فصلنامه ایده های نوین روانشناسی
دوره ۱۲، شماره ۱۶، بهار ۱۴۰۱

پیش‌بینی بازگشت به مصرف مواد بر اساس طرحواره‌های ناسازگار اولیه و سبک زندگی در بیماران تحت درمان نگهدارنده با متادون

سارا رضازاده عسگری[۱]

چکیده

هدف پژوهش حاضر پیش‌بینی بازگشت به مصرف مواد بر اساس طرحواره‌های ناسازگار اولیه و سبک زندگی در بیماران تحت درمان نگهدارنده با متادون بود. روش این پژوهش توصیفی از نوع همبستگی بود. جامعه آماری این پژوهش کلیه معتادین تحت درمان نگهدارنده با متادون مراجعه‌کننده به مراکز درمانی و ترک اعتیاد شهر قم در سال ۱۳۹۷ بود. حجم نمونه این پژوهش ۲۵۰ نفر از معتادین بود که از طریق شیوه نمونه‌گیری خوشه‌ای چند مرحله‌ای از بین معتادین مراجعه‌کننده به مراکز ترک با متادون انتخاب شدند. برای جمع‌آوری داده‌ها از پرسشنامه طرحواره یانگ-فرم کوتاه، پرسشنامه سبک زندگی ارتقا دهنده سلامت و پرسشنامه بازگشت به اعتیاد استفاده شد. همچنین داده‌های این پژوهش با آزمون پیرسون و رگرسیون برای هر یک از متغیرها نشان می‌دهد که حدود ۳۰ درصد از تغییرات در بازگشت به اعتیاد توسط هفت مورد از طرحواره‌ها قابل تبیین است. R2= 30 و همچنین سبک زندگی توانست ۱۳ درصد از بازگشت به اعتیاد R2=13 را به طور منفی تبیین کند.

کلمات کلیدی: بازگشت به مصرف مواد، طرحواره‌های ناسازگار اولیه، سبک زندگی، معتادین تحت درمان نگهدارنده با متادون

۱- کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد اراک، اراک، ایران (نویسنده مسئول)

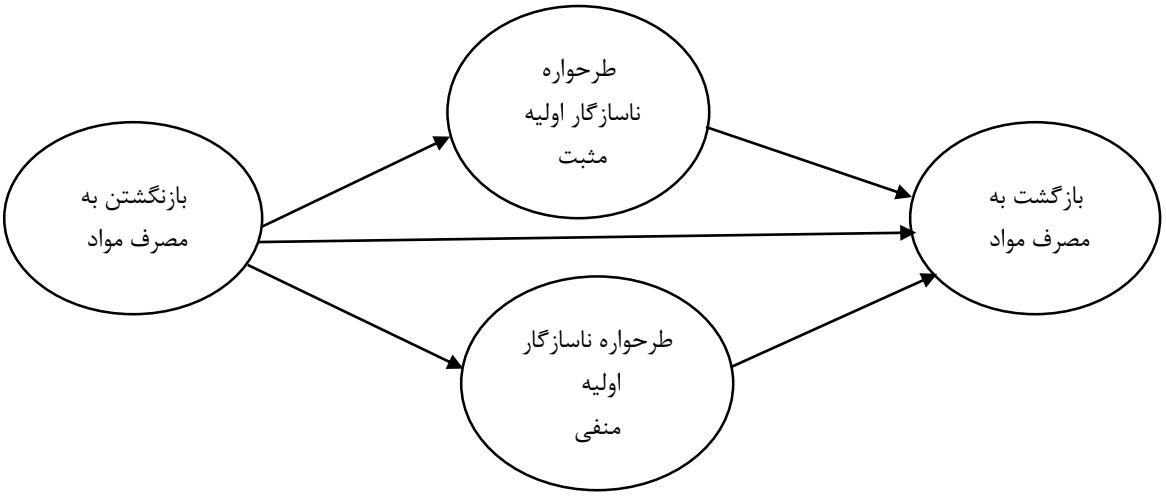
[Downloaded from jnip.ir on 2026-11-21]

مقدمه

امروزه مسأله وابستگی و گرایش به مواد اعتیاد آور، به مهمترین بحران جوامع تبدیل شده است .وابستگی به مواد یک بیماری زیستی، روان شناختی و اجتماعی است که عوارض جسمانی و روانی دارد (محمدی، ایرانی، ۱۴۰۱). در جمعیت مردان جوان ۱۸ تا ۳۰ ساله، اعتیاد، بعد از تصادف جاده ای، سوانح و حوادث در مقام دوم طبقه بندی قرار میگیرد (نوری، نقوی ۱۳۹۶). سیر صعودی اعتیاد و بازگشت به مصرف مواد محققان را بر آن داشت که علاوه بر درمانهایی که فقط بر پایه ی سم زدایی و مداخله حاد بودند، به درمانهای جدیدتری که ضمن کاهش خطرات و عوارض بیماری، کیفیت زندگی بیماران را هم تحت تاثیر قرار می دهند .یکی از این درمان های مبتنی بر کاهش آسیب " درمان نگهدارنده با متادون " است که طی آن بیمار ماده ی مخدر مصرفی خود را قطع و به جای آن داروهای مثل متادون، بوپره نورفین و ... مصرف می‌کند (هالینان و همکاران، ۲۰۰۸). آیا سوء مصرف مواد با سازه های شخصیت ارتباط دارد : دو عامل مهم مانند ۱-طرحواره‌ها و ۲- سبک های زندگی نقش به سزایی دارند (دونل وهمکاران، ۲۰۱۸). آن دسته از طرحواره‌هایی را که به رشد و شکل گیری مشکلات روانشناختی می انجامد، طرحواره‌های ناسازگار اولیه می نامند (یانگ ۱۹۹۰). این طرحواره‌ها الگوهای شناختی و هیجانی آسیب‌رسانی هستند که در جریان اولیه رشد آغاز شده و در طول زندگی تداوم می یابد (یانگ و همکاران،۲۰۰۳) . از طرف دیگر، طرحواره‌ها منعکس کننده ی عقاید مربوط به سبک زندگی فرد هستند (واتز،۲۰۰۳) . سبک زندگی ارتقاءدهنده سلامت و کاهش رفتارهای پر خطر افراد سبب بهبود کیفیت زندگی معتادان و جلوگیری از بازگشت آنها به مصرف مواد افیونی می‌شود (دالوندی و همکاران، ۱۳۹۶) . به هر حال اعتیاد یک بیماری مزمن و عودکننده است رفتارهایی مانند :پرخوری، کار زیاد، مشروب خواری و استفاده افراطی از داروها، مواد الکلی و مواد مخدر شامل می‌شود (ویس و کوب،۲۰۱۴). در درمان اعتیاد به مواد افیونی، درمان نگهدارنده با متادون به عنوان داروی نگهدارنده دراز مدت یکی از رویکردهای معتبر و شناخته شده می‌باشد که در حفظ و پرهیز و جلوگیری از بازگشت پس از قطع مصرف بکار می‌رود(نیوکامب،۲۰۰۴) . آیا درمان نگهدارنده با متادون فواید زیادی دارد : ۱- مصرف مواد غیرقانونی را کاهش می‌دهد (حسینی و همکاران،۲۰۱۵) . ۲- استفاده از سرنگ مشترک و ایجاد بیمارهایی مثل ایدز و هپاتیت... را کاهش می‌دهد .چالش دیگری که محققان با درمان دارویی رو به رو هستند بازگشت به مصرف افراد به سوء مصرف مواد یا خود متادون می‌باشد (اسکینر و آیبون،۲۰۱۰) . در یک پیگیری ۲ ساله از افراد بهبود یافته نشان داده شد که ۲۵ تا ۵۰ این بهبود یافته گان مجدد به مواد مورد مصرفی باز میگردند (یزدانی نژاد، ۲۰۱۷) . لذا اعتیاد یک بیماری مزمن و عودکننده است که عوامل ژنتیکی، روانی، اجتماعی و محیطی در تعامل با یکدیگر منجر به شروع و تداوم این بیماری می‌شود. فر آیند اعتیاد تحت تاثیر باورها و نگرش‌ها افراد قرار دارد(تری مک الراث، ۲۰۱۱) . بنابراین از متغیرهای مورد بررسی در ایجاد، درمان و عود و بازگشت این بیماری می‌تواند نقش داشته باشد طرحواره‌های ناسازگار اولیه است (شوری،۲۰۱۵) . پژوهش‌ها نشان می‌دهد که طرحواره‌های ناسازگار اولیه الگوهای هیجانی و شناختی خودشکننده ای هستند که در جریان رشد آغاز میگردند و در سرتاسر زندگی تکرار می‌شوند. طرح واره ها در جریان دوران کودکی رشد می‌کنند و به عنوان یک الگو برای پردازش تجارب کلی زندگی عمل می‌کنند (یانگ و همکاران، ۲۰۰۳) . طرحواره‌ها ارتباط تنگاتنگی با سبک زندگی دارد چرا که سبک زندگی متاثر از طرحواره هستند(واتز،۲۰۰۴) و سبک زندگی به مجموعه رفتارها و الگوهای کنشی هر فرد که معطوف به ابعاد هنجاری و معنایی زندگی اجتماعی باشد و نشان‌دهنده کم و کیف نظام باورها و کنشهای فرد است (اسکندری،۱۳۹۶). در مجموع بررسی سبک زندگی و طرحواره‌های ناسازگار اولیه بیماران می‌توان از بازگشت مجدد آنها به مواد جلوگیری کرد . چون وابستگی به مواد یک اختلال مزمن و بازگشت‌کننده است (دلاورپور،سلطانی و حسین چاری، ۱۳۸۷) که از مسمومیت تدریجی یا حادی که به علت استعمال مداوم یک دارو اعم از طبیعی یا ترکیبی ایجاد می‌شود و به حال شخص و اجتماع زیان آور است (گیرسکا و همکاران، ۲۰۰۹) . بر طبق پژوهش‌ها ۲۰ تا ۹۰ درصد از معتادانی که تحت درمان قرار می‌گیرند دچار عود میشوند (اسکینر و آیبون، ۲۰۱۰) . اهمیت مسعله از این جهت که سوء مصرف موادیکی از عوامل خطرمرتبط با خودکشی به شمار می‌رود (بال و همکاران،۲۰۱۱).

[Downloaded from jnip.ir on 2026-11-21]

افرادی که بیشتر در معرض اعتیاد به مواد مخدر و خودکشی قرار می‌گیرند افراد افسرده هستند (دانشگر، مظفری، رادمهر و محمدی، ۱۳۹۴). زیرا افراد افسرده ضعف روانی دارند و به نوعی احساس ناتوانی و خستگی می‌کنند و خود را تهی از هرگونه توان و احساس مطلوب و لذت از زندگی می دانند این افراد با مصرف مواد می‌خواهند به دردهایشان پایان دهند و خلأهایی را که در خودشان احساس می‌کنند رفع و نقص شخصیتشان را برطرف کنند (میرآخوندی، ۱۳۸۲). به هر حال با توجه به روند رو به افزایش اعتیاد، بررسی نقش عامل مهمی مانند طرحواره ناسازگار اولیه و در سطح کلی‌تر سبک زندگی می‌تواند هم در جهت پیشگیری و هم درمان و عود و بازگشت مسأله عوامل غیرفیزیکی یعنی عوامل روانی حایز اهمیت است. لذا با توجه به آسیب‌های مصرف مواد و عوامل دخیل در آن، این پژوهش با هدف پیش‌بینی بازگشت به مصرف مواد بر اساس طرحواره‌های ناسازگار اولیه در بیماران تحت درمان نگهدارنده با متادون انجام گرفته است.



شکل ۱- مدل پیشنهادی پژوهش

جامعه، نمونه و روش نمونه‌گیری

روش پژوهش انتخاب شده در این تحقیق، از نوع همبستگی است. متغیر ملاک طرحواره‌های ناسازگار اولیه و سبک زندگی و متغیر پیش بین بازگشت به مواد می‌باشد. جامعه آماری این پژوهش کلیه معتادین تحت درمان نگهدارنده با متادون مراجعه‌کننده به مراکز درمانی و ترک اعتیاد شهر قم در سال ۱۳۹۷ بود. روش نمونه‌گیری نیز خوشه‌ای چند مرحله‌ای بود. جهت انتخاب نمونه آماری شهر قم به چهار منطقه شهری تقسیم شده و از هر منطقه که حدود ۶ مرکز ترک وجود دارد، ۲ مرکز ترک با متادون به عنوان نمونه انتخاب شده که با توجه به عدم اطلاع دقیق از تعداد معتادین در حال درمان هر یک از مراکز، و توصیه به حداقل ۵۰ آزمودنی در تحقیقات همبستگی (دلاورپور،۱۳۸۷) به جهت افزایش اعتبار بیرونی ۲۵۰ معتاد در حال درمان به عنوان نمونه انتخاب شدند.

ابزارهای پژوهش

الف)پرسشنامه طرحواره یانگ-فرم کوتاه(YSQ SF)

این پرسشنامه ۷۵ سوال دارد و برای سنجش ۱۵ طرحواره ناسازگار اولیه شناختی طراحی شده است (ولبرن و همکاران،۲۰۰۲).هر یک از ۷۵ عبارت این پرسشنامه در مقیاس لیکرت شش درجه‌ای نمره‌گذاری می‌شوند (۱) اصلا در مورد من صدق نمی‌کند، (۲) خیلی در مورد من صدق نمی‌کند. (۳) تقریبا در مورد من صدق می‌کند، (۴) به طور متوسط، (۵) خیلی در مورد من صدق می‌کند، (۶) دقیقا مرا توصیف می‌کند. نمره بالا نشان‌دهنده‌ی حضور پر رنگ تر طرحواره ناکار آمد است . پایایی مقیاس با استفاده از آلفای کرونباخ برای کل آزمون، ۰/۹۴ و ۹۶/ . گزارش کرده است.

ب) پرسشنامه سبک زندگی ارتقا دهنده سلامت

این پرسشنامه ۵۲ سوالی توسط والکر و پلیرکی ۱۹۸۱ ساخته شده است؛ شامل ۵۲ سوال است این ابزار رفتارهای ارتقادهنده سلامت را در شش بعد اندازه‌گیری می‌کند اعم از تغذیه، فعالیت جسمی یا ورزش، مسئولیت پذیری در قبال سلانت، روابط بین فردی، رشد معنوی

[Downloaded from jnip.ir on 2026-11-21]

و مدیریت استرس. این مقیاس به صورت لیکرت با نمرات ۱ تا ۵ نمره گذاری می‌شود.حداقل نمره ۵۲ و حداکثر آن ۲۶۰ است . جهت تعیین اعتبار یا پایایی ابزار از روش با آزمایی با فاصله دو هفته و از روش ضریب آلفای کرونباخ برای بررسی تجانس و برای زیر شاخه‌های آن از همسانی درونی استفاده شد.ضریب آلفای کرونباخ برای کل ابزار ۰/۸۲ بدست آمده است.

ج)پرسشنامه بازگشت به اعتیاد

این مقیاس یک ابزار ۴۵ سوالی است که توسط رایت بک نیومن و لیس (۲۰۰۱) برای اندازه‌گیری میزان وسوسه و احتمال مصرف مواد در افراد وابسته به مواد مخدر ساخته شد. همه سوالات آن به صورت چهار درجه‌ای پاسخ داده می‌شود. همه سوالات در یک مقیاس پنج درجه‌ای شامل هیچ=۰،ضعیف=۱، متوسط=۲، قوی=۳،خیلی قوی=۴ نمره‌گذاری می‌شوند. حداقل نمره صفر و حداکثر نمره ۱۸۰ می‌باشد که با افزایش نمره احتمال بازگشت به اعتیاد بیشتر می‌شود. با استفاده از آلفای کرونباخ همسانی درونی برای میزان وسوسه ۰/۷۴ و برای احتمال مصرف ۰/۷۸ گزارش شده است (رایت و همکاران،۲۰۰۱). در پژوهش داخلی میزان آلفای کرونباخ این مقیاس برای مصرف و وسوسه ۰/۸۱ و برای میزان احتمال مصرف ۰/۷۸ گزارش شده است که این نشانگر اعتبار این مقیاس می‌باشد. همچنین روایی محتوایی و ملاکی آن با مقیاس وسوسه و ولع مصرف مطلوب گزارش شده است (کافی و همکاران، ۱۳۹۰). همه تحلیل های روایی، SPSS را به عنوان یک مقیاس حل مسئله اجتماعی تایید کرده است (مخبری و همکاران، ۱۳۹۰)

روش اجرا: داده‌های جمع‌آوری شده با استفاده از نرم افزار SPSS نسخه ۲۲ با بهره‌گیری از آمار توصیفی (میانگین و انحراف استاندارد و ۰۰۰) و از آمار استنباطی (همبستگی پیرسون و رگرسیون چندگانه) انجام پذیرفت.

یافته‌ها

در این پژوهش تعداد ۲۵۰ نفر شرکت کردند که از این تعداد، ۵۰ درصد سنی کمتراز دو سال درمان با متادون، ۳۴ درصد سنی بین دو تا پنج سال درمان با متادون، ۱۶ درصد سنی بین پنج تا ده سال درمان با متادون، ۲۷/۶ درصد سنی بین بیست تا بیست و پنج سال، ۵۰/۸ درصد سنی بین بیست و پنج تا سی سال درمان با متادون، ۱۱/۶ درصد سنی بین سی تا سی و پنج سال، ۱۰ درصد سنی بین چهل تا چهل و پنج بودند.

جدول ۱-توضیح آماری طول مدت درمان با متادون و سن آزمودنی ها

سن مدت مصرف	تعدادفراوانی	درصد معتبر
۲-۱	۱۲۵	۵۰
۵-۲	۸۵	۳۴
۱۰-۵	۴۰	۱۶
۲۵-۲۰	۶۹	۲۷/۶
۲۵-۳۰	۱۲۷	۵۰/۸
۳۰-۳۵	۲۹	۱۱/۶
۴۰-۴۵	۲۵	۱۰

توزیع افراد نمونه مورد مطالعه براساس مدت مصرف متادون جهت درمان اعتیاد و سن را نشان می‌دهد.

جدول ۲- یافته‌های توصیفی مربوط به متغییر پژوهش

متغیر	خرده مقیاس	میانگین	انحراف استاندارد
طرحواره ناسازگار اولیه	محرومیت هیجانی	۱۶/۹۶	۳/۸۹
	رهاشدگی / بی ثباتی	۱۷/۶۹	۴/۹۹
	بی اعتمادی /بدرفتاری	۱۵/۳۲	۵/۲۶
	انزوای اجتماعی / بیگانگی	۱۶/۰۹	۴/۱۳
	نقص / شرم	۱۲/۷۳	۵/۲۶
	وابستگی / بی کفایتی	۱۴/۶۴	۴/۱۳
	آسیب پذیری نسبت به بیماری	۱۴/۲۷	۴/۵۴

[Downloaded from jnip.ir on 2026-11-21]

	خود تحول نیافته / گرفتار	۱۵/۳۶	۶/۲۸
	اطاعت	۱۰/۱۹	۴/۹۹
	بازداری هیجانی	۱۲/۳۱	۵/۹۷
	فداکاری / ایثار	۱۵/۲۱	۵/۴۴
	معیارهای سرسختانه	۱۸/۹۰	۳/۹۱
	خویشتن داری / خود انضباطی ناکافی	۱۵/۵۵	۴/۰۴
	استحقاق / بزرگ منشی	۱۹/۹۵	۵/۲۵
	شکست	۴/۶۴	۶/۲۸
سبک زندگی	تغذیه	۱۹/۰۹	۳/۴۴
	فعالیت جسمی و ورزش	۲۰/۲۸	۳/۶۷
	مسؤلیت پذیری در سلامت	۲۶/۷۷	۴/۷۸
	روابط بین فردی	۲۲/۵۷	۵/۵۹
	رشد معنوی	۲۶/۹۸	۵/۶۷
	مدیریت استرس	۱۹/۰۴	۴/۰۹
	سبک زندگی	۸۷/۹۰	۸/۳۳

جدول۲-اطلاعات توصیفی شامل میانگین، انحراف استاندارد نمرات آزمودنی‌ها در متغیرهای طرحواره ناسازگار اولیه و سبک زندگی آورده شده است.بیشترین میانگین نمره در طرحواره ناسازگار اولیه را خرده مقیاس استحقاق/بزرگ منشی سپس معیارهای سرسختانه و در مؤلفه‌های سبک زندگی، رشد معنوی، مسئولیت‌پذیری در سلامت و روابط بین فردی بیشترین میانگین را دارد.

جدول۳-ماتریس همبستگی متغیرهای پژوهش

متغیر	۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷	۸	۹	۱۰	۱۱	۱۲	۱۳	۱۴	۱ ۵	۱ ۶
بازگشت	۱															
محرومیت هیجانی	/۱۷۸ ۰*	۱														
رهاشدگی/ بی ثباتی	/۱۲۱ ۰	/۱۸۱ ۰**	۱													
بی‌اعتمادی/ بدرفتاری	/۱۰۹ ۰	/۲۱۱ ۰**	/۲۲۲ ۰**	۱												
انزوای اجتماعی /بیگانگی	/۱۸۱ ۰*	/۱۷۷ ۰**	/۱۸۲ ۰**	/۲۰۱ ۰**	۱											
نقص/شرم	/۲۱۱ ۰**	/۲۲۱ ۰**	/۲۲۰ ۰**	/۲۹۹ ۰**	/۲۲۲ ۰**	۱										
وابستگی/بی کفایتی	/۲۸۸ ۰**	/۲۴۴ ۰**	/۲۰۸ ۰**	/۲۱۶ ۰**	/۲۲۸ ۰**	/۲۰۹ ۰	۱									
آسیب‌پذیری نسبت به بیماری	/۲۱۹ ۰**	/۲۲۲ ۰**	/۲۲۲ ۰**	/۱۸۸ ۰**	/۱۹۲ ۰**	/۲۰۲. ۰**	/۲۶۶ ۰**	۱								
خودتحول نیافته/گرفتار	/۱۲۲ ۰	/۲۰۴ ۰**	/۲۵۵ ۰**	/۲۸۷ ۰**	/۲۵۱ ۰**	/۱۹۲ ۰**	/۲۱۲ ۰**	/۲۸۵ ۰	۱							
اطاعت	/۲۰۲ ۰**	/۲۰۹ ۰**	/۲۷۷ ۰**	/۲۰۶ ۰**	/۲۲۲ ۰**	/۲۸۷ ۰**	/۲۲۲ ۰**	/۲۷۵ ۰**	/۲۲۹ ۰**	۱						
بازداری هیجانی	/۳۷۷ ۰**	/۲۴۴ ۰**	/۲۰۸ ۰**	/۳۴۲ ۰**	/۲۸۷ ۰**	/۲۹۵ ۰**	/۲۰۵ ۰**	/۲۸۸ ۰**	/۲۹۹ ۰**	/۲۰۱ ۰**	۱					

[Downloaded from jnip.ir on 2026-11-21]

فداکاری/ ایثار	/۲۷۹ ** ۰	/۲۸۸ ** ۰	/۲۹۲ ** ۰	/۲۲۲ ** ۰	/۲۹۸ ** ۰	/۲۳۳ ** ۰	/۲۵۹ ** ۰	/۳۲۸ ** ۰	/۲۰۸ ** ۰	/۲۷۷ ** ۰	/۱۹۱ ** ۰	۱				
معیارهای سرسختانه	/۱۰۲ ۰	/۲۰۵ ** ۰	/۲۲۹ ** ۰	/۳۲۱ ** ۰	/۲۴۲ ** ۰	/۲۷۴ ** ۰	/۳۱۱ ** ۰	/۲۸۷ ** ۰	/۲۹۶ ** ۰	/۲۱۴ ** ۰	/۲۹۱ ** ۰	/۳۱۲ ** ۰	/۲۰۵ ** ۰			
خویشتن داری/خود انظباطی ناکافی	۰/۷۸	/۲۴۱ ** ۰	/۲۶۵ ** ۰	/۲۸۸ ** ۰	/۳۲۸ ** ۰	/۳۰۸ ** ۰	/۳۶۶ ** ۰	/۲۸۴ ** ۰	/۲۶۶ ** ۰	/۳۴۴ ** ۰	/۳۰۹ ** ۰	/۳۱۱ ** ۰	/۳۶۲ ** ۰	۱		
استحقاق/بزر گمنشی	/۱۴۱ ۰	/۳۰۱ ** ۰	/۲۷۷ ** ۰	/۲۶۱ ** ۰	/۲۸۸ ** ۰	/۳۲۰ ** ۰	/۳۱۱ ** ۰	/۲۷۶ ** ۰	/۲۱۱ ** ۰	/۲۹۹ ** ۰	/۳۷۱ ** ۰	/۲۲۹ ** ۰	/۲۲۳ ** ۰	/۲۰۱ ** ۰	۱	
شکست	/۳۱۲ ** ۰	/۲۸۱ ** ۰	/۲۶۶ ** ۰	/۳۰۲ ** ۰	/۱۴۵ ** ۰	/۱۶۶ ۰**	/۲۰۹ ** ۰	/۲۰۷ ** ۰	/۲۸۸ ** ۰	/۲۰۱ ** ۰	/۳۰۴ ** ۰	/۲۹۴ ** ۰	/۲۰۶ ** ۰	/۲۲۱ ** ۰	۱	

در جدول ۳-نتایج ضریب همبستگی در جدول نشان داد که بین طرحواره ناسازگار به بازگشت به مواد رابطه معناداری وجود دارد. همانطور که در جدول فوق ملاحظه می‌شود ضریب همبستگی هیچ کدام از متغیرهای پیش بین بیشتر از ۰/۸۵ نیست . بنابراین می‌توان گفت مفروضه خطی از هم خطی بودن رخ نداده است . این یافته زمینه را برای آزمون سوال پژوهش فراهم می‌کند .پیش از بررسی آزمون به منظور سنجش نرمال بودن توزیع متغیرها از آزمون کشیدگی و چولگی و بررسی هم خطی چندگانه از ضریب تحمل و عامل تورم واریانس استفاده شد. پیشفرض نرمال بودن توزیع متغیرها مورد تایید است. همچنین با توجه به اینکه مقدار ضریب تحمل بین ۰/۶۵ تا ۰/۹۰ و عامل تورم واریانس بین ۱/۱۱ تا ۱/۷۴ می‌باشد، بنابراین پیش فرض هم خطی بودن متغیرها مورد تایید می‌باشد. در ادامه از روش تحلیل رگرسیون لجستیک استفاده شد.

جدول۴- نتایج آزمون معناداری مدل رگرسیون (روش گام به گام) برای تعین نقش طرحواره‌های ناسازگار اولیه بر بازگشت به اعتیاد

متغیرهای پیشبینی	F	R2	SE	B	Beta	T
بازداری هیجانی	۲۹/۰۸	۰/۰۹	۰/۰۶۱	۰/۲۳۴	۰/۲۹۸	۳/۸۷ ***-
نقص/شرم	۳۳/۲۶	۰/۱۴۹	۰/۰۷۱	۰/۲۰۳	۰/۲۰۹	۲/۸۵ **-
شکست	۳۸/۲۸	۰/۱۹۶	۰/۰۷۶	۰/۱۷۳	۰/ ۱۸۷	۲/۶۰ **
وابستگی/بی کفایتی	۴۱/ ۳۱	۰ / ۲۳۱	۰ / ۱۴۴	۰/ ۱۷۱	۰ / ۱۷۲	۲/۵۱ *
فداکاری/ایثار	۴۶/ ۳۳	۰/ ۲۶۶	۰/ ۰۷۴	۰/ ۱۲۳	۰/ ۱۳۹	۲/۳۸ *
آسیب‌پذیری به بیماری	۴۹/ ۳۵	۰/ ۲۸۸	۰ / ۵۲	۰/ ۱۲۱	۰ / ۱۲۰	۲/۳۸ *
اطاعت	۵۳/ ۳۶	۰ / ۲۹۱	۰ / ۰۶۱	۰/ ۱۲۱	۰/ ۱۱۷	۲/۱۲ *
	P**<0.01		P*<0.05			

در جدول ۴- بعد از بازداری هیجانی توان تبیین حدود ۹ درصد از بازگشت به اعتیاد را داشته،بعد از طی شدن گام دوم و اضافه شدن سهم تبیین کننده طرحواره نقص به مدل (۵ درصد)، مدل پژوهش حاضر توانست ۱۴ درصد از بازگشت به اعتیاد را تبیین کند.پس از آن با اضافه شدن طرحواره شکست به مدل (۴ درصد)،مدل حاضر توانست ۱۹ درصد از بازگشت به اعتیاد را تبیین کند.بعد از طی شدن گام چهارم و اضافه شدن سهم تبیین کننده طرحواره وابستگی به مدل ۴ درصد)،مدل پژوهش حاضر توانست ۲۳ درصد از بازگشت به

[Downloaded from jnip.ir on 2026-11-21]

اعتیاد را تبیین کند. بعد از طی شدن گام پنجم و اضافه شدن سهم تبین کننده طرحواره فداکاری به مدل (۳ درصد)، مدل پژوهش حاضر توانست ۲۶ درصد از بازگشت به اعتیاد را تبیین کند.بعد از طی شدن گام ششم و اضافه شدن سهم تبیین کننده طرحواره آسیب پذیری به مدل (۲ درصد)، مدل پژوهش حاضر توانست ۲۸ درصد از بازگشت به اعتیاد را تبیین کند. بعد از طی شدن گام هفتم و اضافه شدن سهم تبیین کننده طرحواره اطاعت به مدل(۱درصد)، مدل پژوهش حاضر توانست ۲۹ درصد از بازگشت به اعتیاد را تبیین کند. درکل می‌توان حدود ۳۰ درصد از تغییرات در بازگشت به اعتیاد توسط هفت مورد از طرحواره‌ها قابل تبیین است.

جدول ۵- نتایج آزمون معناداری مدل رگرسیون (روش گام به گام) برای تعیین نقش سبک زندگی بر بازگشت به اعتیاد

متغیرهای پیش‌بین	F	R2	SE	B	Beta	T
گام اول:روابط بین فردی	۱۸/۹۸	۰/ ۰۸	۰۱ ۰/۵	-۰/ ۰۵۸	-۰/۲۰۴	-**۳/ ۹۳
گام دوم:مسؤلیت پذیری در سلامت	۲۳/۴۴	۰/ ۱۱	۰/ ۲۷	-۰/۶۹۱	-۰/ ۱۲۹	-**۲/۸۸ -
گام سوم: مدیریت استرس	۲۶/ ۶۷	۰/ ۱۳	۱۴ ۰/۴	-۰/ ۳۱۶	-۰/ ۱۲۱	-*۲ / ۲۰
		P**<0.01	P*<0.05			

در جدول ۵-در مرحله اول،بعد روابط بین فردی وارد معادله شده و توان تبیین حدود ۸ درصد از بازگشت به اعتیاد را به طور منفی داشته، بعد از طی شدن گام دوم و اضافه شدن سهم تبیین ننده مسئولیت‌پذیری به مدل (۳ درصد)،مدل پژوهش حاضر توانست ۱۱ در صد از بازگشت به اعتیاد را به طور منفی تبیین کننده مدیریت استرس به مدل (۲ درصد)، مدل پژوهش حاضر توانست ۱۳ درصد از بازگشت با اعتیاد را به طور منفی تبیین کند. ستون بتای مربوط به هر یک از سه متغییر در هر کدام از سه متغیر، میزانی از تغییر در بازگشت به اعتیاد رخ خواهد داد.

بحث و نتیجه‌گیری

فرضیه اول:بین طرحواره‌های ناسازگار اولیه با بازگشت به اعتیاد در بیماران تحت درمان نگهدارنده با متادون رابطه معناداری وجود دارد. به طور دقیق‌تر بین محرومیت هیجانی، انزوای اجتماعی/بیگانگی نقص/شرم، وابستگی/بی‌کفایتی، آسیب‌پذیری نسبت به بیمار، اطاعت، بازداری هیجانی، فداکاری/ایثار، شکست و بازگشت به مواد در بیماران تحت درمان رابطه مثبت معناداری وجود دارد. پژوهش‌های قلی زاده (۱۳۸۲)،سهند، زارع و فتی (۱۳۸۹)،شوری و اندرسون(۲۰۱۳) روبر و همکاران(۲۰۱۰)، شقاقی و همکاران (۲۰۱۱)، برومت (۲۰۰۷) دریافت که طرحواره ناسازگار اولیه با شدت اعتیاد رابطه دارند که با پژوهش حاضر همسو می‌باشد. اعتیاد می‌تواند بر اساس هیجانات منفی و عدم مقابله درست با آن در افراد رخ بدهد را تایید می‌کنند (گولد اسمیت،۲۰۰۹). یافته‌های پژوهش تأییدی بر نظریه‌ی طرحواره‌های ناسازگار اولیه، که در آن فرض بر این است که رفتارهایی مانند اعتیاد به منظور کاهش هیجان‌های منفی ناشی از فعالیت طرحواره‌های ناسازگار به وجود می‌آیند. در نتیجه افراد معتاد باورهای ناسازگارانه‌ای در زمینه‌ی احساس بی کفایتی و درماندگی خود، احساس قربانی بودن و از دست دادن فردیت تجربه می‌کنند و همچنین تجارب آسیب‌زای دوران کودکی و وجود محیطی طردکننده باعث می‌شود آنها مدام شاهد فعال شدن طرحواره نقص و طردشدگی شوند. که این امر در بروز هیجانات منفی و بروز مجدد وسوسه مصرف جهت کاهش هیجان می‌شود. از سوی دیگر افراد تحت درمان اغلب توسط دیگران دچار آسیب مجدد می‌شوند. لذا یکی از عوامل مهم بازگشت به مواد را می‌توان طرحواره ناسازگار دیگر جهت‌مندی دانست. چرا که پژوهشی نشان می‌دهد افراد وابسته به مواد در طرحواره‌های حوزه‌ی دیگر جهت مندی نمرات بیشتری دریافت کردند (پورمحمد،۱۳۹۲). علت این امر آن است که در خانواده هایی که از دیگر جهت‌مندی ناسالم حمایت می‌کنند افراد یاد می‌گیرند که به تمایلات، احساسات و پاسخ های دیگران بیش از حد اهمیت دهند، به طوری که باعث نادیده گرفتن نیازهای سالم و مشروع خودشان می‌شود . این موارد منجر به ایجاد و فعال شدن طرحواره ایثار و اطاعت شده که در بروز مصرف مواد به شدت تأثیر دارد. یکی دیگر از طرحواره‌هایی که می‌تواند بر بازگشت به مواد تأثیرگذار باشد طرحواره بازداری و اجتناب است. به گونه‌ای که افراد تحت درمان به منظور اجتناب از طرد دیگران، احساس شرمندگی و از دست دادن کنترل بر تکانه‌های شخصی، اعمال و احساسات و ارتباطات خود انگیخته خود را به طور افراطی بازداری می‌کنند. که این بازداری از هیجانات نقش مهمی در بازگشت و عود مصرف دارد (پورمحمد،۱۳۹۲) .

[Downloaded from jnip.ir on 2026-11-21]

بسیاری از طرحواره‌ها از دوران کودکی شکل می‌گیرند. بدین صورت که زندگی در خانواده‌هایی که کودک را با قید و شرط پذیرفته‌اند، بی‌ثبات، بدرفتار، بی عاطفه، طردکننده یا منزوی هستند، خانواده هایی که اعتماد به نفس کودک را کاهش می دهند و همین‌طور افراط و تفریط در حمایت از کودک منجر به شکل‌گیری طرحواره‌های مشکل دار و در نهایت در جهت انتخاب روشی برای کاهش اضطراب و طردشدگی زمینه را برای بروز اختلالاتی مثل وابستگی به مواد فراهم می‌کند. معتادان بهبود یافته چون خود را همیشه بیمار تلقی می‌کنند، در برابر هر اتفاقی خود را آسیب‌پذیر و فردی ضعیف تلقی می‌کنند که این گونه تفکر نسبت به خود، به خودی خود فرد را نسبت به بازگشت آسیب‌پذیر می‌کند. در این پژوهش در ارتباط با معنی‌داری طرحواره اطاعت می‌توان گفت همچنین برخی افراد بهبود یافته خود را قائم به دیگران تصور می‌کند و با کوچکترین در خواستی از دوستان و آشنایان طرحواره اطاعت آنها فعال شده و در اموراتی خارج از مصرف نیز این اطاعت و فرمانبرداری ادامه می‌یابد که در نهایت منجر به سبکی از زندگی می‌شود که منتهی به اطاعت از دوستان مصرف‌کننده و بازگشت به مصرف می‌شود.

فرضیه دوم: نتایج حاصل از تجزیه و تحلیل داده‌های تحقیق حاضر این فرضیه را که سبک زندگی ارتقادهنده سلامت با بازگشت به اعتیاد در بیماران تحت درمان نگهدارنده با متادون رابطه وجود دارد، مورد تایید قرار دارد. بین سبک زندگی ارتقا دهنده سلامت با بازگشت به اعتیاد در بیماران تحت درمان نگهدارنده با متادون رابطه منفی معناداری وجود دارد.با افزایش سبک زندگی ارتقا دهنده سلامت بازگشت به اعتیاد در بیماران تحت درمان نگهدارنده با متادون کاهش می‌یابد. نتیجه پژوهش حاضر با پژوهش‌های عطایی، زرندی، نوروزی وشریفی (۱۳۹۵)، دهقان زاده و همکاران (۱۳۹۱)، نقیبی،شعری، رستمی و حسینی (۱۳۹۴)، پورمحمد و همکاران (۱۳۹۲)، لویس و واتز (۲۰۰۴) همسو می‌باشد. نتایج پژوهش حاکی از آن است که بین احساس کنترل افراد بر روی زندگی که نوعی می‌توان آن را سبک زندگی ارتقا دهنده سلامت روان محسوب کرد و سلامت اجتماعی افراد رابطه مستقیم وجود دارد (فاضل قاطع،۱۳۹۱). فرد با انتخاب سبک زندگی برای حفظ و ارتقای سلامتی خود و پیشگیری از بیماری، اقدامات و فعالیت‌هایی را از قبیل رعایت رژیم غذایی مناسب، خواب و فعالیت ورزش، عدم مصرف سیگار و الکل و ایمن‌سازی در مقابل بیماری‌ها و افزایش مسئولیت‌پذیری که خود نقش مهمی در اعتیاد و بیماری‌های روانشناختی ایفا می‌کند، انجام می‌دهد، که این مجموعه سبک زندگی را تشکیل می‌دهد. اعتیاد بیماری محسوب می‌شود که از عوامل چند گانه ناشی می‌شود. یکی ازین عوامل سلامت روانی و یا میزان افسردگی و نگاه افراد به زندگی است (گلد اسمیت،۲۰۰۹). بین سبک زندگی ارتقاء دهنده سلامت و اختلالات روانشناختی از جمله افسردگی رابطه معناداری وجود داشت و جهت رابطه، معکوس بود (پولادف،۱۳۸۵). از جمله مواردی از سبک زندگی که در بازگشت به اعتیاد نقش مهمی داشت روابط بین فردی بود. باید در نظر داشته باشیم که اعتیاد بیماری است که بیشتر با تنهایی و حس تنهایی و کاهش روابط با محیط اجتماعی و خانواده و دوستان در ارتباط است . اعتیاد با کاهش رابطه با خود، خانواده و دوستان سالم شکل و عود و یا بازگشت پیدا می‌کند و این طبیعی است که این بعد از سبک زندگی به طور قوی بتواند به طور مثبت پیش‌بینی کننده بازگشت به مواد در بیماران تحت درمان باشد . مدیریت استرس بعد دیگری از سبک زندگی که به عنوان متغیر سوم وارد رگرسیون شده است. که افراد با بکارگیری راهبردهای مناسب در برابر استرس بجای فرار از آن با کمک مواد اعتیادی مدیریت استرس را در زندگی خود پیاده می‌کنند. لذا با توجه به یافته پژوهش حاضر نیز می‌توان گفت تغییر در سبک زندگی به سمت سبک زندگی ارتقا دهنده سلامت یعنی مسئولیت‌پذیری در قبال سلامت، روابط بین فردی، رشد معنوی و مدیریت استرس بخصوص بحث مسئولیت‌پذیری در قبال سلامت و مدیریت استرس و نحوه مقابله با آن در که نقش آنها در اعتیاد و بازگشت به آن در پژوهش‌های متعددی نشان داده شده است، می‌تواند در بازگشت به اعتیاد و عدم آن نقش بسیار مهمی ایفا کند.

فرضیه اصلی: بین سبک زندگی و طرحواره‌های ناسازگار اولیه با بازگشت به اعتیاد در بیماران تحت درمان نگهدارنده با متادون رابطه وجود دارد. نتایج تحلیل رگرسیون برای هر یک از متغیرها نشان می‌دهد که حدود ۳۰ درصد از تغییرات در بازگشت به اعتیاد توسط هفت مورد از طرحواره‌ها قابل تبیین است و همچنین سبک زندگی توانست ۱۳ درصد از بازگشت به اعتیاد را به طور منفی تبیین کند.

سبک زندگی و ابعاد تمایل به اعتیاد رابط

ه معناداری وجود دارد. (عطایی،زروندی،نوروزی و شریفی ۱۳۹۵). سبک زندگی نقش موثری درسلامت جسمانی و بیماری دارد. (دهقان زاده و همکاران ۱۳۹۱). نقش مثبت و معنادار سلامت معنوی در سلامت روان،تقویت بعد معنوی می‌تواند سبب ارتقاء سلامت روان، کاهش اختلالات روانی، کاهش تمایل به مصرف مواد و استمرار دوره درمان اعتیاد شود (نقیبی،اشعری،رستمی و حسینی ۱۳۹۴). سبک زندگی آدلری، بیشتر از سایر متغیرها تکرار رفتارهای مرتبط با الکل و مصرف الکل را پیش‌بینی می‌کند. (لویس و واتر ۲۰۰۴). مداخلات درمانی باید هدف تغییر و اصلاح طرحواره‌های ناسازگار اولیه در افزایش میزان موفقیت معتادان ناموفق به ترک مواد افیونی موثرباشد.

[Downloaded from jnip.ir on 2026-11-21]

(سهند،زارع وفتی ۱۳۸۹). جوانان در حال مصرف مواد ۹ مورد از طرحواره‌های ناسازگار را با خود به همراه دارند (شوری و اندرسون ۲۰۱۳). طرحواره ناسازگار بیماران وابسته به الکل در شش طرحواره ناسازگار به طور معناداری،متفاوت از افراد سالم بودند (روبر وهمکاران ۲۰۱۰). افراد با سوء مصرف مواد و سابقه آن، سطوح بالای طرحواره‌های ناسازگار را در وابستگی هیجانی، بی‌اعتمادی، نقص/شرم، وابستگی عملکردی نشان دادند (شقاقی و همکاران ۲۰۱۱). عدم توانایی مدیریت تنش‌ها و یا احساسات و هیجانات برآمده از فعالیت طرحواره‌ها، یک فرد بیماری که در حال بهبودی است را به مصرف مجدد نزدیک می‌کند. با توجه به اینکه اعتیاد خود نتیجه یک راهبرد اشتباه در برابر تنش و مشکلات و آسیب‌های روانی بحساب می آید، فعال شدن این طرحواره‌ها در برابر هر مسأله‌ای موجب می‌شود که افراد در برابر این تنش‌ها آسیب‌پذیر شده و یک راهبرد اشتباهی برای تسکین و رهایی از این احساس دردناک و تنش رو به اعتیاد و مواد می‌آورد تا جبرانی باشد برای یک حس و هیجان منفی که برآیندیست از فعال شدن طرحواره در موقعیت‌های مختلف که افراد را به مصرف مواد نزدیک می‌کند. از طرفی یک سبک زندگی نادرست و یا می‌توان گفت یک سبک زندگی اعتیادی به معنای نداشتن ارتباط با دیگران، نبود حس انتخاب و مسئولیت در برابر هر آسیبی، عدم توانایی مدیریت تنش‌ها و با احساسات و هیجانات بر آمده از فعالیت طرحواره‌ها، یک فرد بیماری که در حال بهبودی است را به مصرف مجدد نزدیک می‌کند. لذا ارتقای سبک زندگی ارتقا دهنده سلامت و طرحواره‌های ناسازگار اولیه بصورت مثبت و منفی می‌توانند میزان احتمال عود و شدت بازگشت به مواد را پیش‌بینی کند.

منابع

۱-اسکندری، حسین برجعلی، احمد، سهرابی، فرامرز و فرخی، علی، (۱۳۹۶)، تبیین افسردگی بر اساس سبک زندگی با واسطه‌گری سلامت اجتماعی و کیفیت زندگی، مجله فرهنگ روان‌درمانی و مشاوره، (۶) ۸.

۲- پوالدفر، راضیه و احمدی، احمد، (۱۳۹۱)، رابطه بین سبک زندگی و اختلالات روانشناختی دوره متوسطه شهر اصفهان، دوره ۲، شماره ۱، ص ۱۸-۱.

۳- پورمحمد، وحیده یعقوبی، حسن . یوسفی، رحیم . محمدزاده، علی، نجفی، محمود . (۱۳۹۲)، مقایسه‌ی طرحواره‌های ناسازگار اولیه وسبک زندگی در افراد وابسته به مواد و افراد عادی، فصلنامه اعتیاد پژوهی سوء مصرف مواد، سال هفتم، شماره ۲۷ .

۴-حجتی، حمید شریف نیا، سید حمید، فغانی، مریم، حجتی، هانیه و سلماسی، الگار، (۱۳۹۱). بررسی ارتباط بین پذیرش اجتماعی و ارتباط آن با کیفیت زندگی معتادان مراجعه‌کننده به مراکز ترک اعتیاد استان گلستان در سال ۱۳۸۸ . علوم بهداشتی جندی شاپور؛ دوره ۴، شماره ۳؛ از صفحه ۵۷-۶۴.

۵-دلاورپور، محمد آقا سلطانی، مرضیه و حسین چاری، مسعود .(۱۳۸۷)، پیش‌بینی بهبودی یا بازگشت به سوء مصرف مواد مخدر بر پایه هوش هیجانی و رویارویی مذهبی. مجله روان پزشکی و روانشناسی بالینی ایران، سال چهاردهم، شماره ۳، صص۳۱۵-۳۰۷.

۶- دهقانزاده، شادی جعفر آقایی، فاطمه و تبری خمیران، رسول، (۱۳۹۱)، بررسی مشخصات فردی – اجتماعی، سبک زندگی و میزان مواجه با رویدادهای استرس‌زا با سرطان کولورکتال، پژوهش پرستاری، شماره ۱.

۷- دانشگر، سید حسین ظفری، سلمان، رادمهر، فرهاد و محمدی، علی، (۱۳۹۴)، اعتیاد و راه‌های پیشگیری از آن . مقاله کنفرانس: نخستین کنگره بین‌المللی جامع روانشناسی ایران.

۸- دلاور پور، محمد آقا سلطانی، مرضیه و حسین چاری و محمدی، علی . (۱۳۹۴) . اعتیاد و راههای پیشگیری از آن، مقاله کنفرانس : نخستین کنگره بین‌المللی جامع روانشناسی ایران.

۹- سهند، بهرام زارع، حسین فتی، لادن (۱۳۸۹)، مقایسه حوزه‌های مرتبط با طرحواره‌های ناسازگار اولیه در معتادان ناموفق و موفق به ترک مواد افیونی و جمعیت غیر بالینی، مجله اعتیاد پژوهی، (۲۱) ۷.

۱۰- عطایی، پری زرندی، مرجان نوروزی، میلاد و شریفی، احسان . (۱۳۹۵)، بررسی رابطه بین سبک زندگی مدرن و گرایش به مصرف مواد (مورد مطالعه : شهروندان شهر اصفهان)، همایش ملی پیشگیری از اعتیاد.

۱۱- قجاوند، کاظم (۱۳۸۳) نقش خانواده در ارجاع معتادان به مراکز درمان سرپایی شهر تهران و اصفهان، مجموعه مقالات دومین همایش نقدی بر راهکارهای علمی و کاربردی رهایی از اعتیاد، تهران.

[Downloaded from jnip.ir on 2026-11-21]

۱۲-قدیمی، حدیثه و قاسمی مطلق، مهدی (۱۳۹۴) رابطه بین طرح واره های ناسازگار اولیه با گرایش به اعتیاد، دومین کنفرانس بین‌المللی رویکردهای نوین در علوم، مهندسی و تکنولوژی.
۱۳-قربانی،طاهر ه (۱۳۹۱).مقایسه اثربخشی گروه درمانی شناختی-رفتاری و درمان نگهدارنده با متادون در تغییر باورهای مرتبط با مواد و پیشگیری از عود مجله اعتیاد پژوهشی، (۲۲) ۶.
۱۴-قلی زاده، آذر (۱۳۸۲) بررسی ویژگی‌های روانی و اجتماعی همسران افراد معتاد و شیوه‌های مقابله آنها با اعتیاد همسران‌شان، مجله تحقیقات علوم رفتاری، شماره ۲، پاییز و زمستان.
۱۵-کافی، موسی، ملازاده، رحیم و نوروزی، مرتضی (۱۳۹۰) اثربخشی گروه درمانی به روش تحلیل رفتار متقابل بر سازگاری زناشویی و پیشگیری از عود افراد سمزدایی شده پژوهش‌های نوین روانشناختی، (۲۳) ۶.
۱۶- محمدی،سهیل، ایمانی، سعید، جلیل، فتح آبادی.(۱۴۰۱).پیش‌بینی گرایش به مصرف مواد براساس ابعاد شخصیت و طرحواره ناسازگار اولیه.دوره ۱۶.شماره ۶۳. ۸۴-۶۵.
۱۷- میر آخوری، مهدی (۱۳۸۲) جامعه و مد، فصلنامه علوم اجتماعی، سال چهارم، شماره، ۵۳.
۱۸-نقیبی، سید ابوالحسن اشعری، سرور رستمی، فرشته و حسینی، سید حمزه . (۱۳۹۴) .بررسی ارتباط سلامت معنوی با سلامت روان در بیماران تحت درمان نگه دارنده متادون (MMT) . مجله تحقیقات سلامت در جامعه، دانشکده بهداشت، دانشکده علوم پزشکی مازندران، دوره ۱، شماره ۳، ۶۱-۶۹.
۱۹-نوری،حمیدرضا، نقوی ،محمد (۱۳۹۶)، بررسی اثر بخش آموزش ذهن شفقت ورز بر تعدیل طرحواره‌های ناسازگار اولیه در معتادین مواد افیونی تحت درمان نگهدارنده با متادون. دوره ۱۱،شماره ۴۴، ۱۸۷-۲۰.
Aleksandra Zgierska,MD,phD,David Rabago,MD,and Alan Marlatt,(2009). Mindfulness meditation for substance use disorders; A systematic review
Emma Mc Donnell, David Hevey, Mathew McCauley, Kevin Noel Ducray (2018).Exploration of associations between early maladaptive schemas, impaired emotional regulation, coping strategies and resilience in opioid dependent poly-drug users,2320-2329
Hadis Hoseiny,Mohsen Jadidi,Leila Habiballah Nataj,and Mohammad Bagher saberi-Zafarghandi ,(2015). The effect of methadone-maintenance therapy with and without interactive treatment on improving emotion-regulation strategies and resilience among opiate-dependent clients.
Mattick RP, Kimber J, Breen C, Davoli M. (2004) . Buprenorphine maintenance versus placebo or methadone maintenance for opioid dependence. Cochrane Database Syst Rev; (3): 556-65.
Newcombe, D. A., Bochner, F., White, J. M., & Somogyi, A. A. (2004). Evaluations of Levo-alpha acetylmethadol (LAAM) as an alternative treatment for methadone maintenance patients who regular experience withdrawal: a pharmacokinetic and pharmacodynamic analysis. Drug and Alcohol dependence, 76 (1), 63-72.
Nordahl, H. M., Hohe, H & Hague, J. A. (2005). Eearly Maladaptive schemas in patients without personality disorders: Does schema modification predict symptomatic relief clinical psychology and psychotherapy. Vol. 12. 142-149.
Nurco DN, kinlock TW, O Grady KE, Hanlon TE.(1998). Differential contribution of family and peer factors to the ethiology of narcotic addiction. Drug Alcohol Depen; 5: 229-37.
Roper, L., Dickson, J, M., Tinwell, C., Boot, P, G., McGuire, J. (2010) . Maladaptive Cognitive Schemas in Alcohol Dependence: Changes Associated, No. 27, Fall 2013 with a Brief Residential Abstinence Program. Cognitive Therapy Research, 34(3), 207-215
Samuel A.Ball,ph.D.Lisa M.Maccarelli,Ph.D.Donna M. LaPaglia,Psy.D,and Mark J Ostrowski,Psy.D(2012).Randomized trial of dual-focused versus single-focused individual therapy for personality disorders and substance dependence.
Shaghaghy, F., Saffarinia, M., Iranpoor, M., Soltanynejad, A. (2011). The Relationship of Early Maladaptive Schemas, Attributional Styles and Learned Helplessness among Addicted and Non-Addicted Men. Kerman university of medical sciences and health services . Scientific research journal, 3 (1-2), 45.

[Downloaded from jnip.ir on 2026-11-21]

Sarah EW, Kwan MP, Wilson J, Fortenberry JD(2013).Adolescent Health-Risk Behavior and Community Disorder. *PLOS ONE* 2013; 8(11): 1-7.
Skinner, M., Aubin, H.J. (2010). Craving's Place in Addiction Theory:Contributions of the Major Models, *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*, 34, 606-23.
Shorey, R. C., Brasfield, H., Anderson, S., & Stuart, G. L. (2015). The relation between trait mindfulness and early maladaptive schemas in men seeking substance use treatment. Mindfulness, 6(2), 348-355.
Shorey, R. C., Stuart, G. L., & Anderson, S. (2013). Early maladaptive schemas among young adult male substance abusers: A comparison with a non-clinical group. Journal of substance abuse treatment, 44(5), 522-527.
Terry-McElrath, Y. M., Emery, S., Szczypka, G., & Johnston, L. D. (2011). Potential exposure to anti-drug advertising and drug-related attitudes, beliefs, and behaviors among United States youth, 1995–2006. *Addictive behaviors*, *36*(1), 116-124.
Vilar-Gomez, E., Martinez-Perez, Y., Calzadilla-Bertot, L., Torres-Gonzalez, A., Gra-Oramas, B., Gonzalez-Fabian, L., ... & Romero-Gomez, M. (2015). Weight loss through lifestyle modification significantly reduces features of nonalcoholic steatohepatitis. Gastroenterology, 149(2), 367-378.
Watts, R. E. (2003). Adlerian, cognitive, and constructivist therapies: an integrative dialogue. Springer Publishing Company
Young, J. E., Klosko,J. S., & Weishaar, M. E. (2003).Schema therapy: A practitioner's guide.New York: Guilford Publication.
Zhang, D.H & ,.He, H.L. (2010). Personality traits and life satisfaction: A Chinese case study .*Social Behavior and Personality,* 38*(*8*),* - .1122 1119

[Downloaded from jnip.ir on 2026-11-21]

Predicting Return to Drug Use based on Initial Maladaptive Schemas and Lifestyle in Methadone Maintenance Patients

Sara Rezazadeh Asgari[1]

Abstract

The present study aimed to predict the return to drug use based on the initial maladaptive schemas and lifestyle in patients undergoing Methadone maintenance treatment. The method of this research was descriptive correlation type. The statistical population of this research was all addicts undergoing maintenance treatment with Methadone who were referred to treatment and addiction treatment centers in Qom City in 2017. The sample size of this study was 250 drug addicts who were selected through multi-stage cluster sampling among drug addicts referring to Methadone withdrawal centers.The short-form Young schema questionnaire, the Health Promoting lifestyle questionnaire ,and the Return to addiction questionnaire were used to collect data. Also,the data of this research with Pearson and Regression test for each of the variables show that about 30 % of the changes in returning to addiction canbe explained by seven schemas. R2=30 and lifestyle could negatively explain 13 % of the return to addiction R2=13.

Keywords: Returning To Drug Use, Primary Maladaptive Schemas ,Lifestyle, Addicts Under Methadone Maintenance Treatment

[Downloaded from jnip.ir on 2026-11-21]

1 Master of Clinical Psychology, Islamic Azad University, Arak Branch, Arak, Iran (Corresponding Author)