه‌های آزمایش نسبت به گروه کنترل در مرحله پس آزمون در

خلق مثبت افزایش و در شاخص‌های دیگر کاهش بیشتری داشته است. در جدول ۴ پیش فرض‌های تحلیل کوواریانس چندمتغیره مورد بررسی قرار گرفته است.

جدول ۴: نتایج آزمون‌های پیش فرض

متغیرها	آزمون لوین	همگنی شیب‌های رگرسیون
	سطح معنی داری	سطح معنی داری
خلق مثبت	۰/۷۴	۰/۸۲
خلق منفی	۰/۳۶	۰/۳۶
انگیزش انطباقی	۰/۹۱	۰/۲۱
تفکر غیرمنطقی درماندگی در برابر تغییر	۰/۳	۰/۷۷
تفکر غیرمنطقی توقع تائید از دیگران	۰/۶	۰/۷۷
تفکر غیرمنطقی اجتناب از مشکل	۰/۱۷	۰/۴۱
تفکر غیرمنطقی بی‌مسئولیتی هیجانی	۰/۷۹	۰/۰۶
وسوسه‌ی مصرف مجدد	۰/۴۷	۰/۴۶

نتایج جدول ۴ نشان می‌دهد که در آزمون‌های پیش فرض (لوین، همگنی شیب‌های رگرسیون) سطح معناداری بالاتر از ۰/۰۵ می‌باشد که حاکی از تأییدیه پیش فرض‌هاست؛ بنابراین در جدول ۵ نتایج تحلیل کوواریانس تک متغیری بر روی متغیرهای پژوهش ارائه شده است.

جدول ۵: نتایج تحلیل کوواریانس تک متغیری روی نمره‌های پس آزمون متغیرهای پژوهش

متغیر	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معنی داری	اندازه اثر
خلق مثبت	۲۰۹/۶۲	۲	۱۰۴/۸۱	۵۷/۲۸	۰/۰۰۱	۰/۷۷
خلق منفی	۱۳۹/۰۹	۲	۶۹/۵۴	۲۳/۲۸	۰/۰۰۱	۰/۵۷
انگیزش انطباقی	۱۷۵/۶۲	۲	۸۷/۸۱	۲۴/۸۱	۰/۰۰۱	۰/۵۹
تفکر غیرمنطقی درماندگی در برابر تغییر	۱۹۶/۵۹	۲	۹۸/۳	۳۷/۳	۰/۰۰۱	۰/۶۸
تفکر غیرمنطقی توقع تائید از دیگران	۷۱/۸۷	۲	۳۵/۹۳	۱۱/۱۱	۰/۰۰۱	۰/۳۹
تفکر غیرمنطقی اجتناب از مشکل	۱۳۲/۰۸	۲	۶۶/۰۴	۲۹/۰۲	۰/۰۰۱	۰/۶۳
تفکر غیرمنطقی بی‌مسئولیتی هیجانی	۱۶۷/۹۹	۲	۸۳/۹۹	۵۰/۷۶	۰/۰۰۱	۰/۷۴
وسوسه‌ی مصرف مجدد	۲۹/۳۴	۲	۱۴/۶۷	۲/۰۵	۰/۱۴	۰/۱۱

نتایج جدول ۵ نشان می‌دهد که براساس سطح معنی‌داری به دست آمده که کوچکتر از ۰/۰۵ می‌باشد؛ نشان‌دهنده این است که مداخله‌های آموزشی در تمام مولفه‌ها به جز وسوسه‌ی مصرف مجدد تاثیر معنی‌داری داشته است. برای مقایسه تفاوت دو درمان از آزمون تعقیبی بونفرونی استفاده شد که نتایج آن در جدول ۶ آورده شده است.

جدول ۶: نتایج آزمون تعقیبی بونفرونی برای مقایسه میانگین‌های تعدیل‌یافته متغیرهای پژوهش گروه‌های آزمایشی و گواه در مرحله پس‌آزمون

متغیر	گروه‌های مورد مقایسه	میانگین‌های تعدیل‌یافته	تفاوت میانگین‌ها	خطای معیار	سطح معنی‌داری
	گروه ۱ - گروه گواه	۲۳/۸۷ و ۲۹/۷۲	۵/۸۴	۰/۵۴	۰/۰۰۱
خلق مثبت	گروه ۲ - گروه گواه	۲۳/۸۷ و ۲۶/۶۶	۲/۷۹	۰/۵۵	۰/۰۰۱
	گروه ۱ - گروه ۲	۲۶/۶۶ و ۲۹/۷۲	۳/۰۵	۰/۵۲	۰/۰۰۱
	گروه ۱ - گروه گواه	۲۶/۹۱ و ۲۲/۱۵	۴/۷۵	۰/۷۰	۰/۰۰۱
خلق منفی	گروه ۲ - گروه گواه	۲۶/۹۱ و ۲۳/۸۶	۳/۰۴	۰/۷۰	۰/۰۰۱
	گروه ۱ - گروه ۲	۲۳/۸۶ و ۲۲/۱۵	۱/۷۱	۰/۶۶	۰/۰۴
	گروه ۱ - گروه گواه	۲۷/۹۶ و ۲۲/۶۵	۵/۳۱	۰/۷۶	۰/۰۰۱
انگیزش انطباقی	گروه ۲ - گروه گواه	۲۷/۹۶ و ۲۴/۳۷	۳/۵۹	۰/۷۶	۰/۰۰۱
	گروه ۱ - گروه ۲	۲۴/۳۷ و ۲۲/۶۵	۱/۷۲	۰/۷۲	۰/۰۷
تفکر غیرمنطقی	گروه ۱ - گروه گواه	۳۱/۲۳ و ۲۵/۵۹	۵/۶۴	۰/۶۵	۰/۰۰۱
درماندگی در برابر تغییر	گروه ۲ - گروه گواه	۳۱/۲۳ و ۲۷/۵۶	۳/۶۷	۰/۶۶	۰/۰۰۱
	گروه ۱ - گروه ۲	۲۷/۵۶ و ۲۵/۵۹	۱/۹۷	۰/۶۲	۰/۰۱
تفکر غیرمنطقی	گروه ۱ - گروه گواه	۲۵/۷۶ و ۲۲/۳۳	۳/۴۲	۰/۷۲	۰/۰۰۱
توقع تائید از دیگران	گروه ۲ - گروه گواه	۲۵/۷۶ و ۲۴/۰۹	۱/۶۶	۰/۷۳	۰/۰۸۹
	گروه ۱ - گروه ۲	۲۴/۰۹ و ۲۲/۳۳	۱/۷۶	۰/۶۹	۰/۰۴
تفکر غیرمنطقی	گروه ۱ - گروه گواه	۲۸/۰۸ و ۲۳/۴۶	۴/۶۲	۰/۶۱	۰/۰۰۱
اجتناب از مشکل	گروه ۲ - گروه گواه	۲۸/۰۸ و ۲۵/۰۴	۳/۰۳	۰/۶۱	۰/۰۰۱
	گروه ۱ - گروه ۲	۲۵/۰۴ و ۲۳/۴۶	۱/۵۸	۰/۵۸	۰/۰۳
تفکر غیرمنطقی	گروه ۱ - گروه گواه	۲۶/۰۸ و ۲۰/۸۲	۵/۲۵	۰/۵۲	۰/۰۰۱
بی‌مسئولیتی	گروه ۲ - گروه گواه	۲۶/۰۸ و ۲۳/۱۵	۲/۹۳	۰/۵۲	۰/۰۰۱
هیجانی	گروه ۱ - گروه ۲	۲۳/۱۵ و ۲۰/۸۲	۲/۳۲	۰/۴۹	۰/۰۰۱
وسوسه‌ی مصرف مجدد	گروه ۱ - گروه گواه	۳۳/۸۱ و ۳۲/۷۱	۱/۰۹	۱/۰۸	۰/۹۶
	گروه ۲ - گروه گواه	۳۳/۸۱ و ۳۱/۰۶	۲/۲	۱/۰۹	۰/۱۵
	گروه ۱ - گروه ۲	۳۱/۰۶ و ۳۲/۷۱	۱/۱۱	۱/۰۳	۰/۸۶

یافته جدول ۶ نشان می‌دهد که بین میانگین گروه درمان چندوجهی لازاروس و میانگین گروه درمان ماتریکس در خلق مثبت، خلق منفی، تفکر غیرمنطقی درماندگی در برابر تغییر، تفکر غیرمنطقی توقع تأیید از دیگران، تفکر غیرمنطقی اجتناب از مشکل و تفکر غیرمنطقی بی‌مسئولیتی هیجانی تفاوت معنی‌داری به نفع گروه درمانی چندوجهی لازاروس وجود دارد؛ در حالی که بین میانگین گروه درمان چندوجهی لازاروس و گروه درمان ماتریکس در انگیزش انطباقی و وسوسه‌ی مصرف مجدد در سطح ۰/۰۵ معنی‌دار نمی‌باشند.

بحث و نتیجه گیری

پژوهش حاضر با هدف مقایسه اثربخشی درمان چندوجهی لازاروس و درمان ماتریکس بر وضعیت خلقی، انگیزش انطباقی، تفکرات غیرمنطقی و وسوسه‌ی مصرف مجدد مواد افراد معتاد تحت درمان انجام شد. یافته‌ها نشان داد که بین میانگین گروه درمان چندوجهی لازاروس و میانگین گروه درمان ماتریکس در همه شاخص‌ها به جز انگیزش انطباقی و وسوسه‌ی مصرف مجدد تفاوت معنی‌داری وجود دارد. نتایج این یافته از پژوهش با نتایج پژوهش‌های سیرونگواتاتکول (۲۰۱۹) که نشان داد برنامه ماتریکس در افرادی که در ترک اعتیاد به روش‌های دیگر شکست خورده‌اند اثرگذاری بالایی نشان داشته است، آریان و همکاران (۱۳۹۹) که نشان دادند درمان مدل ماتریکس همراه با درمان متیل فینیدیت ولع مصرف و شدت اعتیاد را به طور معنی‌داری کاهش داد، ابهر زنجانی و همکاران (۱۳۹۹) که نشان دادند ماتریکس درمانی یکپارچه باعث افزایش کنترل خود و تنظیم عاطفی در گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل شده است، جعفری (۱۳۹۸) که نشان داد مشاوره مبتنی بر نظریه چند وجهی لازاروس می‌تواند با تغییر فرایند و محتوای شناخت‌ها و ارتقاء مهارت‌های شناختی، عاطفی و رفتاری بر خودهای ممکن، منبع کنترل و کاهش ولع مصرف مواد معتادان تأثیرگذار باشد، دهقان، نوری پور لیاولی، میرزایی و علیخانی (۱۳۹۵) که نشان دادند درمان‌های مبتنی بر الگوی لوینسون و ماتریکس در بهزیستی روان‌شناختی افراد وابسته به مواد موثر هستند، جعفری، بساک نژاد، مهرابی زاده هنرمند و زرگر (۱۳۹۴) که نشان دادند الگوی ماتریکس بر خودتنظیمی و الگوی مراحل

تغییر بر تداوم تغییر اثر بیشتری را نسبت به الگوی مراحل تغییر نشان داد، حدادی و همکاران (۱۳۹۳) که نشان دادند پس از درمان با روش ماتریکس افسردگی زنان در مقایسه با مردان کاهش بیشتری داشته و اضطراب مردان در مقایسه با زنان کاهش بیشتری داشته است، همسو می‌باشد.

درمانگری چندوجهی همان‌طوری که از نام آن پیداست سعی در تلفیق دیدگاه‌های مختلف دارد و همچنین می‌کوشد تا درمان را با مشکلات افراد تطبیق دهد و به تفاوت‌های فردی در درمان توجه شایانی دارد. این نگاه نظام‌مند به فرد و مشکل او و درمان مشکل به صورت چندوجهی رویکرد نوینی است که مطابقت بیشتری با ماهیت انسان‌ها دارد. از طرفی زمانی که درمان در بافت گروه انجام می‌شود ویژگی‌های اثربخش گروه نیز بر اثربخشی درمان‌ها می‌افزاید. به طور کلی می‌توان بیان کرد که با توجه به اینکه درمان چندوجهی لازاروس بر وجوه هفتگانه (رفتار، عاطفه، احساس، تصور ذهنی، شناخت روابط بین فردی، داروها) تأکید دارد و بر موارد بیشتری در جلسات درمان توجه می‌شود، تأثیر بیشتری از درمان ماتریکس داشته است. همچنین در درمان چندوجهی لازاروس تأکید بیشتری بر هیجان و خلق و شناخت می‌شود که خود دلیلی بر اثربخشی بیشتر نسبت به درمان ماتریکس بر خلق مثبت و منفی، انگیزش انطباقی و تفکرات غیرمنطقی می‌باشد. همچنین می‌توان گفت که تفاوت در آموزش درمانگر، تفاوت در افراد گروه‌های آزمایش با یکدیگر، همچنین تفاوت در شرایط محیطی افراد گروه‌ها با یکدیگر، می‌تواند بر اثربخشی بیشتر درمان لازاروس از درمان ماتریکس مؤثر باشند. یکی دیگر از مواردی که در تبیین یافته به دست آمده می‌توان بیان کرد این است که بر اساس مفهوم سلامتی در سازمان بهداشت جهانی، فرد باید از تمام جنبه‌ها و ابعاد، مورد بررسی قرار گیرد و با توجه به مشکلاتی که افراد در حین ترک در ابعاد گوناگون دارند و اثر متقابلی که بین علائم جسمی روان‌شناختی در این افراد وجود دارد (بیگز، بروق و دراموند^۱، ۲۰۱۷)، جلسات درمان چندوجهی لازاروس با تأکید بیشتر بر جنبه‌های مختلف توانسته بر بهبودی در وضعیت خلقی و انگیزشی و کاهش وسوسه سوء‌مصرف مواد در

افراد معتاد تحت درمان، اثربخش تر باشد. علاوه بر موارد ذکر شده، درمان چندوجهی لازاروس تأکید بیشتری بر عواطف و احساسات افراد نسبت به درمان ماتریکس که یک روش شناختی-رفتاری است، دارد و از آنجایی که یکی از ابعادی که در سوء مصرف مواد و ولع در مصرف آن نقش مهمی دارد، مشکل در تنظیم هیجان دارای سوء مصرف مواد می باشد، که در مرحله بهبودی نیز بر وسوسه مجدد مواد تأثیر دارد (اورسولینی^۱، ۲۰۲۰؛ کاویچیولی، موولی و مافی^۲، ۲۰۱۹). به همین دلیل جلسات درمانی چندوجهی لازاروس با تأکید بر مدیریت هیجان، آموزش و تمرین تکنیک تن آرامی و توجه به نقاط مثبت توسط خود افراد در حال بهبودی، تأثیر گذاری بیشتری در بهبودی این افراد داشته است. همچنین با توجه به اینکه گفته شده است که درمان چندوجهی تأثیر بسیار زیادی از درمان های شناختی رفتاری گرفته است، تمام اختلالات قابل درمان با درمان شناختی رفتاری از طریق درمان چندوجهی نیز قابل درمان است و از آنجایی که این درمان همزمان بر ابعاد دیگری نیز توجه می کند، در نتیجه اثربخشی بیشتری به همراه دارد (رحیمیان بوگر و شاره، ۱۳۸۷).

در تبیین یافته به دست آمده مبنی بر عدم اثربخشی درمان چندوجهی لازاروس بر وسوسه مصرف مجدد مواد می توان بیان کرد که وسوسه آخرین حلقه‌ی زنجیره رفتار مصرف مواد مخدر است که خود به خود به وجود نمی آید؛ بلکه قبل از اینکه شکل بگیرد تحت تأثیر شروع کننده‌ها، تفکرات و احساسات زمینه ساز مصرف، شرایطی ایجاد می شود که به دنبال آن میل و اشتیاق درونی شدید در فرد برای مصرف ایجاد می شود. میل و وسوسه از مهم ترین عوامل مصرف و عود و لغزش محسوب می شود؛ بنابراین به خاطر ماهیت وسوسه مصرف مجدد که عمیق تر می باشد و نیاز به مدت زمان بیشتری برای کاهش وسوسه ها وجود دارد. همچنین تغییر محیط و تمام نشانه هایی که باعث وسوسه می شوند که در این پژوهش به خاطر محدودیت های زمانی امکان برگزاری جلسات درمانی طولانی تر وجود نداشت که خود دلیلی بر این عدم اثربخشی می تواند باشد. این رویکرد جز رویکردهای عقلانی-عاطفی است و تأکید در جلسات بیشتر بر روی این موارد بود و کمتر

به وسوسه و میل پرداخته شد که خود می‌تواند با توجه به اینکه این افراد در حین ترک مصرف مواد توسط متادون بودند و هنوز میل و وسوسه زیادی نسبت به بازگشت به مصرف مواد داشتند، بر روی وسوسه مصرف مجدد مواد تأثیر گذار نبوده است.

ضمناً در تبیین یافته به‌دست آمده مبنی بر عدم اثربخشی درمان ماتریکس بر مصرف مجدد مواد می‌توان بیان کرد که با توجه به اینکه وسوسه مصرف مجدد یک امری کلیدی در گرایش و ترک سوء مصرف کنندگان مواد می‌باشد، تعداد جلسات برای تأثیر روی این متغیر کافی نبوده است و از آنجایی که تعداد اصل جلسات ماتریکس ۱۶ جلسه می‌باشد؛ در حالی که در پژوهش حاضر به خاطر شرایط محیطی و همسانی با جلسه درمانی دیگر ۱۰ جلسه برگزار شد. همچنین درمان ماتریکس یک درمان حمایتی است که به خاطر عدم شرکت خانواده‌های این افراد در این جلسات و عدم آموزش آن‌ها ممکن است شرایط خانوادگی بر روی وسوسه مصرف مجدد مواد این افراد تأثیر گذاشته باشد. یکی از دلایل دیگری که می‌توان ذکر کرد این است که این افراد هنوز تحت مصرف متادون برای ترک بودند و این امر می‌تواند در عدم اثربخشی جلسات درمانی بر وسوسه مصرف مجدد تأثیر گذاشته باشد. از محدودیت‌های پژوهش می‌توان به استفاده مکرر از ابزارهای پژوهش تکراری با فاصله زمانی کوتاه اشاره کرد که باعث احساس خستگی در آزمودنی‌ها و بی‌رغبتی آن‌ها به پاسخ‌های واقعی شود. همچنین اجرای دو روش درمانی توسط یک درمانگر (محقق) ممکن است موجب سوگیری شود که یکی دیگر از محدودیت‌های پژوهش است؛ لذا پیشنهاد می‌شود که در پژوهش‌های آتی از روش‌های دیگری با اجرای درمانگران متخصص در هر زمینه استفاده شود. با توجه به اثر بخشی درمان چندوجهی لازاروس و درمان ماتریکس بر بهبود شاخص‌های درمان سوء مصرف مواد مخدر پیشنهاد می‌شود این روش‌های درمانی به مشاوران و متخصصانی که در این زمینه در مراکز ترک اعتیاد مشغول به فعالیت هستند، آموزش داده شود. همچنین با توجه به نقش مهمی که این دو رویکرد درمانی در بهبود شاخص‌های درمان سوء مصرف مواد مخدر در افراد تحت درمان دارند، ارائه کتابچه‌های آموزشی و برگزاری چنین برنامه‌های درمانی می‌تواند در ارتقای سلامت این افراد مفید باشد.

منابع

- ابهر زنجانی، فرناز؛ توزنده جانی، حسن و امیری، مهدی (۱۳۹۹). اثربخشی درمان تلفیقی ماتریکس بر خودکنترلی و تنظیم هیجانی افراد با سوء مصرف شیشه. *مجله اصول بهداشت روانی*، ۲۲(۱)، ۳۶-۳۱.
- اوجی، آمنه؛ حیدری، علیرضا؛ بختیارپور، سعید و سراج خرمی، ناصر (۱۳۹۸). مقایسه اثربخشی درمان ماتریکس و واقعیت درمانی نوین گروهی مبتنی بر تئوری انتخاب بر تاب آوری و سازگاری اجتماعی در مردان وابسته به مت آمفتامین تحت درمان با داروی بوپرنورفین. *فصلنامه اعتیاد پژوهی سوء مصرف مواد*، ۱۳(۵۴)، ۶۷-۴۷.
- بخشی پور، عباس و دژ کام، محمود (۱۳۸۴). تحلیل عاملی تأییدی مقیاس عاطفه مثبت و منفی. *مجله روان شناسی*، ۹(۳)، ۳۶۵-۳۵۱.
- جعفری، اصغر (۱۳۹۸). اثربخشی مشاوره مبتنی بر نظریه چندوجهی لازاروس بر خودهای ممکن، منبع کنترل و ولع مصرف مواد در معتادان تحت دارودرمانی. *روانشناسی کاربردی*، ۱۳(۴)، ۶۰۱-۶۲۳.
- جعفری، مصطفی؛ بساک نژاد، سودابه؛ مهربانی زاده هنرمند، مهناز و زرگر، یدالله (۱۳۹۴). اثربخشی الگوی ماتریکس در مقایسه با الگوی مراحل تغییر بر خودتنظیمی و تداوم تغییر در مردان وابسته به مت آمفتامین. *فصلنامه روان شناسی کاربردی*، ۹(۴)، ۲۵-۷.
- حدادی، روح اله؛ مطلق، نفیسه؛ کشاورزگرامی، قاسم؛ کمالی، زینب السادات؛ محمدی، شهناز و بخت، سپیده (۱۳۹۳). مقایسه پیامدهای درمانی روش ماتریکس بر شدت اعتیاد و سلامت روان زنان و مردان سوء مصرف کننده مت آمفتامین. *فصلنامه اعتیاد پژوهی*، ۸(۳۱)، ۶۹-۵۷.
- دهقان، فاطمه؛ نوری پور لیاولی، رقیه؛ میرزایی، سمیرا و علیخانی، مصطفی (۱۳۹۵). مقایسه اثربخشی درمان های مبتنی بر الگوی لوینسون و ماتریکس در بهزیستی روان شناختی افراد وابسته به مواد. *اعتیاد پژوهی*، ۱۰(۳۷)، ۱۹۱-۲۱۰.
- رحیمیان بوگر، اسحق و شاره، حسین (۱۳۸۷). *آرنولد لازاروس: روان درمانی چندوجهی*. تهران: نشر دانژه.
- سامی، سارا؛ عفت پناه، محمد؛ مرادی، افسانه و مساح، امید (۱۳۹۶). مدل ماتریکس به عنوان توانبخشی فشرده در سه دوره متادون در ایران. *مجله توانبخشی ایران*، ۱۵(۳)، ۲۹۳-۲۹۸.
- صالحی فدردی، جواد؛ بر عرفان، زرین و ضیایی، سلیل (۱۳۸۷). *مقیاس ایرانی ولع مصرف مواد پس از سم زدایی*. راهنمای منتشر نشده، مشهد.

طاهرى فرد، مينا؛ بشرپور، سجاد؛ حاجلو، نادر و نريمانى، محمد (۱۴۰۰). الگوى روابط ساختارى عود افراد داراى اختلال مصرف مواد بر اساس سويگرى توجه و حساسيت به پاداش با نقش ميانجى کنترل. *فصلنامه علمى اعتياد پژوهى*، ۱۵ (۶۰)، ۱۱۷-۱۴۲.

عبادى، غلامحسين و معتمدى، مختار (۱۳۸۴). بررسى ساختار عاملى آزمون باورهاى غيرمنطقى جونز در شهر اهواز. *دانش و پژوهش در روان شناسى کاربردى*، ۷ (۲۳)، ۹۲-۷۳.

فتاحى، محمدرضا و ميرهاشمى، مالک (۱۳۹۷). اثربخشى درمان ماتريكس بر تنظيم هيچانى بيماران وابسته به مت آفتامين. *مجله علوم پزشكى دانشگاه آزاد اسلامى*، ۲۸ (۱)، ۵۷-۵۰.

فرنام، على (۱۳۹۲). اثر بخشى مدل ماتريكسى در پيشگيرى از بازگشت و افزايش مهارت هاى مقابله اى در افراد وابسته به مواد افيونى. *اعتياد پژوهى*، ۷ (۲۵)، ۳۸-۲۵.

گال، جويس؛ بورگك، والتر و گال، مرديت (۱۳۹۳). *روش هاى تحقيق كمى و كيفى در علوم تربيتى و روانشناسى (جلد ۱)*. ترجمه: خسروى، زهره؛ كيامنش، عليرضا؛ شهنى بيلاق، منيجه؛ باقرى، خسرو؛ خير، محمد؛ پاك سرشت، محمدجعفر؛ ابوالقاسمى، محمود؛ نصر، احمدرضا و عريضى، حميدرضا. تهران: انتشارات سمت. (تاريخ انتشار اثر اصلى، ۱۹۹۶)

ماهورى، پريسا؛ اقدسى، على نقى و ميرمحمود، ولى الله (۱۳۹۸). اثربخشى آموزش رويکرد چند وجهى لازاروس بر سلامت روانى سالمندان. *مجله پيشرفت در پزشكى و تحقيقات پزشكى*، ۳ (۳)، ۱۱-۱.

References

- Abazid, H., Abou-Isba, S., Abu Farha, R., & Al-Jomaa, E. E. (2020). Drug abuse in Syria: pattern of use, causes and perception as perceived by Syrian addicts. *Journal of pharmaceutical health services research*, 11(2), 183-188.
- Aryan, N., Banafshe, H. R., Farnia, V., Shakeri, J., Alikhani, M., Rahimi, H., ... & Omidi, A. (2020). The therapeutic effects of methylphenidate and matrix-methylphenidate on addiction severity, craving, relapse and mental health in the methamphetamine use disorder. *Substance Abuse Treatment, Prevention, and Policy*, 15(1), 1-9.
- Biggs, A., Brough, P., & Drummond, S. (2017). *Lazarus and Folkman's psychological stress and coping theory*. In C. L. Cooper & J. C. Quick (Eds.), *The handbook of stress and health: A guide to research and practice* (pp. 351-364). Hoboken, New Jersey: Wiley Blackwell.
- Bjork, J. M., Straub, L. K., Provost, R. G., & Neale, M. C. (2017). The ABCD study of neurodevelopment: Identifying neurocircuit targets for prevention and treatment of adolescent substance abuse. *Current treatment options in psychiatry*, 4(2), 196-209.
- Caviccholi, M., Movalli, M., & Maffei, C. (2019). Difficulties with emotion regulation, mindfulness, and substance use disorder severity: the

- mediating role of self-regulation of attention and acceptance attitudes. *The American journal of drug and alcohol abuse*, 45(1), 97-107.
- Cox, W. M., & Klinger, E. (2004). *A motivational model of alcohol use: Determinants of use and change*. In W. M. Cox & E. Klinger (Eds.), *Handbook of motivational counseling: Concepts, approaches, and assessment* (pp. 121-144). United Kingdom: Chichester.
- Cox, W. M., & Klinger, E. (2011). *A motivational model of alcohol use: Determinants of use and change*. Hoboken, New Jersey: Publisher Wiley Blackwell.
- Easton, C. J., Crane, C. A., & Mandel, D. (2018). A randomized controlled trial assessing the efficacy of cognitive behavioral therapy for substance dependent domestic violence offenders: an integrated substance abuse domestic violence treatment approach (SADV). *Journal of marital and family therapy*, 44(3), 483-498.
- Gómez-Coronado, N., Sethi, R., Bortolasci, C. C., Arancini, L., Berk, M., & Dodd, S. (2018). A review of the neurobiological underpinning of comorbid substance use and mood disorders. *Journal of affective disorders*, 241, 388-401.
- Jones, R. G. (1969). *A factored measure of Ellis' irrational belief system*. Doctoral dissertation, university of missouri, Columbia.
- Kamp, F., Proebstl, L., Hager, L., Schreiber, A., Riebschläger, M., Neumann, S., & Koller, G. (2019). Effectiveness of methamphetamine abuse treatment: Predictors of treatment completion and comparison of two residential treatment programs. *Drug and alcohol dependence*, 201, 8-15.
- Melemis, S. M. (2015). Relapse prevention and the five rules of recovery. *The yale journal of biology and medicine*, 88(3), 325-332.
- Orsolini, L. (2020). Unable to describe my feelings and emotions without an addiction: the interdependency between alexithymia and addictions. *Frontiers in Psychiatry*, 11, 93-99.
- Pathak, D. C., & Saxena, S. (2019). Role of rehabilitation center to reduce drug abuse in reference to birendranagar valley. *Nepal journal of multidisciplinary research*, 2(4), 1-8.
- Shrestha, J. T. M., Tiwari, S., Kushwaha, D. K., Bhattarai, P., & Raj, R. (2020). Prevalence of psychoactive drug use among medical students in a medical college of nepal. *JNMA: Journal of the Nepal medical association*, 58(230), 717-730.
- Sirirungwathanakul, K. (2019). The effectiveness and factors affecting the modified matrix program on drug addicts of Sawanpracharak hospital. *Sawanpracharak medical journal*, 5(9), 23-33.
- Watson, D., Clark, L. A., & Tellegen, A. (1988). Development and validation of brief measures of positive and negative affect: the PANAS scales. *Journal of personality and social psychology*, 54(6), 1063-1070.