

مدل‌یابی عود اعتیاد بر اساس بدتنظیمی هیجانی با نقش میانجی کیفیت زندگی و نشخوار فکری در مراجعان تحت درمان با متادون

تاریخ ارسال: ۱۴۰۴/۰۷/۲۸

تاریخ بازنگری: ۱۴۰۴/۱۱/۰۱

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۴/۱۱/۰۶

تاریخ چاپ: ۱۴۰۵/۰۳/۰۱

چکیده

هدف پژوهش حاضر تبیین و آزمون مدل ساختاری عود اعتیاد بر اساس بدتنظیمی هیجانی با میانجیگری کیفیت زندگی و نشخوار فکری در افراد تحت درمان با متادون بود. این مطالعه از نوع توصیفی – همبستگی و مبتنی بر مدل‌یابی معادلات ساختاری بود. جامعه آماری شامل کلیه مراجعان مراکز درمان اعتیاد شهر قزوین در سال ۱۴۰۴ بود که ۳۱۰ نفر به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند. ابزارهای پژوهش شامل پرسشنامه عود اعتیاد، مقیاس بدتنظیمی هیجانی، پرسشنامه کیفیت زندگی و مقیاس نشخوار فکری بود. تحلیل داده‌ها با استفاده از نرم‌افزارهای SPSS ۲۶ و AMOS انجام گرفت. نتایج نشان داد بدتنظیمی هیجانی اثر مستقیم مثبت و معنادار بر عود اعتیاد ($\beta=0.38, p<0.001$) و نشخوار فکری ($\beta=0.61, p<0.001$) دارد و اثر مستقیم منفی و معنادار بر کیفیت زندگی ($\beta=-0.44, p<0.001$). نشخوار فکری نیز اثر مستقیم مثبت بر عود اعتیاد ($\beta=0.48, p<0.001$) و کیفیت زندگی اثر مستقیم منفی بر عود اعتیاد ($\beta=-0.34, p<0.001$) نشان داد. همچنین اثرات غیرمستقیم بدتنظیمی هیجانی بر عود اعتیاد از طریق نشخوار فکری ($\beta=0.29, p<0.001$) و کیفیت زندگی ($\beta=0.15, p=0.02$) معنادار بود. شاخص‌های برازش مدل در دامنه مطلوب قرار داشتند. یافته‌ها نشان می‌دهد که عود اعتیاد پدیده‌ای چندبعدی با بنیان‌های شناختی – هیجانی است و برنامه‌های درمانی باید همزمان بر تنظیم هیجان، کاهش نشخوار فکری و ارتقای کیفیت زندگی تمرکز داشته باشند.

کلیدواژه‌گان: عود اعتیاد؛ بدتنظیمی هیجانی؛ کیفیت زندگی؛ نشخوار فکری؛ درمان با متادون

HEALTH PSYCHOLOGY AND
BEHAVIORAL DISORDERS

روانشناسی سلامت و اختلالات رفتاری



ساره علیجانی^۱، سیده زهرا ساداتی^{۲*}

۱. گروه روان‌شناسی، واحد تنکابن، دانشگاه آزاد اسلامی،

تنکابن، ایران.

۲. گروه روان‌شناسی، واحد قائم‌شهر، دانشگاه آزاد اسلامی،

قائم‌شهر، ایران.

* ایمیل نویسنده مسئول:

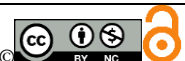
2180265255@iau.ir

شیوه استناددهی: علیجانی، ساره، و ساداتی، سیده زهرا.

(۱۴۰۵). مدل‌یابی عود اعتیاد بر اساس بدتنظیمی هیجانی با نقش

میانجی کیفیت زندگی و نشخوار فکری در مراجعان تحت درمان با

متادون. *روانشناسی سلامت و اختلالات رفتاری*, ۴(۲), ۱-۱۶.



Structural Modeling of Addiction Relapse Based on Emotion Dysregulation with the Mediating Role of Quality of Life and Rumination in Methadone-Treated Clients

Submit Date: 2025-10-20

Revise Date: 2025-01-21

Accept Date: 2025-01-26

Publish Date: 2026-05-22

Abstract

This study aimed to test a structural model of addiction relapse based on emotion dysregulation mediated by quality of life and rumination in individuals receiving methadone treatment. This correlational study employed structural equation modeling. Participants included 310 clients of addiction treatment centers in Qazvin selected through convenience sampling. Instruments consisted of relapse, emotion dysregulation, quality of life, and rumination questionnaires. Data were analyzed using SPSS 26 and AMOS. Emotion dysregulation had a significant positive direct effect on relapse ($\beta=0.38$, $p<0.001$) and rumination ($\beta=0.61$, $p<0.001$), and a significant negative direct effect on quality of life ($\beta=-0.44$, $p<0.001$). Rumination positively predicted relapse ($\beta=0.48$, $p<0.001$), whereas quality of life negatively predicted relapse ($\beta=-0.34$, $p<0.001$). Significant indirect effects of emotion dysregulation on relapse were observed through rumination ($\beta=0.29$, $p<0.001$) and quality of life ($\beta=0.15$, $p=0.02$). Model fit indices indicated an acceptable fit. Addiction relapse is strongly influenced by emotional and cognitive mechanisms, emphasizing the necessity of integrated psychological interventions that target emotion regulation, reduce rumination, and enhance quality of life.

Keywords: *Addiction relapse; Emotion dysregulation; Quality of life; Rumination; Methadone treatment*

HEALTH PSYCHOLOGY
AND
BEHAVIORAL DISORDERS

روانشناسی سلامت و اختلالات رفتاری

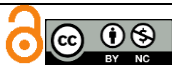
Sareh Alijani¹, Seyedeh Zahra Sadati^{2*}

1. Department of Psychology, To.C., Islamic Azad University, Tonekabon, Iran.

2. Department of Psychology, Qa.S.C., Islamic Azad University, Qaemshahr, Iran.

*Corresponding Author's Email:
2180265255@iau.ir

How to cite: Alijani, S., & Sadati, S.Z. (2026). The Effectiveness of Interpersonal Communication Skills Training on Empathy and Assertiveness of Veterans' Wives in Khomeini Shahr. *Health Psychology and Behavioral Disorders*, 4(2), 1-16.



اعتیاد به مواد مخدر یکی از پیچیده‌ترین و پرهزینه‌ترین بحران‌های سلامت روان در جهان معاصر است که نه تنها فرد مبتلا بلکه خانواده، نظام سلامت و کل ساختار اجتماعی را تحت تأثیر قرار می‌دهد. علی‌رغم توسعه گسترده درمان‌های دارویی و روان‌اجتماعی، پدیده عود اعتیاد همچنان به‌عنوان چالش محوری درمان باقی مانده است و میزان بالای بازگشت به مصرف نشان می‌دهد که عوامل زیربنایی عمیق‌تری در کار است که هنوز به‌طور کامل مهار نشده‌اند. مرور پژوهش‌ها نشان می‌دهد که عود تنها پیامد قطع درمان دارویی نیست، بلکه حاصل تعامل پیچیده‌ای از عوامل هیجانی، شناختی، خانوادگی، اجتماعی و زیستی است (del Palacio-Gonzalez et al., 2024; Palomo et al., 2024; Phuong et al., 2023). در این چارچوب، تمرکز نوین تحقیقات از رویکردهای صرفاً دارویی به سوی مدل‌های تلفیقی روان‌شناختی معطوف شده است که در آن‌ها نقش تنظیم هیجان، الگوهای شناختی و کیفیت زندگی به‌عنوان پیش‌بینی‌کننده‌های کلیدی عود برجسته شده‌اند.

در میان درمان‌های موجود، درمان نگهدارنده با متادون یکی از مؤثرترین راهبردهای کنترل وابستگی به مواد افیونی محسوب می‌شود که با کاهش علائم ترک، کنترل میل مصرف و تثبیت زیستی بیمار همراه است (Nguyen et al., 2024; Wen et al., 2023). با وجود این، پژوهش‌ها نشان می‌دهند که حتی در چارچوب درمان با متادون، میزان عود همچنان قابل توجه است و بسیاری از بیماران پس از دوره‌ای ثبات نسبی، مجدداً به مصرف بازمی‌گردند (Nguyen & Dinh, 2023; Phuong et al., 2023). این یافته‌ها نشان می‌دهد که درمان دارویی به‌تنهایی برای مهار چرخه اعتیاد کفایت نمی‌کند و باید به عوامل روان‌شناختی زیربنایی توجه ویژه داشت.

یکی از مهم‌ترین این عوامل، بدتنظیمی هیجانی است. بدتنظیمی هیجانی به ناتوانی فرد در شناسایی، درک، تحمل و تنظیم هیجان‌های منفی اطلاق می‌شود که به واکنش‌های تکانشی، اجتنابی و ناسازگارانه منجر می‌گردد. شواهد تجربی متعدد نشان داده‌اند که افراد دارای اختلال مصرف مواد در مقایسه با جمعیت عمومی سطوح بالاتری از بدتنظیمی هیجانی را تجربه می‌کنند و این نقص هیجانی، پیش‌بینی‌کننده قوی میل مصرف و عود است (del Palacio-Gonzalez et al., 2024; Musarezaie et al., 2024; Zeng & Wei, 2023). تحت درمان با متادون نیز آموزش تنظیم هیجان منجر به بهبود سلامت عمومی و کاهش نشانگان روان‌شناختی شده است که اهمیت این سازه را در موفقیت درمان تأیید می‌کند (Musarezaie et al., 2024; Wen et al., 2023).

هم‌زمان، نشخوار فکری به‌عنوان سازه شناختی کلیدی در تداوم آسیب‌های هیجانی نقش محوری ایفا می‌کند. نشخوار فکری به فرایند تکراری و غیرارادی تمرکز بر افکار منفی، ناکامی‌ها و احساسات ناخوشایند بدون حرکت به سمت حل مسئله اطلاق می‌شود. مطالعات نشان داده‌اند که نشخوار فکری با تشدید اضطراب، افسردگی، تکانشگری و رفتارهای آسیب‌زا همراه است (He et al., 2025; Tahoon, 2023). پژوهش‌های جدید حاکی از آن است که بدتنظیمی هیجانی از طریق افزایش نشخوار فکری به بروز رفتارهای خودآسیب‌زن و وابستگی‌های رفتاری منجر می‌شود (He et al., 2025; Zou et al., 2024). در زمینه اعتیاد نیز شواهد نشان می‌دهد که نشخوار فکری می‌تواند میل مصرف را تقویت و کنترل شناختی فرد را تضعیف نماید (Kapadi et al., 2024; Usubini et al., 2025).

در کنار این متغیرها، کیفیت زندگی به‌عنوان پیامد و هم‌زمان پیش‌بینی‌کننده مهم عود اعتیاد مطرح شده است. کیفیت زندگی بازتابی جامع از وضعیت جسمی، روانی، اجتماعی و عملکردی فرد است. پژوهش‌ها نشان می‌دهند که کاهش کیفیت زندگی نه تنها پیامد اعتیاد است بلکه خود می‌تواند احتمال بازگشت به مصرف را افزایش دهد (Chukwuorji et al., 2024; Wild et al., 2025). در بیماران تحت درمان با متادون، بهبود کیفیت زندگی با افزایش ماندگاری درمان و کاهش عود همراه است (Jarban & Najafianpour, 2023; Wen et al., 2023). همچنین آموزش تنظیم هیجان توانسته است کیفیت زندگی گروه‌های مختلف را به‌طور معنادار ارتقا دهد (Parandeh Shirvan et al., 2024; Wild et al., 2025).

از منظر ساختاری، پژوهش‌های متعددی بر روابط پیچیده میان بدتنظیمی هیجانی، نشخوار فکری و کیفیت زندگی تأکید کرده‌اند. نشخوار فکری به‌عنوان مسیر شناختی انتقال اثر بدتنظیمی هیجانی بر سلامت روان و رفتارهای ناسازگار شناخته شده است (He et al., 2025; Usubini et al., 2025; Zou et al., 2024). همچنین بدتنظیمی هیجانی از طریق تضعیف کیفیت زندگی، زمینه بازگشت به رفتارهای اعتیادی را تقویت می‌کند (Chukwuorji et al., 2024; Wild et al., 2025). این روابط در بیماران وابسته به مواد که اغلب با اختلالات همبود مانند اضطراب، افسردگی و مشکلات اجتماعی مواجه‌اند، پیچیده‌تر و ناپایدارتر جلوه می‌کند (Changchien et al., 2024; Jan et al., 2023).

با وجود حجم قابل توجه پژوهش‌ها، خلأ اساسی در ادبیات این حوزه فقدان مدل‌های جامع ساختاری است که بتواند روابط هم‌زمان این سازه‌ها را در جمعیت خاص بیماران تحت درمان با متادون تبیین کنند. بیشتر مطالعات یا بر پیش‌بینی عود تمرکز کرده‌اند (del Palacio, 2023; Gonzalez et al., 2024; Zeng & Wei, 2023) یا بر نقش متغیرهای اجتماعی و خانوادگی (Biyani et al., 2023; Iswanti et al., 2023) و یا بر پیامدهای روان‌شناختی تنظیم هیجان (Musarezaie et al., 2024; Parandeh Shirvan et al., 2024; Jan et al., 2023) با این حال، کمتر پژوهشی به‌صورت هم‌زمان نقش میانجی نشخوار فکری و کیفیت زندگی را در ارتباط میان بدتنظیمی هیجانی و عود اعتیاد در چارچوب مدل‌یابی معادلات ساختاری بررسی کرده است.

از سوی دیگر، تحول فناوری و مداخلات نوین نشان می‌دهد که رویکردهای ترکیبی و چندسطحی در پیشگیری از عود مؤثرتر هستند. مداخلات مبتنی بر ذهن‌آگاهی، درمان‌های شناختی-رفتاری و برنامه‌های پس‌درمانی دیجیتال نقش تنظیم هیجان و پردازش شناختی را هدف قرار می‌دهند و نتایج امیدوارکننده‌ای در کاهش عود نشان داده‌اند (Dunn et al., 2024; Petre et al., 2024; Wild et al., 2025). این یافته‌ها ضرورت تبیین سازوکارهای زیربنایی روان‌شناختی عود را دوچندان می‌کند تا طراحی مداخلات هدفمندتر امکان‌پذیر شود.

در نهایت، با توجه به شیوع بالای عود در بیماران تحت درمان با متادون، نقش محوری بدتنظیمی هیجانی در شکل‌دهی الگوهای شناختی ناسازگار، تأثیر نشخوار فکری در تداوم هیجان منفی و جایگاه بنیادین کیفیت زندگی در پایداری درمان، بررسی ساختاری این روابط به‌صورت هم‌زمان می‌تواند درک جامع‌تری از دینامیک عود فراهم سازد و مبنای مداخلات بالینی مؤثرتری قرار گیرد (Ameri, 2023; del Palacio, 2023; Gonzalez et al., 2024; Wen et al., 2023; Zeng & Wei, 2023). بنابراین هدف پژوهش حاضر مدل‌یابی عود اعتیاد بر اساس بدتنظیمی هیجانی با نقش میانجی کیفیت زندگی و نشخوار فکری در مراجعان تحت درمان با متادون است.

روش‌شناسی

پژوهش حاضر از نوع توصیفی همبستگی با کمک معادلات ساختاری است. جامعه‌ی آماری در این پژوهش شامل کلیه مراجعین تحت درمان متادون مراجعه‌کننده به مراکز درمانی ترک اعتیاد درخشش، فرصت و همیار در شهر قزوین در سال ۱۴۰۴ بود. حجم نمونه با استفاده از روش نمونه‌گیری در دسترس بر اساس فرمول کلاین (۲۰۱۵) برابر با ۲۳۰ نفر محاسبه شد اما برای افزایش اطمینان ۳۱۰ نفر انتخاب شدند. ملاک‌های ورود به مطالعه شامل موارد زیر بود: ابراز رضایت و تمایل به همکاری؛ شرکت‌کننده باید به صورت داوطلبانه برای حضور در پژوهش رضایت دهد؛ داشتن سن حداقل ۲۰ سال و حداکثر ۶۰ سال؛ حداقل توانایی خواندن و نوشتن؛ عدم ابتلا به بیماری‌های روان‌پزشکی حاد (مانند سایکوز)، که بر اساس تشخیص روان‌پزشک و پرونده پزشکی تأیید می‌شود؛ گذشت حداقل سه ماه از شروع دوره درمان وابستگی به مواد و تثبیت نسبی شرایط مصرف بود. ملاک‌های خروج از مطالعه نیز شامل موارد زیر بود: شرکت‌کننده دوره درمان خود را به اتمام رسانده یا در آن غیبت داشته باشد؛ و این‌که شرکت‌کنندگان علاقه‌ای به ادامه مشارکت در طول پژوهش نداشته باشد.

پس از کسب مجوزهای لازم از کمیته اخلاق در پژوهش دانشگاه و هماهنگی با مسئولان مراکز درمانی ترک اعتیاد شهر قزوین، پژوهشگر اصلی به همراه تیم پژوهشی متشکل از یک روانشناس بالینی مجرب و یک کارشناس ارشد روانشناسی که دارای تجربه کار با افراد وابسته به مواد

بودند، فرآیند گردآوری داده‌ها را آغاز نمود. ابتدا فهرستی از تمامی مراکز درمانی ترک اعتیاد دولتی و خصوصی شهر قزوین تهیه شد و پس از مراجعه حضوری پژوهشگر به هریک از مراکز و ارائه معرفی‌نامه رسمی از دانشگاه، ضمن توضیح اهداف و اهمیت پژوهش به مسئولان مراکز، زمان‌بندی مناسبی برای حضور در مراکز و دسترسی به مراجعین تنظیم گردید. در هر مرکز، ابتدا پژوهشگر با بررسی پرونده‌های بیماران و مشورت با روان‌پزشک یا روانشناس مرکز، افرادی که واجد ملاک‌های ورود به مطالعه بودند را شناسایی نمود و سپس در محیطی آرام و خصوصی، ضمن معرفی خود و توضیح کامل اهداف پژوهش، اهمیت مشارکت آن‌ها، محرمانه بودن اطلاعات، حق انصراف در هر مرحله از پژوهش و عدم تأثیر مشارکت یا عدم مشارکت بر روند درمان آن‌ها، از شرکت‌کنندگان دعوت به همکاری نمود. پس از اخذ رضایت‌نامه کتبی از شرکت‌کنندگان داوطلب، پژوهشگر شخصاً پرسشنامه‌های پژوهش شامل فرم اطلاعات جمعیت‌شناختی، پرسشنامه عود اعتیاد رایت، مقیاس بدتنظیمی هیجانی گراتز و رومر، پرسشنامه کوتاه کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی و مقیاس نشخوار فکری تراپنل و کمپل را در اختیار شرکت‌کنندگان قرار داد. برای تکمیل پرسشنامه‌ها، به هر شرکت‌کننده توضیحات لازم در مورد نحوه پاسخ‌دهی به سؤالات ارائه شد و پژوهشگر در طول مدت تکمیل (که معمولاً بین ۴۵ تا ۶۰ دقیقه زمان می‌برد) در محل حضور داشت تا در صورت بروز هرگونه سؤال یا ابهام، راهنمایی‌های لازم را ارائه دهد. همچنین برای شرکت‌کنندگانی که سطح سواد پایین‌تری داشتند یا مشکل در خواندن متن سؤالات داشتند، پژوهشگر سؤالات را به صورت شفاهی قرائت می‌کرد و پاسخ‌های آن‌ها را ثبت می‌نمود، البته با حفظ کامل استقلال شرکت‌کننده در انتخاب پاسخ‌ها. پس از تکمیل پرسشنامه‌ها، پژوهشگر از شرکت‌کنندگان برای همکاری تشکر نمود و در صورت درخواست آن‌ها، وعده ارائه خلاصه‌ای از نتایج پژوهش پس از اتمام را داد. تمامی فرآیند گردآوری داده‌ها طی مدت سه ماه و با رعایت کامل اصول اخلاقی پژوهش، حفظ حریم خصوصی شرکت‌کنندگان و اصول ایمنی بهداشتی انجام پذیرفت و داده‌های جمع‌آوری شده بلافاصله پس از تکمیل، کدگذاری و در محیط امن نگهداری شدند.

پرسشنامه عود اعتیاد: یک مقیاس خودسنجی است که توسط رایت (۱۹۹۳) ساخته شده است. این مقیاس شامل ۴۵ سؤال است و هر سؤال شامل یک موقعیت می‌شود که شرکت‌کنندگان باید خود را در آن تصور کنند؛ همچنین شامل دو مؤلفه شدت نیرومندی میل در موقعیت خاص و احتمال مصرف در آن موقعیت می‌باشد شیوه نمره‌گذاری به صورت طیف لیکرت پنج‌درجه‌ای شامل، هیچ نمره صفر ضعیف نمره ۱ متوسط نمره ۲ قوی نمره ۳ و خیلی قوی نمره ۴ نمره‌گذاری می‌شود. نمره‌های بین صفر تا ۶۰ میزان بازگشت‌پذیری ضعیف نمره بین ۶۰ تا ۹۰ میزان بازگشت‌پذیری متوسط و نمره‌های بالاتر از ۹۰ میزان بازگشت‌پذیری قوی است. در این مقیاس نمره صفر احد پایین نمره ۹۰ حد وسط و نمره‌های ۱۸۰ حد بالای نمره‌ها می‌باشد. رایت (۱۹۹۳) با استفاده از آلفای کرونباخ همسانی درونی برای نیرومندی میل ۰/۹۰ و برای احتمال مصرف ۰/۸۷ گزارش کرده است همچنین روایی همزمان خرده مقیاس‌های این ابزار با اجرای هم‌زمان با مقیاس علائم هشداردهنده عود (گورسکی و میلر، ۱۹۸۶). در بازه ۰/۲۹ تا ۰/۴۸ گزارش کرده است. در پژوهش مهرابی و همکاران (۱۳۸۳) اعتبار محاسبه شده برای این مقیاس با اجرا بر روی ۴۰ بیمار وابسته به مواد در دوره بهبود اولیه و با استفاده از روش آلفای کرونباخ برای خرده مقیاس میزان احتمال مصرف ۰/۹۴ و برای خرده مقیاس نیرومندی میل ۰/۹۷ محاسبه شده است همبستگی به‌دست‌آمده بین دو خرده مقیاس مذکور با استفاده از روش همبستگی پیرسون ۰/۸۵ نیز از لحاظ آماری رابطه معناداری را نشان می‌دهد. برای محاسبه ضریب روایی همزمان از پرسشنامه خطر عود مصر واد اگوی و همکاران (۲۰۰۷) استفاده شد که به ضرایب همبستگی ۰/۶۱ و ۰/۵۶ در سطح معناداری ۰/۰۱ به دست آمد.

بد تنظیمی هیجانی: این مقیاس توسط گراتز و همکاران (۲۰۰۴) ساخته شد. شامل ۳۶ سؤال است و ۶ مؤلفه عدم پذیرش پاسخ‌های هیجانی^۱ با سؤالات ۱۱، ۱۲، ۲۱، ۲۳، ۲۵ و ۲۹؛ دشواری در به‌کارگیری رفتارهای هدفمند با سؤالات ۱۳، ۱۸، ۲۰، ۲۶ و ۳۳؛ دشواری کنترل تکانه^۲ با

1. dis acceptance of emotional responses

2. Difficulty in employing targeted behaviors

3. difficulty controlling the impulse

سؤالات ۳، ۱۴، ۱۹، ۲۴، ۲۷ و ۳۲؛ فقدان آگاهی هیجانی^۱ با سؤالات ۲، ۶، ۸، ۱۰، ۱۷ و ۳۴؛ دسترسی محدود به راهبردهای تنظیم هیجانی^۲ با سؤالات ۱۵، ۱۶، ۲۲، ۲۸، ۳۰، ۳۱، ۳۵ و ۳۶؛ و فقدان شفافیت هیجانی^۳ با سؤالات ۱، ۴، ۵، ۷ و ۹ را اندازه‌گیری می‌کند. نمره‌گذاری مقیاس در طیف ۵ درجه‌ای از تقریباً اصلاً تا تقریباً همیشه نمره‌گذاری می‌شود. به این صورت که اصلاً ۱ نمره، گاه‌گاهی ۲ نمره، تقریباً در نیمی از موارد ۳ نمره، بیشتر اوقات ۴ نمره و تقریباً همیشه ۵ نمره تعلق می‌گیرد. سؤالات ۱، ۲، ۶، ۷، ۸، ۱۰، ۱۷، ۲۰، ۲۲، ۲۴ و ۳۴ دارای نمره‌گذاری معکوس هستند. اعتبار همگرایی با استفاده از همبستگی پیرسون با افسردگی ۰/۶۹ و کمال‌گرایی جامعه‌محور ۰/۳۶ و با کمال‌گرایی فردمحور ۰/۲۴ به‌دست‌آمده است. اعتبار سازه با همبستگی پیرسون با استفاده از مؤلفه-نمره کل برای ابعاد ضرایب در دامنه ۰/۴۰ تا ۰/۸۰ و معنادار در سطح ۰/۰۱ به‌دست‌آمده است (کونینگهام^۴ و همکاران، ۲۰۱۸). در یک پژوهش دیگر برای بررسی اعتماد مقیاس از آلفای کرونباخ استفاده شده است که ضریب کل سؤالات ۰/۹۶ و برای خرده مقیاس‌ها در دامنه بین ۰/۸۴ تا ۰/۹۳ به‌دست‌آمده است. در داخل کشور اعتماد آزمون-بازآزمایی برای عدم پذیرش پاسخ هیجانی ۰/۶۹، دشواری در به‌کارگیری رفتار هدفمند ۰/۵۷، دشواری کنترل تکانه ۰/۶۸، فقدان آگاهی هیجانی ۰/۸۹، دستیابی محدود به راهبردهای تنظیم هیجان ۰/۸۰، فقدان شفافیت هیجانی ۰/۸۰ و کل سؤالات ۰/۸۸ و معنادار در سطح ۰/۰۱ گزارش شده است. همچنین پایایی مقیاس با روش ضریب آلفای کرونباخ بین ۰/۶۳ تا ۰/۷۵ به دست آمد.

کیفیت زندگی: ابزار مورد استفاده در این پژوهش، پرسشنامه کوتاه ارزیابی کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی (۲۰۰۷) است که حاوی ۲۶ سؤال است. دوگویه از آن برای مطالعه کیفیت آشکار زندگی و سلامت عمومی افراد قیدشده است که در جمع ابعاد لحاظ نمی‌شود اما در جمع کل لحاظ می‌شود و یک گویه از سؤالات به دلیل عدم تطابق فرهنگی حذف شد. این پرسشنامه دارای ۴ خرده مقیاس است که به ارزیابی ۴ دامنه از زندگی می‌پردازد که عبارتند از: سنجش سلامت جسمی (۷ گویه)، سلامت روانی (۶ گویه)، روابط اجتماعی (۲ گویه)، محیط زندگی (۸ گویه). برای هر گویه نمره‌ای از ۱ (خیلی کم، هرگز، خیلی ناراضی‌ام) تا ۵ (خیلی زیاد، همیشه، خیلی راضی‌ام) در نظر گرفته شده است. لازم به ذکر است که سؤالات ۳، ۴، ۲۵ به‌صورت معکوس نمره‌گذاری شده است. در نتایج گزارش شده توسط گروه سازندگان مقیاس کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی که در ۱۵ مرکز بین‌المللی این سازمان صورت گرفته، ضریب آلفای کرونباخ بین ۰/۷۳ تا ۰/۸۹ برای خرده مقیاس‌های چهارگانه و کل مقیاس گزارش شده است (نصیری، ۱۳۸۵). نصیری (۱۳۸۵) جهت تعیین روایی مقیاس از روش روایی همزمان استفاده کرد و رابطه نمره کل آزمون و خرده مقیاس‌های آن را با نمره کل و خرده مقیاس‌های پرسشنامه سلامت عمومی از طریق ضریب همبستگی موردسنجش قرارداد. نتایج بیانگر رابطه مطلوبی و معکوسی با پرسشنامه ذکر شده بود. نصیری (۱۳۸۵) برای پایایی مقیاس از سه روش بازآزمایی (بافاصله سه‌هفته‌ای) تصنیفی و آلفای کرونباخ استفاده کرد که به ترتیب برابر با ۰/۶۷، ۰/۸۷ و ۰/۸۴ بود. در ایران پایایی مقیاس کیفیت زندگی توسط نجات و همکاران (۱۳۸۶) موردسنجش قرار گرفت که طبق آن ضریب آلفای پرسشنامه برای جمعیت سالم در حیطه سلامت جسمی ۰/۷۰، برای سلامت روانی ۰/۷۳ و برای روابط اجتماعی ۰/۵۵ و برای کیفیت محیط زندگی برابر با ۰/۸۴ گزارش شده است و ضریب پایایی روش بازآزمایی را پس از دو هفته ۰/۷ گزارش شد.

نشخوار فکری: این مقیاس توسط تراپنل و کمپل^۵ در سال (۱۹۹۹) طراحی و اجرا شده است. محتوای این مقیاس را گویه‌های یازده‌گانه با سنج‌های پنج‌گانه طیف لیکرت با بسیار مخالفم صرفاً تا بسیار موافقم چهار تشکیل داده است. زیرمقیاس‌های این ابزار عبارتند از: تأمل، درون‌نگری و در فکر فرورفتن (تراپنل و کمپل، ۱۹۹۹). در ایران پژوهش معنوی پور و شاه‌حسینی (۱۳۹۴) روایی صوری و محتوای این مقیاس با استفاده از نظر اساتید و روایی سازه با استفاده از آزمون تحلیل عاملی مورد تأیید قرار گرفته است. همچنین پایایی این پرسشنامه با استفاده از آلفای کرونباخ ۰/۷۳ به‌دست‌آمده و تأیید شد.

1. lack of emotional awareness
 2. achieving limited excitement strategies
 3. lack of emotional clarity
 4. Cunningham
 5. Trapnell & Campbell

استفاده از روش‌های آماری به دو شکل توصیفی و استنباطی انجام گرفت. تجزیه و تحلیل با استفاده از آمار توصیفی به منظور توصیف متغیرهای پژوهش از شاخص‌های انحراف معیار، میانگین، کجی و کشیدگی استفاده شد. همچنین شاخص‌های فراوانی و درصد برای ویژگی‌های جمعیت شناختی گزارش شد. تجزیه و تحلیل با استفاده از آمار استنباطی در تحلیل‌های آمار استنباطی همواره نظر بر این است که نتایج حاصل از مطالعه گروه کوچکی به نام نمونه به گروه بزرگتری به نام جامعه تعمیم داده می‌شود. در این پژوهش در جهت آزمون فرضیه‌ها و تأیید یا رد آن‌ها از مدل سازی معادلات ساختاری استفاده شد. لازم به ذکر است، برای انجام تجزیه و تحلیل داده‌های تحقیق از نرم‌افزار کامپیوتری Amos و SPSS نسخه ۲۶ استفاده شد.

یافته‌ها

نتایج نشان می‌دهد که میانگین سن شرکت‌کننده در این آزمون ۳۵/۳ با انحراف استاندارد ۴/۷۸ است؛ از طرفی کمترین سن مربوط به آزمودنی‌های ۲۲ ساله و بیشترین سن مربوط به آزمودنی‌های ۴۵ ساله است. نتایج نشان می‌دهد که ۱۷۴ نفر (۵۶/۱ درصد) از شرکت‌کنندگان را زنان و ۱۳۶ نفر (۴۳/۹ درصد) را مردان تشکیل داده‌اند. نتایج نشان می‌دهد که ۱۵۳ نفر (۴۹/۴ درصد) از تحصیلات شرکت‌کنندگان را زیر دیپلم و دیپلم، ۹۴ نفر (۳۰/۳ درصد) را کاردانی، ۴۹ نفر (۱۵/۸ درصد) را کارشناسی و ۱۴ نفر (۴/۵ درصد) را کارشناسی ارشد تشکیل داده‌اند. یافته‌های توصیفی متغیرهای پژوهش در جدول ۱ آورده شده است.

جدول ۱. یافته‌های توصیفی خرده‌مقیاس‌های پژوهش

شاخص آماری مقیاس	میانگین	انحراف استاندارد	کجی	کشیدگی
عدم پذیرش پاسخ‌های هیجانی	۲۱/۲	۲/۰۶	-۰/۶۶۸	۰/۱۲۷
دشواری در به کارگیری رفتارهای هدفمند	۲۰/۸	۱/۹۵	-۰/۷۳۹	-۰/۴۳۱
دشواری کنترل تکانه	۲۰/۱	۲/۹۷	-۰/۵۹۵	۱/۶۲
فقدان آگاهی هیجانی	۱۹/۶	۳/۱۳	-۰/۱۲۷	۰/۷۸۶
دسترسی محدود به راهبردهای تنظیم هیجانی	۳۱/۷	۲/۵۶	-۰/۸۳۵	۰/۴۸۵
فقدان شفافیت هیجانی	۱۶/۴	۲/۳۲	۰/۱۶۳	-۰/۱۲۶
سلامت جسمی	۱۵/۹	۲/۶۸	۰/۴۳۸	۰/۳۷۹
سلامت روانی	۱۶/۸	۲/۲۸	۰/۱۳۸	-۰/۰۸۲
روابط اجتماعی	۱۵/۰۲	۲/۰۲	-۰/۳۴۱	-۰/۴۴۵
محیط زندگی	۱۵/۸	۳/۰۱	-۰/۲۳۶	-۰/۵۶۲
تأمل	۹/۴۰	۱/۳۱	-۰/۳۳۵	-۰/۸۵
درون‌نگری	۸/۷۹	۱/۸۳	-۰/۴۴۴	۰/۱۱۸
در فکر فرو رفتن	۷	۰/۹۴۶	-۰/۸۳۷	۱/۸۹
شدت نیرومندی میل	۵۰/۵	۱۴/۱	-۱/۱۱	-۰/۳۰۷
احتمال مصرف	۴۲/۸	۱۲/۴	-۱/۲۳	۰/۰۲

جدول ۱ یافته‌های توصیفی خرده‌مقیاس‌های متغیرهای مورد بررسی را نشان می‌دهد. همچنین نتایج گزارش شده در کجی و کشیدگی در محدوده ۳ و ۳- قرار دارند که نشان از نرمال بودن آنها است. برای بررسی نرمال بودن تک متغیری یک معیار کلی توصیه می‌کند که چنانچه کجی و کشیدگی در بازه (۳، ۳-) نباشند داده‌ها از توزیع نرمال برخوردار نیستند. براساس داده‌های جدول ۱ مشخص می‌شود که شاخص کجی و کشیدگی هیچ یک از نشانگرها خارج از بازه (۳، ۳-) نیست و بنابراین می‌توان آنها را نرمال یا تقریب نرمال در نظر گرفت.

یکی از مفروضه‌های مدلسازی معادلات ساختاری نرمال بودن توزیع چند متغیری است. برای این منظور در نرم افزار AMOS از ضریب کشیدگی چند متغیری ماردیا استفاده می‌شود. بنتلر (۲۰۰۵) پیشنهاد می‌کند که مقادیر بزرگتر از ۵ برای ضریب ماردیا نشان دهنده توزیع

غیر نرمال داده‌ها است. مقدار ضریب ماردیا برای داده‌های پژوهش حاضر برابر با $2/80$ است که نشان می‌دهد مفروضه نرمال بودن چند متغیره برقرار است. زمانیکه داده‌های پیوسته به طور قابل توجهی از نرمال بودن انحراف ندارند می‌توان روش برآورد بیشینه درست نمایی (ML) را مورد استفاده قرار داد. یکی از مفروضات دیگر مدلسازی معادلات ساختاری، عدم وجود اثر هم خطی بین متغیرهای پیش بین می‌باشد. شاخص‌های تحمل واریانس و تورم واریانس این فرضیات را چک می‌کنند. مقدار شاخص تلورانس بین صفر و یک می‌باشد. به ازای هر متغیر مستقل یک مقدار برای این شاخص وجود دارد، اگر مقدار این شاخص بیشتر از $0/1$ باشد نشان از این است که این متغیر با بقیه‌ی متغیرهای مستقل اثرهم خطی ندارد. هم چنین شاخص VIF نیز در صورتی نشان از تأیید عدم وجود اثر هم خطی بین متغیرهای مستقل را نشان می‌دهد که مقداری کمتر از 10 اختیار کند. همانطور که مشاهده می‌شود تمامی اعداد نشان از عدم وجود اثر هم خطی شدید بین متغیرهای پیش بین می‌باشد. نتایج مربوط به اجرای مدل در حالت استاندارد شده به همراه برخی از مهمترین شاخص‌های برازش مدل اولیه در جدول ۲ ارائه شده است.

جدول ۲. شاخص‌های برازش مدل

نام شاخص	شاخص‌های برازش	مقدار	حد مجاز
		10.2	کمتر از ۳
		$\frac{\chi^2}{df}$	
(ریشه میانگین خطای برآورد) RMSEA		$0/05$	کمتر از $0/1$
CFI (برازندگی تعدیل یافته)		$0/94$	بالاتر از $0/9$
NFI (برازندگی نرم شده)		$0/91$	بالاتر از $0/9$
GFI (نیکویی برازش)		$0/96$	بالاتر از $0/9$
AGFI (نیکویی برازش اصلاح شده)		$0/94$	بالاتر از $0/9$

به طور کلی در کار با برنامه ایموس هر یک از شاخص‌های بدست آمده به تنهایی دلیل برازندگی یا عدم برازندگی مدل نیستند و این شاخص‌ها را در کنار هم بایستی تفسیر نمود. مقدارهای بدست آمده برای این شاخص‌ها نشان می‌دهد که در مجموع الگو در جهت تبیین و برازش از وضعیت مناسبی برخوردار است. در ادامه شاخص‌های مدل اندازه گیری ابتدا گزارش می‌شود.

جدول ۳. ضرایب و معناداری بارهای عاملی مدل‌های اندازه گیری

مقیاس	مؤلفه	وزن استاندارد شده	sig
بدتنظیمی هیجانی	عدم پذیرش پاسخ‌های هیجانی	$0/52$	$0/001$
	دشواری در به کارگیری رفتارهای هدفمند	$0/38$	$0/001$
	دشواری کنترل تکانه	$0/46$	$0/001$
	فقدان آگاهی هیجانی	$0/67$	$0/001$
	دسترسی محدود به راهبردهای تنظیم هیجانی	$0/58$	$0/001$
	فقدان شفافیت هیجانی	$0/60$	$0/001$
کیفیت زندگی	سلامت جسمی	$0/53$	$0/001$
	سلامت روانی	$0/60$	$0/001$
	روابط اجتماعی	$0/46$	$0/001$
	محیط زندگی	$0/61$	$0/001$
نشخوار فکری	تأمل	$0/68$	$0/001$
	درون نگری	$0/54$	$0/001$
	در فکر فرو رفتن	$0/70$	$0/001$
عود اعتیاد	شدت نیرومندی میل	$0/66$	$0/001$
	احتمال مصرف	$0/80$	$0/001$

آنچه از نتایج جدول ۳ برمی آید این است که عوامل هر ۵ مقیاس بار عاملی معناداری در سطح اطمینان ۹۹ درصد دارند ($p < 0.01$). با توجه به اینکه در مدل‌های آزمون شده بالا، مسیرهای بین متغیرها همان فرضیه‌های پژوهش هستند، در ادامه به همراه جداول اثرات مستقیم و غیر مستقیم به آزمون سایر فرضیه‌های پژوهش پرداخته شده است. برای آزمون این فرضیه اثر مستقیم مورد بررسی قرار می‌گیرد.

جدول ۴. ضرایب و معناداری اثر مستقیم بد تنظیمی هیجانی بر عود اعتیاد

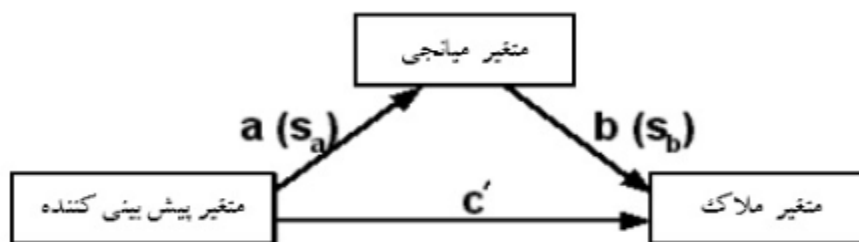
متغیر ملاک	متغیر پیش بین	نوع اثر	β استاندارد شده	آماره معناداری	sig
عود اعتیاد	بدتنظیمی هیجانی	مستقیم	۰/۳۸	۳/۴۵	۰/۰۰۱
عود اعتیاد	نشخوار فکری	مستقیم	۰/۴۸	۴/۰۵	۰/۰۰۱
عود اعتیاد	کیفیت زندگی	مستقیم	-۰/۳۴	-۳/۴۶	۰/۰۰۱
نشخوار فکری	بدتنظیمی هیجانی	مستقیم	۰/۶۱	۴/۹۲	۰/۰۰۱
کیفیت زندگی	بدتنظیمی هیجانی	مستقیم	-۰/۴۴	-۳/۸۸	۰/۰۰۱

آنچه از نتایج جدول ۴ برمی آید این است که بدتنظیمی هیجانی اثر مستقیم بر عود اعتیاد داشته است، رابطه بدتنظیمی هیجانی با عود اعتیاد به صورت مستقیم برابر ($t = 3/45$ و $\beta = 0/38$) است. بنابراین فرضیه مطرح شده در ارتباط با وجود اثر بدتنظیمی هیجانی با عود اعتیاد در مراجعین تحت درمان با متادون با ۹۹ درصد اطمینان مورد تأیید بوده است. نشخوار فکری اثر مستقیم بر عود اعتیاد داشته است، رابطه نشخوار فکری با عود اعتیاد به صورت مستقیم برابر ($t = 4/05$ و $\beta = 0/48$) است. بنابراین فرضیه مطرح شده در ارتباط با وجود اثر نشخوار فکری بر عود اعتیاد در مراجعین تحت درمان با متادون با ۹۹ درصد اطمینان مورد تأیید بوده است. کیفیت زندگی اثر مستقیم بر عود اعتیاد داشته است، رابطه کیفیت زندگی با عود اعتیاد به صورت مستقیم برابر ($t = -3/46$ و $\beta = -0/34$) است. بنابراین فرضیه مطرح شده در ارتباط با وجود اثر کیفیت زندگی بر عود اعتیاد در مراجعین تحت درمان با متادون با ۹۹ درصد اطمینان مورد تأیید بوده است. بدتنظیمی هیجانی اثر مستقیم بر نشخوار فکری داشته است، رابطه بدتنظیمی هیجانی با نشخوار فکری به صورت مستقیم برابر ($t = 4/92$ و $\beta = 0/61$) است. بنابراین فرضیه مطرح شده در ارتباط با وجود اثر مستقیم بدتنظیمی هیجانی بر نشخوار فکری در مراجعین تحت درمان با متادون با ۹۹ درصد اطمینان مورد تأیید بوده است. بدتنظیمی هیجانی اثر مستقیم بر کیفیت زندگی داشته است، رابطه بدتنظیمی هیجانی با کیفیت زندگی به صورت مستقیم برابر ($t = -3/88$ و $\beta = -0/44$) است. بنابراین فرضیه مطرح شده در ارتباط با وجود اثر مستقیم بدتنظیمی هیجانی بر کیفیت زندگی در مراجعین تحت درمان با متادون با ۹۹ درصد اطمینان مورد تأیید بوده است.

جهت بررسی اثر متغیر میانجی نشخوار فکری در رابطه بین بدتنظیمی هیجانی و عود اعتیاد از آزمون سوبل استفاده گردید. یک روش مورد استفاده برای سنجش معنی داری اثر متغیر واسطه آزمون سوبل (۱۹۸۲) است که مستقیماً معنی داری ab را نسبت به توزیع بهنجار Z با استفاده از خطای استاندارد متغیر میانجی می‌سنجد. بدین ترتیب که پس از تقسیم حاصل ضرب دو ضریب غیر استاندارد که مسیرهای متغیر واسطه را تشکیل می‌دهند بر خطای استاندارد این حاصل ضرب، نسبت بدست آمده با جدول توزیع بهنجار مقایسه می‌شود؛ اگر نسبت بدست آمده بزرگ‌تر از $1/96$ باشد نتیجه گرفته می‌شود که اثر متغیر میانجی معنی دار است. برای اعمال روش سوبل جهت تعیین معنی داری این رابطه معادله زیر باید محاسبه گردد:

$$z\text{-value} = a*b/\text{SQRT}(b^2*s_a^2 + a^2*s_b^2 + s_a^2*s_b^2)$$

در این معادله a ضریب مسیر a و b ضریب مسیر b ، s_a و s_b بترتیب خطاهای استاندارد مسیرهای a و b می‌باشند. مسیرهای مورد نظر در شکل ۱ نشان داده شده است.



شکل ۱. نمودار مسیره‌ها در مدل میانجی

بنابراین برای استفاده از این فرمول ضرایب غیر استاندارد و خطای استاندارد دو مسیر مورد نیاز می‌باشد. سوپل معتقد است که این نسبت به گونه‌ای مجانب دارای توزیع بهنجار است و زمانیکه این نسبت بزرگتر از $\pm 1/96$ باشد برای نمونه‌های بزرگ منجر به رد فرض صفر در سطح $0/05$ می‌گردد.

جدول ۵. ضرایب و معناداری اثر غیر مستقیم بدتنظیمی هیجانی بر عود اعتیاد با نقش میانجی نشخوار فکری و کیفیت زندگی

متغیر ملاک	متغیر پیش بین	نوع اثر	β استاندارد شده	آماره معناداری	sig
عود اعتیاد	بدتنظیمی هیجانی	غیرمستقیم (نشخوار فکری)	۰/۲۹	۳/۴۵	۰/۰۰۱
عود اعتیاد	بدتنظیمی هیجانی	غیرمستقیم (کیفیت زندگی)	۰/۱۵	۳/۲۶	۰/۰۲

آنچه از نتایج جدول ۵ برمی‌آید این است که فرضیه مطرح شده در ارتباط با وجود اثر غیرمستقیم بدتنظیمی هیجانی بر عود اعتیاد با نقش میانجی نشخوار فکری با ۹۹ درصد اطمینان مورد تأیید بوده است ($p < 0/01$). در ارتباط با وجود اثر غیرمستقیم بدتنظیمی هیجانی بر عود اعتیاد با نقش میانجی کیفیت زندگی با ۹۵ درصد اطمینان مورد تأیید بوده است ($p < 0/05$).

بحث و نتیجه‌گیری

یافته‌های پژوهش حاضر نشان داد که مدل ساختاری پیشنهادی از برآزش مطلوبی برخوردار است و بدتنظیمی هیجانی به صورت مستقیم و غیرمستقیم از طریق نشخوار فکری و کیفیت زندگی بر عود اعتیاد در مراجعان تحت درمان با متادون اثر می‌گذارد. این نتایج مؤید رویکردهای معاصر در حوزه اعتیاد است که عود را پدیده‌ای چندعاملی و حاصل تعامل فرایندهای هیجانی، شناختی و زیستی می‌دانند (del Palacio-Gonzalez et al., 2024; Palomo et al., 2024; Zeng & Wei, 2023).

نخستین یافته اساسی پژوهش آن است که بدتنظیمی هیجانی اثر مستقیم مثبت و معناداری بر عود اعتیاد دارد. این نتیجه با نتایج مطالعات پیشین همسو است که نشان داده‌اند نقص در تنظیم هیجان یکی از قوی‌ترین پیش‌بینی‌کننده‌های بازگشت به مصرف در افراد وابسته به مواد محسوب می‌شود (del Palacio-Gonzalez et al., 2024; Musarezaie et al., 2024; Zeng & Wei, 2023). در بیماران تحت درمان با متادون، اگرچه تثبیت زیستی به کمک دارو صورت می‌گیرد، اما ناکارآمدی در مهار هیجان‌های منفی همچنان فعال باقی می‌ماند و فرد در مواجهه با استرس، ناکامی یا تعارض‌های بین‌فردی، مستعد بازگشت به مصرف می‌شود. این سازوکار با مدل‌های روان‌زیستی اعتیاد همخوان است که بیان می‌کنند درمان دارویی بدون اصلاح نظام تنظیم هیجان قادر به تثبیت پایدار بهبودی نیست (Nguyen & Dinh, 2023; Wen et al., 2023).

یافته دوم پژوهش نشان داد که بدتنظیمی هیجانی اثر مستقیم قوی بر نشخوار فکری دارد و نشخوار فکری نیز به صورت مستقل عود اعتیاد را پیش‌بینی می‌کند. این زنجیره علی با شواهد گسترده‌ای همسو است که نشخوار فکری را پیامد ناکارآمدی تنظیم هیجان و عامل تشدیدکننده رفتارهای ناسازگار می‌دانند (He et al., 2025; Tahoon, 2023; Zou et al., 2024). افراد دارای بدتنظیمی هیجانی هنگام تجربه هیجان منفی به جای پردازش سازگاران هیجان، در چرخه افکار تکراری منفی گرفتار می‌شوند. این نشخوار شناختی فشار روانی را تشدید کرده،

کنترل تکانه را تضعیف می‌کند و احتمال گرایش به مصرف را افزایش می‌دهد. نتایج پژوهش‌های انجام‌شده در حوزه وابستگی به مواد نیز این الگو را تأیید می‌کند و نشان می‌دهد که نشخوار فکری با شدت میل مصرف و احتمال عود ارتباط معنادار دارد (Kapadi et al., 2024; Usubini et al., 2025).

یافته مهم دیگر پژوهش حاضر نقش کیفیت زندگی در مدل است. نتایج نشان داد که بدتنظیمی هیجانی کیفیت زندگی را به‌طور معنادار کاهش می‌دهد و کیفیت زندگی پایین به‌طور مستقیم احتمال عود را افزایش می‌دهد. این نتیجه با شواهد گسترده‌ای که کیفیت زندگی را شاخص کلیدی موفقیت درمان اعتیاد می‌دانند همخوان است (Chukwuorji et al., 2024; Jarban & Najafianpour, 2023; Wild et al., 2025). در بیماران تحت درمان با متادون، اگرچه نشانه‌های جسمی ترک کاهش می‌یابد، اما مشکلات روان‌شناختی، خانوادگی و اجتماعی در صورت عدم مداخله مناسب همچنان باقی می‌ماند و کیفیت زندگی پایین به یک عامل مزمن بازدارنده بهبودی تبدیل می‌شود. این وضعیت زمینه‌ای فراهم می‌کند که در آن بازگشت به مصرف به‌عنوان راهبرد تنظیم هیجان یا گریز روانی فعال شود (Nguyen et al., 2024; Wen et al., 2023).

یافته‌های مربوط به اثرات غیرمستقیم نیز تصویر منسجمی از دینامیک روان‌شناختی عود ارائه می‌دهد. بدتنظیمی هیجانی از طریق افزایش نشخوار فکری و کاهش کیفیت زندگی به‌طور غیرمستقیم عود را تقویت می‌کند. این الگو با مدل‌های میانجی‌گری پیشنهادی در پژوهش‌های اخیر هماهنگ است که نشان می‌دهند اثرات هیجانی بر پیامدهای رفتاری اغلب از مسیر سازه‌های شناختی و کیفیت زندگی منتقل می‌شود (Chukwuorji et al., 2024; He et al., 2025; Zou et al., 2024). به بیان دیگر، بدتنظیمی هیجانی نه‌تنها به‌طور مستقیم فرد را مستعد عود می‌کند، بلکه با فرسایش نظام شناختی و تضعیف تجربه کلی از زندگی، بستر روانی لازم برای شکست درمان را فراهم می‌آورد. در تفسیر این یافته‌ها باید به شرایط ویژه بیماران تحت درمان با متادون توجه داشت. این گروه اغلب با همبودی‌های روان‌پزشکی نظیر اضطراب، افسردگی و اختلالات عملکردی مواجه‌اند که همگی با بدتنظیمی هیجانی و نشخوار فکری ارتباط دارند (Changchien et al., 2024; Jan et al., 2023). مطالعات نشان داده‌اند که حمایت اجتماعی، کارکرد خانواده و سرمایه روان‌شناختی می‌توانند بخشی از این چرخه را تعدیل کنند، اما در غیاب آموزش مهارت‌های تنظیم هیجان و مداخله شناختی، این عوامل محافظتی نیز به‌تنهایی کفایت نمی‌کنند (Biyani et al., 2023; Iswanti et al., 2024; Jan et al., 2023).

همچنین نتایج پژوهش حاضر با شواهد مربوط به اثربخشی مداخلات روان‌شناختی همخوان است. برنامه‌های مبتنی بر آموزش تنظیم هیجان، ذهن‌آگاهی و درمان‌های شناختی-رفتاری توانسته‌اند سلامت عمومی، کیفیت زندگی و پایداری درمان اعتیاد را به‌طور معنادار ارتقا دهند (Dunn et al., 2024; Musarezaie et al., 2024; Petre et al., 2024; Wild et al., 2025). این یافته‌ها نشان می‌دهد که تمرکز صرف بر کنترل دارویی وابستگی، بدون اصلاح نظام هیجانی و شناختی، نمی‌تواند از عود پایدار پیشگیری کند.

در مجموع، نتایج این پژوهش چارچوبی تلفیقی برای فهم عود اعتیاد در بیماران تحت درمان با متادون ارائه می‌دهد که در آن بدتنظیمی هیجانی به‌عنوان متغیر زیربنایی، نشخوار فکری به‌عنوان مسیر شناختی انتقال اثر و کیفیت زندگی به‌عنوان پیامد و هم‌زمان تقویت‌کننده عود نقش ایفا می‌کنند. این مدل با ادبیات روز حوزه اعتیاد که بر رویکردهای چندسطحی و بین‌رشته‌ای تأکید دارد همسو است (del Palacio-Gonzalez et al., 2024; Palomo et al., 2024; Wen et al., 2023; Zeng & Wei, 2023).

یکی از محدودیت‌های اصلی پژوهش حاضر استفاده از روش نمونه‌گیری در دسترس بود که ممکن است تعمیم‌پذیری یافته‌ها را به سایر جمعیت‌های درمانی محدود کند. علاوه بر این، استفاده از ابزارهای خودگزارشی احتمال سوگیری پاسخ‌دهی را افزایش می‌دهد و برخی متغیرهای زیستی، ژنتیکی و محیطی که می‌توانستند بر عود تأثیرگذار باشند در این پژوهش مورد بررسی قرار نگرفتند. همچنین طراحی مقطعی مطالعه امکان استنباط روابط علی قطعی را محدود می‌کند.

پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آینده از طراحی‌های طولی و نمونه‌گیری تصادفی در مراکز درمانی مختلف استفاده شود تا پایداری روابط مشاهده‌شده در طول زمان بررسی گردد. همچنین گنجاندن شاخص‌های زیستی، عصبی و خانوادگی در کنار متغیرهای روان‌شناختی می‌تواند به تبیین جامع‌تر پدیده عود کمک کند. اجرای مطالعات مداخله‌ای با تمرکز بر آموزش تنظیم هیجان و کاهش نشخوار فکری نیز برای آزمون عملی مدل پیشنهاد می‌شود.

یافته‌های پژوهش حاضر نشان می‌دهد که برنامه‌های درمان اعتیاد به‌ویژه در مراکز درمان با متادون باید فراتر از کنترل دارویی طراحی شوند و به آموزش نظام‌مند مهارت‌های تنظیم هیجان، کاهش نشخوار فکری و ارتقای کیفیت زندگی توجه جدی داشته باشند. ادغام مداخلات شناختی-رفتاری، آموزش مهارت‌های هیجانی و حمایت‌های اجتماعی می‌تواند اثربخشی درمان را افزایش داده و احتمال عود را به‌طور معنادار کاهش دهد.

مشارکت نویسندگان

در نگارش این مقاله تمامی نویسندگان نقش یکسانی ایفا کردند.

موازین اخلاقی

در انجام این پژوهش تمامی موازین و اصول اخلاقی رعایت گردیده است (کد اخلاق: IR.IAU.TON.REC.1404.135).

تعارض منافع

در انجام مطالعه حاضر، هیچ‌گونه تضاد منافی وجود ندارد.

تشکر و قدردانی

پژوهشگران از تمامی شرکت‌کنندگان که در اجرای پژوهش حاضر کمک نمودند نهایت قدردانی و سپاس را دارند.

شفافیت داده‌ها

داده‌ها و مآخذ پژوهش حاضر در صورت درخواست از نویسنده مسئول و ضمن رعایت اصول کپی‌رایت ارسال خواهد شد.

حامی مالی

این پژوهش حامی مالی نداشته است.

چکیده گسترده

EXTENDED ABSTRACT

Introduction

Addiction relapse remains one of the most persistent and complex challenges in substance use treatment, particularly among individuals receiving Methadone Maintenance Treatment (MMT). Although methadone effectively stabilizes physiological dependence and reduces withdrawal symptoms, relapse rates remain

substantial, indicating the critical role of psychological mechanisms beyond pharmacological stabilization (del Palacio-Gonzalez et al., 2024; Nguyen & Dinh, 2023; Wen et al., 2023). Contemporary models of addiction increasingly conceptualize relapse as a multifactorial phenomenon shaped by emotional, cognitive, interpersonal, and environmental processes (Palomo et al., 2024; Zeng & Wei, 2023).

Among the most influential psychological determinants of relapse is emotion dysregulation, defined as difficulties in understanding, accepting, and modulating emotional experiences. Extensive evidence demonstrates that individuals with substance dependence exhibit elevated levels of emotion dysregulation, which significantly predict craving intensity, treatment non-adherence, and relapse vulnerability (del Palacio-Gonzalez et al., 2024; Musarezaie et al., 2024; Zeng & Wei, 2023). Intervention studies further confirm that enhancing emotion regulation skills improves general health and treatment outcomes in patients undergoing MMT (Musarezaie et al., 2024; Wen et al., 2023).

Another key construct implicated in relapse is rumination, a maladaptive cognitive process characterized by repetitive and passive focus on distressing thoughts and emotions. Rumination has been consistently linked to heightened psychological distress, impaired impulse control, and increased engagement in maladaptive behaviors (He et al., 2025; Tahoon, 2023). Neurocognitive research indicates that individuals with poor emotion regulation are particularly prone to ruminative processing, which amplifies emotional suffering and undermines self-control mechanisms (He et al., 2025; Zou et al., 2024). In substance-dependent populations, rumination has been shown to intensify craving and predict relapse severity (Kapadi et al., 2024; Usubini et al., 2025).

In parallel, quality of life has emerged as both a core outcome and a potent predictor of relapse. Lower quality of life — encompassing physical, psychological, social, and functional domains — is strongly associated with relapse risk, reduced treatment retention, and poorer long-term recovery (Chukwuorji et al., 2024; Jarban & Najafianpour, 2023; Wild et al., 2025). Importantly, emotion regulation skills and self-compassion have been shown to significantly enhance quality of life across diverse clinical populations, including individuals with addiction and those receiving MMT (Ameri, 2023; Parandeh Shirvan et al., 2024; Wild et al., 2025).

Despite growing evidence for the individual roles of emotion dysregulation, rumination, and quality of life in addiction relapse, few studies have examined their simultaneous structural relationships within an integrative explanatory model among MMT patients. Existing research often isolates predictors such as psychological capital, family functioning, or social support (Biyani et al., 2023; Iswanti et al., 2024; Jan et al., 2023) without modeling the interconnected emotional–cognitive mechanisms that sustain relapse vulnerability. Addressing this gap is essential for developing targeted, mechanism-based interventions.

Accordingly, the present study proposed and tested a comprehensive structural model in which emotion dysregulation influences relapse both directly and indirectly through rumination and quality of life among individuals receiving methadone treatment.

Methods and Materials

This study employed a correlational design using structural equation modeling. Participants were 310 individuals receiving Methadone Maintenance Treatment in addiction treatment centers in Qazvin during 2025, selected via convenience sampling. Inclusion criteria included age between 20 and 60 years, minimum literacy, at least three months of stable MMT, absence of severe psychiatric disorders, and voluntary consent.

Instruments included a relapse questionnaire, an emotion dysregulation scale, a rumination scale, and a quality of life questionnaire. Data were collected through supervised self-report procedures and analyzed using SPSS 26 and AMOS software. Descriptive statistics, normality tests, measurement model validation, and structural path analysis were conducted.

Findings

Results indicated acceptable univariate and multivariate normality and strong measurement model validity. The structural model demonstrated excellent fit to the data (CFI = 0.94, GFI = 0.96, AGFI = 0.94, RMSEA = 0.05).

Emotion dysregulation had a significant positive direct effect on relapse ($\beta = 0.38, p < 0.001$), a strong positive effect on rumination ($\beta = 0.61, p < 0.001$), and a significant negative effect on quality of life ($\beta = -0.44, p < 0.001$). Rumination exerted a significant positive effect on relapse ($\beta = 0.48, p < 0.001$), while quality of life exerted a significant negative effect on relapse ($\beta = -0.34, p < 0.001$).

Significant indirect effects were observed: emotion dysregulation influenced relapse through rumination ($\beta = 0.29, p < 0.001$) and through quality of life ($\beta = 0.15, p = 0.02$). All hypothesized paths were supported.

Discussion and Conclusion

The findings reveal relapse as a dynamic psychological process driven by interconnected emotional and cognitive mechanisms rather than a solely pharmacological failure. Emotion dysregulation emerged as the central vulnerability factor, directly amplifying relapse risk and indirectly sustaining relapse through heightened rumination and degraded quality of life. Rumination served as a critical cognitive conduit that intensifies emotional distress, weakens self-regulation, and accelerates return to substance use. Simultaneously, diminished quality of life created a persistent motivational deficit that undermines long-term abstinence.

This integrative model clarifies why pharmacological stabilization alone cannot guarantee recovery. Without addressing the emotional and cognitive systems governing self-regulation, individuals remain vulnerable to relapse even after physiological dependence is controlled. The model highlights the necessity of embedding structured emotion regulation training, rumination reduction strategies, and quality-of-life enhancement within addiction treatment frameworks, particularly in methadone programs.

The study contributes a robust, empirically validated framework for understanding relapse as an emotionally and cognitively mediated process and provides a practical foundation for designing psychologically informed, mechanism-driven interventions to improve treatment durability and patient outcomes.

فهرست منابع

References

- Ameri, N. (2023). Structural Relations of Early Maladaptive Schemas to Craving in Substance-Dependent Individuals under Methadone Maintenance Treatment: The Mediating Role of Self-Compassion. *etiadpajohi*, 16(66), 47-70. <https://doi.org/10.52547/etiadpajohi.16.66.47>
- Biyani, A., Amirahmadi, R., & Esmaili, A. R. (2023). The Lived Experiences of Young Addicts Regarding the Role of Social Support in Relapse Prevention. *Culture of Counseling and Psychotherapy*, 14(56), 67-101. <https://doi.org/10.22054/qccpc.2023.72447.3074>
- Changchien, T.-C., Hsieh, T.-J., & Yen, Y. C. (2024). Erectile Dysfunction Among Male Patients Receiving Methadone Maintenance Treatment: Focusing on Anxiety-Related Symptoms. *Sexual Medicine*, 12(4). <https://doi.org/10.1093/sexmed/qfae052>
- Chukwuorji, J. C., Odi, C. P., Chike-Okoli, A., Morah, N. M., Osondu, O. M., Rukmi, D. K., Victor-Aigbodion, V., & Eze, J. E. (2024). Health-related quality of life of people living with HIV: contributions of emotion regulation and self-compassion. *Venereology*, 3(3), 136-146. <https://doi.org/10.3390/venereology3030011>
- del Palacio-Gonzalez, A., Thylstrup, B., & Thomsen, C. R. (2024). Psychological factors predicting patients' risk of relapse after enrollment in drug use treatment. *Journal of Substance Abuse Treatment*. <https://doi.org/10.1016/j.josat.2024.209354>
- Dunn, B. D., Warbrick, L., Hayes, R., Montero-Marin, J., Reed, N., Dalgleish, T., & Kuyken, W. (2024). Does mindfulness-based cognitive therapy with tapering support reduce risk of relapse/recurrence in major depressive disorder by enhancing positive affect? A secondary analysis of the PREVENT trial. *Journal of consulting and clinical psychology*, 92(9), 619. <https://doi.org/10.1037/ccp0000902>

- He, K., Chen, L., Fan, H., Sun, L., Yang, T., Liu, H., & Wang, K. (2025). Effects of Rumination and Emotional Regulation on Non-Suicidal Self-Injury Behaviors in Depressed Adolescents in China: A Multicenter Study. *Psychology research and behavior management*, 18, 271-279. <https://doi.org/10.2147/PRBM.S483267>
- Iswanti, D. I., Nursalam, N., Fitriyarsari, R., Mendrofa, F. A. M., & Kandar, K. (2024). Family Empowerment Strategies for Relapse Prevention in Individuals With Schizophrenia: A Scoping Review. *Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Services*, 62(5), 19-27. <https://doi.org/10.3928/02793695-20231018-02>
- Jan, F., Iqbal, N., Wasif, S., Hassan, B., & Mushtaq, R. (2023). Family Functioning and Relapse Among Drug Addicts in Pakistan: Mediating Role of Psychological Capital. *Pakistan Journal of Psychological Research*, 38(4), 579-591. <https://doi.org/10.33824/pjpr.2023.38.4.33>
- Jarban, M., & Najafianpour, B. (2023). Comparison of mental health in two groups quitting addiction through self-help and methadone maintenance therapy. *Journal of New Ideas in Psychology*, 15(19), 1-9. <https://jnip.ir/article-1-856-en.html>
- Kapadi, R., Elander, J., & Bateman, A. (2024). Emotion Regulation and Psychological Dependence on Pain Medication among Hospital Outpatients with Chronic Spinal Pain: The Influence of Rumination about Pain and Alexithymia. *Substance Use & Misuse*, 59. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/38485654/>
- Musarezaie, A., Ghelbash, Z., Pezeshkzad, S., Momeni-Ghaleghasemi, T., Alidousti, F., & Rezazadeh, M. (2024). Effects of Emotion Regulation-Based Educational Program on the Level of General Health in Addicts Undergoing Methadone Maintenance Treatment: A Randomized Clinical Trial. *Journal of Health System Research*, 20(3), 238-245. https://www.researchgate.net/profile/Amir-Musarezaie/publication/384103854_Effects_of_Emotion_Regulation-Based_Educational_Program_on_the_Level_of_General_Health_in_Addicts_Undergoing_Methadone_Maintenance_Treatment_A_Randomized_Clinical_Trial/links/66f56f4bf599e0392fa3956e/Effects-of-Emotion-Regulation-Based-Educational-Program-on-the-Level-of-General-Health-in-Addicts-Undergoing-Methadone-Maintenance-Treatment-A-Randomized-Clinical-Trial.pdf
- Nguyen, D. B., Li, L., Lin, C., Nguyen, T. T., Shoptaw, S., & Giang, L. M. (2024). Confidence in Providing Methadone Maintenance Treatment of Primary Care Providers in Vietnam. *Addiction Science & Clinical Practice*, 19(1). <https://doi.org/10.1186/s13722-023-00419-5>
- Nguyen, H. T. T., & Dinh, D. X. (2023). Opioid relapse and its predictors among methadone maintenance patients: a multicenter, cross-sectional study in Vietnam. *BMC psychiatry*. <https://doi.org/10.1186/s12954-023-00872-0>
- Palomo, A. G., Andreu, H., Olivier, L., Ochandiano, I., de Juan, O., Fernández-Plaza, T., Salmerón, S., Bracco, L., Colomer, L., Mena, J. I., Vieta, E., & Pacchiarotti, I. (2024). Clinical, sociodemographic and environmental predicting factors for relapse in bipolar disorder: A systematic review. *Journal of affective disorders*, 360, 276-296. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2024.05.064>
- Parandeh Shirvan, S., Kamrani, M., & Asgharipour, N. (2024). The effect of emotion regulation training based on dialectic behavior therapy on aggression and quality of life in Ibn-Sina Hospital staff, Mashhad, Iran. *Evidence Based Care*, 14(3), 17-24. <https://doi.org/10.61882/pcnm.15.1.33>
- Petre, L. M., Piepiora, P., Gemescu, M., & Gheorghe, D. A. (2024). Internet- And Mobile-Based Aftercare and Relapse Prevention Interventions for Anxiety and Depressive Disorders: A Systematic Review. *Frontiers in psychology*, 15. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2024.1474016>
- Phuong, N. T., Giang, K. B., & Nguyen, T. V. (2023). Alcohol-Dependent Inpatients in Northern Vietnam: A Prospective Study on Factors Related to Relapse. *ASEAN Journal of Psychiatry*, 24(10). <https://doi.org/10.54615/2231-7805.47335>
- Tahoon, R. (2023). Differences in Cognitive Avoidance, Anger Rumination, and the General Anxiety in Light of the Gender and Emotional Regulation Disturbance Among Undergraduate Students. *Sage Open*, 13(4). <https://doi.org/10.1177/21582440231187281>
- Usubini, A. G., Ducale, S., Bondesan, A., Frigerio, F., Tringali, G., Cornacchia, M., Nibbio, F., Castelnuovo, G., & Sartorio, A. (2025). Emotional Dysregulation and Emotional Eating in Hospitalized Adults With Obesity: The Mediating Role of Worry and Rumination. *Journal of clinical medicine*, 14(11), 3871. <https://doi.org/10.3390/jcm14113871>
- Wen, H., Xiang, X., Jiang, Y., Zhang, H., Zhang, P., Chen, R., Wei, X., Dong, Y., Xiao, S., & Lu, L. (2023). Comparative Efficacy of Psychosocial Interventions for Opioid-dependent People Receiving Methadone Maintenance Treatment: A Network Meta-analysis. *Addiction*, 118(6), 1029-1039. <https://doi.org/10.1111/add.16167>
- Wild, M. G., Coppin, J. D., Mendoza, C., Metts, A., Pearson, R., & Creech, S. K. (2025). Self-compassion, mindfulness, and emotion regulation predict multiple dimensions of quality of life in US post-9/11 veterans. *Quality of Life Research*, 1-10. <https://doi.org/10.1007/s11136-025-03908->
- Zeng, X., & Wei, B. (2023). The relationship between the psychological capital of male individuals with drug abuse and relapse tendency: A moderated mediation model. *Current Psychology*, 42(12), 10334-10343. <https://doi.org/10.1007/s12144-021-02325-y>

Zou, M., Liu, B., Ren, L., Mu, D., He, Y., Yin, M. Y. H., Liu, X., Wu, S., Wang, H., & Wang, X. (2024). The association between aspects of expressive suppression emotion regulation strategy and rumination traits: a network analysis approach. *BMC psychology*, 12(1), 501. <https://doi.org/10.1186/s40359-024-01993-2>