



Comparison of the Effectiveness of Matrix Therapy and Life Quality Improvement-Based Therapy on the Emotions of Women Suffering from Stimulant Use Disorder

Shokooh ShahBakhsh¹, Ahmad Mansouri², Mustafa Bolghan-Abadi³, Mahdi Akbarzadeh⁴

1. Ph.D Candidate in General Psychology, Department of Psychology, Ne.C., Islamic Azad University, Neyshabur, Iran. E-mail: shahbakhsh.zah.iau@gmail.com

2. Assistant Professor, Department of Psychology, Ne.C., Islamic Azad University, Neyshabur, Iran. E-mail: mansoury_am@iau.ac.ir

3. Assistant Professor, Department of Psychology, Ne.C., Islamic Azad University, Neyshabur, Iran. E-mail: mbolghan@gmail.com

4. Assistant Professor, Department of Psychology, Ne.C., Islamic Azad University, Neyshabur, Iran. E-mail: ir.m.akbarzadeh@gmail.com

ARTICLE INFO

Article type:
Research Article

Article history:

Received 13 March 2025

Received in revised form

09 April 2025

Accepted 15 May 2025

Published Online 23

August 2025

Keywords:

stimulant use disorder,
distress tolerance,
responsibility,
life quality improvement-
based therapy,
matrix therapy

ABSTRACT

Background: Substance use disorder is a common, chronic, and relapsing psychological disorder that leads to various physical, psychological, and social consequences for affected women, with these consequences being more detrimental in women than in men. A review of the research literature indicates that this disorder affects emotional experience and its dimensions. Various treatments, such as Matrix therapy and quality of life-based therapy, have been implemented for substance use disorder and related factors, including emotional experience. However, there has been less focus on comparing these treatments

Aims: This study aimed to compare the effectiveness of Matrix therapy and quality of life-based therapy on the emotional experiences of women with stimulant substance use disorder.

Methods: The present study used an experimental method with a pre-test, post-test, and two-month follow-up design with a control group. The statistical population of the study included all individuals with stimulant substance use disorder (methamphetamine) in Zahedan in 2021. The sample consisted of 45 individuals seeking treatment at the Baharan Drug Rehabilitation Center in Zahedan during the second half of 2021. Among the participants, 45 individuals were selected through convenience sampling, and after conducting the pre-test in a joint session, they were randomly assigned to three groups: 15 participants in the Matrix therapy group, 15 in the quality of life-based therapy group, and 15 in the control group. Prior to the interventions, all three groups took the emotional experience scale (Mittmannsgruber et al., 2009) as a pre-test. After the treatment period, all three groups underwent post-tests, and a follow-up test was administered two months later. Data were analyzed using descriptive statistics (mean, standard deviation) and repeated measures ANOVA with SPSS version 27.

Results: The results showed that there were significant differences between the effectiveness of Matrix therapy and quality of life-based therapy on the emotional experience dimensions when compared to the control group. Moreover, Matrix therapy showed greater effectiveness than quality of life-based therapy ($p < 0.001$).

Conclusion: The results of this study indicate that both Matrix therapy and quality of life-based therapy are effective on the emotional experiences of women with stimulant substance use disorder. However, Matrix therapy has a greater effect on the emotional experience dimensions. Therefore, researchers can use this therapeutic method to reduce or increase emotional dimensions in individuals with stimulant substance use disorder.

Citation: ShahBakhsh, Sh., Mansouri, A., Bolghan-Abadi, M., & Akbarzadeh, M. (2025). Comparison of the Effectiveness of Matrix Therapy and Life Quality Improvement-Based Therapy on the Emotions of Women Suffering from Stimulant Use Disorder. *Journal of Psychological Science*, 24(150), 145-164. [10.52547/JPS.24.150.145](https://doi.org/10.52547/JPS.24.150.145)

Journal of Psychological Science, Vol. 24, No. 150, 2025

© The Author(s). DOI: [10.52547/JPS.24.150.145](https://doi.org/10.52547/JPS.24.150.145)



✉ **Corresponding Author:** Ahmad Mansouri, Assistant Professor, Department of Psychology, Ne.C., Islamic Azad University, Neyshabur, Iran.

E-mail: mansoury_am@iau.ac.ir, Tel: (+98) 9153331799

Extended Abstract

Introduction

One of the common, chronic, and disabling psychological disorders is substance use disorder, which has various physical, psychological, social, familial, and economic consequences (Khamoshi Ghalehnoei & Mansouri, 2020). This disorder includes a range of physical, behavioral, and cognitive symptoms that indicate the continuation of substance use despite significant substance-related problems. The diagnosis of this disorder is made for the use of alcohol, opioids, cannabis, inhalants, sedatives, hallucinogens, stimulants, tobacco, and other substances (American Psychiatric Association, 2022). Among these, stimulants have affected a significant percentage of the general population due to various medical and non-medical, or legal and illegal reasons. This global increase in the use of stimulants among adults and children is observable (Dubois et al., 2024). On the other hand, the problems caused by stimulant use continue to increase and pose major challenges for healthcare and judicial services in many parts of the world (Farrell et al., 2019).

Substance use disorders can also impact the emotional dimensions (Lui, 2017; Namavizadeh, 2017). Emotional regulation refers to the ability to monitor and assess our emotional experiences in order to reduce negative emotions while strengthening positive emotions (Lee et al., 2024). Emotional regulation not only plays a role in optimal emotional development but also in explaining individual differences in experiential avoidance, which in turn influences maladaptive coping styles (Lui, 2017). Research by Namavizadeh (2017) showed that there is a difference in emotional regulation between individuals with substance use disorders and healthy individuals. Lui (2017) found that emotional regulation factors play an important role in the treatment of individuals with concurrent eating and substance use disorders. The research literature also showed that there is a relationship between positive and negative emotional regulation and susceptibility to addiction in adolescents (Mohamadnezah Devin & Mikaily, in press).

Various pharmacological and psychological treatments, including detoxification, methadone maintenance treatment, neurofeedback, psychoanalysis, behavioral therapies, cognitive-behavioral therapies, supportive therapies, rational emotional and behavioral therapies, and life quality improvement programs, have been developed and used by mental health specialists for the prevention and treatment of substance use disorders and related factors (Backhalaki & Mansouri, 2017; Khamoshi Ghalehnoei & Mansouri, 2020; Windsor et al., 2018). Another treatment approach used is life quality improvement-based therapy. This approach, introduced by Frisch, is based on the life quality improvement theory, which integrates findings from positive psychology, well-being, happiness, quality of life, social indices, coaching, psychotherapy, and cognitive-behavioral therapy. In this approach, clients learn strategies and skills to help them identify, pursue, and fulfill their most important needs, goals, and desires. The goal of this treatment is to offer a comprehensive, structured, and individual set of positive psychological interventions that is suitable for both coaching programs and clinical applications. This approach integrates positive and clinical psychology by including techniques for emotional control and reducing negative feelings, while also enhancing positive emotional experiences (Frisch, 2018). It has also been noted that this approach is a type of cognitive-behavioral therapy that includes mindfulness, acceptance, and resilience to increase well-being and quality of life. The difference between this approach and traditional cognitive-behavioral therapy is its emphasis on fostering positive emotions rather than reducing negative ones (Carroll et al., 2020).

A review of studies shows that this therapeutic model plays a significant role in reducing depression (Faraji Vastegani et al., 2024), self-care behaviors in patients with type 2 diabetes (Kermani & Miri, 2024), hope and spiritual health (Hemmati et al., 2021), feelings of loneliness in female students (Najarpour Ostadi et al., 2021), marital burnout in women attending health center counseling (Feizabadi et al., 2016), and prevention of relapse (Amini & Afshar Nia, 2023), well-being, and self-efficacy (Shariati et al., 2013),

managing obsessive thoughts (Sadri Damirchi & Kiani Chalmari, 2017), difficulties in emotion regulation and relapse (Motahhari et al., 2016) in individuals with substance use disorders. However, as previously mentioned, less attention has been given to the effectiveness of life quality improvement-based therapy on the emotional dimensions of women suffering from stimulant use disorder.

Method

This research, with a pre-test, post-test, and two-month follow-up experimental design, aimed to examine the effectiveness of Life Quality Improvement-based therapy and Matrix therapy on improving positive and negative emotional regulation in women suffering from stimulant use disorder

(methamphetamine). The statistical population consisted of women visiting the Beharan Addiction Treatment Center in Zahedan, from which 45 individuals were randomly assigned to three treatment and control groups. The measurement tool for this study was the Emotion Regulation Scale. The interventions were conducted for the experimental groups in the form of Life Quality Improvement-based therapy (8 sessions) and Matrix therapy (10 sessions). The data were analyzed using repeated measures analysis of variance with SPSS software.

Results

Table 1 shows the descriptive statistics (mean and standard deviation) for the emotional variables in the three groups and three measurement stages.

Table 1. Descriptive statistics for the research variables across three measurement times by group

Variables	Groups	Mean	Standard Deviation
		Pre-test	Post-test
Negative Emotion	Matrix Therapy	56.73	44.2
	life quality improvement-based therapy	56.67	52.07
	Control Group	57.73	57.13
Positive Emotion	Matrix Therapy	30.47	37.37
	life quality improvement-based therapy	29.4	36.6
	Control Group	29.6	30.3

As shown in Table 1, as the measurement time increases, negative emotion and positive emotion in both treatment groups decrease and increase, respectively, compared to the control group. To examine the differences, an appropriate statistical method should be used based on the data conditions. The Shapiro-Wilk test for normality was conducted, and the results were not significant for the distribution of the emotional variables in all groups and at all evaluation stages ($p > 0.05$), indicating that the distributions of the variables are normal.

A key assumption for the F-ratio in repeated measures designs to follow a central F distribution is the

assumption of compound symmetry of the covariance matrix. Homogeneity of variance was also tested, which indicated that the diagonal elements of the variance-covariance matrix were equal. The assumption of equal covariance across different stages of measurement tests the multivariate normality. The Mauchly's test of sphericity was used to test this assumption, and the results indicated that this assumption was violated. To adjust for the degrees of freedom, the Greenhouse-Geisser correction was applied, and the results are presented in Table 2.

Table 2. Results of repeated measures ANOVA for main and interaction effects of emotions

Source of Variation	Mean Squares	F	Degrees of Freedom	p-value	Effect Size	Power
Negative Emotion	Group	8.07	43.4	2	0.001	0.67
	Time	883.37	146.93	1.13	0.001	0.77
	Time*Group	285.26	47.45	2.62	0.001	0.69
Positive Emotion	Group	294.78	27.12	2	0.001	0.56
	Time	318.8	174.57	1.57	0.001	0.81
	Time*Group	69.42	37.9	3.15	0.001	0.64

The results of the repeated measures ANOVA in Table 2 show that the main effects of time are significant ($p < 0.001$). The main effect of group is also significant ($p < 0.001$), and the interaction between time and group is significant ($p < 0.001$). The time effect indicates that there is a significant difference between pre-test, post-test, and follow-up stages. The effect size for the group factor indicates that 67% of the variance in negative emotion and 56% of the variance in positive emotion is explained by group membership. The effect size for the time factor

shows that 77% of the variance in negative emotion and 81% of the variance in positive emotion is due to changes over time. The effect size for the time*group interaction indicates that 69% of the variance in negative emotion and 64% of the variance in positive emotion is due to temporal changes within at least one group level.

To examine the pairwise differences in the means of positive and negative emotions at three evaluation stages, the Bonferroni post-hoc test was applied, and the results are shown in Table 3.

Table 5. Bonferroni post-hoc test results for emotional variables

Reference Stage (Mean)	Comparison Stage (Mean)	Mean Difference	Standard Error	p-value
Negative Emotion	Pre-test	Post-test	5.93	0.46
	Follow-up	6.47	0.51	0.001
	Post-test	Follow-up	0.53	0.46
Positive Emotion	Pre-test	Post-test	-4.04	0.24
	Follow-up	-4.13	0.31	0.001
	Post-test	Follow-up	-0.09	0.2

As shown in Table 5, the difference between the pre-test and post-test is significant ($p < 0.001$). Based on the mean differences, the scores for negative emotion decreased and for positive emotion increased from pre-test to post-test. There was no significant difference between the post-test and follow-up stages ($p > 0.05$).

The repeated measures ANOVA results also showed significant differences between the Matrix therapy and life quality improvement-based therapy groups in negative emotion ($p < 0.001$), with the Matrix therapy group having significantly lower negative emotion scores compared to the life quality improvement-based therapy group (mean difference = -4.47). Moreover, the life quality improvement-based therapy group had lower negative emotion scores compared to the control group (mean difference = -4.47). For positive emotion, a significant difference was observed between the Matrix therapy and life quality improvement-based therapy groups ($p = 0.006$) and between the Matrix therapy group and the control group ($p < 0.001$). The life quality improvement-based therapy group had lower positive emotion scores compared to the control group (mean difference = -2.8).

In summary, the results indicate that the Matrix therapy is significantly more effective than the life quality improvement-based therapy in reducing

negative emotion and increasing positive emotion. Meanwhile, the life quality improvement-based therapy group showed better results than the control group in reducing negative emotion.

Conclusion

The study aimed to compare the effectiveness of Matrix Therapy and Life Quality Improvement-based therapy on the emotional regulation dimensions of women with stimulant use disorder. The findings revealed that Matrix Therapy was significantly more effective than Life Quality Improvement-based therapy in reducing negative emotions and increasing positive emotions. However, Life Quality Improvement-based therapy showed better outcomes than the control group in reducing negative emotions. These findings are consistent with previous research emphasizing the effectiveness of Matrix Therapy in improving emotional regulation and reducing emotional issues in individuals with substance use disorders. Cognitive-behavioral therapies and Life Quality Improvement-based therapies are also effective in reducing depression, increasing self-care behaviors, and improving spiritual health in individuals with substance use disorders.

Ethical Considerations

Compliance with ethical guidelines: This study did not collect any personal information from participants, and care was taken to prevent asking for individuals' names. Participants were assured that their responses were confidential, and they were encouraged to cooperate honestly for the improvement of the quality of the research. Furthermore, ethical approval for the research was obtained from the Ethics Committee in Biomedical Research at Islamic Azad University, Lahijan branch, with the ethical code IR.IAU.LIAU.REC.1400.049. All participants gave informed consent to participate.

This article is based on the doctoral dissertation of the first author in psychology at Islamic Azad University, Neyshabur branch. Ethical guidelines were strictly followed during data collection with participants' consent.

Funding: This research was conducted as part of a doctoral thesis without external financial support.

Authors' contribution: This article is based on the doctoral thesis of the first author, supervised by the second author and consulted by the third author.

Conflict of interest: The authors declare no conflicts of interest regarding the results of this research.

Acknowledgments: We would like to express our sincere gratitude to all those who assisted us in conducting this research.



مقایسه اثربخشی درمان ماتریکس و درمان مبتنی بر بهبود کیفیت زندگی بر فراهیجان‌های زنان مبتلا به اختلال مصرف مواد محرک

شکوه‌شهبخش^۱، احمد منصوری^۲، مصطفی بلقان‌آبادی^۳، مهدی اکبرزاده^۴

۱. دانشجوی دکتری روانشناسی عمومی، گروه روانشناسی، واحد نیشابور، دانشگاه آزاد اسلامی، نیشابور، ایران.

۲. استادیار، گروه روانشناسی، واحد نیشابور، دانشگاه آزاد اسلامی، نیشابور، ایران.

۳. استادیار، گروه روانشناسی، واحد نیشابور، دانشگاه آزاد اسلامی، نیشابور، ایران.

۴. استادیار، گروه روانشناسی، واحد نیشابور، دانشگاه آزاد اسلامی، نیشابور، ایران.

چکیده

مشخصات مقاله

نوع مقاله:

پژوهشی

تاریخچه مقاله:

دریافت: ۱۴۰۳/۱۲/۲۳

بازنگری: ۱۴۰۴/۰۱/۲۰

پذیرش: ۱۴۰۴/۰۲/۲۵

انتشار برخط: ۱۴۰۴/۰۶/۰۱

کلیدواژه‌ها:

اختلال مصرف مواد محرک،

درمان ماتریکس،

درمان مبتنی بر بهبود کیفیت

زندگی،

فراهیجان

زمینه: اختلال مصرف مواد یکی از اختلال‌های روانشناختی شایع، مزمن و عودکننده است که باعث پیامدهای جسمی، روانی و اجتماعی مختلفی برای زنان مبتلا در پی دارد و پیامدهای آن در زنان نامطلوب‌تر از مردان است. بررسی ادبیات پژوهش نشان می‌دهد که این اختلال بر فراهیجان و ابعاد آن اثر دارد. درمان‌های مختلفی مانند درمان ماتریکس و درمان مبتنی بر بهبود کیفیت زندگی برای اختلال مصرف مواد و عوامل مرتبط با آن از جمله فراهیجان انجام شده است اما توجه کمتری به مقایسه این درمان‌ها شده است.

هدف: این پژوهش با هدف مقایسه اثربخشی درمان ماتریکس و درمان مبتنی بر بهبود کیفیت زندگی بر فراهیجان‌های زنان مبتلا به اختلال مصرف مواد محرک انجام شد.

روش: روش پژوهش حاضر آزمایشی با طرح پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری دوماهه با گروه کنترل بود. جامعه آماری پژوهش شامل تمام افراد مبتلا به اختلال مصرف مواد محرک (شیشه) شهر زاهدان در سال ۱۴۰۰ بود. نمونه آماری این پژوهش شامل ۴۵ نفر از افراد مبتلا به اختلال مصرف مواد مراجعه‌کننده به مرکز ترک اعتیاد بهاران شهر زاهدان در شش‌ماهه دوم سال ۱۴۰۰ بود. از بین شرکت‌کنندگان ۴۵ نفر به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب و پس از اجرای مرحله پیش‌آزمون در یک جلسه مشترک، به‌صورت تصادفی در سه گروه ۱۵ نفری گروه درمان ماتریکس، گروه درمان مبتنی بر بهبود کیفیت زندگی و گروه گواه جایگزین شدند. قبل از اجرای مداخله‌ها از هر سه گروه با استفاده از مقیاس فراهیجان (میتمانسگروبر و همکاران، ۲۰۰۹) پیش‌آزمون به عمل آمد. پس از پایان دوره درمان، هر سه گروه مورد پس‌آزمون قرار گرفته و دو ماه بعد از آن آزمون مرحله پیگیری اجرا شد. برای تجزیه و تحلیل داده‌ها، علاوه بر شاخص‌های آمار توصیفی (شامل میانگین، انحراف معیار) از روش تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر با بهره‌گیری از نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۷ استفاده شد.

یافته‌ها: نتایج نشان داد که بین اثربخشی دو درمان ماتریکس و درمان مبتنی بر بهبود کیفیت زندگی بر ابعاد فراهیجان با گروه کنترل و همچنین بین دو درمان ماتریکس و درمان مبتنی بر بهبود کیفیت زندگی تفاوت وجود دارد. به‌علاوه اثربخشی درمان ماتریکس نسبت به درمان مبتنی بر بهبود کیفیت زندگی بر ابعاد بیشتر است ($p < 0/001$).

نتیجه‌گیری: نتایج این پژوهش نشان داد که هر دو درمان ماتریکس و درمان مبتنی بر بهبود کیفیت زندگی بر ابعاد فراهیجان زنان مبتلا به اختلال مصرف مواد محرک مؤثر هستند، اما اثربخشی درمان ماتریکس بر ابعاد فراهیجان بیشتر است. از این رو پژوهشگران می‌توانند از این روش درمانی برای کاهش و افزایش ابعاد فراهیجان افراد مبتلا به اختلال مصرف مواد محرک استفاده کنند.

استناد: شهبخش، شکوه؛ منصوری، احمد؛ بلقان‌آبادی، مصطفی؛ و اکبرزاده، مهدی (۱۴۰۴). مقایسه اثربخشی درمان ماتریکس و درمان مبتنی بر بهبود کیفیت زندگی بر فراهیجان‌های زنان مبتلا به اختلال مصرف مواد محرک. مجله علوم روانشناختی، دوره ۲۴، شماره ۱۵۰، ۱۴۵-۱۶۴.

DOI: [10.52547/JPS.24.150.145](https://doi.org/10.52547/JPS.24.150.145) ۱۴۰۴، شماره ۱۵۰، دوره ۲۴



✉ نویسنده مسئول: احمد منصوری، استادیار، گروه روانشناسی، واحد نیشابور، دانشگاه آزاد اسلامی، نیشابور، ایران. رایانامه: mansoury_am@iau.ac.ir

تلفن: ۰۹۱۵۳۳۳۱۷۹۹

مقدمه

یکی از اختلال‌های روانشناختی شایع، مزمن و ناتوان‌کننده اختلال مصرف مواد است که پیامدهای جسمی، روانشناختی، اجتماعی، خانوادگی و اقتصادی مختلفی دارد (خاموشی قلعه‌نویی و منصوری، ۲۰۲۰). این اختلال شامل مجموعه‌ای از علائم جسمانی، رفتاری و شناختی است که نشان‌دهنده تداوم مصرف مواد باوجود مشکلات چشمگیر مرتبط با ماده است. تشخیص این اختلال برای مصرف الکل، مواد افیونی، حشیش، مواد استنشاقی، رخوت‌زا، توهم‌زاها، محرک‌ها، خواب‌آورها یا ضد اضطرابی‌ها، توتون و سایر مواد گذاشته می‌شود (انجمن روان‌پزشکی آمریکا، ۲۰۲۲). دراین‌بین، محرک‌ها درصد بالایی از جمعیت عمومی را به دلایل مختلف پزشکی و غیرپزشکی و یا قانونی و غیرقانونی درگیر کرده‌اند. این افزایش جهانی مصرف محرک‌ها در بین بزرگسالان و کودکان قابل‌مشاهده است (دبوا و همکاران، ۲۰۲۴). از سوی دیگر مشکلات ناشی از مصرف محرک‌ها همچنان رو به افزایش است و چالش‌های عمده‌ای را برای خدمات بهداشتی و قضایی در بسیاری از نقاط جهان ایجاد می‌کند (فارل و همکاران، ۲۰۱۹).

اگرچه شیوع اختلال مصرف مواد در مردان بیشتر از زنان است، اما زنان مبتلا به این اختلال آسیب‌پذیرتر هستند و کمتر از مردان وارد درمان می‌شوند (فونسکا و همکاران، ۲۰۲۱). نتایج پژوهش‌های مربوط به محرک‌ها نیز نشان داده است که مصرف این مواد در مردان بیشتر از زنان است (مک هیو و همکاران، ۲۰۲۴). باوجوداین تفاوت در میزان شیوع اختلال مصرف مواد در بین زنان و مردان در حال کاهش است؛ تمایل زنان به مصرف مواد سرعت بیشتری نسبت به مردان دارد (فونسکا و همکاران، ۲۰۲۱). مصرف مواد محرک با افزایش میزان مرگ‌ومیر، افزایش بروز عفونت HIV، هپاتیت C و عفونت‌های مقاربتی، افزایش فشارخون، افزایش اختلال در کارکردهای اجتماعی و شغلی، کاهش سلامت روان (خودکشی، روان‌پریشی، بی‌خوابی، اضطراب، افسردگی و خشونت)، کاهش رشد جنین و افزایش خطر حوادث قلبی عروقی و کبد مرتبط است (سورینو و فارل، ۲۰۲۴؛ اهن و همکاران، ۲۰۲۴؛ فارل و همکاران، ۲۰۱۹). باوجوداین پیامدهای طبی، روانشناختی و کارکردی ناشی از اختلال‌های مصرف مواد در زنان ناخوشایندتر از مردان است (مک هیو و همکاران، ۲۰۱۸).

اختلال مصرف مواد می‌تواند بر ابعاد فراهیجان نیز اثر بگذارد (لوئی، ۲۰۱۷؛ نعمای زاده، ۱۳۹۵). فراهیجان به معنای هیجان درباره هیجان است (گاتمن و همکاران، ۱۹۹۷). همچنین به معنای توانایی نظارت و ارزیابی تجارب هیجانی‌مان به‌منظور کاهش هیجان‌های منفی و درعین‌حال تقویت هیجان‌های مثبت است (لی و همکاران، ۲۰۲۴). فراهیجان به چگونگی تفکر و احساس ما درباره تجارب هیجانی مختلف اشاره دارد. آن‌ها نه تنها در رشد هیجانی بهینه بلکه در تبیین تفاوت‌های فردی در اجتناب تجربه‌ای و به‌نوبه خود سبک‌های مقابله ناسازگار نقش دارند (لوئی، ۲۰۱۷). نتایج پژوهش نعمای زاده (۱۳۹۵) نشان داد که بین فراهیجان افراد مبتلا به اختلال مصرف مواد و افراد عادی تفاوت وجود دارد. لوئی (۲۰۱۷) بیان کرد که فراهیجان احتمالاً ریشه در زمینه‌های خانوادگی و فرهنگی دارد و تلاش‌های افراد برای فرار از هیجان‌های ارزیابی‌شده منفی ممکن است در رفتارهای ناسازگار ظاهر شود، ازاین‌رو تحلیل و بازسازی شناختی پیرامون فراهیجان را می‌توان به درمان‌های اختلال خوردن و اختلال مصرف مواد تعمیم داد. وی نشان داد که توجه به عوامل فراهیجان نقش مهمی در درمان افراد مبتلا به اختلال‌های هم‌زمان خوردن و مصرف مواد دارد. بررسی ادبیات پژوهش همچنین نشان داد که بین فراهیجان‌های مثبت و منفی با آمادگی به اعتیاد نوجوانان رابطه وجود دارد (محمدنژاد و میکائیلی، زیر چاپ).

برای پیشگیری و درمان اختلال مصرف مواد و عوامل مرتبط با آن، درمان‌های دارویی و روانشناختی متنوعی ازجمله سم‌زدایی، درمان نگه‌دارنده با متادون، نوروفیدبک، روان تحلیلی، درمان‌های رفتاری، شناختی-رفتاری، حمایتی، عقلانی هیجانی و رفتاری و همچنین برنامه غنی‌سازی و ارتقاء زندگی به‌صورت فردی یا گروهی ایجاد و توسط متخصصان بهداشت روانی مورد استفاده قرار گرفته است (خاموشی قلعه‌نویی و منصوری، ۲۰۲۰؛ وینسور و همکاران، ۲۰۱۸؛ بک چالاکی و منصوری، ۲۰۱۷). یکی دیگر از درمان‌های مورد استفاده، درمان مبتنی بر بهبود کیفیت زندگی است. این رویکرد توسط فریش ارائه شده است و نظریه درمان مبتنی بر کیفیت زندگی زیربنای این رویکرد است که تلاش می‌کند یافته‌های حوزه‌های روان‌شناسی مثبت، بهزیستی، شادکامی، کیفیت زندگی و شاخص‌های اجتماعی، مربیگری، روان‌درمانی و درمان شناختی بک را در هم ادغام کند. در این رویکرد مراجعان راهبردها و مهارت‌هایی

را یاد می گیرند که به آن ها کمک می کند تا مهم ترین نیازها، اهداف و آرزوهایشان را شناسایی، پیگیری و برآورده سازند. هدف این درمان ارائه یک بسته جامع، دارای دستورالعمل و فردی از مداخلات روانشناسی مثبت است که هم برای برنامه های مربیگری و هم برای کاربردهای بالینی مناسب است. این رویکرد روانشناسی مثبت و بالینی را با گنجاندن تکنیک هایی برای کنترل عاطفه و احساس های منفی و همچنین تقویت تجارب عاطفی مثبت، ادغام می کند (فریش، ۲۰۱۶). همچنین بیان شده است که این رویکرد یک نوع درمان شناختی رفتاری است که شامل ذهن آگاهی، پذیرش و تاب آوری برای افزایش بهزیستی و کیفیت زندگی می شود. تفاوت آن با درمان شناختی رفتاری سنتی تأکید بر ایجاد هیجان های مثبت به جای کاهش هیجان های منفی است (کارول و همکاران، ۲۰۲۰).

بررسی مطالعات انجام شده نشان می دهد این مدل درمانی نقش مهمی در کاهش افسردگی (فرجی وستگانی و همکاران، ۱۴۰۳)، رفتارهای خود مراقبتی بیماران مبتلا به دیابت نوع دو (کرمانی و میری، ۱۴۰۳)، امیدواری و سلامت معنوی (همتی و همکاران، ۱۴۰۰)، احساس تنهایی دانشجویان دختر (نجاپور و همکاران، ۱۴۰۰)، فرسودگی زنان مراجعه کننده به مراکز مشاوره خانه های سلامت (فیض آبادی و همکاران، ۱۳۹۵) و همچنین پیشگیری از عود مصرف (امینی و افشاری نیا، ۱۴۰۲)، بهزیستی و خودکارآمدی (شریعتی و همکاران، ۱۳۹۲)، خودکارآمدی جنسی، رضایت زناشویی (نوری پور و همکاران، ۲۰۱۳)، مهار عقاید و سوسه انگیز (صدری دمیرچی و کیانی چلمردی، ۱۳۹۶)، دشواری در تنظیم هیجان و عود (مطهری و دیگران، ۲۰۱۶) افراد مبتلا به اختلال مصرف مواد داشته است. باوجوداین و همان طور که پیش ازاین بیان شد توجه کمتری به اثربخشی درمان مبتنی بر بهبود کیفیت زندگی بر ابعاد فراهیجان های زنان مبتلا به اختلال مصرف مواد محرک شده است.

مدل ماتریکس از چندین روش درمانی مختلف ازجمله رفتاردرمانی شناختی، درمان تقویت انگیزه، گروه درمانی، خانواده و زوج درمانی، درمان فردی استفاده می کند (سامی و همکاران، ۲۰۱۷)، درحالی که درمان مبتنی بر کیفیت زندگی یک روان درمانی است که با ترکیب دو رویکرد روانشناسی مثبت و نظریه شناختی بک ایجاد شده است (اقبالا و دیگران، ۲۰۲۰). درمان مبتنی بر کیفیت زندگی یک نوع درمان شناختی رفتاری است که برعکس درمان شناختی رفتاری سنتی وحتی مدل

ماتریکس بر ایجاد هیجان های مثبت به جای کاهش هیجان های منفی تأکید دارد (کارول و همکاران، ۲۰۲۰).

این پژوهش با مقایسه اثربخشی درمان ماتریکس و درمان مبتنی بر بهبود کیفیت زندگی بر تحمل پریشانی و مسئولیت پذیری زنان مبتلا به اختلال مصرف مواد محرک، نوآوری های مهمی را ارائه می دهد. تمرکز خاص بر ابعاد فراهیجانی در زنان مبتلا به اختلال مصرف مواد، که کمتر در پژوهش های قبلی مورد توجه قرار گرفته است، یکی از ویژگی های برجسته این مطالعه است. همچنین، این پژوهش با ادغام دو رویکرد درمانی متفاوت، یعنی درمان ماتریکس و درمان مبتنی بر بهبود کیفیت زندگی، به دنبال ایجاد مدل های درمانی نوین و مؤثرتر برای این گروه خاص از بیماران است. طراحی تحقیقاتی با پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری دو ماهه نیز از نقاط قوت آن است که نتایج بلندمدت درمان ها را مورد ارزیابی قرار می دهد. همانطور که عنوان شد، اختلال مصرف مواد محرک یکی از مشکلات مهم بهداشت عمومی است که نه تنها سلامت جسمی بلکه جنبه های روانی و اجتماعی فرد را تحت تأثیر قرار می دهد. زنان مبتلا به اختلال مصرف مواد در معرض مشکلات خاصی مانند خشونت و موانع دسترسی به درمان هستند (گزارش جهانی مواد مخدر، ۲۰۲۰). تحمل پریشانی و مسئولیت پذیری از عوامل کلیدی در شدت مصرف مواد و احتمال عود آن هستند (ریس و همکاران، ۲۰۱۹). درمان های مبتنی بر بهبود کیفیت زندگی می توانند به افزایش رضایت از زندگی و کاهش مشکلات روانی در افراد مبتلا به اختلال مصرف مواد کمک کنند (کومینس، ۲۰۰۵). از این رو، هدف این پژوهش پاسخگویی به این سوال است که آیا بین اثربخشی درمان ماتریکس و درمان مبتنی بر بهبود کیفیت زندگی بر تحمل پریشانی و مسئولیت پذیری زنان مبتلا به اختلال مصرف مواد محرک تفاوت وجود دارد؟ این پژوهش می تواند به ارائه راهکارهای درمانی مناسب برای زنان مبتلا به اختلال مصرف مواد محرک کمک کند.

روش

الف) طرح پژوهش و شرکت کنندگان: پژوهش حاضر آزمایشی با طرح پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری دوماهه با گروه گواه بود. جامعه آماری این پژوهش شامل تمام زنان مبتلا به اختلال مصرف مواد محرک (شیشه) شهر زاهدان در سال ۱۴۰۰ بود. نمونه آماری شامل ۴۵ نفر از زنان

همسانی درونی (ضریب آلفای کرانباخ) برای فراهیجان منفی ۰/۸۵ و برای فراهیجان مثبت ۰/۸۷ به دست آمد.

(ب) روش اجرا

پس از تصویب پروپوزال در شورای پژوهشی گروه روانشناسی دانشگاه آزاد اسلامی واحد نیشابور، اخذ کد اخلاق به شماره IR.IAU.LIAU.REC.1400.049 از کمیته اخلاق در پژوهش‌های زیست پزشکی دانشگاه آزاد اسلامی واحد لاهیجان، پس از انجام هماهنگی‌های اداری با مسئولین مرکز ترک اعتیاد بهاران شهر زاهدان در شش‌ماه دوم سال ۱۴۰۰ و همچنین تعیین شرکت‌کننده پژوهش حاضر، شرکت‌کننده‌ها برای شرکت در پژوهش، رضایت کتبی آگاهانه خود را اعلام داشتند. در پیش‌آزمون کلیه شرکت‌کننده‌های گروه‌های آزمایش و گواه مقیاس فراهیجان را تکمیل نمودند. سپس گروه‌های آزمایش بر اساس پروتکل‌های برنامه درمان مبتنی بر کیفیت زندگی (جدول ۱) و درمان ماتریکس (جدول ۲) تحت درمان قرار گرفتند. افراد گروه گواه در طول دوره درمان، مداخله‌ای را دریافت نکردند. البته در پایان پژوهش به‌منظور رعایت ملاحظات اخلاقی، افراد گروه گواه نیز از یک دوره فشرده درمان مبتنی بر کیفیت زندگی برخوردار شدند.

درمان مبتنی بر کیفیت زندگی

درمان مبتنی بر کیفیت زندگی بر اساس بسته درمان مبتنی بر کیفیت زندگی (فریش، ۲۰۰۵) برای یکی از گروه‌های آزمایش در طی ۸ جلسه ۶۰ دقیقه‌ای برگزار شد.

درمان ماتریکس

درمان ماتریکس بر اساس بسته درمان ماتریکس (راوسن و مک‌کن، ۲۰۰۵) برای گروه دیگری از گروه‌های آزمایش در طی ۱۰ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای برگزار شد.

مراجعه‌کننده به مرکز ترک اعتیاد بهاران شهر زاهدان در شش‌ماه دوم سال ۱۴۰۰ بود. حجم نمونه برای هر گروه ۱۵ نفر بود. شرکت‌کنندگان به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند و به شیوه تصادفی در سه گروه جایگزین شدند. ملاک‌های ورود به پژوهش شامل تشخیص اختلال مصرف مواد محرک (شیشه)، سن بین ۲۵ تا ۴۵ سال، اعلام رضایت کتبی آگاهانه و امکان شرکت در جلسات درمان در زمان اجرای پژوهش بود. ملاک‌های خروج عبارت بودند از ابتلای به بیمارهای جسمانی و نقایص شنوایی و دیداری، شرکت هم‌زمان در سایر برنامه‌های درمانی دارویی و غیر دارویی، غیبت بیش از دو جلسه، عدم همکاری در جلسات درمانی. ملاحظات اخلاقی شامل رضایت آگاهانه کتبی برای شرکت در پژوهش، محرمانه ماندن اطلاعات شخصی اعضای گروه، اطلاع شرکت‌کنندگان از موضوع و روش اجرای پژوهش قبل از شروع کار، حق خروج از پژوهش در هر زمانی که تمایل داشته باشند، پرهیز از هرگونه آسیب به آن‌ها و ارائه یکی از درمان‌های موردنظر به گروه گواه پس از اتمام دوره درمان بود.

(ب) ابزار

مقیاس فراهیجان^۱: این مقیاس توسط میتمانسگروبر و همکاران در سال ۲۰۰۹ تدوین شده و دارای ۲۸ ماده است. همچنین شامل شش خرده مقیاس خشم، شرم، کنترل خشونت و فرونشانی (فراهیجان‌های منفی) و همچنین شفقت و علاقه (فراهیجان‌های مثبت) است. هر یک از ماده‌ها بر اساس یک مقیاس نمره‌گذاری لیکرت شش درجه‌ای از ۱ (کاملاً نادرست) تا ۶ (کاملاً درست) نمره‌گذاری می‌شود. آن‌ها اعتبار نمره کل مقیاس، فراهیجان‌های مثبت، فراهیجان‌های منفی، خرده مقیاس‌های خشم، شرم، کنترل خشونت، فرونشانی، شفقت و علاقه را به روش همسانی درونی (آلفای کرونباخ) به ترتیب ۰/۸۵، ۰/۸۵، ۰/۹۱، ۰/۸۶، ۰/۷۷، ۰/۸۳، ۰/۷۶، ۰/۸۲ و ۰/۸۵ گزارش شده است. همچنین نشان دادند که از روایی همگرا و افتراقی مناسبی برخوردار است (میتمانسگروبر و همکاران، ۲۰۰۹). اعتبار نسخه فارسی آن برای نمره کل مقیاس، فراهیجان‌های مثبت، فراهیجان‌های منفی به روش همسانی درونی (آلفای کرونباخ) به ترتیب ۰/۸۹، ۰/۸۷ و ۰/۷۰ بوده است. همچنین از روایی سازه و همگرایی مناسبی برخوردار بوده است (رضایی و همکاران، ۱۳۹۳). در پژوهش حاضر اعتبار این مقیاس به روش

^۱. The Meta-Emotion Scale (MES)

جدول ۱. بسته درمان مبتنی بر کیفیت زندگی (فریش، ۲۰۰۵)

جلسات	اهداف	محتوا	تکالیف
جلسه اول	معارفه و آشنایی گروه با یکدیگر، تعریف نقش کیفیت زندگی در سلامت روانی افراد	معرفی ابعاد و حیطه‌های کیفیت زندگی و رابطه آن با سلامت روانی. معرفی درمان مبتنی بر کیفیت زندگی	انجام تمرینات مختلف برای شناخت بیشتر و ایجاد ارتباط مؤثر بین اعضای گروه
جلسه دوم	معارفه و آشنایی گروه با یکدیگر، تعریف نقش کیفیت زندگی در سلامت روانی افراد	معرفی ابعاد و حیطه‌های کیفیت زندگی و رابطه آن با سلامت روانی. معرفی درمان مبتنی بر کیفیت زندگی	ایجاد ارتباط بین اعضای گروه، نوشتن اهداف شخصی و تمرکز بر ابعاد کیفیت زندگی
جلسه سوم	آشنایی با اهداف، ارزش‌ها و زندگی معنوی در رضایت از زندگی	معرفی اهداف و ارزش‌ها، تعیین فلسفه زندگی، آموزش تمرین هدف‌یابی، تکنیک نمایشنامه زندگی و برنامه‌ریزی روزانه	تعیین اهداف کوتاه‌مدت و بلندمدت، نوشتن برنامه روزانه و فهرست ارزش‌ها
جلسه چهارم	بررسی نقش عزت‌نفس در زندگی و معرفی راه‌های رسیدن به موفقیت	تعریف عزت‌نفس بر اساس مدل کیفیت زندگی، آموزش تکنیک‌های شناسایی دستاوردها و استعدادها	تمرین شناسایی دستاوردها و موفقیت‌ها، تقویت عزت‌نفس در فعالیت‌های روزمره
جلسه پنجم	تعریف ارتباط در درمان مبتنی بر کیفیت زندگی	آموزش انگاره‌های ارتباطی، مهارت‌های ارتقای رضایت از ارتباط، آموزش فن‌نامه‌نگاری و استفاده از فرهنگ لغت احساسات	نوشتن نامه به خود یا دیگران برای بهبود ارتباطات، استفاده از تکنیک ثبت افکار
جلسه ششم	تعریف سلامتی مطابق درمان مبتنی بر کیفیت زندگی	ارتباط شادکامی با سلامت روانی، بررسی عادات غلط در مورد سلامتی، تمرین پذیرش تغییرات غیرقابل کنترل	تمرین پذیرش تغییرات و تقویت ذهنیت مثبت در مقابل مشکلات بهداشتی
جلسه هفتم	بررسی رابطه شادی و تفریح در کیفیت زندگی	تفاوت بین فعالیت‌های «باید» و «خواستن»، اهمیت بازی و تفریح، گام‌های مؤثر برای برقراری عادات شاد و تفریحی	برنامه‌ریزی برای تفریح و تفکر در مورد فعالیت‌های موردعلاقه
جلسه هشتم	مرور کلی درمان و تأکید بر استفاده از آن در زندگی روزمره	آموزش راهبردهای مدیریت استرس، بررسی فهرست اضطراب و استفاده از تکنیک‌های مقابله با استرس	تکمیل فهرست اضطراب و مرور کلی جلسات و ایجاد برنامه عملی برای استفاده از تکنیک‌ها

جدول ۲. عناوین جلسات درمان ماتریکس

جلسه	محتوا	تکلیف	هدف
جلسه اول	چرا مواد را ترک می‌کنم و ترازوی تغییر چه شروع‌کننده‌هایی (عوامل برانگیزاننده، تلنگرها) وجود دارد؟	یادداشت کردن اثرات خوشایند ابتدایی و مدت زمان دوام آن، یادداشت علائم آزاردهنده آن	رساندن به باور آمادگی برای تغییر
جلسه دوم	سیر بهبودی (علائم جسمانی، بازگشت به زندگی) شروع‌کننده‌های بیرونی و درونی چه عواملی باعث بروز وسوسه می‌شود؟	چند شروع‌کننده قوی مصرف مواد را یادداشت کنید. از شروع ترک چه علامت‌های را مبنی بر بهبودی در خود مشاهده کردید؟	بهبود و بازگشت به زندگی
جلسه سوم	مشکلات عمده در بهبودی: بی‌اعتمادی خانواده و مواد دیگران به‌عنوان جایگزین	موارد و مکان‌های وسوسه را یادداشت کنید. موارد درونی که باعث بروز وسوسه می‌شود را یادداشت کنید.	حتی شناساندن عوامل وسوسه‌زا و دوری از آن‌ها
جلسه سوم	مشکلات عمده در بهبودی: مصرف نابجای دارو و وسوسه. دلایل وجود به آمدن و حالات روحی که برای بیمار به وجود می‌آید	مواردی از بی‌اعتمادی خانواده را توضیح دهید؛ و در شما چه احساسی ایجاد کرده، می‌کند؟ شرایط ایده آل از نظر شما چیست؟ مشکلات عمده در بهبودی: مصرف نابجای دارو و مواد دیگران به‌عنوان جایگزین	هدف، رفع بی‌اعتمادی خانواده نیست بلکه کنار آمدن با آن است.
جلسه چهارم	با وسوسه چه کرد؟ روش‌هایی که به شما کمک می‌کند آن را از خود دور کنید.	موارد وسوسه خود را تا جلسه آینده یادداشت کنید، کی بود؟ کجا بود؟ چگونه ایجاد شد؟ شما چه کردید؟	برای احساس شادی، سلامت و روحیه بهتر نیازی نیست به ماده شیمیایی چه قانونی و چه غیرمجاز متوسل شوید.
جلسه پنجم	راه‌های برخورد نادرست با وسوسه افکار، احساسات و رفتارهای پیش ساز مصرف	موارد وسوسه خود را تا جلسه آینده یادداشت و راه‌های مؤثر و غیر مؤثر شما چه بود؟	شناسایی زمان و مکان وسوسه‌زا و پاسخ‌دهی به آن
		چه رفتارهای نادرست در برخورد با وسوسه در دیگران سراغ دارید؟ شما کدام‌یک را انجام داده‌اید؟	در برخورد با وسوسه از چه راهی باید استفاده کرد؟
		تا جلسه بعد درباره افکار، احساسات، رفتارهای هشداردهنده و پیش ساز عود فکر کنید، آن‌ها را یادداشت کنید.	فکرهای غلط برای دوری از وسوسه را دور بریزید.
			شک در لزوم درمان و عدم فایده آن پیش ساز عود است. هوشیار باشید.

جلسه	محتوا	تکلیف	هدف
	احساس بی‌حوصلگی افسردگی که با قطع مصرف به سراغتان می‌آید.	فعالیت‌های نشاط‌آور را جایگزین روی آوردن به مواد کرده و بگویید کدام فعالیت‌ها برای شما مجدداً لذت‌بخش شده است.	این حالات با گذشت زمان و پرهیز از مصرف برطرف می‌شود. نگران نباشید.
جلسه ششم	جلوگیری از عود: فعالیت‌های جلوگیری از عود فعالیت‌های مثبتی که به عنوان طناب اطمینان یا کمر بند ایمنی عمل می‌کند	فعالیت‌های خاصی که نقش طناب اطمینان را دارد، ذکر کنید.	فعالیت‌های مثبت مثل ورزش، دیدار با اقوام، سرگرمی هفتگی را به‌طور مداوم انجام دهید.
	جلوگیری از عود: فعالیت‌های مستعد کننده عود	فعالیت‌های خطرناک را ذکر کنید پنج فعالیت که برای شما نقش مستعد کننده دارد، نام ببرید.	جلوگیری از عود
جلسه هفتم	کار و بهبودی، وقت آزاد فراوان باعث کسلی و بی‌حوصلگی و بی‌برنامگی شما می‌شود. کار زیاد هم باعث عود می‌شود و سلامت را به خطر می‌اندازد.	چه مواردی در مورد کار شما وجود دارد که بر درمان اثر سوء می‌گذارد.	در مقایسه با کار، درمان شما در اولویت است نه کار زیاد نه بیکاری
جلسه هشتم	مشغول ماندن در طول روز و برنامه‌ریزی برای سرگرمی‌های متعدد انگیزه برای بهبودی: بررسی انگیزه اولیه بیمار برای ترک و قوت دادن آن‌ها	برنامه فعالیت روزانه خود را برای ۳ روز آینده یادداشت کرده و فکرمی کنید، چه راه‌های برای بهبود کیفیت روزهای خود دارید؟ چند دلیل برای شروع درمان قید کنید؟ آیا اکنون ادامه دارد؟ انگیزه‌های جدید کدام‌اند؟	سرگرمی و دور ماندن از یکنواختی و کسلی زندگی انگیزه روز اول درمان مهم است. ولی مهم‌تر از آن پرورش و رشد دادن آن است.
جلسه نهم	راست‌گویی: با افزایش مصرف مواد، تأمین و تهیه آن، زمان. به همین دلیل نگاه داشتن زندگی در مسیر خود سخت‌تر می‌شود و جهت اجتناب از مشکلات، دروغ‌گویی آغاز می‌شود.	در زمان مصرف چگونه مواد، راست‌گویی شما آسیب‌دیده بود؟ چه دروغ‌های عمده گفتید؟ در جریان بهبودی چه دروغ‌های به درمانگر خود گفتید؟	اگر می‌خواهید که هیچ‌وقت عود نکنید، فقط راست بگویید. رساندن به باور راست‌گویی
	پاکی کامل: بیمار برای رهایی از مواد محرک، مصرف دیگر مواد را بی‌خطر می‌داند. پیش‌بینی عود و جلوگیری از آن: اعتیاد محدود به مواد نیست. مجموعه‌ای از رفتارها همراه دارد که رفتارهای مرتبط با اعتیاد را می‌گوییم. مثل رفتارهایی برای پوشاندن مصرف که باید کنار گذاشته شود.	آیا برای رعایت پاکی کامل مشکل دارید؟ یا باور دارید ماده دیگری باید مصرف کنید؟ اگر بله چرا و چه ماده‌ای؟	برای رهایی از مواد محرک پرهیز کامل از کلیه مواد لازم است.
جلسه دهم	زرننگ باشید نه قوی. در جریان اعتیاد به اتکا اراده و به اصطلاح قوی بودن شاید در نگاه اول موفق و پسنیدیده باشد، ولی ناکام می‌شود. هر قدر قوی باشید، مواد از تو قوی‌تر است.	چه رفتارهای طی دوره بعد از ترک مرتبط با اعتیاد مشاهده کردید؟ افکاری که همراه اعتیاد است؛ که ظهور آن بعد از ترک زنگ خطر است. کدام از افکار عود را دارد.	عود را با افکار و رفتارهایی که همراه اعتیاد بوده بعد از ترک به سراغتان می‌آید، شناسایی کرده از آن جلوگیری کنید.
	به‌جای اتکا به‌زور و تلاش برای قوی بودن در برابر مواد باید زرننگ و هوشیار باشید. مقابله با مواد زرننگی می‌خواهد، نه قدرت.	امیدوار هستید با قطع مصرف مواد به چه چیزهایی برسید و چه چیزهایی از دست می‌دهید. مهم‌ترین دلیل ترک شما چیست؟	

در سه گروه ماتریکس، درمان کیفیت زندگی و گواه محاسبه شد. برای متغیر سن، میانگین (انحراف معیار) گروه ماتریکس ۳۲/۲۷ (۹/۶۵)، گروه درمان کیفیت زندگی ۳۳/۴۷ (۸/۳۱) و گروه گواه ۳۰/۲۷ (۲/۶۷) به دست آمد. در خصوص متغیر مدت مصرف، میانگین (انحراف معیار) به ترتیب برای گروه‌های ماتریکس، درمان کیفیت زندگی و گواه ۳/۴۰ (۰/۵۹)، ۳/۰۷ (۰/۶۴) و ۳/۲۷ (۰/۵۳) بود. در گروه درمان ماتریکس ۲ نفر مجرد، ۱۰ نفر متأهل و ۳ نفر مطلقه بودند. در گروه درمان کیفیت زندگی ۲ نفر مجرد، ۹ نفر متأهل و ۴ نفر مطلقه بودند. در گروه گواه نیز ۲ نفر مجرد، ۱۱

در این پژوهش برای تجزیه و تحلیل داده‌ها، علاوه بر شاخص‌های آمار توصیفی (شامل میانگین، انحراف معیار) از شاخص‌های آمار استنباطی نیز استفاده شد. برای تعیین اثربخشی درمان‌ها از آزمون آماری تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر با استفاده از نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۷ استفاده شد.

یافته‌ها

در این پژوهش، میانگین، انحراف معیار، فراوانی و درصد فراوانی برای متغیرهای جمعیت شناختی سن، تحصیلات، وضعیت تأهل و مدت مصرف

پنجم ابتدایی، ۷ نفر سیکل و ۲ نفر دیپلم بودند. جدول ۳ اطلاعات توصیفی میانگین و انحراف معیار متغیر فراهیجان‌ها را در سه گروه و سه مرحله ارزیابی نشان داده است.

نفر متأهل و ۲ نفر مطلقه بودند. وضعیت تحصیلات گروه درمان ماتریکس، ۱ نفر بی‌سواد، ۴ نفر پنجم ابتدایی، ۶ نفر سیکل و ۴ نفر دیپلم بود. در گروه درمان مبتنی بر کیفیت زندگی ۱ نفر بی‌سواد، ۶ نفر پنجم ابتدایی، ۶ نفر سیکل و ۲ نفر نیز دیپلم داشتند. در گروه گواه نیز، ۱ نفر بی‌سواد، ۵ نفر

جدول ۳. اطلاعات توصیفی متغیرهای پژوهش در سه نوبت اندازه‌گیری به تفکیک سه گروه

متغیرها	گروه‌ها	میانگین					
		نوبت اندازه‌گیری			نوبت اندازه‌گیری		
		پیش‌آزمون	پس‌آزمون	پیگیری	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	پیگیری
فراهیجان منفی	درمان ماتریکس	۵۶/۷۳	۴۴/۲	۴۳/۴	۱/۹۱	۵/۱۴	۵/۲۳
	درمان مبتنی بر کیفیت زندگی	۵۶/۶۷	۵۲	۵۲/۰۷	۲/۲۲	۲/۰۳	۲/۴۶
	گواه	۵۷/۷۳	۵۷/۱۳	۵۶/۲۷	۲/۰۵	۱/۹۹	۲/۴۳
فراهیجان مثبت	درمان ماتریکس	۳۰/۴۷	۳۷	۳۷/۶	۱/۷۳	۳/۰۲	۳/۴
	درمان مبتنی بر کیفیت زندگی	۲۹/۴	۳۶/۶	۳۴/۱۳	۱/۶۸	۱/۹۹	۲/۳۹
	گواه	۲۹/۶	۳۰	۳۰/۱۴	۱/۱۸	۱/۰۷	۱/۶

F باشد، مفروضه تقارن مرکب ماتریس کوواریانس است. همگنی واریانس مفروضه‌ای بود که بررسی شد و دلالت بر برابری عناصر قطری ماتریس واریانس- کوواریانس داشت. مفروضه تساوی کوواریانس نمرات در مراحل مختلف آماری شامل مفهوم گسترده‌تری است. مفروضه تساوی کوواریانس نمرات در مراحل مختلف آماری نرمال بودن چندمتغیره را بررسی می‌کند. برای بررسی این مفروضه در داده‌های این پژوهش از آزمون کرویت ماجلی استفاده شد که نتایج نشان داد این پیش‌فرض رعایت نشده و برای اصلاح درجات آزادی از اصلاح اسپیلون با استفاده از آزمون گرین هاوس- گایزر استفاده شد که نتایج در جدول ۴ نشان داده شده است.

همان‌طور که در جدول ۳ نشان داده شده است هر چه نوبت اندازه‌گیری بیشتر می‌شود متغیر فراهیجان منفی و فراهیجان مثبت در دو گروه درمانی نسبت به گروه گواه به ترتیب کاهش و افزایش می‌یابد. برای بررسی تفاوت‌ها باید از روش آماری مناسب بر اساس شرایط داده‌ها استفاده کرد. در ادامه برای بررسی مفروضه نرمال بودن توزیع داده‌ها، مقدار آماره آزمون شاپیرو ویلک در تمام گروه‌ها و در تمام مراحل ارزیابی برای توزیع تمام سطوح متغیرهای فراهیجان مثبت و منفی معنادار نبود ($p > 0.05$)، لذا می‌توان گفت توزیع متغیرها نرمال هستند. یک مفروضه بسیار مهم برای آنکه هر نسبت F در طرح‌هایی با اندازه‌گیری مکرر دارای توزیع مرکزی

جدول ۴. نتایج تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر برای اثرات اصلی و تعاملی فراهیجان‌ها

متغیرها	منابع تغییرات	میانگین مجدورات	F	درجات آزادی	سطح معناداری	اندازه اثر	توان آزمون
فراهیجان منفی	اثر گروه	۹۱۲/۸۰۷	۴۳/۴	۲	< 0.001	۰/۶۷	۱/۰۰
	اثر زمان	۸۸۳/۳۷	۱۴۶/۹۳	۱/۱۳	< 0.001	۰/۷۷	۱/۰۰
	تعامل زمان*گروه	۲۸۵/۲۶	۴۷/۴۵	۲/۶۲	< 0.001	۰/۶۹	۱/۰۰
فراهیجان مثبت	اثر گروه	۲۹۴/۷۸	۲۷/۱۲	۲	< 0.001	۰/۵۶	۱/۰۰
	اثر زمان	۳۱۸/۸	۱۷۴/۰۶	۱/۵۷	< 0.001	۰/۸۱	۱/۰۰
	تعامل زمان*گروه	۶۹/۴۲	۳۷/۹	۳/۱۵	< 0.001	۰/۶۴	۱/۰۰

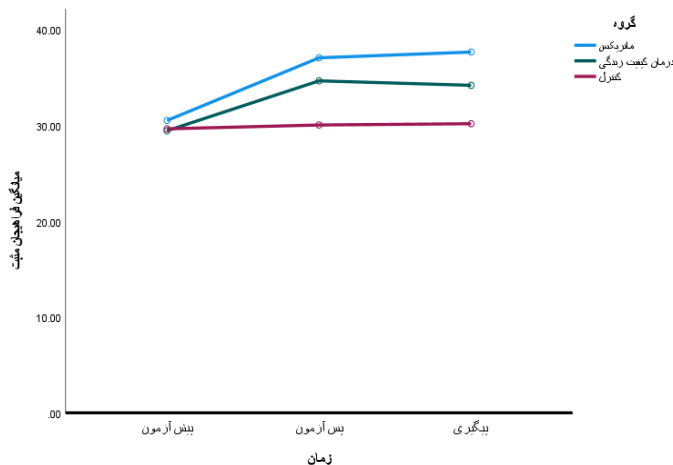
است که اثرات اصلی زمان معنادار است ($p < 0.001$). از طرفی اثر اصلی گروه نیز معنادار است ($p < 0.001$). همچنین تعامل زمان و گروه هم معنادار

جدول ۴ نتایج آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر را برای متغیرهای فراهیجان مثبت و منفی نشان می‌دهد. از محتوای جدول مشخص

تغییرات زمانی است. همچنین اندازه اثر تعامل زمان و گروه نشان می‌دهد ۶۹ درصد تغییرات واریانس فراهیجان منفی و ۶۴ درصد تغییرات فراهیجان مثبت ناشی از تغییرات زمانی در حداقل یکی از سطوح گروهی است. برای بررسی دوبه‌دوی تفاوت میانگین فراهیجان مثبت و منفی در سه مرحله ارزیابی از آزمون تعقیبی بونفرونی استفاده شد که در جدول ۵ نشان داده شده است.

جدول ۵. نتایج آزمون بونفرونی برای متغیر فراهیجان‌ها

متغیرها	مرحله مبنا (میانگین)	مرحله مورد مقایسه (میانگین)	تفاوت میانگین‌ها	خطای استاندارد	سطح معناداری
فراهیجان منفی	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	۵/۹۳	۰/۴۶	<۰/۰۰۱
	پیش‌آزمون	پیگیری	۶/۴۷	۰/۵۱	<۰/۰۰۱
	پس‌آزمون	پیگیری	۰/۵۳	۰/۴۶	۰/۰۷۰
فراهیجان مثبت	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	-۴/۰۴	۰/۲۴	<۰/۰۰۱
	پیش‌آزمون	پیگیری	-۴/۱۳	۰/۳۱	<۰/۰۰۱
	پس‌آزمون	پیگیری	-۰/۰۹	۰/۲	۱/۰۰

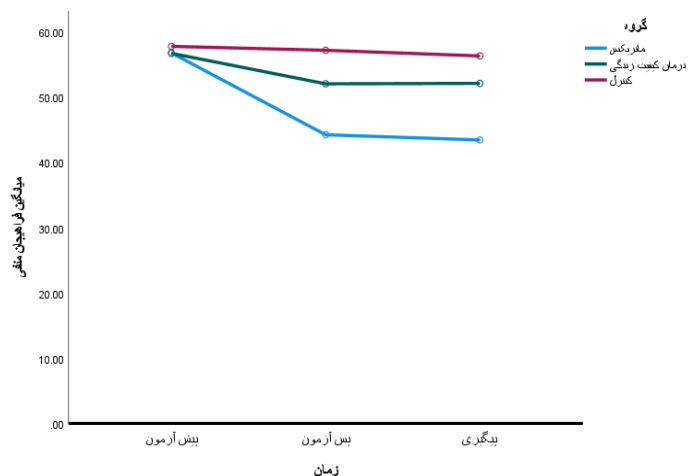


نمودار ۲. نمودار تغییرات فراهیجان مثبت خود در طول زمان به تفکیک گروه‌ها

همان‌طور که نمودار ۱ نشان داده شده است، به نظر نمی‌رسد تفاوت معناداری بین نمرات فراهیجان مثبت و منفی در دو گروه آزمایش در مراحل پس‌آزمون و پیگیری وجود داشته باشد. از آنجایی که اثر گروه با توجه به جمع نمرات سه مرحله ارزیابی یا میانگین کلی محاسبه شده است و با توجه به اینکه اثر اصلی زمان و گروه و تعامل آن‌ها معنادار است، برای بررسی دقیق‌تر تفاوت‌های دو گروه میانگین‌های سه مرحله را به تفکیک با استفاده از آزمون تعقیبی بونفرونی مورد بررسی قرار گرفت. جدول ۶ تفاوت نمرات سه مرحله ارزیابی فراهیجان مثبت و منفی را در دو گروه نشان می‌دهد.

است ($p < ۰/۰۰۱$). اثر زمان نشان می‌دهد که تفاوت معناداری بین پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری وجود دارد. اندازه اثر در اثر اصلی گروه نشان می‌دهد که ۶۷ درصد تغییرات متغیر فراهیجان منفی و ۵۶ درصد تغییرات متغیر فراهیجان مثبت شرکت‌کنندگان ناشی از عضویت گروهی است. همچنین اندازه اثر در متغیر زمان نشان می‌دهد که ۷۷ درصد تغییرات متغیر فراهیجان منفی و ۸۱ درصد تغییرات متغیر فراهیجان مثبت ناشی از

همان‌طور که در جدول ۵ نشان داده شده است، اختلاف بین پیش‌آزمون و پس‌آزمون معنادار است ($p < ۰/۰۰۱$). با توجه به اختلاف میانگین‌ها، نمرات از پیش‌آزمون تا پس‌آزمون برای متغیر فراهیجان منفی کاهش و برای متغیر فراهیجان مثبت افزایش یافته است. همچنین بین میانگین پس‌آزمون و پیگیری تفاوت معناداری وجود ندارد ($p > ۰/۰۵$). با این حال، برای دقت بیشتر در نتایج و اطمینان بیشتر، با توجه به اینکه آزمون بونفرونی جمع میانگین سه گروه را مورد محاسبه قرار می‌دهد، باید به نمودار اثرات اصلی گروه و زمان توجه کرد. نمودار ۱ اثرات اصلی گروه و زمان را به شکل هندسی نشان می‌دهد.



نمودار ۱. نمودار تغییرات فراهیجان منفی خود در طول زمان به تفکیک گروه‌ها

جدول ۶. تفاوت نمرات میانگین فراهیجان‌ها بین دو گروه در سه مرحله ارزیابی

متغیرها	مرحله مبنا (میانگین)	مرحله مورد مقایسه (میانگین)	تفاوت میانگین	خطای استاندارد	سطح معناداری
فراهیجان منفی	درمان ماتریکس	درمان مبتنی بر کیفیت زندگی	-۵/۴۷	۰/۹۷	<۰/۰۰۱
		گواه	-۸/۹۳	۰/۹۷	<۰/۰۰۱
	درمان مبتنی بر کیفیت زندگی	گواه	-۳/۴۷	۰/۹۷	۰/۰۰۳
فراهیجان مثبت	درمان ماتریکس	درمان مبتنی بر کیفیت زندگی	۲/۳۱	۰/۶۹	۰/۰۰۶
		گواه	۵/۱۱	۰/۶۹	<۰/۰۰۱
	درمان مبتنی بر کیفیت زندگی	گواه	۲/۸	۰/۶۹	<۰/۰۰۱

با توجه به اطلاعات جدول ۶، تفاوت نمرات میانگین فراهیجان‌ها بین دو گروه در سه مرحله ارزیابی به شرح زیر است:

نتایج آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر نشان داد که بین گروه درمان ماتریکس و درمان مبتنی بر کیفیت زندگی در فراهیجان منفی تفاوت معناداری وجود دارد ($p < ۰/۰۰۱$)، به‌طوری‌که میانگین نمرات فراهیجان منفی در گروه درمان ماتریکس به‌طور معناداری کمتر از گروه درمان مبتنی بر کیفیت زندگی بود ($-۴۷/۵$). همچنین، در مقایسه با گروه گواه، گروه درمان مبتنی بر کیفیت زندگی نمرات فراهیجان منفی پایین‌تری داشت ($-۴۷/۳$). در مورد فراهیجان مثبت نیز تفاوت معناداری بین گروه درمان ماتریکس و درمان مبتنی بر کیفیت زندگی ($p = ۰/۰۰۶$) و همچنین گروه درمان ماتریکس با گروه گواه ($p < ۰/۰۰۱$) مشاهده شد. گروه درمان مبتنی بر کیفیت زندگی در مقایسه با گروه گواه نمرات فراهیجان مثبت کمتری داشت ($۲/۸$). نتایج همچنین نشان داد که در گروه درمان ماتریکس، فراهیجان منفی به‌طور معناداری کمتر از درمان مبتنی بر کیفیت زندگی و گروه گواه بود؛ اما در درمان مبتنی بر کیفیت زندگی، تفاوت معناداری نمرات فراهیجان منفی با گروه گواه مشاهده شد. در مجموع، این نتایج نشان می‌دهند که درمان ماتریکس در کاهش فراهیجان منفی و افزایش فراهیجان مثبت به‌طور معناداری مؤثرتر از درمان مبتنی بر کیفیت زندگی بوده است. این تحلیل نشان‌دهنده تأثیر بیشتر درمان ماتریکس در کاهش فراهیجان‌های منفی و افزایش فراهیجان‌های مثبت در مقایسه با درمان مبتنی بر کیفیت زندگی است. در حالی‌که درمان مبتنی بر کیفیت زندگی در مقایسه با گروه گواه نتایج بهتری را در کاهش فراهیجان منفی نشان می‌دهد.

بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر با هدف مقایسه اثربخشی درمان ماتریکس و درمان مبتنی بر بهبود کیفیت زندگی بر ابعاد فراهیجان زنان مبتلا به اختلال مصرف مواد

محرك انجام شد. نتایج این پژوهش نشان داد که درمان ماتریکس در کاهش فراهیجان‌های منفی و افزایش فراهیجان‌های مثبت به‌طور معناداری نسبت به درمان مبتنی بر بهبود کیفیت زندگی تأثیر بیشتری دارد. با این حال، درمان مبتنی بر کیفیت زندگی نسبت به گروه گواه تأثیرات بهتری در کاهش فراهیجان منفی داشت. این نتایج با یافته‌های پژوهش‌هایی که به اثربخشی درمان ماتریکس بر بهبود تنظیم هیجانی و کاهش مشکلات هیجانی در افراد مبتلا به اختلالات مصرف مواد تأکید کرده‌اند، هم‌راستا است (امیری و همکاران، ۱۳۹۹؛ ابهر زنجانی و همکاران، ۱۳۹۸؛ باصره و همکاران، ۲۰۲۲؛ جعفری و همکاران، ۱۳۹۴؛ جنگی رودی و همکاران، ۱۴۰۳).

تحقیقات متعددی در زمینه درمان اختلالات روانشناختی و به‌ویژه اختلال مصرف مواد و مشکلات روانشناختی وابسته به آن‌ها صورت گرفته است. در این راستا، درمان‌های مختلفی از جمله درمان‌های شناختی-رفتاری، درمان مبتنی بر کیفیت زندگی، و درمان‌های نوین مانند ماتریکس درمان و پذیرش و تعهد به‌طور گسترده‌ای مورد بررسی قرار گرفته‌اند.

در تحقیق حاضر، هدف مقایسه اثربخشی درمان ماتریکس و درمان مبتنی بر کیفیت زندگی بر فراهیجان‌های زنان مبتلا به اختلال مصرف مواد محرك بود. این تحقیقات نشان داده‌اند که درمان‌های مبتنی بر شناخت درمانی و پذیرش و تعهد می‌توانند اثربخشی قابل توجهی در کاهش افسردگی، افزایش خودمراقبتی و بهبود سلامت معنوی و امیدواری داشته باشند (فرجی وستگانی و همکاران، ۱۴۰۳؛ کرمانی و میری، ۱۴۰۳؛ همتی و همکاران، ۱۴۰۰).

در زمینه اختلالات مصرف مواد، تحقیقاتی که به بررسی اثربخشی درمان‌های مبتنی بر بهبود کیفیت زندگی، ماتریکس درمان، و رفتار درمانی دیالکتیکی پرداخته‌اند، نشان می‌دهند که این رویکردها در بهبود وضعیت

پیشنهادات برای پژوهش‌های آینده شامل انجام پژوهش‌هایی با حجم نمونه بزرگتر، دوره پیگیری طولانی‌تر و لحاظ کردن متغیرهای مداخله‌کننده دیگر نظیر وضعیت تأهل و ... در تحلیل‌ها و انتخاب به شیوه هم‌سازی.

ملاحظات اخلاقی

پیروی از اصول اخلاق پژوهش: در این پژوهش از شرکت‌کنندگان اطلاعات شخصی گرفته نشد و از پرسش در مورد نام افراد جلوگیری به عمل آمد و به آن‌ها اطمینان داده شد که اظهاراتشان محرمانه بوده و به‌منظور بالا رفتن کیفیت پژوهش از آن‌ها خواسته شد که با صداقت در نوشتن مطالب حداکثر همکاری را با پژوهشگر داشته باشند. همچنین قبل از اجرای پژوهش از کمیته اخلاق در پژوهش‌های زیست پزشکی دانشگاه آزاد اسلامی واحد لاهیجان کد اخلاق به شماره IR.IAU.LIAU.REC.1400.049 اخذ گردید و کلیه شرکت‌کنندگان رضایت خود را جهت شرکت در پژوهش اعلام نمودند.

این مقاله برگرفته از رساله دکتری نویسنده اول در رشته روانشناسی در دانشگاه آزاد اسلامی واحد نیشابور است. به جهت حفظ رعایت اصول اخلاقی در این پژوهش سعی شد تا جمع‌آوری اطلاعات پس از جلب رضایت شرکت‌کنندگان انجام شود. همچنین به شرکت‌کنندگان درباره رازداری در حفظ اطلاعات شخصی و ارائه نتایج بدون قید نام و مشخصات شناسنامه افراد، اطمینان داده شد.

حامی مالی: این پژوهش در قالب رساله دکتری و بدون حمایت مالی انجام شده است. **نقش هر یک از نویسندگان:** این مقاله از رساله دکتری نویسنده اول و به راهنمایی نویسنده دوم و مشاوره نویسنده سوم استخراج شده است.

تضاد منافع: نویسندگان همچنین اعلام می‌دارند که در نتایج این پژوهش هیچ گونه تضاد منفعی وجود ندارد.

تشکر و قدردانی: بدین وسیله از تمام کسانی که در انجام این تحقیق ما را یاری دادند، تقدیر و تشکر می‌کنیم.

روانشناختی و کاهش رفتارهای اعتیادی در افراد مؤثر هستند. به‌ویژه درمان مبتنی بر کیفیت زندگی با تأکید بر افزایش هیجان‌های مثبت و توجه به رضایت از زندگی می‌تواند به درمان اختلالات روانشناختی ناشی از سوءمصرف مواد کمک کند (حسینی‌نژاد و همکاران، ۱۴۰۰؛ جنگی رودی و همکاران، ۱۴۰۲).

علاوه بر این، نتایج تحقیقاتی که به بررسی تأثیر درمان‌های شناختی-رفتاری و مبتنی بر کیفیت زندگی بر بهبود سلامت روان مادران وابسته به سوءمصرف مواد پرداخته‌اند، نشان می‌دهند که این درمان‌ها می‌توانند در تقویت انعطاف‌پذیری روانشناختی و کاهش افسردگی در این گروه از افراد مؤثر باشند (امینی و افشاری نیا، ۱۴۰۲؛ حسینی‌نژاد و همکاران، ۱۴۰۰).

در نتیجه، می‌توان نتیجه‌گیری کرد که درمان‌های شناختی-رفتاری و مبتنی بر بهبود کیفیت زندگی در کنار رویکردهای نوین مانند درمان ماتریکس و درمان پذیرش و تعهد، رویکردهای مؤثری برای بهبود سلامت روانی و اجتماعی افراد مبتلا به اختلالات مصرف مواد و مشکلات روانشناختی وابسته به آن‌ها هستند. این درمان‌ها به‌ویژه در زنان و نوجوانان، که به دلیل مشکلات خاص خود در دسترسی به درمان‌های مؤثر با چالش‌های بیشتری مواجه هستند، می‌توانند نقش مهمی در بهبود کیفیت زندگی، کاهش اضطراب، افسردگی و رفتارهای خودمراقبتی ایفا کنند. همچنین، پژوهش‌های آینده می‌توانند به بررسی بلندمدت و جامع‌تر تأثیرات این درمان‌ها بر بهبود اختلالات روانشناختی و پیشگیری از عود اختلالات در این گروه‌ها پرداخته و مدل‌های درمانی بهینه‌تری پیشنهاد دهند.

محدودیت‌های این پژوهش شامل استفاده از ابزار خودگزارش‌دهی، محدود بودن جامعه آماری به بیماران مبتلا به اختلال مصرف مواد محرک در مرکز ترک اعتیاد بهاران شهر زاهدان در شش ماهه دوم سال ۱۴۰۰، عدم انجام مطالعات پیگیری طولانی‌تر به دلیل محدودیت زمانی، و عدم بررسی تعامل متغیرهای ازدواج، تحصیلات و تعداد فرزندان با متغیرهای آزمایشی است.

منابع

ابهر زنجانی، فرناز، تونزده جانی، حسن و امیری، مهدی. (۱۳۹۸). اثربخشی درمان تلفیقی ماتریکس بر خودکنترلی و تنظیم هیجانی افراد با سوء مصرف شیشه. *مجله اصول بهداشت روانی*، ۱ (۲۲)، ۳۱-۳۶.

<https://doi.org/10.22038/jfmh.2019.15061>

امیری، حمید، مکنونی، بهنام، عسگری، پرویز، نادری، فرح و احتشام زاده، پروین. (۱۳۹۹). مقایسه اثربخشی درمان ماتریکس و نوروفیدبک بر دشواری در تنظیم شناختی هیجان و ولع مصرف در افراد وابسته به شیشه. *مطالعات اسلامی در حوزه سلامت*، ۴ (۲)، ۵۷-۷۰.

https://ish.tums.ac.ir/article_40257.html

امینی، بها، و افشاری نیا، کریم. (۱۴۰۲). اثربخشی آموزش مهارت‌های زندگی بر بهبود و پیشگیری از عود افراد دارای سوء مصرف مواد مخدر. *مجله علوم روانشناختی*، ۲۲ (۱۲۱)، ۱۸۹-۲۰۲.

<https://doi.org/10.52547/JPS.22.121.189>

بک چالکی، نسرين و منصوری، احمد. (۱۳۹۶). اثربخشی درمان پذیرش و تعهد بر رضایت از زندگی و عملکرد جنسی زنان مبتلا به اختلال مصرف مواد. *مطالعات ناتوانی*، ۱ (۷)، ۸۹-۹۸.

<https://dor.isc.ac/dor/20.1001.1.23222840.1396.7.0.81.9>

پورفرج، مجید و محمودیان، طاهره. (۱۳۹۹). رابطه بین فراشناخت و فراهیجان با تحمل پریشانی: نقش واسطه‌ای انعطاف‌پذیری روانشناختی. *روانشناسی تحولی*، ۱۶ (۶۳)، ۳۳۱-۳۴۳.

https://journals.iau.ir/article_672322.html

جعفری، مصطفی، بساک نژاد، سودابه، مهرابی زاده هنرمند، مهناز و زرگر یداله. (۱۳۹۴). اثربخشی درمان‌های مبتنی بر مدل سرپایی عمقی ماتریکس و مدل مراحل تغییر بر بهبود خودتنظیمی و خودکارآمدی پرهیز از مواد. *اندیشه و رفتار در روانشناسی بالینی*، ۱۰ (۳۵)، ۴۷-۹۶.

<https://sanad.iau.ir/Journal/jtbcip/Article/1118305/FullText>

جنگی رودی، شایسته، حیدرنیا، احمد، و عباسی، هادی. (۲۰۲۴). اثربخشی آموزش ماتریکس درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر الگوهای ارتباطی زنان متأهل دارای سبک دلبستگی اجتنابی و اضطرابی. *فصلنامه پژوهش‌های کاربردی روانشناختی*، ۱۵ (۲)، ۷۷-۹۴.

<https://doi.org/10.22059/japr.2024.340640.644213>

حسینی‌نژاد، ناهید، البرزی، محبوبه، و مام‌شریفی، پیمان. (۱۴۰۰). اثربخشی مشاوره شناختی-رفتاری مبتنی بر درمان پذیرش و تعهد (ACT) بر انعطاف‌پذیری روانشناختی مادران وابسته به سوء مصرف مواد. *مجله علوم روانشناختی*، ۲۰ (۱۰۷)، ۲۰۱۱-۲۰۲۵.

<https://doi.org/10.52547/JPS.20.107.2011>

خاموشی قلعه نویی، صنم و منصوری، احمد. (۱۳۹۹). اثربخشی درمان پذیرش و تعهد بر خود شفقت ورزی و خودانتقادی افراد مبتلا به اختلال مصرف مواد افیونی. *اعتیاد پژوهی*، ۱۴ (۵۷)، ۲۳۷-۲۵۴.

<http://dx.doi.org/10.29252/etiadpajohi.14.57.237>

رضایی، نورمحمد، پارسایی، ایمان، نجاتی، عصمت، نیک‌آمال، میترا و هاشمی رزینی، سعداله. (۱۳۹۳). ویژگی‌های روانسنجی مقیاس فراهیجان دانشجویان. *مجله پژوهش‌های روانشناختی*، ۶ (۲۳)، ۱۱۱-۱۲۴.

<https://sanad.iau.ir/Journal/qpr/Article/1070329>

سامی، س...، عفت پناه، م...، مرادی، ع... و مساح، ا. (۱۳۹۶). مدل ماتریکس به عنوان یک توانبخشی فشرده در سه خدمت متادون در ایران. *مجله توانبخشی ایران*، ۱۵ (۳)، ۲۹۳-۲۹۷.

<http://dx.doi.org/10.32598/rj.20.3.222>

شریعتی، محمد ابراهیم، ایزدی خواه، زهرا، مولوی، حسین و صالحی، مهرداد. (۱۳۹۲). مقایسه اثربخشی گروه درمانی به شیوه شناختی-رفتاری با درمان مبتنی بر بهبود کیفیت زندگی بر خودکارآمدی افراد معتاد. *مجله پژوهش‌های علوم رفتاری*، ۱۱ (۴)، ۲۷۹-۲۸۸.

<https://dor.isc.ac/dor/20.1001.1.17352029.1392.11.4.6.3>

صدری دمیرچی، اسمائیل و کیانی چلمردی، احمدرضا. (۱۳۹۶). اثربخشی مشاوره رفتاری کاهش رفتارهای پرخطر بر بهبود کیفیت زندگی و مهار عقاید وسوسه انگیز در افراد با اختلال سوء مصرف مواد. *اعتیاد پژوهی*، ۱۱ (۴۱)، ۲۴۷-۲۶۳.

https://etiadpajohi.ir/browse.php?a_id=918&sid=1&slc_1ang=fa

فرجی وستگانی، حمیدرضا، سیفی گندمانی، محمدیاسین، و کلانتری میدی، سارا. (۱۴۰۳). مقایسه اثربخشی درمان شناختی رفتاری و درمان مبتنی بر کیفیت زندگی بر افسردگی در نوجوانان. *دستاورد های روانشناسی بالینی*، ۱۰ (۳)، ۵۱-۶۴.

<https://doi.org/10.22055/jacp.2024.47783.1409>

فریش، مایکل. (۱۳۹۶). روان درمانی مبتنی بر بهبود کیفیت زندگی (کاربرد رویکرد رضایت‌مندی از زندگی در روانشناسی مثبت نگر و شناخت درمانی) (ترجمه اکرم خمه). تهران: ارجمند.

فیض آبادی، سکینه، زهراکار، کیانوش و علی، محمد نظری. (۱۳۹۵). اثربخشی مشاوره مبتنی بر بهبود کیفیت زندگی بر فرسودگی زنان شویی. *مجله مطالعات علوم پزشکی*، ۰ (۲۷)، ۷۸۹-۷۹۰.

<https://umj.umsu.ac.ir/article-1-3386-fa.html>

References

- کرمانی، یگانه، و میری، مینو. (۱۴۰۳). اثربخشی درمان مبتنی بر کیفیت زندگی بر رفتارهای خودمراقبتی بیماران مبتلابه دیابت نوع دو. *نشریه پژوهش توانبخشی در پرستاری*، ۱۰(۳)، ۱۱۵-۱۲۳.
<http://dx.doi.org/10.22034/IJRN.10.3.115>
- محمدنژاد دوین، ع.، و میکائیلی، ن. (زیر چاپ). رابطه مدل فراشناختی و فراهیجان با آمادگی به اعتیاد؛ نقش واسطه‌ای حمایت اجتماعی در نوجوانان. *فصل‌نامه پژوهش‌های کاربردی روانشناختی*.
<https://doi.org/10.22059/japr.2025.355227.644536>
- مطهری، سجاد، اعتمادی، احمد، شفیع آبادی، عبدالله، و قربانی وناجمی، مجید. (۱۳۹۵). اثربخشی روان‌درمانی مبتنی بر بهبود کیفیت زندگی بر تنظیم هیجان و پیشگیری از عود در معتادان. *تمرین در روانشناسی بالینی*، ۴(۱)، ۲۵-۳۲.
<https://www.magiran.com/p1524607>
- نجاپور استادی، سعید، اکبری، بهمن، خلعتبری، جواد، و باباپور خیرالدین، جلیل. (۲۰۲۱). مقایسه اثربخشی آموزش فنون درمان مبتنی بر کیفیت زندگی و رفتار درمانی دیالکتیکی بر احساس تنهایی دانشجویان دختر دارای اعتیاد به گوشی‌های هوشمند. *فصلنامه پژوهش‌های نوین روانشناختی*، ۱۶(۶۲)، ۳۲-۴۵.
https://psychologyj.tabrizu.ac.ir/article_12542.html
- نریمانی، محمد، نعمتی، سید محسن، و ظهیری، نگار. (۱۳۹۷). بررسی تاثیر بهبود کیفیت زندگی بر رابطه بین فردی در افراد ترک کننده مواد مخدر. *همایش ملی روانشناسی و سلامت با محوریت خانواده و زندگی سالم*. شیراز: دانشگاه شیراز.
<https://civilica.com/doc/869644/>
- نعمای زاده، خ. (۱۳۹۵)، ۲۶ اسفند. *مقایسه فراشناخت و فراهیجان در معتادین و افراد عادی*. کنفرانس پژوهش‌های نوین در علوم و مهندسی، قزوین.
<https://civilica.com/doc/728947>
- همتی، زهرا، احمدی، وحید، و مامی، شهرام. (۱۴۰۰). مقایسه اثربخشی درمان شناختی رفتاری مبتنی بر مدیریت استرس و درمان مبتنی بر کیفیت زندگی بر امیدواری و سلامت معنوی زوجین ارجاعی متقاضی طلاق در بهزیستی شهرستان ایلام. *مجله دانشکده پزشکی دانشگاه علوم پزشکی مشهد*، ۶۴(۵)، ۴۰۷-۴۰۲.
<https://doi.org/10.22038/mjms.2021.20209>
- Abhar Zanjani, F., Touzadeh Jani, H., & Amiri, M. (2019). The effectiveness of integrated matrix therapy on self-control and emotional regulation in methamphetamine abusers. *Journal of Principles of Mental Health*, 1(22), 31-36.
<https://doi.org/10.22038/jfmh.2019.15061>
- Åhman, A., Karlsson, A., Berge, J., & Håkansson, A. (2024). Mortality, morbidity, and predictors of death among amphetamine-type stimulant users- a longitudinal, nationwide register study. *Addictive Behaviors Reports*, 19, 100553.
<https://doi.org/10.1016/j.abrep.2024.100553>
- Amini, B., & Afshar Nia, K. (2023). The efficacy of life skills training on the improvement and prevention of relapse of people with drug abuse. *Journal of Psychological Sciences*, 22(121), 189-202.
<http://dx.doi.org/10.52547/JPS.22.121.189>
- Amiri, H., Makvandi, B., Askary, P., Naderi, F., & Ehtesham Zadeh, P. (2020). The comparison effectiveness of Matrix and neurofeedback treatment on difficulty in cognitive emotion regulation and craving methamphetamine dependents individuals. *Journal of Islamic Studies*, 4(2), 57-70.
https://ish.tums.ac.ir/article_40257.html
- Bailen, N. H., Wu, H., & Thompson, R. J. (2019). Meta-emotions in daily life: Associations with emotional awareness and depression. *Emotion*, 19(5), 776.
<https://psycnet.apa.org/doi/10.1037/emo0000488>
- Backchalaki, N., & Mansouri, A. (2017). The effect of acceptance and commitment therapy on the sexual function and life satisfaction in women with substance use disorders. *Disability Studies*, 1(7), 89.
<https://dor.isc.ac/dor/20.1001.1.23222840.1396.7.0.81.9>
- Basereh, S., Safarzadeh, S., & Hooman, F. (2022). The effectiveness of group dialectical behavior therapy and structured matrix treatment on quit addiction self-efficacy, distress tolerance, and mindfulness in individuals with stimulant drug abuse. *Journal of Health Reports and Technology*, 8(4), e127427.
<https://doi.org/10.5812/jhrt-127427>
- Carroll, A. J., Christon, L. M., Rodrigue, J. R., Fava, J. L., Frisch, M. B., & Serber, E. R. (2020). Implementation, feasibility, and acceptability of quality of life therapy to improve positive emotions among patients with implantable cardioverter defibrillators. *Journal of Behavioral Medicine*,

- 43(5), 968-978. <https://doi.org/10.1007/s10865-020-00153-2>
- Cummins, R. A. (2005). Moving from the quality of life concept to a theory. *Journal of Intellectual disability research*, 49(10), 699-706. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2788.2005.00738.x>
- Dubois, C., Ye, M., Weaver, O., Samanani, S., Jess, E., Gilani, F., & Eurich, D. T. (2024). Measures of stimulant medications: A population-based study in Alberta, Canada. *Emerging Trends in Drugs, Addictions, and Health*, 4, 100159. <https://doi.org/10.1016/j.etdah.2024.100159>
- Faraji Vastegani, H., Seifi Gandomani, M. Y., & Kalantari Meybodi, S. (2024). Comparing the effectiveness of cognitive behavioral therapy and quality of life therapy on depression in adolescents. *Clinical Psychology Achievements*, 10(3), 51-64. <https://doi.org/10.22055/jacp.2024.47783.1409>
- Farrell, M., Martin, N. K., Stockings, E., Bórquez, A., Cepeda, J. A., Degenhardt, L., Ali, R., Tran, L. T., Rehm, J., Torrens, M., Shoptaw, S., & McKetin, R. (2019). Responding to global stimulant use: challenges and opportunities. *Lancet (London, England)*, 394(10209), 1652-1667. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(19\)32230-5](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(19)32230-5)
- Feizabadi, S., Zaharakar, K., & Nazari, M. A. (2016). The effectiveness of quality of life therapy on marital burnout. *Studies in Medical Sciences*, 27(9), 782-790. <https://umj.umsu.ac.ir/article-1-3386-fa.html>
- Fonseca, F., Robles-Martínez, M., Tirado-Muñoz, J., Alías-Ferri, M., Mestre-Pintó, J. I., Coratu, A. M., & Torrens, M. (2021). A gender perspective of addictive disorders. *Current Addiction Reports*, 8(1), 89-99. <https://doi.org/10.1007/s40429-021-00357-9>
- Frisch, M. (2017). Life quality-based psychotherapy (Application of life satisfaction approach in positive psychology and cognitive therapy) (translated by A. Khamsa). Tehran: Arjmand.
- Frisch, M. B. (2005). *Quality of life therapy: Applying a life satisfaction approach to positive psychology and cognitive therapy*. John Wiley & Sons.
- Frisch, M. B. (2016). Quality of life therapy. In: Wood, A. M., & Johnson, J. *The Wiley handbook of positive clinical psychology*. Wiley-Blackwell. <https://doi.org/10.1002/9781118468197.ch27>
- Heilig, M., MacKillop, J., Martinez, D., Rehm, J., Leggio, L., & Vanderschuren, L. (2021). Addiction as a brain disease revised: Why it still matters, and the need for consilience. *Neuropsychopharmacology*, 46(10), 1715-1723. <https://doi.org/10.1038/s41386-020-00950-y>
- Hemmati, Z., Ahmadi, V., & Mami, S. (2021). Comparison effect of cognitive behavioral therapy based on stress management and quality of life therapy on hope and spiritual health at referential couples divorce at behzisti of Ilam city. *Medical Journal of Mashhad University of Medical Sciences*, 5(64), 4007-4020. <https://doi.org/10.22038/mjms.2021.20209>
- Hoseininezhad, N., Alborzi, M., & MamSharifi P. (2021). Effectiveness of cognitive behavioral counseling based on acceptance and commitment therapy (ACT) for psychological flexibility in drug-abusing mothers. *Journal of Psychological Sciences*, 20(107), 2011-2025. <https://doi.org/10.52547/JPS.20.107.2011>
- Iqballa, L., & Dwiastuti, I. (2020). The application of quality of life therapy via teletherapy during COVID-19 to reduce depression in early adulthood (When caused by bullying during adolescence). *KnE Social Sciences*, 121-138. <https://doi.org/10.18502/kss.v4i15.8196>
- Jafari Nezhad, M., Basak-Nezhad, S., Mehrabizadeh Honarmand, M., & Zargar, Y. (2015). 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. *Journal of Thought and Behavior in Clinical Psychology*, 10(35), 47-56. <https://sanad.iau.ir/Journal/jtbcj/Article/1118305/FullText>
- Jangi Roodi, S., Heydarnia, A., & Abbassi, H. (2024). The effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy (ACT) Matrix on communication patterns of married women with avoidance and anxiety attachment style. *Journal of Applied Psychological Research*, 15(2), 77-94. <https://doi.org/10.22059/japr.2024.340640.644213>
- Kermani, Y., & Miri, M. (2024). The effectiveness of quality of life-based therapy on self-care behaviors in patients with type II diabetes. *Iranian Journal of Rehabilitation Research in Nursing*, 10(3), 115-123. <https://doi.org/10.22034/IJRN.10.3.115>
- Khamoshi Ghalenoei, S., & Mansouri, A. (2020). The effectiveness of acceptance and commitment therapy on self-compassion and self-criticism in individuals with opioid use disorder. *Research on Addiction*, 14(57), 237-254. <http://dx.doi.org/10.29252/etiadpajohi.14.57.237>

- Lee, H. H., Liu, G. K., Chen, Y. C., & Yeh, S. L. (2024). Exploring quantitative measures in metacognition of emotion. *Scientific Reports*, 14(1), 1990. <https://doi.org/10.1038/s41598-023-49709-7>
- Lui, P. P. (2017). Incorporating meta-emotions in integrative cognitive-affective therapy to treat comorbid bulimia nervosa and substance use disorders in a Latina American. *Clinical Case Studies*, 16(4), 328-345. <https://psycnet.apa.org/doi/10.1177/1534650117698038>
- Motahhari, S., Etemadi, A., Shafiabady, A., & Qorbani Vanajemi, M. (2016). The effectiveness of psychotherapy based on quality of life improvement on emotion regulation and rRelapse prevention in addicts. *Practice in Clinical Psychology*, 4(1), 25-32. <https://jpcp.uswr.ac.ir/article-1-302-en.html>
- McHugh, R. K., Korte, F. M., Bichon, J. A., & Weiss, R. D. (2024). Gender differences in the prevalence of stimulant misuse in the United States: 2015-2019. *The American Journal on Addictions*, 33(3), 283-289. <https://doi.org/10.1111/ajad.13501>
- McHugh, R. K., Votaw, V. R., Sugarman, D. E., & Greenfield, S. F. (2018). Sex and gender differences in substance use disorders. *Clinical Psychology Review*, 66, 12-23. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2017.10.012>
- Miceli, M., & Castelfranchi, C. (2018). Reconsidering the differences between shame and guilt. *Europe's Journal of Psychology*, 14(3), 710. <https://doi.org/10.5964/ejop.v14i3.1564>
- Mitmansgruber, H., Beck, T. N., Höfer, S., & Schüßler, G. (2009). When you don't like what you feel: Experiential avoidance, mindfulness and meta-emotion in emotion regulation. *Personality and Individual Differences*, 46(4), 448-453. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2008.11.013>
- Mohamadnezhad Devin, A., & Mikaily, N. (in Press). The relationship between metacognitive model and metaemotion with addiction readiness; The mediating role of social support in adolescent. *Journal of Applied Psychological Research*. <https://doi.org/10.22059/japr.2025.355227.644536>
- Najarpour Ostadi, S., Akbari, B., Khalatbari, J., & Babapour, J. (2021). Effectiveness of quality of life therapy and dialectical behavioral therapy in loneliness among female undergraduate students with smartphones addiction. *Journal of Modern Psychological Researches*, 16(62), 32-45. https://psychologyj.tabrizu.ac.ir/article_12542.html
- Namavizadeh, K. (2017). Comparison of metacognition and metaemotion in addicts and normal individuals. *Conference on New Research in Science and Engineering*. Qazvin: Allameh Rafiee Institute of Higher Education <https://en.civilica.com/doc/728947>
- Narimani, M., Nemati, S. M., & Zohri, N. (2019). Investigating the effect of life quality improvement on interpersonal relationships in individuals who have quit drug use. *National Conference on Psychology and Health, Focusing on Family and Healthy Life*. Shiraz: Shiraz University. <https://civilica.com/doc/869644/>
- National Institutes of Health, Office of Research on Women's Health. (n.d.). Sex/gender. Retrieved August 17, 2020, from <https://orwh.od.nih.gov/research/sex-gender/>
- Okoro, R. N., & Lahai, U. (2021). Drug use among undergraduates in Maiduguri, Northeast Nigeria. *International Journal of Health and Life Sciences*, 7(2), e113625. <https://doi.org/10.5812/ijhls.113625>
- Pourfaraj, M., & Mahmoudian, T. (2020). The relationship between metacognition and meta-emotion with distress tolerance: The mediating role of psychological flexibility. *Developmental Psychology*, 16(63), 333-341. https://journals.iau.ir/article_672322.html
- Rawson, R. A., & McCann, M. J. (2005). The matrix model of intensive outpatient treatment. *Behavioral Health Recovery Management*, 3, 1-37.
- Reese, E. D., Conway, C. C., Anand, D., Bauer, D. J., & Daughters, S. B. (2019). Distress tolerance trajectories following substance use treatment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 87(7), 645-656. <https://doi.org/10.1037/ccp0000403>
- Rezaei, N., Parsaee, E., Nejati, I., Nikamal, M., & Hashemi Rezaei, S. (2014). Psychometric properties of the meta-emotion scale in students. *Journal of Psychological Research*, 6(23), 111-124. <https://sanad.iau.ir/Journal/qpr/Article/1070329>
- Sadri Damirchi, E., & Kiani Chalmari, A. (2017). On the effectiveness of behavioral counselling in the reduction of high-risk behaviors and the improvement of quality of life and control of craving beliefs among individuals with substance abuse disorders. *Research on Addiction*, 11(41), 247-263. https://etiadjohi.ir/browse.php?a_id=918&sid=1&slc_lang=fa

- Sami, S., Effatpanah, M., Moradi, A., & Massah, O. (2017). Matrix model as an intensive rehabilitation in three methadone services in Iran. *Iranian Rehabilitation Journal*, 15(3), 293-298. <http://dx.doi.org/10.29252/nrip.irj.15.3.293>
- Sevarino, K.A., Farrell, M. (2024). Disorders due to substance use: stimulants. In: Tasman, A., et al. *Tasman's Psychiatry*. Springer, Cham. https://doi.org/10.1007/978-3-030-51366-5_26
- Shaver, J. A., Veilleux, J. C., & Ham, L. S. (2013). Meta-emotions as predictors of drinking to cope: A comparison of competing models. *Psychology of Addictive Behaviors*, 27(4), 1019-1026. <https://doi.org/10.1037/a0033999>
- Shariati, M. E., Izadikhah, Z., Molavi, H., & Salehi, M. (2013). Comparison of the effectiveness of cognitive behavioral group therapy and quality of life therapy on self efficacy among addicts. *Journal of Behavioral Science Research*, 11(4), 279-288. <https://dor.isc.ac/dor/20.1001.1.17352029.1392.11.4.6.3>
- Windsor, L. C., Smith, D. C., Bennett, K. M., & Gibbons, F. X. (2018). Substance use disorder treatments: Addressing the needs of emerging adults from privileged and marginalized backgrounds. In D. C. Smith (Ed.), *Emerging adults and substance use disorder treatment: Developmental considerations and innovative approaches* (pp. 96–118). Oxford University Press.
- World Drug Report. (2020). *United Nations publication, Sales No. E.20.XI.6*.
- World Health Organization. (2019). Thirteenth General Programme of Work, 2019–2023: Results framework: an update. In *Thirteenth General Programme of Work, 2019–2023: Results framework: an update*.