


اثر بخشی درمان ماتریکس در کاهش شدت اعتیاد و پیشگیری از عود در مصرف کنندگان مت‌آفتامین در شهر زنجان

سارا احتشامی پویا^۱، دکتر سعید ممتازی^۲، دکتر آذرخش مگری^۳، ذکریا اسکندری^۴، دکتر محسن داداشی^۵ 

نویسنده‌ی مسئول: دکتر محسن داداشی، گروه روان شناسی بالینی، دانشکده‌ی پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی زنجان، زنجان، ایران، mohsendadashi@zums.ac.ir

دریافت: ۹۵/۱۲/۱۶ پذیرش: ۹۶/۶/۲۰

چکیده

زمینه و هدف: سوء مصرف مت‌آفتامین‌ها یکی از جدیدترین معضلات بشری در سال‌های اخیر و یکی از پیچیده‌ترین پدیده‌های انسانی می‌باشد. هدف از این مطالعه بررسی اثربخشی مدل درمانی ماتریکس در سوء مصرف کنندگان مت‌آفتامین بود.

روش بررسی: این پژوهش از نوع کارآزمایی بالینی بود که با پیش‌آزمون و پس‌آزمون انجام شد. جامعه آماری همگی افراد مبتلا به سوء مصرف مواد محرک در شهر زنجان بودند. ۴۰ نفر از افرادی که به کلینیک‌های روان پزشکی و روان شناسی بالینی و مراکز ترک اعتیاد مراجعه کرده بودند به صورت نمونه‌گیری در دسترس گرد آوری شدند و به دو گروه درمان دارویی و ترکیبی (درمان دارویی و مدل درمانی ماتریکس) تقسیم شدند. در مرحله پیش‌آزمون و پس‌آزمون پرسشنامه شاخص شدت اعتیاد و آزمایش ادرار اجرا شد. داده‌ها با استفاده از آزمون تحلیل کوواریانس و آزمون کای دو تجزیه و تحلیل شدند.

یافته‌ها: در متغیرهای وضعیت شغلی، مصرف موادمخدر، الکل، وضعیت حقوقی، خانوادگی و روانی مداخله موثر بود ($P=0/001$). در شاخص وضعیت پزشکی شدت اعتیاد، بین دو گروه تفاوت معناداری مشاهده نشد ($P=0/111$). آزمون کای دو نشان داد که در گروه مداخله تعداد دفعات مثبت بودن آزمایش ادرار در پس‌آزمون کاهش یافت ($P=0/005$).

نتیجه‌گیری: نتایج به دست آمده نشان داد که درمان ماتریکس می‌تواند شاخص‌های شدت اعتیاد را کاهش داده و آزمایش ادرار مثبت در بیماران مبتلا به سوء مصرف کنندگان مت‌آفتامین را کاهش دهد.

واژگان کلیدی: سوء مصرف مت‌آفتامین، درمان ماتریکس، شاخص شدت اعتیاد، آزمایش ادرار

مقدمه

در حال حاضر حداقل ۱۳۰۰ نوع ماده‌ی محرک وجود دارد که از بین آن‌ها ترکیبات آفتامینی و فراورده‌های کوکا، بیشترین مصرف را در جهان دارند (۴). در این بین می‌توان به ترکیب اکستازی ۳ و ۴ متیل دی‌اکسی مت‌آفتامین یا

سوء مصرف مواد یکی از جدی‌ترین معضلات بشری در سال‌های اخیر و یکی از پیچیده‌ترین پدیده‌های انسانی می‌باشد (۱) که به‌عنوان الگوی غیر تطابقی مصرف مواد منجر به بروز مشکلات مکرر شغلی، اجتماعی و قانونی می‌گردد (۲ و ۳).

۱- دانشجوی کارشناسی ارشد روان شناسی بالینی، گروه روان شناسی بالینی، دانشکده‌ی پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی زنجان، زنجان، ایران

۲- متخصص روان پزشکی، استادیار گروه روان پزشکی، دانشکده‌ی پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی زنجان، زنجان، ایران

۳- متخصص روان پزشکی، استادیار گروه روان پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران

۴- دانشجوی دکترای مطالعات اعتیاد، دانشگاه علوم پزشکی زنجان، زنجان، ایران

۵- دکترای تخصصی روان شناسی بالینی، استادیار گروه روان شناسی بالینی، دانشکده‌ی پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی زنجان، زنجان، ایران

۶- دکترای تخصصی روان شناسی بالینی، استادیار مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی موثر بر سلامت، دانشگاه علوم پزشکی زنجان، زنجان، ایران

(MDMA) و مت‌آمفتامین (شیشه) اشاره کرد (۵). اثرات این داروها سی دقیقه پس از مصرف شروع شده و اوج اثر آن حدود نود دقیقه بعد از مصرف آن است (۶). از اثرات جسمی مصرف این مواد می‌توان به تهوع، افزایش فشارخون و درجه حرارت بدن، نارسایی سیستم قلب و عروق، مشکلات کلیوی، به هم فشردن دندان‌ها، خشکی دهان، اختلال در تعادل، صرع و کما اشاره کرد (۷). خسارات جانی و مالی و پیامدهای اجتماعی، همچون هزینه‌های اقتصادی، مرگ، خودکشی، بزه‌های سنگین، ازدواج‌های ناموفق و خطر بیماری‌های آمیزشی مانند ایدز و هپاتیت در اثر سوء مصرف این مواد را نیز نباید از نظر دور داشت (۸). طی دو دهه‌ی اخیر تلاش‌هایی برای ایجاد الگوهای موفق و پروتکل‌های درمانی موثر برای مواد محرک صورت گرفته است. نتایج بررسی‌ها حکایت از آن دارد که درمان دارویی برای جلوگیری از عود و قطع مصرف اثر قابل توجهی نداشته و عمده سهم درمان اعتیاد بر عهده درمان‌های روان‌شناختی است. یکی از این برنامه‌ها که به موفقیت نسبی دست‌یافت و مورد تایید وزارت بهداشت و منابع انسانی ایالت متحده آمریکا قرار گرفت، به برنامه ماتریکس شهرت یافته است. برنامه درمانی ماتریکس که به نوعی در برخی مراکز درمانی تبدیل به پروتکل درمان مواد محرک گردید مداخله سرپایی فشرده و ساختاری است که به مدت ۱۶ هفته برای وابستگان به مواد محرک اجرا می‌شود. (۹). بر اساس آخرین آمار و طبق نتایج تحلیل وضعیت سریع در سال ۱۳۹۰ در ایران، حدود ۰/۴ درصد افراد سوء مصرف کننده ی مواد را مصرف‌کنندگان مت‌آمفتامین به خود اختصاص می‌دهند. همچنین نتایج مطالعه انجام‌شده بر روند مصرف مواد محرک در تهران نشان از رشد فزاینده این مواد ویژه مت‌آمفتامین می‌دهد (۱۰). در سال‌های اخیر در کشورهای پیشرفته متخصصان بهداشت روانی موسسات آموزشی و درمانی نظریه‌ها، مدل‌ها، روش‌ها، راهکارها و فنون مختلفی را در پیشگیری از بازگشت پس از ترک اعتیاد ابداع،

آزمایش و تجربه کرده‌اند. یکی از روش‌های جدید مطرح‌شده، مدل درمان ماتریکسی برای درمان بیماران سرپایی و در پاسخ به تقاضای شدید برای خدمات درمانی سوء مصرف محرک‌ها بنیان نهاده شده است. هدف این برنامه ایجاد مدلی برای بیماران سرپایی بود که به نیازهای بیماران سوء مصرف کننده محرک‌ها پاسخگو بوده و در ضمن پروتکلی تکرار شونده و قابل ارزیابی را بسازد. مواد این درمان (مدل درمان ماتریکسی) تا حد زیادی سابقه پژوهش را تحت الشعاع قرار می‌دهد که با حوزه‌های پیشگیری از بازگشت، درمان گروهی و خانوادگی، آموزش داروها، مشارکت خودیار و نظارت بر سوء مصرف دارو مرتبط است. بیش از ۵۰۰۰ نفر معتاد به کوکاین و بیش از ۱۰۰۰ نفر مصرف‌کننده مت‌آمفتامین با این روش (مدل درمانی ماتریکس) درمان شده‌اند (۱۱). کاربردهای مدل درمان ماتریکسی در حوزه‌های مختلف، برای درمان وابستگی به کوکاین (۱۲)، مصرف دارو والکل، بهبود در شاخص‌های روان‌شناختی و کاهش رفتارهای پرخطر جنسی مرتبط با انتقال HIV (ویروس نقص ایمنی انسانی) (۱۳) درمان افراد وابسته به مت‌آمفتامین و کوکاین (۱۴) به اثبات رسیده است و این اثربخشی درمانی، حمایت تجربی برای استفاده از این مدل را فراهم کرده است و هدف پژوهش حاضر هم در تایید مدل درمانی ماتریکس صورت خواهد گرفت.

حدادی و همکاران در پژوهشی به مقایسه پیامدهای درمانی روش ماتریکس بر شدت اعتیاد و سلامت روان زنان و مردان سوء مصرف کننده مت‌آمفتامین پرداختند. مطالعه آنان به روش مداخله‌ای بر روی ۹۱ نفر از بیماران که شرایط حضور در پژوهش را دارا بودند به‌طور تصادفی انتخاب و در دو گروه جداگانه برحسب جنسیت، ۴۸ نفر مرد و ۴۳ نفر زن قرارگرفتند. ابزار گردآوری اطلاعات از طریق پرسشنامه سلامت عمومی (گلدبرگ و هیلیر) و شاخص شدت اعتیاد (مک لیلان و همکارانش در سال ۱۹۹۲ به کار بردند) تکمیل

ماتریکس به این نتیجه رسیدند که بیماران تحت درمان با مدل ماتریکس کاهش معنی داری در استفاده از مواد مخدر و الکل و بهبود در شاخص روانی نشان دادند و حمایت از سودمندی این روش در درمان سرپایی فشرده برای سوء مصرف کوکائین را نشان داده است (۱۷). مت‌آفتماین دسته‌ای از مواد روان‌گردان هستند که امروزه به‌طور گسترده مورد مصرف قرار می‌گیرند. شواهد شروع مصرف گسترده در خاورمیانه و ایران به حدود ۱۰ سال پیش بازمی‌گردد (۹). مواد محرک به شدت اعتیادآور بوده به نحوی که تداوم مصرف و اثرات مخرب آن در طی زمان، منجر به دامنه‌ی وسیعی از بدکارکردی‌های رفتاری، روان‌شناختی، اجتماعی و فیزیولوژیک می‌شود (۱۸). لذا درمان این بیماران همواره از اهمیت بالایی برخوردار بوده است (۱۹).

لذا در راستای موارد ذکر شده، پژوهش حاضر باهدف تعیین اثربخشی مدل درمانی ماتریکس در بین بیماران مبتلا به سوء مصرف مت‌آفتماین انجام شده است.

روش بررسی

پژوهش حاضر یک مطالعه نیمه آزمایشی از نوع پیش‌آزمون و پس‌آزمون می‌باشد که در آن بیماران مبتلا به سوء مصرف مت‌آفتماین‌ها شهر زنجان به دو گروه کنترل و آزمایش تقسیم شدند. یکی از دو گروه، درمانی غیر از درمان مورد بحث (مدل درمانی ماتریکس) را دریافت کردند. جامعه‌ی آماری این پژوهش شامل کلیه‌ی بیماران مبتلا به سوء مصرف مت‌آفتماین شهر زنجان بود. نمونه این پژوهش با استفاده از روش نمونه‌گیری در دسترس و با استفاده از فرمول حجم نمونه کوکران به تعداد ۴۰ نفر که در شش‌ماهه اول ۱۳۹۵ به بیمارستان شهید دکتر بهشتی، کلینیک‌های روان‌پزشکی و روان‌شناسی بالینی و مراکز ترک اعتیاد شهر زنجان مراجعه کرده بودند، انتخاب شدند. معیار ورود شامل دارا بودن معیارهای تشخیصی سوء مصرف مت‌آفتماین بر

گردید. نتایج این پژوهش، تفاوت معناداری را در هیچ کدام از خرده مقیاس‌های شدت اعتیاد بین زنان و مردان مصرف‌کننده شیشه پس از درمان نشان نداد. اما این تفاوت در نمرات سلامت روان مشاهده شد. افسردگی زنان در مقایسه با مردان کاهش بیشتری داشته و اضطراب مردان در مقایسه با زنان کاهش بیشتری داشت و در نهایت اینکه درمان ماتریکس در سلامت مردان و زنان تاثیر متفاوتی دارد (۸). جعفری و همکاران نیز در پژوهشی به اثربخشی درمان‌های مبتنی بر مدل سرپایی عمقی ماتریکس و مدل مراحل تغییر بر بهبود خود تنظیمی و خود کارآمدی پرهیز از مواد پرداختند. پژوهش آن‌ها به صورت مداخله‌ای روی ۴۵ مرد معتاد خودمعرّف به کلینیک انجام شد که به صورت تصادفی در دو گروه آزمایشی (یک گروه مداخله مبتنی بر مدل سرپایی عمقی ماتریکس و گروه دیگر مدل مراحل تغییر) و گروه کنترل انجام گرفت. ابزار گردآوری اطلاعات از طریق پرسشنامه (خودتنظیمی هیجانی، خودکارآمدی پرهیز از مواد) تکمیل گردید. نتایج بیانگر اثربخشی هر دو مدل درمانی بر کاهش مشکلات خود تنظیمی و افزایش خودکارآمدی پرهیز از مواد بود (۱۵). نتایج مقایسه‌ای بیانگر اثربخشی بیشتر و پایدارتر مدل مراحل تغییر نسبت به مدل سرپایی عمقی ماتریکس بر خود تنظیمی هیجانی و خودکارآمدی پرهیز از مواد بود. خود تنظیمی هیجانی برای درمان اعتیاد مهم بوده و باید خود تنظیمی هیجانی را به عنوان مکانیزم موثر بر تغییر در مداخلات بالینی در نظر گرفت. در مطالعه‌ی ابرت و همکاران با عنوان ماتریکس مدل سرپایی در درمان سوء مصرف مواد محرک، متشکل از گروه‌های پیشگیری از عود، آموزشی روانی، حمایت اجتماعی، مشاوره فردی و آزمایش ادرار و تنفس بودند. مداخله ۱۶ هفته انجام شد. نتایج نشانگر این بود که مصرف‌کنندگان مت‌آفتماین پاسخ معنی داری را به درمان ماتریکس نشان می‌دهند (۱۶). شاپتاو و همکارانش در سال ۱۹۹۵ در مقاله یک روش سرپایی فشرده برای درمان سوء استفاده از کوکائین، مدل

اساس پنجمین راهنمای تشخیصی اختلال‌های روانی DSM-5، دامنه سنی ۱۸ تا ۵۰ سال، حداقل تحصیلات سوم راهنمایی، عدم دریافت هر نوع درمان یک ماه قبل از پژوهش بودند. معیارهای خروج شامل داشتن علائم سایکوتیک، داشتن افکار خودکشی و خودزنی و داشتن رفتار پرخاشگرانه بودند. بعد از هماهنگی با مراکز ترک اعتیاد و انتخاب نمونه‌های پژوهش رضایت کتبی و آگاهانه از آنها اخذ شد و فرایند پژوهش و شرایط آزمایش ادرار به آنها توضیح داده شد. آزمایش منفی به معنای این است که درمان به طور مناسب پیش رفته است اما آزمایش مثبت به این معنی است که هنوز بیماری به خوبی مهار نشده است و نیاز به درمان بیشتر می‌باشد (۹). شاخص شدت اعتیاد یک مصاحبه‌ی نیمه ساختاریافته است که، 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. این مقیاس در هر بخش، یک نمره کلی ترکیبی (۱-۰) می‌دهد و چگونگی وضعیت فرد در آن بخش را درجه‌بندی می‌کند و دارای ۱۱۶ پرسش می‌باشد. ۸ پرسش درباره وضعیت پزشکی، ۲۷ پرسش درباره وضعیت شغلی، ۲۴ پرسش در زمینه‌ی وضعیت مصرف مواد مخدر و الکل، ۲۷ پرسش پیرامون وضعیت حقوقی، ۲۳ پرسش در زمینه وضعیت خانوادگی و ۱۳ پرسش درباره وضعیت روانی بیمار است. ارزیابی پایایی و روایی نسخه به کاربرده شده در این بررسی، توسط عاطف وحید و همکاران این ابزار در معاونت پیشگیری سازمان بهزیستی توسط چند متخصص اعتیاد با ویژگی‌های بوم شناختی ایران تطبیق داده شده و اعتبار صوری و محتوایی آن تأمین شده است. جهت بررسی پایایی آزمون شاخص شدت اعتیاد روی ۲۰ مرد وابسته به مواد افیونی که تحت درمان نگهدارنده قرار داشتند در دو نوبت به فاصله‌ی یک هفته اجرا شد و پایایی آن از طریق روش آزمون-آزمون مجدد برای وضعیت طبی ۰/۹۱، اشتغال ۰/۸۴، مصرف الکل و

مواد ۰/۸۳، وضعیت قانونی ۰/۷۶، وضعیت خانوادگی و اجتماعی ۰/۶۸ و وضعیت روانپزشکی ۰/۷۳ به دست آمد (۸).

جلسات درمان

فهرست عناوین جلسات ماتریکس به‌قرار زیر بود:

پیش جلسه ۱: آشنایی با ماتریکس و قوانین آن و آنچه اتفاق می‌افتد. پیش جلسه ۲: آزمایش ادرار، راز داری و اصول اخلاقی درمان. جلسه اول: چرا مواد را ترک می‌کنیم؟ (ترازوی تغییر) جلسه دوم: شروع‌کننده‌ها (عوامل برانگیزاننده‌ها). جلسه سوم: سیر بهبودی (نقشه راه). جلسه چهارم: انواع شروع‌کننده‌ها (شروع‌کننده بیرونی). جلسه پنجم: انواع شروع‌کننده‌ها (شروع‌کننده درونی). جلسه ششم: مشکلات عمده در بهبودی: بی‌اعتمادی خانواده. جلسه هفتم: کاهش انرژی (بی‌حالی). جلسه هشتم: مصرف نابجای دارو. جلسه نهم: وسوسه. جلسه دهم: با وسوسه چه باید کرد؟ جلسه یازدهم: راه‌های نادرست برخورد با وسوسه. جلسه دوازدهم: افکار، احساسات و رفتارهای پیش ساز. جلسه سیزدهم: بی‌حوصلگی و افسردگی. جلسه چهاردهم: فعالیت‌های جلو گیرنده از عود. جلسه پانزدهم: فعالیت‌های مستعد کننده به عود. جلسه شانزدهم: کار و بهبودی. جلسه هفدهم: شرم و گناه. جلسه هجدهم: مشغول ماندن. جلسه نوزدهم: انگیزه برای بهبودی. جلسه بیست: راست‌گویی جلسه بیست و یکم: پاک‌ی کامل. جلسه بیست و دوم: روابط جنسی. جلسه بیست و سوم: پیش‌بینی عود و جلوگیری رفتارها و افکار. جلسه بیست و چهارم: زرنگ باشید نه قوی.

جهت تجزیه و تحلیل داده‌ها با استفاده از نرم افزار (SPSS) نسخه ۱۹ از شاخص‌های آمار توصیفی داده‌های جمع‌آوری شده با استفاده از روش‌های آمار توصیفی (میانگین، انحراف استاندارد، درصد فراوانی) و آزمون تحلیل کوواریانس استفاده شد.

یافته ها

برای بررسی تفاوت متغیرهای جمعیت شناختی: سن، تحصیلات، تاهل و شغل در دو گروه مداخله و کنترل از آزمون کای دو (مجذور کای دو) استفاده شد. نتایج آزمون کای دو نشان داد که بین دو گروه مداخله و کنترل در متغیرهای سن ($P=0/515$)، تاهل ($P=0/730$) و

شغل ($P=0/210$) تفاوت معناداری در سطح آلفای $0/05$ وجود ندارد. بر اساس نتایج آزمون کای دو در میزان تحصیلات بین دو گروه تفاوت معناداری در سطح آلفای $0/05$ به دست آمد ($P=0/031$) و با توجه به فراوانی‌های گزارش شده میزان تحصیلات در گروه مداخله بالاتر بود (جدول ۱)

جدول ۱: نتایج آزمون کای دو (χ^2) برای مقایسه تغییرهای جمعیت شناختی در گروه‌های مورد مطالعه

P.value	آماره کای دو	مجذور کای دو (χ^2)		کل نمونه
		گروه کنترل تعداد (%)	گروه مداخله تعداد (%)	
		۱۷ (۱۰۰)	۱۷ (۱۰۰)	سن
۰/۴۷۳	۰/۵۱۵	۱۰ (۵۸/۸)	۱۲ (۷۰/۶)	۲۰-۳۰ سال
		۷ (۴۱/۲)	۵ (۲۹/۴)	۳۱ تا ۴۰ سال
				تحصیلات
۰/۰۳۱	۱۰/۶۵	۱۱ (۶۷/۷)	۵ (۲۹/۴)	ابتدایی
		۶ (۵۳/۳)	۴ (۳۵/۵)	راهنمایی
		۰ (۰)	۵ (۲۹/۴)	دیپلم
		۰ (۰)	۲ (۱۱/۸)	فوق دیپلم
		۰ (۰)	۱ (۵/۹)	لیسانس
				تاهل
۰/۷۳۰	۰/۱۱۹	۹ (۵۸/۹)	۱۰ (۵۸/۸)	مجرد
		۸ (۴۷/۱)	۷ (۴۱/۲)	متاهل
				شغل
۰/۲۱۰	۵/۸۶	۱۰ (۵۸/۸)	۷ (۴۱/۲)	بیکار
		۰ (۰)	۲ (۱۱/۸)	کارمند
		۰ (۰)	۲ (۱۱/۸)	دانشجو
		۷ (۴۱/۲)	۵ (۲۹/۴)	آزاد
		۰ (۰)	۱ (۴/۹)	سرباز

از آزمون تحلیل کوواریانس برای مقایسه‌ی مدل درمانی ماتریکس در درمان بیماران مبتلا به سوء مصرف مواد در متغیر وابسته شاخص‌های شدت اعتیاد در گروه‌های مورد مطالعه با کنترل اثر پیش‌آزمون استفاده گردید. جدول ۲ میانگین اصلاح‌شده، انحراف استاندارد مربوط به متغیر وابسته فوق در پس‌آزمون و نیز آماره‌های F ، درجه معناداری و ضریب اتا را نشان می‌دهد. با توجه به نتایج جدول ۲ با کنترل اثر پیش‌آزمون و پس از اصلاح میانگین‌ها، نتایج نشان داد که در مورد متغیر وابسته وضعیت شغلی، وضعیت مصرف مواد مخدر و الککل، وضعیت حقوقی، وضعیت خانوادگی و وضعیت روانی در مرحله ی پس‌آزمون تفاوت معناداری وجود دارد که با توجه به میانگین‌های اصلاح‌شده

دو گروه در مرحله پس‌آزمون می‌توان استنباط کرد که مداخله توانسته است شاخص‌های وضعیت شغلی، وضعیت مصرف مواد مخدر و الککل، وضعیت حقوقی، وضعیت خانوادگی و وضعیت روانی گروه مداخله را بهبود بخشد. به‌علاوه مقدار ضریب اتا نشان می‌دهد که مداخله توانسته است ۸۰ درصد تغییرات مربوط به وضعیت شغلی، ۷۴ درصد تغییرات مربوط به وضعیت مصرف مواد مخدر و الککل، ۵۸ درصد تغییرات مربوط به وضعیت حقوقی، ۵۷ درصد تغییرات مربوط به وضعیت خانوادگی و ۳۷ درصد تغییرات مربوط به وضعیت روانی تبیین می‌کند. در شاخص وضعیت پزشکی شدت اعتیاد بین دو گروه تفاوت معناداری مشاهده نشد.

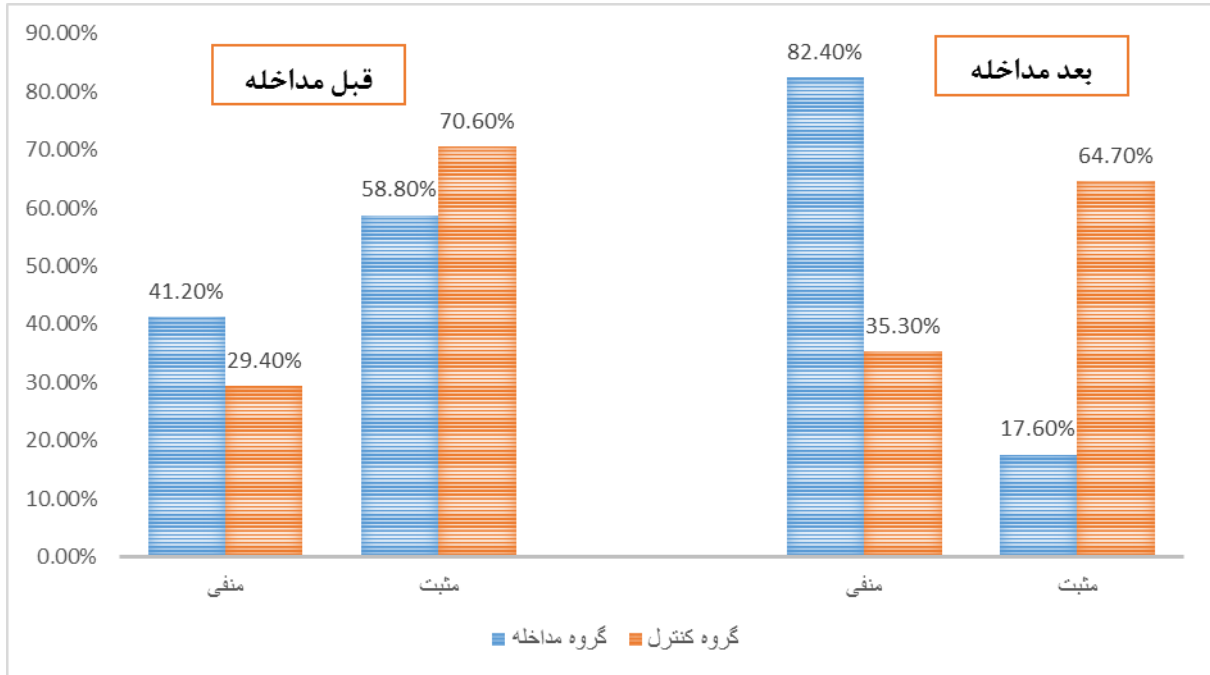
جدول ۲: میانگین‌های اصلاح‌شده و آماره‌های تحلیل کوواریانس برای مقایسه گروه مداخله و کنترل در شاخص‌های شدت اعتیاد (پس‌آزمون)

متغیر	مؤلفه	میانگین‌های و انحراف استاندارد		منبع	Df	میانگین مجزورات	F	p.value	ضریب اتا
		اصلاح‌شده در پس‌آزمون							
		کنترل	مداخله						
		M ± SD	M ± SD						
وضعیت پزشکی		گروه	۵/۷ ± ۱/۵۳	۴/۸۲	۱	۲/۶۸	۰/۱۱۱	۰/۰۸۰	
		خطا	۴/۷ ± ۱/۳۵	۱/۷۹	۳۱				
وضعیت شغلی		گروه	۷/۷ ± ۰/۸۴	۸۹/۰۵	۱	۱۲۷/۳۹	۰/۰۰۰	۰/۸۰۴	
		خطا	۴/۴۷ ± ۷۹	۰/۶۹۹	۳۱				
وضعیت مصرف مواد مخدر و الککل	شدت اعتیاد	گروه	۷/۵۸ ± ۰/۸۷	۵۷/۱۴	۱	۸۹/۰۲	۰/۰۰۰	۰/۷۴۲	
		خطا	۵ ± ۰/۷	۰/۶۴۲	۳۱				
وضعیت حقوقی		گروه	۸/۰۵ ± ۰/۹۶	۴۰/۰۱	۱	۴۲/۹۵	۰/۰۰۰	۰/۵۸۱	
		خطا	۵/۸۸ ± ۰/۹۹	۰/۹۳۱	۳۱				
وضعیت خانوادگی		گروه	۶/۸ ± ۰/۸۵	۲۷/۷۶	۱	۴۱/۴۰	۰/۰۰۰	۰/۵۷۲	
		خطا	۵ ± ۰/۷۹	۰/۶۷۰	۳۱				
وضعیت روانی		گروه	۷/۴۷ ± ۰/۸۷	۱۰/۲۶	۱	۱۸/۳۴	۰/۰۰۰	۰/۳۷۲	
		خطا	۶/۲۳ ± ۰/۷۵	۰/۵۶۰	۳۱				

که در جدول ۳ و نمودار ۱ مشاهده می شود در گروه مداخله میزان نتایج آزمایش ادرار مثبت نسبت به گروه کنترل کاهش یافته است.

نتایج آزمون کای دو (جدول ۳) نشان داد که بین دو گروه مداخله و کنترل در پس آزمون آزمایش ادرار ($P=0/005$) تفاوت معناداری در سطح آلفای ۰/۰۱ وجود دارد. همان طور

نمودار ۱: وضعیت آزمایش ادرار آزمودنی های پژوهش در دو گروه مداخله و کنترل



جدول ۳: نتایج آزمون کای دو (χ^2) برای مقایسه پس آزمون آزمایش ادرار در گروه های مورد مطالعه

P.value	آماره کای دو	گروه های مورد مطالعه		مجذور کای دو (χ^2)
		گروه مداخله تعداد (%)	گروه کنترل تعداد (%)	
0/005	7/77	14 (82/4)	6 (35/3)	منفی
		3 (17/6)	11 (64/7)	

کای دو نشان داد پیشگیری از عود در گروه درمان ترکیبی (درمان دارویی و ترکیبی) نسبت به گروهی که تنها درمان دارویی دریافت کرده اند به میزان قابل توجهی کاهش یافته است، که این نشان دهندهی موثر بودن درمان ترکیبی در

بحث

هدف این مطالعه اثربخشی درمان ماتریکس در کاهش شدت اعتیاد و پیشگیری از عود در مصرف کنندگان متأمتمین در شهر زنجان بود. نتایج به دست آمده از آزمون

درمان مبتلایان به سوء مصرف مواد محرک و کاهش دفعات مثبت بودن آزمایش ادرار در این بیماران می‌باشد. این پژوهش از این حیث که به بررسی اثربخشی درمان ماتریکس در کاهش شدت اعتیاد و پیشگیری از عود در مصرف کنندگان مت‌آمفتامین در شهر زنجان پرداخته است، مطالعه ای جدید محسوب می‌شود که به ندرت مورد پژوهش قرار گرفته است. از آنجایی که برنامه‌ی ماتریکس از نظر محتوا، ساختار و فرایند مشابه درمان شناختی رفتاری است لذا جهت مقایسه و تفسیر بیشتر به پژوهش‌های مشابه اشاره شده است. لذا محقق در مقایسه آن با سایر پژوهش‌ها و تبیین یافته‌ها با محدودیت جدی روبرو بوده است. هم سو با یافته‌های پژوهش حاضر در مطالعه‌ی عاشوری و همکاران که به منظور بررسی اثر بخشی گروه درمانی شناختی رفتاری بر بهبود مهارت‌های مقابله‌ای و پیش گیری از عود در افراد معتاد انجام دادند به این نتیجه دست یافتند که گروه درمانی شناختی رفتاری در بهبود سبک‌های مقابله ای و پیش گیری از عود افراد معتاد موثر است (۲۰). همچنین هم سو با یافته‌های این پژوهش در مطالعه تاجری و همکاران در پژوهشی با عنوان بررسی تاثیر درمان شناختی رفتاری بر پرهیز، وسوسه، عود، و تغییر نگرش معتادین به شیشه به این نتیجه رسیدند که میزان پرهیز، وسوسه، لغزش و عود و نگرش مثبت گروه آزمایشی نسبت به گروه کنترل در تمام مراحل مداخله پایین تر بود، پس رویکرد شناختی رفتاری در درمان اعتیاد به شیشه موثر است (۲۱). نتایج به دست آمده از آزمون تحلیل کوواریانس نشان داد که شاخص شدت اعتیاد در گروه درمان ترکیبی (درمان دارویی و ترکیبی) نسبت به گروه درمان دارویی به میزان قابل توجهی کاهش یافته است، که این نشان دهنده ی موثر بودن درمان ترکیبی در درمان مبتلایان به سوء مصرف مواد محرک و کاهش شاخص شدت اعتیاد در این بیماران می‌باشد. از مهمترین عوامل تاثیرگذار بر نتایج درمانی بیماران، که در پژوهش‌های مختلف به آنها اشاره شده است، ویژگی‌های

شخصیتی و رفتاری مثل تکانشگری، ولع مصرف و مولفه‌های شدت اعتیاد همچون مدت زمان مصرف مواد، نوع مواد مصرفی، پیامدهای ناشی از تداوم مصرف مواد و تعدد ترک‌های ناموفق می‌باشد، مطالعات مختلف نشان داده‌اند که ولع مصرف معتادان، نه تنها با تکانشگری بلکه با ویژگی‌های تعیین کننده شدت اعتیاد، طول مدت آن و عوامل دیگر مرتبط با آن مانند سوء مصرف چند دارو نیز، ارتباط مستقیمی داشته و از آنها تاثیر می‌پذیرد. شاید بتوان شدت اعتیاد را مصرف طولانی مدت انواع مواد، افزایش مشکلات ناشی از مصرف طی زمان؛ همچون بیکاری، طلاق، بازداشت، خودآسیب رسانی یا دیگر آزاری، طرد و نقص‌های رفتاری از جمله بی ثباتی در خلق، بی نظمی و عدم تعهد نسبت به شرایط کاری و خانوادگی، زیرپا گذاشتن حقوق دیگران، اختلال‌های روانی، تعدد ترک‌های ناموفق پیشین تعریف نمود. نتایج پژوهش ما نیز مانند سایر پژوهش‌های مشابه موید این مطلب است که این نوع درمان در کاهش شاخص شدت اعتیاد موثر است (۲۲). هم سو با یافته‌های این پژوهش در مطالعه دیگری با عنوان اثربخشی گروه درمانی شناختی رفتاری کنترل تکانه بر کاهش تکانشگری، ولع مصرف و شدت اعتیاد در معتادان مصرف کننده کراک، مشاهده شد که درمان گروهی کنترل تکانه بر کاهش تکانشگری، ولع مصرف و شدت اعتیاد در معتادان مصرف کننده کراک موثر بوده است (۲۳). در مطالعه‌ی عاشوری و همکاران هم سو با نتایج این مطالعه، موثر بودن درمان شناختی رفتاری گروهی در زمینه کاهش مولفه‌های شدت اعتیاد در بیماران مبتلا به اعتیاد تایید شده است (۲۰).

نتیجه گیری

نتایج پژوهش حاضر فقط در مورد افراد مصرف کننده مت‌آمفتامین مرد شهر زنجان قابل تعمیم است. لذا تعمیم نتایج آن به سایر جوامع و شهرها و همچنین معتادان زن باید

تشکر و قدردانی

این طرح بر اساس پایان نامه‌ی کارشناسی ارشد با عنوان اثربخشی گروه درمانی ماتریکس در درمان بیماران مبتلا به سوء مصرف آمفتامین زنجان که در جلسه کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی زنجان در تاریخ ۹۴/۱۱/۱۵ و با کد ZUMS.REC.1394.308 به تصویب رسیده انجام شده است. با سپاس از آزمودنی‌های پژوهش برای همکاری در این طرح و هم چنین کارکنان درمانگاه سهروردی مرکز آموزشی درمانی شهید بهشتی زنجان و کلینیک ترک اعتیاد رجا در زنجان که در انجام این پژوهش ما را یاری کردند.

با احتیاط صورت گیرد. با توجه به این که نمونه پژوهش حاضر در مصرف کنندگان مت آمفتامین بوده است نتایج آن در مورد سایر مواد مخدر قابل تعمیم نیست و نیازمند پژوهش‌های مربوط به آن حیطه است. نبود دوره پیگیری یکی دیگر از محدودیت‌های این پژوهش می‌باشد.

پیشنهاد می‌شود از این درمان برای افراد در حال ترک، بهره لازم گرفته شود. همچنین الگوی مداخله درمانی این پژوهش در قالب طرح‌های پژوهشی جامع برای سایر مواد، جوامع و شهرهای دیگر و معتادین چند دارویی مورد آزمون قرار گیرد.

References

- 1- Allahverdipour H, Bazargan M, Farhadinasab A, Hidarnia A, Bashirian S. Effectiveness of skillbased substance abuse intervention among male adolescents in an Islamic country: Case of the Islamic Republic of Iran. *J Drug Educ.* 2009; 39: 211-22.
- 2- Sadock BJ, Sadock VA. Comprehensive textbook of psychiatry. 2nd ed. Philadelphia: Lippincott Williams and Wilkins; 1999: 924-5.
- 3- Tofani H, Javanbakht M. Comparison adoption styles and attitudes among drug abusers and control Groups. *J Sabzevar Univ Med Sci.* 2003; 9: 70-9.
- 4- Sajjadi M, Shariatifar N, Matlabi M, Abbasnezhad AA, Basiri K, Nazemi H. The rate of knowledge and attitude toward psychoactive drugs and its abuse prevalence in Gonabad University students. *Ofogh-e-Danesh.* 2009; 15: 58-65.
- 5- Leung KS, Abdallah AB, Copeland J, Cottler LB. Modifiable risk factors of ecstasy use: Risk perception, current dependence, perceived control, and depression. *Addict Behav.* 2010; 35: 201-8.
- 6- Schydlower M. Substance abuse, a guide for health professional's Pediatrics, dedicated to the health of all children. 2nd ed. Illinois: American Academy of Pediatrics; 2002: 235.
- 7- Seyyed Fatemi N, Khoshnavaye Foomani F, Behbahani N, Hosseini F. Assertiveness skill and use of ecstasy among Iranian adolescents. *Fundamentals of mental health.* 2007; 10: 265-72.
- 8- Hadadi R. On the comparison of the therapeutic effects of matrix treatment on severity of addiction and mental health between female and male methamphetamine abusers. *Res Addict.* 2015; 8: 57-69.
- 9- Mokri Azarakhsh. Manual treatment of drug abuse stimulus: Based on the modified pattern quarter Matryks-Vyrastary. 4. 2013.

- 10- Taheri Nakhost H, Gilani Pour, Manual of psychological intervention on outpatient treatment of stimulant use disorders Matrix model: the leaves Nshrspsyd, 2013.
- 11- Rawson R. An intensive outpatient approach for cocaine abuse treatment: The matrix model. *J Substance Abuse Treat.* 1995; 12: 117-27.
- 12- Marlatt G, Gordon J. Relapse prevention: Maintenance strategies in the treatment of addictive behaviors. New York: Guilford; 1985.
- 13- Rawson RA, Obert JL, McCann MJ, Mann AJ. Cocaine treatment outcome: Cocaine use following inpatient, outpatient and no treatment. *NIDA Res Monograph.* 1986; 67: 271-77.
- 14- Shoptaw S, Frosch D, Rawson R, Ling W. Cocaine abuse counseling as HIV prevention. *J AIDS Educ Prevent.* 1997; 9: 511-20.
- 15- Jafari Nejad M. The effectiveness of treatment based on outpatient deep matrix model and stages of change on improvement of self-regulation and self-efficacy of drug abstinence. *Thought Behav Clin Psychol.* 2015; 9: 47-56.
- 16- Jeanne L Obert, Michael J, Mc Cann, et al. The matrix model of outpatient stimulant abuse treatment: History and Descriptio: 2011.
- 17- Shoptaw S, Rawson RA, MC Cann MJ, Obert J. The matrix model of outpatient stimulant abuse treatment: Evidence of efficacy. *J Addictive Diseases.* 1995.13:129-41
- 18- Pates R, Riley D. Interventions for Amphetamine Misuse. United States: Blackwell publishing LTD. 2010.
- 19- Curran C, Byrappa N, McBride A. Stimulant psychosis: systematic review. *Br J Psychiat.* 2004, 185: 196-204
- 20- Ashouri A, Mohammadi N. The effectiveness of cognitive-behavioral group therapy on the improvement of coping skills and relapse prevention in addicted individuals. *Iran J Psychiat Clin Psychol.* 14: 281-88.
- 21- Tajeri B. The effectiveness of CBT in the reduction craving and relapse prevention among amphetamine abusers. *Thought Behav Clin Psychol.* 39: 27-36.
- 22- Turkcapar H, Kose S, Ince A, Myrick H. Beliefs as a predictors of relapse in alcohol dependence Turkish men. *J Study Alcohol.* 2008; 66: 848-51.
- 23- Frisch MB. Quality or life therapy. Trans Lated By: Khamse A. Tehran: Arjmand Press; 2011. In Persian. strength, functional ankle instability, comprehensive combined program.

The Efficacy of Matrix Model Treatment in the Reduction of Addiction Severity and Relapse Prevention among Amphetamine Abusers

Ehteshami Pouya S¹, Momtazi S², Makri A³, Eskandari Z¹, Dadashi M^{1,4}

¹Dept. of Psychology, Faculty of Medicine, Zanjan University of Medical Sciences, Zanjan, Iran

²Dept. of Psychiatry, Faculty of Medicine, Zanjan University of Medical Sciences, Zanjan, Iran

³Dept. of Psychiatry, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran

⁴Social Determinants of Health Research Center, Zanjan University of Medical Sciences, Zanjan, Iran

Corresponding Author: Dadashi M, Dept. of Psychology, Faculty of Medicine, Zanjan University of Medical Sciences, Zanjan, Iran

E-mail: mohsendadashi@zums.ac.ir

Received: 6 Mar 2017 **Accepted:** 11 Sep 2017

Background and Objective: Amphetamine abuse has become a major problem in recent years. The aim of this study was to examine the efficacy of Matrix Model treatment in amphetamine abusers.

Materials and Methods: This study was a clinical trial with a pretest-posttest design. The study population included all known abusers of amphetamines in Zanjan, Iran. The sample consisted of 40 people referring to local psychiatric and psychological clinics. They were chosen based on convenient sampling and were randomly assigned into two groups, pharmacotherapy and combined therapy (pharmacotherapy and Matrix Model treatment). ASI questionnaires and urinary tests were administered before and after treatment and the data were analyzed using ANCOVA and chi-squared tests.

Results: The treatment was effective when considering job status, drug and alcohol abuse, salary, family and mental status ($p=0/001$). In terms of the medical status of addiction severity, there was no significant difference between the two groups. Chi test showed that the frequency of positive urinary tests decreased in the combined therapy group ($p=0/05$).

Conclusion: Results suggest that the Matrix Model Treatment can reduce addiction severity and can also reduce the frequency of positive urinary tests.

Keywords: Amphetamine abuse, Matrix Model treatments, Addiction severity index, Positive urinary tes