اثربخشی مدل ماتریسی در پیشگیری از بازگشت و افزایش حمایت اجتماعی در افراد وابسته به مواد افیونی

تاریخ دریافت مقاله: ۹۵//۳/۳۱ تاریخ پذیرش مقاله: ۹۵/۴/۲۰

علی فرنام[۱]

چکیده

مقدمه: این پژوهش با هدف بررسی اثربخشی مدل ماتریسی در پیشگیری از بازگشت و افزایش حمایت اجتماعی در افراد وابسته به مواد افیونی انجام شده است.

روش: در یک طرح شبه آزمایشی ۳۴ نفر مراجع با تشخیص اختلال سوءمصرف مواد افیونی که دوره سم‌زدایی را با موفقیت به پایان رسانده بودند، با روش نمونه‌گیری تصادفی خوشه‌ای در دو گروه آزمایشی (۱۶ نفر) و گواه (۱۸ نفر) تقسیم شدند. گروه آزمایشی ۳۲ جلسه (به مدت هشت هفته) تحت آموزش قرار گرفتند و گروه گواه در طول این مدت هیچ درمانی دریافت نکردند. آزمودنی‌های پژوهش توسط مقیاس ارزیابی حمایت اجتماعی (SSAS) و نیز آزمایش مورفین پیش از شروع درمان، تصادفی در طی درمان، پس از درمان و پس از اتمام مرحله پیگیری چهار ماهه، مورد ارزیابی قرار گرفتند. برای تحلیل داده‌ها از آزمون‌های تحلیل کوواریانس چندمتغیری، تحلیل کوواریانس تک متغیری و خی‌دو استفاده شد.

یافته‌ها: نتایج آزمون‌های تحلیل کوواریانس چندمتغیری و تحلیل کوواریانس تک متغیری نشان داد که تفاوت معنی‌داری بین دو گروه در افزایش حمایت اجتماعی در مراحل پس-آزمون و پیگیری وجود دارد. همچنین نتایج آزمون خی‌دو نشان داد که تفاوت معنی‌داری بین فراوانی بازگشت در دو گروه وجود دارد.

نتیجه‌گیری: نتایج نشان داد که آموزش مدل ماتریسی در افزایش حمایت اجتماعی و پیشگیری از بازگشت به اعتیاد مواد افیونی مؤثر است.

کلید واژگان: مدل ماتریسی، حمایت اجتماعی، پیشگیری از بازگشت، وابستگی به مواد افیونی.

۱ نویسنده مسئول: استادیار، گروه روان‌شناسی دانشگاه سیستان و بلوچستان، زاهدان، ایران Farnam@ped.usb.ac.ir

آدرس: زاهدان، بلوار دانشگاه، دانشگاه سیستان و بلوچستان، دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی، گروه روان‌شناسی

Effectiveness of Matrix Model in Relapse Prevention and Social Support Enhancement among Subjects with Opiate Substance Dependency

Farnam, A.

Abstract

Introduction: The aim of this study was to determine the effectiveness of Matrix model in enhancement of social support and relapse prevention in subjects with opiate dependency.

Method: In a semi-experimental study, 34 subjects with diagnosis of opiate dependency who successfully detoxified were divided into two experimental group (16 subjects) and control group (18 subjects) selected by cluster random sampling method. The experimental group received 32 sessions of Matrix model training and the control group did not receive any treatment. All subjects were assessed by Social Support Appraisal Scale (SSAS) and morphine test before treatment, randomly during treatment, after treatment, and after a 4month follow up stage. Data analyzed by using $\chi 2$ test, Multivariate Analysis of Covariance (MANCOVA) and Analysis of Covariance (ANCOVA).

Results: $\chi 2$ test result showed that experimental and control groups had a significant difference in relapse rates. In addition, Analysis of Covariance (ANCOVA) showed a significant difference between two groups in social support enhancement at periods of post-test and follow up.

Conclusion: Study results indicated that Matrix model is effective in relapse prevention and social support enhancement in people with opiate substance dependency.

Keywords: Matrix Model, Social Support, Relapse Prevention, Opiate Substance Dependency.

مقدمه

اعتیاد یک بیماری جسمی، روانی و اجتماعی است (گالانتر[1]، ۲۰۰۶). مصرف مواد افیونی مانند تریاک، شیره، مورفین و هرویین باعث وابستگی فرد به این مواد می‌شود و در عملکرد جسمی، روانی و اجتماعی وی تأثیر نامطلوب برجای می‌گذارد. سوءمصرف مواد و وابستگی به آن آسیب‌های جدی اجتماعی، اقتصادی، سیاسی، فرهنگی و بهداشتی بر جوامع وارد می‌سازد که از آن جمله می‌توان به مواردی همچون بیماری‌های جسمانی واگیرداری مثل هپاتیت، ایدز و بیماری‌های روانی- اجتماعی همچون ازدیاد جرائم مرتبط با اعتیاد مثل سرقت، قتل، خودسوزی، بیکاری، خشونت خانوادگی، کودک آزاری، افزایش آمار طلاق و افت تحصیلی فرزندانی که والدین مصرف‌کننده مواد دارند اشاره نمود (وست[2]، ۲۰۰۶). طبق گزارش سازمان بهداشت جهانی در سال ۲۰۰۰، اعتیاد عامل مرگ و میر تقریباً ۲۰۰ هزار نفر در این سال بوده است (سانی‌اوتیس[3]، ۲۰۱۰). همچنین گزارشی که سازمان بهداشت جهانی در سال ۲۰۰۵ ارائه نموده است حاکی از آن است که در دنیا بیش از ۲۰۰ میلیون فرد وابسته به انواع مواد مخدر وجود دارد که بالاترین شیوع اعتیاد با ۲/۸ درصد در ایران وجود دارد و قزاقستان با ۲/۳ درصد و روسیه با ۲/۱ درصد در رتبه‌های بعدی قرار دارند (عسکری، امینی، نادری و روزبهانی، ۱۳۸۷). مدل ماتریسی (راوسن، شاپ‌تاو، اُبرت، مک‌کان، هاسن و همکاران[4]، ۱۹۹۵؛ به نقل از فرنام، ۱۳۹۲) برای درمان بیماران سرپایی و در پاسخ به تقاضای شدید برای خدمات درمانی سوءمصرف محرک‌ها بنیان نهاده شد. راوسن، ابرت و مک کان بنیانگذاران این مدل هستند. هدف این برنامه ایجاد مدلی برای بیماران سرپایی بود که به نیازهای بیماران سوءمصرف کننده محرک‌ها پاسخگو بوده و در ضمن پروتکلی تکرار شونده و قابل ارزیابی را بسازد. مواد درمان تا حد زیادی سابقه پژوهش را تحت الشعاع قرار می‌دهد که با حوزه‌های پیشگیری از بازگشت (مارلات و گوردون، ۱۹۸۵)، درمان‌های گروهی و خانوادگی، آموزش داروها، مشارکت خودیار و نظارت بر سوءمصرف دارو مرتبط می‌باشد (فرنام، ۱۳۹۲). استفاده از مدل ماتریسی در درمان دو گروه مصرف‌کننده متامفتامین (۵۰۰ مصرف‌کننده) و کوکایین (۲۲۴ مصرف‌کننده) اثر مثبت داشت (هابر، لینگ، شاپ تاو،گیولاتی، برتن و راوسن[5]، ۱۹۹۷). همچنین در پروژه‌ای در طی سال‌های (۲۰۰۱-۱۹۹۹) اثربخشی درمان ماتریسی در درمان متامفتامین‌ها تأیید شد (راوسن، مارینلی- کیسی، آنگلین، دیکاو، فرازی‌یر، گالاقر و همکاران[6]، ۲۰۰۴).

1 - Galanter
2 - West
3 - Saniotis
4- Rawson, R., Shoptaw, S., Obert, J.L., McCann, M, Hasson, A., & et al
5 - Huber, Ling, Shoptaw, Gulati, Brethen, & Rawson
6 - Rawson, Marinelli-Casey, Anglin, Dickow, Frazier, Gallagher, et al

تاکنون از مدل ماتریسی، برای درمان مصرف دارو و الکل، بهبود در شاخص‌های روان‌شناختی و کاهش رفتارهای پر خطر جنسی مرتبط با انتقالHIV (راوسن، شاپ‌تاو، اُبرت، مک‌کان، هاسن و همکاران، ۱۹۹۵؛ شاپ تاو، راوسن، مک‌کان و اُبرت، ۱۹۹۴؛ و شاپ تاو، فروش، راوسن و لینگ، ۱۹۹۷؛ به نقل از فرنام، ۱۳۹۲)، درمان وابستگی به کوکایین (راوسن، اُبرت، مک‌کان، و مان[1]، ۱۹۸۶)، و همچنین اثربخشی در افزایش درمان نالترکسون برای افراد وابسته به مواد افیونی (راوسن، مک‌کان، شاپ‌تاو، میوتو[2]، فروش، اُبرت و همکاران، ۲۰۰۸) تأیید شده و زمینه را برای استفاده از این مدل در درمان رفتارهای اعتیادی به ویژه در حوزه مواد صنعتی و سنتی فراهم کرده است.

هدف از شکل‌گیری مدل ماتریسی کمک به سوءمصرف کنندگان محرک‌ها برای رسیدن به این اهداف بوده است: ۱) مصرف نکردن دارو، ۲) باقی‌ماندن در درمان، ۳) یادگیری مسائل بحرانی در اعتیاد و بازگشت به آن، ۴) دریافت راهنمایی و حمایت از درمانگر آموزش‌دیده، ۵) آموزش اعضای خانواده که متأثر از اعتیاد بوده‌اند، ۶) آشنایی با برنامه‌های خودیار و ۷) نظارت مستمر به وسیله آزمایش‌های ادرار. درمانگران مدل ماتریسی بایستی از ترکیبی از مهارت‌ها استفاده نمایند. درمانگر، ارتباط مثبت و دلگرم‌کننده‌ای را با بیمار شکل می‌دهد و از آن ارتباط برای تقویت تغییر مثبت رفتار استفاده می‌کند. درمانگران این مدل آموزش می‌بینند تا فرایند درمان را به عنوان تمرینی بنگرند که عزت نفس، بزرگی و وقار و خودارزشمندی را افزایش خواهد داد. رابطه مثبت میان بیمار و درمانگر عنصر اساسی برای حفظ بیمار در درمان است. مواد درمانی موجود در کتابچه‌های راهنما شامل برگه‌های کار برای جلسات فردی، گروه‌های آموزشی خانواده، گروه‌های مهارت‌های بهبود اولیه، گروه‌های پیشگیری از بازگشت، جلسات مشترک، آزمایش‌های ادرار، برنامه‌های ۱۲ گام، تحلیل بازگشت و گروه‌های حمایت اجتماعی می‌باشد.

عوامل متعددی مانند حمایت اجتماعی، در پیشگیری از بازگشت نقش دارند (کلدوی، ۱۳۹۰؛ فرنام، ۱۳۹۲). پژوهش‌های اخیر به خوبی نشان داده است که دریافت حمایت اجتماعی از سوی افراد، برای مقابله با رویدادهای استرس‌زا اهمیت زیادی دارد (لیکی و کسدی[3]، ۲۰۰۹). حمایت اجتماعی برای کمک به افراد وابسته برای داشتن دوستان جدید غیر وابسته به مواد و فعالیت‌های جدید طراحی می‌شوند. این گروه‌ها، نسبت به گروه‌های جلوگیری از بازگشت از ساختاربندی و موضوع‌مداری کمتری برخوردارند. افراد وابسته برای این که قبل از پشت سر گذاشتن مرحله جلوگیری از بازگشت، احساس کنند هنوز با گروه مرتبط هستند، شرکت در این گروه‌ها را در حین آخرین ماه درمان در انتهای مجموعه‌های آموزش خانواده آغاز می‌کنند. محتوای این گروه به وسیله نیازهای آن دسته از اعضایی که حضور دارند مشخص می‌شوند. اگر افراد وابسته بازگشت

1 - Mann. A.J.

2- Miotto, K.

3 - Lakey & Cassady

داشته‌اند، کار جلوگیری از بازگشت ممکن است برای افراد وابسته بی‌ثبات این باشد که بـه آنـان راهنمایی‌ها و دستوراتی برای کمک به پایدار ماندن‌شان داده شـود و افـراد وابسـته بـا موفقیـت مراحل بهبود را پشت سر بگذارند و برای ادامه به تغییرات سبک زندگی‌شان کمک شوند و مـورد تشویق قرار گیرند.

حمایت اجتماعی شامل منابع متعددی مانند محیط خانواده، دوستان، خویشـاوندان، همسـایگان، هم‌کلاسی‌ها و به طور کلی تمام افرادی می‌شود که فرد را می‌پذیرند و در جهت رفع مشکلات او را یاری رسانده و حمایت می‌کنند (جزایری و شـریفی، ۱۳۹۰). حمایـت اجتمـاعی بنـا بـه تعریـف بـه احساس تعلق داشتن، پذیرفته شدن، مورد عشق و محبت و علاقـه قـرار گـرفتن اطـلاق مـی‌شـود (غفاری، شهبازیان، خلقی و حق‌دوست، ۱۳۸۸). شواهد قابل توجهی وجـود دارد مبنـی بـر ایـن‌کـه حمایت اجتماعی، در محیط کار یا در خانه ممکن است عایق یا سپری علیه اثرات فشار روانی ایجـاد کند. حمایت اجتماعی تبادلات بین فردی در میان اعضای شبکه اجتماعی است که به صورت روابط دو سویه و غیر رسمی و معمولاً خود به خودی و سودمند می‌باشـد (بیرامـی، زحمـت‌یـار و بهـادری خسروشاهی، ۱۳۹۱). به باور دوبکین، سیویتا، پاراهراکیس و گیل[1] (۲۰۰۲) حمایت اجتمـاعی عامـل اولیه در میزان پرهیز بلندمدت در میان رفتارهای اعتیادآور است.

تعداد زیادی از افراد وابسته به مصرف مواد پس از ترک اعتیاد دوباره شـروع بـه مصـرف مـواد می‌کنند. بازگشت به اعتیاد دلایل متعددی از جمله: سابقه خانوادگی، راهبردهای مقابله‌ای ناسـازگار، قرار گرفتن در معرض شرایط خطرزا و تجربه رویدادهای ناگوار در زندگی را دربرمی‌گیرد (ماتو، چک رابرتی و آنجیا[2]، ۲۰۰۹). همان طور که ابتلاء به مواد مخدر شیوع گسترده‌ای پیدا کرده و روز به روز در حال گسترش است متأسفانه بازگشت به اعتیاد افرادی که اقدام به ترک مواد می‌کننـد بالاسـت. یافته‌های پژوهش شرق، شکیبی، نیساری و آلیلـو (۱۳۹۰) حـاکی از آن اسـت کـه شـیوع گسـترده بازگشت به اعتیاد می‌تواند علل مختلفی داشته باشد. بیماری روانی (۵۰/۹ درصد)، عوامل فردی، رفع احساس تنهایی و انزوا (۳۶درصد)، عوامل خانوادگی، روابط نامناسب والدین با فرزندان (۱۷/۵درصد)، اجتماعی، وجود دوستان وابسته به مصرف مواد (۳۵/۵ درصد) و عوامل فرهنگی، نداشتن تفریحات و سرگرمی سالم در اوقات فراغت (۴۰/۴ درصد) از مهم‌ترین عوامل شیوع بازگشت به اعتیاد بـوده‌انـد. در ایران میزان بازگشت به اعتیاد از ۳۸ درصد تا ۹۰ درصد گزارش شده است (سـهند، زارع و فتـی، ۱۳۸۹). مرور مطالعات گذشته نیز نشان می‌دهد، اثربخشی درمان‌هـای نگهدارنـدۀ دارویـی، بـدون مداخله‌های روانی اجتماعی، به علت اطاعت دارویی[3] پایین و میزان بـالای ریـزش[4] ضـعیف اسـت (روزن[5] و همکاران، ۲۰۰۶؛ به نقل از فرنام، ۱۳۹۲). با توجه به موارد ذکر شده، متأسفانه درصد افراد

1 - Dobkin, Civita, Paraherakis, & Gill.
2 - Mattoo, Chakrabarti, & Anjaiah
3 - Compliance
4 - Dropout
5 - Roozen

وابسته به مواد و نیز بازگشت دوباره به مصرف در ایران با عنایت به روش‌های دارویی و نیز درمان‌های روان‌شناختی به‌کار رفته تاکنون بالا است. بنابراین با توجه به ساختار و نیز مداخله‌های مدل ماتریس سؤال اصلی این پژوهش را می‌توان این گونه بیان کرد: آیا آموزش مدل ماتریسی در درمان، افزایش حمایت‌های اجتماعی و جلوگیری از بازگشت اعتیاد به مواد افیونی مؤثراست؟ به عبارتی آیا استفاده از این مدل در گروه آزمایش در مقایسه با گروه گواه موجب افزایش حمایت‌های اجتماعی در پس‌آزمون و پیگیری خواهد شد یا خیر؟

روش

روش این پژوهش نیمه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری با گروه گواه بود. جامعه آماری این پژوهش عبارت بودند از افراد وابسته به مواد افیونی مراجعه کننده به مرکز ترک اعتیاد «سروش» شهر زاهدان که از اردیبهشت ماه ۱۳۹۳ مرحله سم‌زدایی را تمام کرده بودند. ملاک‌های ورود به پژوهش عبارت بودند از: دارا بودن سن بین ۲۰ تا ۴۵ سال، ارجاع روان‌پزشک یا پزشک با توجه به تشخیص اصلی و اولیه وابستگی به مواد بر طبق معیارهای تشخیصی پنجمین راهنمای تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی (دی اس ام ۵[1])، گذشتن بیش از دو هفته از سم‌زدایی موفقیت‌آمیز و آزمایش منفی ادرار برای مواد افیونی، عدم مصرف داروهای ضد روان‌پریشی، نداشتن مشکلات جسمی و روان‌شناختی، عدم شرکت هم‌زمان در برنامه‌های دیگر درمانی در زمان پژوهش، نداشتن وابستگی بلند مدت به چند ماده به طور هم‌زمان به غیر از مواد افیونی و داشتن سابقه حداقل یک بار بازگشت. کل نمونه مورد بررسی ۳۴ مرد وابسته به مصرف مواد افیونی بودند، از این تعداد ۱۶ نفر با توجه به معیارهای ورود ذکر شده در بالا در گروه آموزش مدل ماتریسی قرار گرفتند. ۱۸ نفر هم به عنوان گروه گواه با توجه به معیارهای مطرح شده و نیز جنسیت، سن، وضعیت شغلی، وضعیت تحصیلی، دفعات ترک گذشته، و نوع ماده افیونی مصرفی همتا با گروه آزمایش در نظر گرفته شدند.

ابزار پژوهش

الف) برای سنجش حمایت اجتماعی از پرسشنامه حمایت اجتماعی که توسط واکس، فیلیپس، هالی، تامپسون، ویلیامز و استوارت تهیه شده است، استفاده گردید. این مقیاس دارای ۲۳ سؤال است و شامل سه حیطه محیط خانواده، دوستان و سایرین است. خرده مقیاس خانواده و دوستان هرکدام ۸ سؤال و خرده مقیاس سایرین ۷ سؤال دارد. این آزمون بر اساس مقیاس لیکرت چهار درجه‌ای؛ بسیار موافق، موافق، مخالف و بسیار مخالف ساخته شده است. و هرچه آزمودنی نمره بالاتری به دست آورد، به معنی آن است که وی از حمایت اجتماعی بالاتری برخوردار می‌باشد. ابراهیمی قوام با

1 - DSM-V

اجرای این آزمون در یک گروه ۱۰۰ نفری از دانشجویان و ۲ گروه ۲۰۰ و ۵۰ نفری از دانش‌آموزان ضرایب پایایی درونی و بیرونی را محاسبه کرده و به ترتیب ضرایب ۰/۹۰ و ۰/۷۰ برای پایایی درونی دانشجویان و دانش‌آموزان و ۰/۸۱ برای پایایی بیرونی گروه دانش‌آموزان را بدست آورده است (میرسمیعی، ۱۳۸۷؛ به نقل از کلدوی، ۱۳۹۰). در پژوهش حاضر نیز ضریب آلفای کرونباخ جهت بررسی همسانی درونی ۰/۷۹ بدست آمده است.

ب) آزمایش مرفین: پاک بودن بیمار از مواد مخدر نشانه عدم بازگشت است. برای بررسی بازگشت در افراد شرکت کننده در پژوهش، از آزمایش مرفین (کیت‌های ویژه) که مرفین موجود در ادرار را اندازه‌گیری می‌کند، استفاده گردید.

روند اجرای پژوهش

جهت اجرای پژوهش، از بین افرادی که دوره سم‌زدایی را با موفقیت به پایان رسانده بودند و جواب آزمایش مرفین آن‌ها منفی بود با توجه به معیارهای ورود، ۲۰ نفر در گروه آزمایش و ۲۰ نفر در گروه گواه (سرانجام بعد از اتمام مراحل پژوهش و ریزش آزمودنی‌ها، ۱۶ نفر در گروه آزمایش و ۱۸ نفر در گروه گواه) قرار گرفتند. به منظور توافق درباره اهداف، موضوع، نحوه اجرا و زمان برگزاری جلسات با افراد شرکت کننده بحث و گفتگو شد و در نهایت از آن‌ها برای شرکت در پژوهش رضایت شفاهی و کتبی گرفته شد. سپس گروه آزمایش ۳۲ جلسه (هشت هفته، جدول[1]۱)، تحت آموزش مدل ماتریسی قرار گرفتند. به تمامی شرکت‌کنندگان و خانواده‌های آن‌ها رونوشت‌هایی از سه کتابچه مؤسسه ماتریس آمریکا که برای آموزش این مدل تدارک دیده شده است متناسب با موضوع‌ها برگه‌های راهنمای مطالب هر جلسه داده می‌شد و برگه‌های بازخورد جمع‌آوری می‌گردید. گروه گواه نیز به مدت هشت هفته (هفته‌ای یک جلسه) در جلساتی به تنهایی یا به همراه خانواده و یا دوستان‌شان شرکت کردند با این تفاوت که در این جلسات آموزش خاصی ارائه نمی‌شد و افراد گروه درباره موضوعات مربوط به اعتیاد و نحوه وابستگی به مواد و اقدامات لازم جهت ترک و نظایر آن به بحث و گفتگو می‌پرداختند. لازم به ذکر است که به لحاظ رعایت جوانب اخلاقی پژوهش، افراد مشتاق گروه گواه نیز پس از پایان پژوهش در جلسات درمانی شرکت کردند و همانند گروه آزمایش بسته آموزشی و آموزش‌های لازم را دریافت نمودند.

۱ – نمونه‌ای دیگر از برنامه آموزش مدل ماتریس را می‌توان با جزییات در فرنام (۱۳۹۲) مشاهده نمود.

جدول ۱: برنامه زمان بندی نمونه

دوشنبه	چهارشنبه	جمعه
مهارت‌های بهبود اولیه هفته اول تا چهارم	آموزش خانواده هفته اول تا دوازده	مهارت‌های بهبود اولیه هفته اول تا چهارم
پیشگیری بازگشت هفته ۱تا ۱۶	حمایت اجتماعی هفته ۱۳ تا ۱۶ ادامه پس از هفته ۱۶	پیشگیری بازگشت هفته ۱تا ۱۶

انجام آزمایش ادرار به صورت تصادفی هفته‌ای یک بار

یافته‌ها

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

جدول ۲: آماره‌های توصیفی بازگشت به تفکیک گروه

بازگشت	عدم بازگشت		بازگشت		کل	
گروه	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد
آزمایش	۱۴	۸۸	۲	۱۲	۱۶	۱۰۰
گواه	۶	۳۳	۱۲	۶۷	۱۸	۱۰۰
کل	۲۰	۵۹	۱۴	۴۱	۳۴	۱۰۰

[χ^2=۱۰/۳۴ و df=۱ p< ۰/۰۱]

همان‌گونه که محتوای جدول ۲ نشان می‌دهد نسبت بازگشت در گروه آزمایش ۱۲ درصد و در گروه کنترل ۶۷ درصد می‌باشد. به منظور مقایسه نسبت بازگشت در بین دو گروه از آزمون خی‌دو استفاده شد که نتایج آن معنی‌دار می‌باشد [χ^2=۱۰/۳۴ و df =۱ p< ۰/۰۱]. با توجه به خی‌دوی به دست آمده می‌توان گفت که نسبت بین دو گروه معنی‌دار بوده و نسبت بازگشت در گروه آزمایش به طور معنی‌دار کمتر از گروه گواه است. به عبارتی می‌توان گفت که آموزش مدل ماتریسی در کاهش بازگشت گروه آزمایش مؤثر بوده است.

با توجه به طرح پژوهش حاضر که از نوع پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری بود، برای تحلیل داده‌ها و به منظور کنترل اثر پیش‌آزمون و پس‌آزمون از روش تحلیل کوواریانس چندمتغیری[1] استفاده شد. این نوع تحلیل دارای مفروضه‌هایی می‌باشد. یکی از مفروضه‌ها، بررسی همسانی ماتریس‌های واریانس- کوواریانس می‌باشد که بدین منظور از آزمون باکس[2] استفاده شده است [برای پیش‌آزمون (P= ۰/۰۶۲ >۰/۰۵ و F=۲/۱۸۴ و M= ۱۵/۴۱ باکس) و برای پس‌آزمون (

1 - Multivariate Analysis of Covariance (MANCOVA)
2 - Box's Test of Equality of Covariance Matrices

۰/۰۵ ‹ ۰/۱۴۷ =P و ۱/۵۹=F و ۱/۱۹ =M باکس) محاسبه شد]. میزان معناداری آزمون باکس از ۰/۰۵ بیشتر بود در نتیجه ماتریس واریانس- کوواریانس‌ها همگن بودند.

برای بررسی همگنی واریانس دو گروه در مرحله پس‌آزمون و پیگیری، از آزمون همگنی واریانس‌های لوین[1] استفاده شد. آزمون لوین محاسبه شده در مورد هیچ یک از متغیرهای مورد بررسی از لحاظ آماری معنی‌دار نبود (پس‌آزمون‌های؛ خانواده، دیگران و دوستان و پیگیری آن‌ها). بنابراین مفروضه همگنی واریانس‌ها نیز تأیید شد.

مفروضه مهم دیگر، همگنی ضرایب رگرسیون است. لازم به ذکر است که آزمون همگنی ضرایب رگرسیون از طریق تعامل پیش‌آزمون زیرمقیاس‌های خانواده، دیگران و دوستان و متغیر مستقل (روش درمان) در مرحله پس‌آزمون مورد بررسی قرار گرفت. تعامل این پیش‌آزمون‌ها با متغیر مستقل معنادار نبوده و حاکی از همگنی ضرایب رگرسیون بود. این مفروضه در ارتباط با مرحله پیگیری و با رعایت پیش‌فرض‌ها نیز صادق بود. با توجه به برقراری مفروضه‌های تحلیل کوواریانس چندمتغیری، از این آزمون آماری استفاده شد.

آمارهٔ چندمتغیری مربوطه یعنی لامبدای ویلکز[2] در سطح اطمینان ۹۹ درصد (α=۰/۰۱) معنی-دار می‌باشد [η^2= ۰/۸۴ و P‹۰/۰۰۰۱ و $F_{(۳و۲۷)}$ = ۴۷/۷۱]. بدین ترتیب فرض صفر آماری رد و مشخص می‌گردد که ترکیب خطی سه متغیر وابسته میزان پس‌آزمون‌های زیرمقیاس‌های خانواده، سایر و دوستان پس از تعدیل تفاوت‌های سه متغیر هم‌پراش (پیش‌آزمون‌های زیرمقیاس‌های خانواده، سایر و دوستان) از متغیر مستقل (روش درمان) تأثیر پذیرفته است (مرحله پس‌آزمون). در مرحله پیگیری نیز فرض صفر آماری رد [η^2=۰/۸۰ و P‹۰/۰۰۰۱ و $F_{(۳و۲۷)}$ =۳۵/۲۸] و مشخص می‌گردد که ترکیب خطی سه متغیر وابسته نمرات پیگیری آزمون زیرمقیاس‌های حمایت اجتماعی پس از تعدیل تفاوت‌های سه متغیر هم‌پراش (پیش‌آزمون زیرمقیاس‌های حمایت اجتماعی) از متغیر مستقل (روش درمان) تأثیر پذیرفته‌اند. بنابراین نتیجه می‌گیریم که تحلیل کوواریانس چندمتغیری به طور کلی معنادار است. سپس به این موضوع پرداخته شد که آیا متغیر مستقل بر متغیرهای وابسته، اثرگذار بوده است یا خیر؟ (جدول ۳).

1 - Levene's Test for Equality of Variances
2 - Wilks' lambda

جدول ۳ : نتایج تحلیل کوواریانس جهت مقایسه میانگین نمرات پس‌آزمون حمایت اجتماعی در دو گروه

زیرمقیاس‌ها	منابع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معنی-داری	مجذور اتا
خانواده	پیش‌آزمون	۰/۰۰۳	۱	۰/۰۰۳	۰/۰۴	۰/۸۴	۰/۰۰۱
	گروه	۰/۴۸	۱	۰/۴۸	۶/۱۲	۰/۰۱	۰/۶۵
سایر	پیش‌آزمون	۰/۰۵	۱	۰/۰۵	۱/۶۵	۰/۲۱	۰/۰۵
	گروه	۰/۹	۱	۰/۹	۲۷/۹۳	۰/۰۰۰۱	۰/۶۷
دوستان	پیش‌آزمون	۰/۰۵	۱	۰/۰۵	۰/۹۸	۰/۳۳	۰/۰۳
	گروه	۱/۲	۱	۱/۲	۲۳/۵۸	۰/۰۰۰۱	۰/۶۳

جدول ۳ نشان می‌دهد بین میانگین نمرات پس‌آزمون زیرمقیاس‌های حمایت اجتماعی بعد از حذف اثر پیش‌آزمون تفاوت معنی‌دار وجود دارد. خانواده؛ [η^2=۰/۶۵ و P‹۰/۰۱ و $F_{(۱و۳۱)}$ = ۶/۱۲]. سایر؛ [η^2=۰/۶۷ و P‹۰/۰۰۰۱ و $F_{(۱و۳۱)}$ = ۲۷/۹۳]. و دوستان؛ [η^2=۰/۶۳ و P‹۰/۰۰۰۱ و $F_{(۱و۳۱)}$ = ۲۳/۵۸]. بنابراین، میانگین نمرات پس‌آزمون گروه آزمایش به طور معنی‌داری در حمایت اجتماعی بیش‌تر از گروه گواه است. بنابراین آموزش مدل ماتریسی به طور معنی‌داری موجب افزایش حمایت اجتماعی در مرحله پس‌آزمون شده است. در جدول ۴ تحلیل کوواریانس به منظور مقایسه نمرات پیگیری حمایت اجتماعی بعد از حذف اثر پیش‌آزمون ارائه شده است.

جدول ۴: تحلیل کوواریانس جهت مقایسه میانگین نمرات حمایت اجتماعی در دو گروه

زیرمقیاس‌ها	منابع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معنی‌داری	مجذور اتا
خانواده	پیش‌آزمون	۰/۰۵۳	۱	۰/۰۵۳	۰/۶۶	۰/۴۲	۰/۰۲
	گروه	۰/۵۹	۱	۰/۵۹	۷/۴۸	۰/۰۱	۰/۵۹
سایر	پیش‌آزمون	۰/۰۲	۱	۰/۰۲	۰/۳۴	۰/۵۷	۰/۰۱
	گروه	۱/۰۳	۱	۱/۰۳	۲۲/۹۱	۰/۰۰۰۱	۰/۶۳
دوستان	پیش‌آزمون	۰/۳۴	۱	۰/۳۴	۰/۰۶	۰/۰۵	۰/۱۲
	گروه	۱/۰۶	۱	۱/۰۶	۱۲/۷۱	۰/۰۰۱	۰/۵۹

جدول ۴ نیز نشان می‌دهد بین میانگین نمرات پیگیری زیرمقیاس‌های حمایت اجتماعی بعد از حذف اثر پیش‌آزمون تفاوت معنی‌دار وجود دارد. خانواده؛ [η^2=۰/۵۹ و P‹۰/۰۱ و $F_{(۱و۳۱)}$ = ۷/۴۸]. سایر؛ [η^2=۰/۶۳ و P‹۰/۰۰۰۱ و $F_{(۱و۳۱)}$ = ۲۲/۹۱] . و دوستان؛ [η^2=۰/۵۹ و P‹۰/۰۰۱ و $F_{(۱و۳۱)}$ = ۱۲/۷۱]. بنابراین، آموزش مدل ماتریسی به طور معنی‌داری موجب افزایش حمایت اجتماعی در مرحله پیگیری شده، و توانسته است اثرات پایداری داشته باشد.

بحث و نتیجه‌گیری

هدف پژوهش بررسی اثربخشی آموزش مدل ماتریسی و افزایش حمایت اجتماعی در افراد وابسته به مصرف مواد افیونی بود. یافته‌های پژوهش نشان دادند که آموزش مدل ماتریسی در پیشگیری از بازگشت افراد وابسته به مواد افیونی اثرگذار بوده است. این یافته نشان داد این نوع مداخله در کاهش مصرف و کاهش بازگشت در افراد وابسته به مواد افیونی اثربخش است. این نتیجه با نتایج پژوهش‌های کلدوی (۱۳۹۰)، فرنام (۱۳۹۲)، راوسن، اُبرت، مک‌کان و مان (۱۹۸۶)، هابر، لینگ، شاپ تاو،گیولاتی، برتن و راوسن (۱۹۹۷)، راوسن، مارینلی- کیسی، آنگلین، دیکاو، فرازی‌یر، گالاقر و همکاران (۲۰۰۴) و راوسن، مک‌کان، شاپ‌تاو، میوتو، فروش، اُبرت و همکاران (۲۰۰۸) همسو است.

در تبیین این یافته می‌توان گفت در مدل ماتریسی پس از سم‌زدایی جسمی، بیماران احتیاج به حمایت‌های بسیار مناسب و همه جانبه خانواده دارند که این حمایت شامل حمایت روانی و برخورد صحیح و مناسب با بیمار است. اغلب خانواده‌ها و مردم، بیمار معتاد را یک مجرم می‌دانند و متأسفانه در مسیر تلاش در جهت بهبود بیمار خیلی زود ناامید می‌شوند و به اصطلاح، بیمار را غیر قابل بهبود می‌دانند که این ناامیدی یکی از بزرگ‌ترین علل شکست در سیر درمان است. در حقیقت اعتیاد فقط یک بیماری عصبی- روانی می‌باشد که احتیاج به درمانی طولانی‌مدت شامل حمایت‌های روانی بسیار دقیق دارد که بعد از مرحله سم‌زدایی، خانواده، افراد مهم و دوستان باید اغلب رفتار و برخوردهای لازم با این‌گونه افراد را با توصیه‌های روان‌شناس انجام دهند. زیرا کوچک‌ترین حرکت اشتباه در مسیر درمان می‌تواند باعث شکست و بازگشت دوباره بیماری شود. دومین سؤال پژوهش که مبنی بر «استفاده از مدل ماتریسی در گروه آزمایش در مقایسه با گروه کنترل موجب افزایش حمایت اجتماعی در پس‌آزمون و پیگیری خواهد شد» نیز تأیید گردید. نتایج نشان داد که به‌کارگیری مدل ماتریسی موجب افزایش حمایت اجتماعی در گروه آزمایش شده است. این نتیجه با نتایج پژوهش‌های کلدوی (۱۳۹۰)، فرنام (۱۳۹۲)، هابر، لینگ، شاپ تاو،گیولاتی، برتن و راوسن (۱۹۹۷)، راوسن، مارینلی- کیسی، آنگلین، دیکاو، فرازی‌یر، گالاقر و همکاران (۲۰۰۴)، راوسن، مک‌کان، شاپ‌تاو، میوتو، فروش، اُبرت و همکاران (۲۰۰۸) همسو است. در تبیین این یافته نیز می‌توان به موارد زیر اشاره کرد. نشان داده شده که حمایت اجتماعی به سه شیوه در برخورد با تنیدگی به فرد کمک می‌کند. نخست، اعضای خانواده، دوستان و سایر افراد می‌توانند به طور مستقیم حمایت ملموسی به شکل منابع مادی در اختیار یک شخص قرار دهند (برای مثال قرض دادن پول، خرید مایحتاج زندگی و مواظبت کردن از کودکان). دوم، اعضای شبکه اجتماعی می‌توانند با پیشنهاد اقدامات متنوعی، فرد را از حمایت اطلاعاتی خود برخوردار سازند و این اقدامات متنوع، می‌تواند به حل مشکلی که موجب تنیدگی شده است کمک کند. این پیشنهادها به شخص کمک می‌کند تا به مشکل از دیدگاه جدیدی نگاه کند، بدین ترتیب آن را حل کرده یا آسیب‌های

ناشی از آن را به حداقل برساند. سوم، افراد شبکه اجتماعی می‌توانند با اطمینان‌بخشی دوباره به فرد، در این خصوص که او شخص مورد علاقه، با ارزش و محترم است، از وی حمایت عاطفی به عمل آورند (دیماتئو، ۱۳۷۸؛ ترجمه موسوی اصل و همکاران). بنابراین حمایت اجتماعی مفهومی است که فرد را در برخورد با مشکلات و مقابله با تنیدگی‌های محیطی یاری می‌کند. راتوس[1] (۲۰۱۱) نیز بر این باور است که حمایت اجتماعی اثرات ناگوار تنیدگی را به پنج شیوه کاهش داده و متعادل می‌کند: نخست؛ توجه عاطفی: شامل گوش‌دادن به مشکلات افراد و ابراز احساسات، همدلی، مراقبت، فهم و قوت قلب دادن. دوم؛ یاری‌رسانی: یعنی کمک و یاری‌ای که به رفتار سازگارانه منجر می‌شود. سوم؛ اطلاعات: یعنی ارائه راهنمایی و پیشنهاد جهت افزایش توانایی مقابله‌ای افراد. چهارم؛ ارزیابی: یعنی دادن پسخوراند از سوی دیگران در زمینه کیفیت عملکرد که سرانجام آن اصلاح عملکرد است و پنجم؛ جامعه‌پذیری: یعنی دریافت حمایت اجتماعی که به طور معمول به واسطه جامعه‌پذیری به وجود می‌آید و در نتیجه پیامدهای سودمندی در پی خواهد داشت. از این رو، در این پژوهش نیز نتایج یافته‌های پیشین مبنی بر نقش مدل ماتریسی در کاهش مصرف و پیشگیری از بازگشت و از طرف دیگر پایداری و ثبات آن‌ها در مرحله پس‌آزمون و پیگیری مورد تأیید قرار گرفت. با توجه به بررسی پیشینه و تجربیات بالینی پژوهشگر، پژوهش‌های بیشتری لازم است تا از این نتایج حمایت شود. تعداد زیاد جلسات و مسائل فرهنگی موجود در منطقه باعث شد تا زنان استقبال کمی برای شرکت در جلسات آموزشی مدل ماتریسی داشته باشند، بنابراین فرصت مقایسه از بین رفت و این مورد از مهم‌ترین محدودیت‌های پژوهش حاضر است. همچنین با عنایت به این‌که گروه نمونه را افراد وابسته به مواد افیونی تشکیل می‌دهند تعمیم نتایج به افراد وابسته به سایر مواد بایستی با احتیاط صورت گیرد. از این رو پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های بعدی از هر دو جنس مرد و زن و نیز اختلالات وابسته به سایر مواد از قبیل محرک‌ها استفاده شود تا از طریق به‌کارگیری گروه‌های مختلف قابلیت تعمیم‌پذیری نتایج افزایش یابد.

تشکر و قدردانی

از مسئولین و کارکنان مرکز ترک سوءمصرف مواد «سروش» شهرستان زاهدان که با متانت و بزرگواری ما را همراهی نمودند کمال تشکر را دارم.

1 - Rathus

منابع

- بیرامی، منصور؛ زحمت‌یار، حاجیه؛ و بهادری خسروشاهی، جعفر. (۱۳۹۱). پیش‌بینی راهبردهای مقابله با فشار روانی دوران بارداری در زنان نخست‌زا بر اساس مولفه‌های سرسختی و حمایت اجتماعی. پژوهش پرستاری، ۷ (۲۷)، ۹-۱.
- جزایری، رضوان‌السادات؛ و شریفی، مرضیه. (۱۳۹۰). مقایسه میزان همسرآزاری عاطفی و ادراک حمایت اجتماعی در بیماران مبتلا به سردردهای مزمن تنشی و میگرن با افراد سالم. مجله علمی پزشکی قانونی، ۱۷ (۲)، ۹۴-۸۷.
- دیماتئو، ام. رابین. (۱۹۹۱). روان‌شناسی سلامت، جلد دوم. (ترجمه موسوی اصل، سید مهدی، سالاری‌فر، محمدرضا، آذربایجانی، مسعود و عباسی، اکبر، ۱۳۷۸)، تهران: سمت.
- سهند، بهرام؛ زارع، حسین؛ و فتی، لادن. (۱۳۸۹). مقایسه حوزه‌های مرتبط با طرحواره‌های ناسازگار اولیه در معتادان ناموفق و موفق به ترک مواد افیونی و جمعیت غیر بالینی. اعتیاد پژوهی، ۳ (۱۱)، ۸۲-۶۵.
- شرق، علی؛ شکیبی، علی؛ نیساری، رقیه؛ و آلیلو، لیلا. (۱۳۹۰). بررسی عوامل مؤثر بر بازگشت به اعتیاد از دیدگاه معتادین مراجعه‌کننده به مراکز ترک اعتیاد استان آذربایجان غربی. مجله پزشکی ارومیه، ۲۲(۲)، ۱۳۶-۱۲۹.
- عسکری، صدیقه؛ امینی، فرحناز؛ نادری، غلامعلی؛ و روزبهانی، رضا. (۱۳۸۷). ارتباط اعتیاد به تریاک با عوامل خطر بیماری‌های قلبی- عروقی. مجله علمی دانشگاه علوم پزشکی بیرجند، ۱۵ (۳۴)، ۴۴-۴۰.
- فرنام، علی. (۱۳۹۲). اثربخشی مدل ماتریسی در پیشگیری از بازگشت و افزایش مهارت‌های مقابله‌ای در افراد وابسته به مواد افیونی، اعتیاد پژوهی، ۷ (۲۵)، ۳۸-۲۵.
- کلدوی، علی. (۱۳۹۰). مقایسه اثربخشی مدل پیشگیری از بازگشت بر پایه ذهن آگاهی (MBRP)، مدل ماتریسی و روش ترکیبی در پیشگیری از بازگشت افراد مراجعه کننده به کلنیک‌های ترک اعتیاد زاهدان. پایان‌نامه دکتری چاپ نشده، دانشگاه علامه طباطبایی.
- Dobkin, P. L., Civita, M., Paraherakis, A., & Gill, K. (2002). The role of functional social support in treatment retention and outcomes among outpatient adult substance abusers. Addiction, 97, 347–356.
- Galanter, M. (2006). Innovations: Alcohol & drug abuse,spirituality in alcoholics anonymous. Psychiatric Services, 57, 307-309.
- Huber, A., Ling, W., Shoptaw, S., Gulati, V. Brethen, P. and Rawson, R. (1997). Integrating treatments for methamphetamine abuse: A psychosocial perspective. Journal of Addictive Diseases, 16, 41-50.
- Lakey, B., & Cassady, P. B. (2009). Cognitive processes in perceived social support. Journal of Personality and social Psychology, 59, 337- 348.

- Mattoo, S. K., Chakrabarti, s & Anjaiah, M. (2009). Psychosocial factors associate with relapse in men with alcohol or opioid dependence. Indian Journal of Medical Research, 130, 702-708.
- Rathus, S. A. (2011). Psychology (10th ed.). Fort Worth: Holt, Rinehart and Winston.
- Rawson, R., Marinelli-Casey, P., Anglin, D., Dickow, A., Frazier, Y., Gallagher, C. et al. (2004). A multi-site comparison of psychosocial approaches for the treatment of methamphetamine dependence. Addiction, 99(6), 708-717.
- Rawson, R., McCann, M.J., Shoptaw, S., Miotto, K. Frosch, D., Obert, J.L. and Ling, W. (2008). Naltrexone fore opiate addiction: Evaluation of a manualized psychosocial protocol to enhance treatment response. www.matrixinstitute.org/articles/articles-2
- Rawson, R.A., Obert, J.L. McCann, M.J. and Mann. A.J .(1986). Cocaine treatment outcome: Cocaine use following inpatient, outpatient and no treatment. CPDD NIDA Res. Monograph, 67, 271-277.
- Saniotis, A. (2010). Evolutionary and anthropological approaches towards understanding human need for psychotropic and mood altering substances. Journal of psychoactive Drugs, 42(4), 84-477.
- West, R. (2006). Theory of Addiction, Blackwell publishing, oxford. World Health Organization, 9-28.