

مقایسه‌ی اثربخشی طرح‌واره درمانی و شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر کیفیت زندگی و علائم روان‌شناختی معنادان

تاریخ دریافت: ۱۴۰۰/۱۲/۱۲ - تاریخ پذیرش: ۱۴۰۱/۰۶/۲۲

خلاصه

مقدمه: مواد مخدر و اعتیاد به آن، زندگی شمار زیادی از افراد را نابود کرده و می‌کند و تندرستی افراد و جامعه، توسعه سیاسی، اقتصادی و اجتماعی و حتی امنیت خیابان‌ها، معابر و نیز ثبات و پایداری دولت‌ها را نیز به خطر می‌اندازد. اعتیاد می‌تواند خصوصیات روانشناختی افراد معناد نظیر کیفیت زندگی و علائم روانشناختی آن‌ها را تحت تأثیر قرار دهد. بنابراین، هر مداخله‌ای که بتواند متغیرهای فوق را تحت تأثیر قرار داده و باعث بهبود آن‌ها شود، شرایط بهتری را برای وضعیت روان‌شناختی معنادان رقم خواهد زد. در این راستا، پژوهش حاضر با هدف مقایسه اثربخشی طرح‌واره درمانی و شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر کیفیت زندگی و علائم روانشناختی در معنادان انجام شد.

روش کار: پژوهش حاضر از نوع نیمه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون و پس‌آزمون با گروه کنترل نامعادل بود. جامعه آماری پژوهش شامل تمامی معنادان (۸۰ نفر) با دامنه سنی ۶۵-۱۸ سال مراجعه‌کننده به کلینیک‌های ترک اعتیاد شهر تهران بود. با روش نمونه‌گیری در دسترس تعداد ۶۰ نفر انتخاب و به صورت تصادفی در دو گروه آزمایشی و یک گروه کنترل، (هر گروه ۲۰ نفر) جایگزین شدند. گروه آزمایش اول در معرض ۱۲ جلسه شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی و گروه آزمایشی دوم هم در معرض ۱۲ جلسه طرح‌واره درمانی قرار گرفتند، ولی گروه کنترل پس از اجرای پیش‌آزمون، هیچ برنامه درمانی را دریافت نکرد. نهایتاً پس از آزمون در مورد هر سه گروه انجام شد. ابزارهای پژوهش شامل پرسشنامه کیفیت زندگی (سازمان بهداشت جهانی، ۱۹۹۶) و پرسشنامه نشانگان علائم روانی (دراگوتیس، ۲۰۰۰) بود. داده‌های پژوهش با استفاده از روش‌های آمار توصیفی و تحلیل کوواریانس چندمتغیره با SPSS نسخه ۲۰ تحلیل شد.

نتایج: نتایج آزمون تحلیل کوواریانس چند متغیره نشان داد هر دو روش درمانی منجر به بهبود کیفیت زندگی و علائم روان‌شناختی در افراد معناد می‌شود ($P < 0.05$). هم‌چنین نتایج نشان داد بین اثربخشی دو روش درمانی بر بهبود کیفیت زندگی در مرحله پس‌آزمون تفاوت معنی‌دار وجود نداشته، اما شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی نسبت به طرح‌واره درمانی اثربخشی بیشتری بر بهبود علائم روانشناختی معنادان داشت.

نتیجه‌گیری: بر اساس یافته‌های پژوهش نتیجه گرفته می‌شود برای بهبود کیفیت زندگی و علائم روانشناختی معنادان می‌شود از درمان‌های اثربخشی نظیر شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی و طرح‌واره درمانی استفاده کرد.

کلمات کلیدی: اعتیاد، شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی، طرح‌واره درمانی، علائم روانشناختی، کیفیت زندگی

پی‌نوشت: این مطالعه فاقد تضاد منافع می‌باشد.

فریبا کریملو^۱
کوروش گودرزی*^۲
جواد کریمی^۳
مهدی روزبهانی^۴

^۱ دانشجوی دکتری، گروه روانشناسی، واحد بروجرد، دانشگاه آزاد اسلامی، بروجرد، ایران
^۲ استادیار، گروه روانشناسی، واحد بروجرد، دانشگاه آزاد اسلامی، بروجرد، ایران
^۳ دانشیار، گروه روانشناسی، دانشگاه ملایر، ملایر، ایران
^۴ استادیار، گروه رفتار حرکتی، واحد بروجرد، دانشگاه آزاد اسلامی، بروجرد، ایران

Email: K.Goodarzy@gmail.com

مقدمه

انحرافات اجتماعی دلایل بسیار زیادی دارند؛ اما اعتیاد به عنوان پایه و اساس آسیب‌ها و معطلات اجتماعی در سطح جامعه، شناخته شده است. وابستگی به مواد مخدر، نحوه زندگی انسان‌های زیادی را تغییر داده و تندرستی آن‌ها را از بین برده است. آسیب اعتیاد در سطوح مختلف از توسعه سیاسی، اقتصادی و اجتماعی گسترده شده و حتی امنیت خیابان‌ها و معابر را نیز که به عنوان معیار پایداری دولت‌ها محسوب می‌شود، به خطر می‌اندازد. همچنین در سطح روانی و شخصیتی نیز پیرامون مسائل اجتماعی و کلان جامعه تاثیرگذار و مضر است. خسارت‌های بنیادی که به اجتماع و اقتصاد، به واسطه سوء مصرف مواد مخدر، وارد می‌شود، گزارش شده است (۱).

یکی از شاخص‌های اصلی زندگی که در مسئله مواد مخدر، آسیب می‌بیند، سلامت است. تولید و پخش مواد مخدر، منابع بزرگ نیروی انسانی یک جامعه را در دراز مدت، دست خوش آسیب و سستی می‌کند. لذا شاخص سلامت که از بنیان‌های اصلی زندگی انسان است و کیفیت ایفای نقش فرد در جامعه را مشخص می‌کند، کاهش پیدا می‌کند. معتادان یک جامعه با قرار گرفتن در گروه خطر، فعالیت‌های اجتماعی و فردی خود را به صورت مطلوب انجام نمی‌دهند (۲). این کاهش کیفیت، موجب شده است که در کشورهای مختلف، برنامه‌ریزی در جهت مقابله با تجارت غیرقانونی مواد مخدر، یک اصل جدی باشد. لذا باید برنامه‌ریزی‌هایی در جهت تامین سلامت افراد برای افزایش سطح کیفیت زندگی، صورت گیرد.

کیفیت زندگی^۱ مفهوم گسترده و وسیعی است که در تمام ابعاد زندگی از جمله سلامت را شامل می‌شود. این اصطلاح در حیطه‌های مختلف اجتماعی، اقتصادی و سیاسی نیز استفاده می‌شود و حتی در مطالعات پزشکی کاربرد دارد (۳). این مفهوم شامل ابعاد فیزیکی، اجتماعی، فیزیولوژی و جسمی است (۴). مطالعات مختلفی درباره این مفهوم صورت گرفته است (۷، ۸، ۶، ۵). در مطالعه‌ای با عنوان "QOL10 برای تضمین کیفیت بالینی

و تحقیق در مورد اثربخشی درمان: ده سوال کلیدی " کیفیت جهانی زندگی، سلامت جسمی و روانی خود رتبه‌بندی شده، و توانایی اجتماعی، جنسی و کاری خود رتبه‌بندی شده ارزیابی شد. نتایج نشان دادند که کیفیت زندگی به طور معنی‌دار در زندگی گروه کنترل بالاتر است (۱۵). مطالعات دیگری نیز در زمینه بررسی آسیب‌های اجتماعی معتادان صورت گرفته و خصوصیات روان‌شناختی معتادان از متغیرهای اصلی این مطالعات بوده است. پژوهشگران گزارش کرده‌اند که وضعیت سلامت روانی افراد معتاد، مناسب نبوده و مشکلات سلامت روانی و اختلالات روان‌شناختی در این گروه شایع است (۱۰). رایبیز^۲ در مطالعه‌ای با عنوان « کیفیت زندگی تحت درمان نگهدارنده با هروئین در مقابل متادون در بیماران مبتلا به وابستگی به مواد افیونی. وابستگی به مواد مخدر و الکل » نشان داده است که همبستگی بین اختلالات شخصیت و مصرف مواد مخدر معنی‌دار است. لذا مداخلات روان‌پزشکی در این گروه ضروری به نظر می‌رسد.

بنابر این، در این راستا، هر مداخله‌ای که بتواند متغیرهای فوق را تحت تاثیر قرار داده و باعث بهبود آن‌ها شود، شرایط بهتری را برای وضعیت روان‌شناختی معتادان رقم خواهد زد. یافته‌های تقانی و همکاران در مطالعه‌ای با عنوان « تاب آوری در زنان معتاد « حاکی از موثر بودن برنامه‌های مداخله‌ای در کاهش ولع مصرف مواد مخدر و بهبود تنظیم هیجانی در معتادان بود (۱۳). همچنین طباطبائی نژاد و همکاران در مطالعه‌ای با عنوان « مقایسه اثربخشی درمان ذهن آگاهی مثبت، شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی و درمان شناختی-رفتاری بر اضطراب اجتماعی و مهارت‌های ارتباطی دانش آموزان دختر مبتلا به افسردگی » نشان داد که درمان ذهن آگاهی منجر به بهبود اضطراب اجتماعی و مهارت‌های ارتباطی مشارکت کنندگان می‌گردد (۱۱). نتایج مطالعه کاشفی پور با عنوان « تاثیر شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر اضطراب دانش آموزان » نیز حاکی از تاثیر معنادار شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی و آموزش تنظیم هیجان بر نشخوار فکر و اضطراب نوجوانان بود (۱۲).

2. Robins

1. quality of Life

بیماری‌های رفتاری مانند ایدز وهپاتیت به شمار می‌رود. لذا بررسی اثر بخشی این دسته از مداخله‌ها بر خصوصیات روانشناختی معتادان، نظیر کیفیت زندگی و علائم روانشناختی آن‌ها از اهمیت خاصی برخوردار است. بنابر این، با توجه به نکات گفته شده، تحقیق حاضر با توجه به خلأ تحقیقاتی که در این حوزه وجود داشت و اغلب محققان تأثیرات طرح‌واره‌های درمانی و شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی را هم‌زمان برای کیفیت زندگی و علائم روان‌شناختی معتادان مورد غفلت قرار داده بودند، اجرا شد. اما باید توجه داشت که کاربرد اصلی تحقیق حاضر، در کاربردی نمودن اثربخشی طرح‌واره درمانی و شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی است که می‌تواند میزان علائم روانشناختی معتادان را کاهش داده و کیفیت زندگی و سلامت روانی آنها را بهبود ببخشد. از این رو، در مطالعه حاضر اثربخشی طرح‌واره درمانی و شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر بهبود کیفیت زندگی و کاهش اختلالات روان‌شناختی معتادان سنجیده و مقایسه شده است.

روش کار

روش پژوهش حاضر نیمه آزمایشی و از نوع پیش‌آزمون و پس‌آزمون با گروه کنترل نامعادل بود. جامعه آماری در این پژوهش شامل کلیه معتادان مراجعه‌کننده به کلینیک‌های ترک اعتیاد شهر تهران با محدوده سنی بین ۱۸ تا ۶۵ سال بود. از این جامعه با استناد به سوابق پژوهشی قبلی (۲۲،۲۱،۳۸) و کتب روش تحقیق معتبر (۲۳،۲۴)، نمونه‌ای با حجم ۶۰ نفر با روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب و در سه گروه (دو گروه آزمایش و یک گروه کنترل) به طور تصادفی جایگزین شدند. این حجم نمونه بر اساس سطح اطمینان ۹۵ درصد و توان آزمون ۸۰ درصد انتخاب شد. معیارهای ورود به پژوهش شامل عدم ابتلا به بیماری مزمن جسمی و روانی، عدم مصرف داروی خاصی و عدم حضور در دوره سم‌زدایی بود. در صورت ترخیص فرد معتاد، مصرف

طرح‌واره درمانی^۱ از مداخلاتی که است که می‌تواند در این زمینه تاثیرگذار باشد (۱۴). طرح‌واره درمانی نوین و یکپارچه عمدتاً بر اساس گسترش مفاهیم و درمان شناختی - کلاسیک طراحی شده است (۱۵). طرح‌واره درمانی موفقیت‌های زیادی در زمینه اختلالات سوء مصرف موادمخدر کسب کرده است. طرح‌واره درمانی، با هدف ترک قابل ترویج با در نظر گرفتن کاهش زمان و اثرات ناسازگار بازگشت، تدوین شده است (۱۶، ۱۷). طرح‌واره درمانی نشان می‌دهد که افرادی که شامل طرح‌واره‌های بریدگی و طرد شدگی هستند، رفتار تکانشی داشته و احتمال بیشتری برای مصرف موادمخدر در آن‌ها وجود دارد. پژوهش‌های گسترده‌ای نقش طرح‌واره درمانی و شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی را مطالعه کرده‌اند. کارورو و همکاران در پژوهش‌های خود به کارگیری طرح‌واره درمانی و شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی را موجب افزایش شاخص کیفیت زندگی دانسته و نشان دادند که افراد دارای سابقه سوء مصرف موادمخدر با استفاده از طرح‌واره‌ها درمانی شانس بیشتری برای بهبود کیفیت روابط اجتماعی و همبستگی اجتماعی پیدا کرده‌اند (۱۸).

از طرف دیگر، شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی نیز به عنوان یک مداخله منجر به بهبود کیفیت زندگی و کاهش علائم روان‌شناختی، معرفی شده است. در این نوع درمان هشیاری غیرقضاوتی است و بر اساس زمان حال انجام می‌شود (۱۹). ابهر زنجانی و همکاران در پژوهشی در خصوص " اثربخشی ماتریس درمانی تلفیقی بر خودکنترلی و تنظیم هیجانی در مصرف کنندگان متامفتامین " نشان داد که پس از درمان شناختی، میزان افسردگی و باور غیرمنطقی در گروه آزمایش کاهش معنی‌داری یافته است (۲۱).

در ایران، تحقیقات گسترده‌ای درباره اثرات طرح‌واره‌های درمانی و شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر کیفیت زندگی و علائم روانشناختی معتادان انجام نشده است. از آنجایی که امروزه درمان سوءمصرف مواد، خط اول دفاع در جنگ علیه

^۱. Schematherapy

دارو، مشاهده هر گونه بیماری مزمن جسمی یا روانی و یا غیبت بیش از دو جلسه در جلسات درمانی، مشارکت کننده از پژوهش خارج می شد. به جهت رعایت اصول اخلاقی پژوهش، به مشارکت کنندگان در باره پژوهش و شرایط آن مانند تعداد و مدت جلسات، زمان ارزیابی، جایگزینی تصادفی، محرمانه ماندن اطلاعات شخصی آن‌ها و حق خروج از تحقیق در هر زمانی که مایل بودند، توضیح داده شد. پس از اخذ مجوزهای لازم و کد اخلاق (IR.IAU.B.REC.1398.001) از دانشگاه آزاد اسلامی واحد بروجرد و سازمان بهزیستی، انتخاب نمونه و دریافت رضایت نامه از مشارکت کنندگان، پیش‌آزمون از آن‌ها به عمل آمد. سپس مشارکت کنندگان به صورت تصادفی در سه گروه جایگزین شدند. گروه آزمایش اول، در شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر اساس پرتکل تیزدل^۱ (۲۵) شرکت کردند و گروه آزمایش دوم در معرض طرح‌واره درمانی مبتنی بر پرتکل درمانی یانگ^۲ (۲۶) قرار گرفتند. مداخلات درمانی برای دو گروه آزمایشی شامل ۱۲ جلسه گروهی، هفته‌ای ۳ بار به مدت ۹۰ دقیقه در دو روز متفاوت برگزار شد (جداول شماره ۱ و ۲). درحالی که گروه کنترل هیچ آموزشی دریافت نکرد. سپس در پایان دوره آموزش از هر سه گروه پس‌آزمون گرفته شد. انجام مداخله‌های درمانی بر عهده نویسنده اول مقاله بود. با توجه به جایگزینی تصادفی افراد در گروه‌ها و داشتن گروه کنترل و همچنین کلاس و ساعت یکسان تا حدود زیادی متغیرهای مداخله‌گر کنترل شدند.

داده‌های این پژوهش با استفاده از روش‌های آماری توصیفی نظیر میانگین، انحراف استاندارد و واریانس و هم چنین روش آماری استنباطی تحلیل کوواریانس چندمتغیره با کمک نرم‌افزار آماری SPSS 20 مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند.

ابزارهای پژوهش

ابزارهای پژوهش شامل پرسشنامه کیفیت زندگی (۲۸) و علائم روانشناختی (۲۹) بود که تحقیقات مختلف داخلی و

خارجی اعتبار و پایایی این آزمون را مورد سنجش قرار داده و تایید نموده اند.

پرسشنامه کیفیت زندگی (WHO QOL BREF): یک پرسشنامه ۲۶ سوالی است که کیفیت زندگی کلی و عمومی فرد را می‌سنجد. این مقیاس در سال ۱۹۹۶ توسط گروهی از کارشناسان سازمان بهداشت جهانی و با تعدیل گویه‌های فرم ۱۰۰ سوالی این پرسشنامه ساخته شد. پرسشنامه کیفیت زندگی دارای ۲۶ سؤال با ۴ زیر مقیاس و یک نمره کلی است. این زیر مقیاس‌ها با آلفای کرونباخ آن‌ها عبارت‌اند از سلامت جسمی (۰.۷۰)، سلامت روان (۰.۷۳)، روابط اجتماعی (۰.۵۳)، سلامت محیط اطراف (۰.۸۴). دو سؤال اول نیز صرفاً حیطه کلی کیفیت زندگی را ارزیابی می‌کند. برای نمره‌گذاری آزمون در ابتدا به هر یک از ۲۶ سؤال، نمره ۱ تا ۵ داده می‌شود. برای سهولت در نمره‌گذاری، این نمرات در داخل خود پرسشنامه به صورت عدد وارد شده‌اند. در زیرمقیاس سلامت جسمی، جمع نمرات سؤالات ۳، ۴، ۱۰، ۱۵، ۱۶، ۱۷ و ۱۸ محاسبه می‌شود. دامنه نمرات این زیر مقیاس بین ۷ تا ۳۵ خواهد بود و تفاضل این دو ۲۸ است. در زیرمقیاس سلامت روان، جمع نمرات سؤالات ۵، ۶، ۷، ۱۹ و ۲۶ محاسبه می‌شود. دامنه نمرات این زیر مقیاس بین ۶ تا ۳۰ خواهد بود و تفاضل این دو ۲۴ است. در زیر مقیاس روابط اجتماعی، جمع نمرات سؤالات ۲۰، ۲۱ و ۲۲ محاسبه می‌شود. دامنه نمرات این زیر مقیاس بین ۳ تا ۱۵ خواهد بود و تفاضل این دو ۱۲ است. در زیرمقیاس سلامت محیط، جمع نمرات سؤالات ۸، ۹، ۱۲، ۱۳، ۱۴، ۲۳، ۲۴ و ۲۵ محاسبه می‌شود. دامنه نمرات این زیر مقیاس بین ۸ تا ۴۰ خواهد بود و تفاضل این دو ۳۲ است. دامنه نمرات از حداقل ۲۶ و حداکثر ۱۳۰ می‌باشد. حداقل نمره به معنی کیفیت زندگی پایین و حداکثر نمره به معنی کیفیت زندگی بالا می‌باشد. روایی سازه پرسشنامه در سال ۱۳۸۵ توسط نیک آذین و همکاران (39)، ۰.۷۰ و پایایی را ۰.۸۴ اعلام کردند. ضریب آلفای کرونباخ در پژوهش حاضر ۰.۷۶ است.

2. Yung

1. Teasdale

الف. طرح واره درمانی:

طرح واره درمانی که توسط یانگ و همکارانش یانگ (۱۴) به وجود آمده، درمانی نوین و یکپارچه است که عمدتاً بر اساس بسط و گسترش مفاهیم و روش‌های درمان شناختی - رفتاری کلاسیک بنا شده است. طرح واره درمانی، اصول و مبانی مکتب‌های شناختی - رفتاری، دلبستگی گشتالت، روابط شی، سازنده گرایی و روانکاوی را در قالب یک مدل درمانی و مفهومی ارزشمند تلفیق کرده است. در طرح واره درمانی سه مفهوم کلیدی وجود دارد که در واقع سنگ بنای آن محسوب می‌شوند. این مفاهیم عبارت‌اند از طرح واره‌های ناسازگار اولیه، سبک‌های مقابله‌ای و ذهنیت‌های طرح واره‌ای. این درمان به ویژه برای بیمارانی مناسب است که مشکلات آن‌ها در طرح واره‌های ناکارآمد اولیه ریشه دارد. درمان کردن طرح واره، از طریق کاهش دادن شدت خاطرات هیجانی به وجود آورنده طرح واره و کاهش دادن شدت حساسیت بدنی و فیزیکی و تغییر الگوهای شناختی مرتبط با طرح واره انجام می‌شود. تکنیک‌هایی که در طرح واره درمانی استفاده می‌شوند شامل بازسازی تصویر ذهنی و گفتگو با صدای خالی و ... است. مطالعات زیادی در مورد اثربخشی انجام شده که نشان دهنده‌ی اثرات مفید آن هستند (۳۱).

در این پژوهش منظور از طرح واره درمانی ۱۲ جلسه مداخله گروهی به صورت جلسات ۹۰ دقیقه‌ای بر اساس پروتکل درمانی برگرفته از کتاب طرح واره درمانی یانگ است (جدول شماره ۱).

پرسشنامه علائم روانشناختی (SCL-90-R): این

پرسشنامه در سال ۲۰۰۰ به وسیله در اگوتیس (۲۸) برای نشان دادن جنبه‌های روان‌شناختی بیماران جسمانی و روانی طرح ریزی شده است. محتوای این آزمون ۹ بعد مختلف را می‌سنجد (۶). این ابعاد و ضریب آلفای کرونباخ آن‌ها به ترتیب شکایت جسمانی (۰.۸۵)، وسواس فکری - عمل (۰.۸۱)، حساسیت میان فردی (۰.۸۴)، افسردگی (۰.۸۷)، اضطراب (۰.۸۰)، پرخاشگری (۰.۷۵)، اضطراب فویک مرضی (۰.۶۱)، افکار پارانوئیدی (۰.۷۶)، روانپریشی (۰.۷۷) می‌باشند. ده کلید برای محاسبه ۹ بعد از علائم مرضی و سؤالات اضافی پرسشنامه تهیه می‌شود. مجموع نمراتی که هر آزمودنی در نه بعد از علائم مرضی و سؤالات اضافی گرفته است، با هم جمع می‌کنیم و بر عدد ۹۰ (تعداد کل سؤالات آزمون) تقسیم می‌شود تا شاخص علائم کلی، به دست آید. حداقل نمرات از ۰ تا ۳۶۰ می‌باشد. حداقل نمره به معنی اختلال روانی پایین و حداکثر نمره به معنی اختلال روانی بالا می‌باشد. همچنین روایی و پایایی میرزایی (۱۳۸۹) آن به ترتیب ۰.۷۸ و ۰.۹۰ گزارش شده است. در پژوهش در اگوتیس (۲۸) ضرایب پایایی ۰.۹۰ و روایی بین ۰.۷۸ تا ۰.۹۰ اعلام شده است. هم چنین نتیجه بررسی‌های پیری (۳۰) نشان داد، دامنه ضرایب همسانی درونی (آلفای کرونباخ) زیرمقیاس‌های آزمون از ۰.۷۵ تا ۰.۹۲ متغیر است. آلفای کرونباخ پرسشنامه فوق در پژوهش حاضر نیز ۰.۷۸ می‌باشد.

مداخلات درمانی

جدول ۱. پروتکل طرح واره درمانی

شماره جلسه	محتوای جلسه
جلسه اول	آشنایی اولیه با گروه و ایجاد رابطه حسنه، تمرکز بر تاریخچه زندگی و برقراری تفاهم (همدلی، صداقت)، ایجاد انگیزه برای درمان، مروری بر ساختار جلسات، قوانین و مقررات مربوط به گروه درمانی، مرور اهداف و منطق کلی درمان، بیان قواعد گروه (رازداری، محرمانه بودن، احترام، گوش دادن و تشخیص طرح واره فعلی)
جلسه دوم	سنجش و شناسایی طرح واره‌های مثبت و منفی (شرطی و غیر شرطی) و ریشه‌های تحولی آن‌ها، ارزیابی مزایا و معایب سبک‌های مقابله‌ای
جلسه سوم	تعریف ذهنیت‌ها (کودکانه، مقابله‌ای، ناکارآمد، والد ناکارآمد، بزرگسال سالم)، ایجاد آمادگی در بین بیماران برای سنجش و تغییر طرح واره‌ها
جلسه چهارم	بررسی و توضیح تکنیک‌های درمانی هیجانی، بین فردی، شناختی و رفتاری

جلسه پنجم	شناسایی طرح‌واره مشکل‌های نادرست (هدف در این تکنیک تأثیر بر روی باورها است)، مناظره بین جنبه سالم و جنبه طرح‌واره
جلسه ششم	برقراری گفتگو بین جنبه سالم و جنبه طرح‌واره توسط بیماران، آماده‌سازی مراجع (بیمار) برای جمع‌آوری شواهد بیشتر علیه طرح‌واره‌ها
جلسه هفتم	برانگیختن هیجان‌های مرتبط با طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه، باز والدینی به منظور بهبود هیجان‌ها و ارضای نسبی نیازهای برآورده نشده دوران کودکی.
جلسه هشتم	بررسی مزایا و معایب رفتارهای سالم و ناسالم، جایگزینی سبک‌های مقابله‌ای سالم‌تر به جای الگوهای رفتاری طرح‌واره - خاست
جلسه نهم	شناخت رفتارهای خاص به‌عنوان آماج، آمادگی برای انجام الگو شکنی رفتار، آموزش تمرین رفتارهای سالم
جلسه دهم	افزایش انگیزه برای تغییر، آموزش تمرین رفتارهای سالم، انجام گفتگوهای خیالی، باز والدینی، تصویرسازی ذهنی وقایع آسیب‌زا، نوشتن نامه و تصویرسازی ذهنی
جلسه یازدهم	ایجاد آمادگی برای تغییر، ارائه بازخورد برای شناسایی بیشتر طرح‌واره‌ها
جلسه دوازدهم	مرور و بررسی تکالیف خانگی، غلبه بر موانع تغییر رفتار، ایجاد تغییرات مهم زندگی، درک موانع تغییر، شناسایی ذهنیت‌ها، بررسی مزایا و معایب ادامه رفتارها توسط درمانگر و مراجع، گفتگوی درمانگر با ذهنیت‌ها

ب. پروتکل شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی:

این درمان در سال ۱۹۹۲ توسط تیزدل، برای درمان و پیشگیری از بازگشت افسردگی ارائه شد. در درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی هدف آن است که بیمار بتواند افکارش را تنها به صورت افکار محض در نظر بگیرد و آن‌ها را از نوع رویدادهای ذهنی

قابل آزمون ببیند و قادر شود وقوع این رویدادهای ذهنی منفی را از پاسخ‌هایی که آن‌ها معمولاً بر می‌انگیزانند، جدا کنند و در نهایت معنای آن‌ها را تغییر دهند (۲۵). در این پژوهش منظور از شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی شامل ۱۲ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای (سه روز در هفته) است که توسط محقق در کلینیک ترک اعتیاد شرق تهران انجام شد (جدول شماره ۲).

جدول شماره ۲، پروتکل شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی

شماره جلسه	محتوای جلسه
جلسه اول	معارفه، تشکیل گروه (ارائه کدهای اخلاقی)، تمرین خوردن کشمش.
جلسه دوم	خلاصه جلسه قبل، تمرین خوردن کشمش، ده دقیقه تنفس با ذهن آگاهی، تفکر در مورد تمرین‌ها و حس کردن دقیق هر یک از آن‌ها تکلیف منزل، ده دقیقه تنفس با ذهن آگاهی، یادداشت واکنش خودنسبت به تکلیف
جلسه سوم	خلاصه جلسه قبل، تمرین حرکات هوشیارانه، تمرین منبسط کردن و تنفس، تمرین نگه‌داشتن افکار و ذهن، تمرین واریسی بدنی، تکلیف منزل تداوم و تمرین تنفس سه بار تا جلسه بعدی
جلسه چهارم	مرور جلسه قبل، پنج دقیقه دیدن و شنیدن، سه دقیقه تنفس با شیوه ذهن آگاهی، پیاده‌روی ذهن آگاهانه
جلسه پنجم	مرور جلسه قبل، پنج دقیقه دیدن و شنیدن، با شیوه ذهن آگاهی، سه دقیقه تنفس و پیاده‌روی ذهن آگاهانه. تکلیف منزل: هر وقت متوجه احساسات ناخوشایند می‌شوید یادداشت کنید. فضای تنفس سه دقیقه برای هر روز
جلسه ششم	تمرین مراقبه نشسته با توجه به تنفس، بدن، صداها و افکار، تکلیف منزل شامل تمرین روزانه سه دقیقه تنفس عادی
جلسه هفتم	پذیرش این نکته که باورها تغییر پذیرند، ماندن در زمان حال، توجه به تجربه‌ها در لحظه اینجا و اکنون، عدم آمیختگی یا هم‌جوشی شناختی، افزایش آگاهی به واکنش در برابر تجارب درونی
جلسه هشتم	توانایی استفاده از برجسب‌های کلامی برای رویدادهای رفتاری و محیطی، توانایی برای برقراری ارتباط، مطرح کردن مشکلات بیمار طی تمرین و کشف اثرات آن بر بدن و ذهن، مقوله‌بندی تحریف‌های شناختی، تکلیف منزل شامل مدیتیشن نشسته، تمرین آگاهی نسبت به تنفس و بدن
جلسه نهم	جلسات مدیتیشن، تمرین تجارب اکنون و اینجا، سه دقیقه تنفس به علاوه طرح یک مشکل و تمرین کشف تأثیر آن روی بدن و ذهن، تکلیف منزل شامل فضای تنفس سه دقیقه‌ای، همچنین در هنگام موقعیت‌های دشوار، یک فعالیت ذهن آگاهانه جدید، و داشتن یک مکالمه آگاهانه با خود
جلسه دهم	تجربه رویدادها به‌طور کامل و عاری از دفاع برای کاهش هیجانات ناخوشایند، افزایش آگاهی از مرز بین پیشرفت‌گرایی و کمال‌گرایی، عود مشکل فرصتی برای یادگیری (پرهیز از تعمیم افراطی و توجه به عود به‌عنوان مشکل موقتی)، تکنیک افزایش کنجکاوی و چالش‌جویی و رهایی از کمال‌گرایی
جلسه یازدهم	تمرین واریسی بدنی، تمرین فضای تنفس سه دقیقه‌ای، گفتن داستان، تجربه مهارت‌های انطباقی و روش‌های تمرینی جدید، بررسی طرح‌های شرکت‌کنندگان برای نگه‌داری اهداف درمان و اخذ بازخورد از آن‌ها درباره‌ی برنامه‌ی درمانی، آماده کردن بیمار برای اختتام درمان
جلسه دوازدهم	مرور جلسات قبلی، تمرین سه دقیقه‌ای تنفس، جمع‌بندی و اختتام جلسه و پس‌آزمون

نتایج

داده‌ها، آزمون همگنی واریانس، آزمون بن فرنی، تحلیل واریانس) توسط نرم‌افزار SPSS تجزیه و تحلیل شدند.

داده‌های حاصل از پژوهش با استفاده از تکنیک‌های آمار توصیفی (میانگین، و انحراف معیار) و آمار استنباطی (نرمال بودن

جدول ۳. اطلاعات جمعیت شناختی آزمودنی‌ها

جمع	گروه کنترل		گروه طرح‌واره درمانی		گروه ذهن آگاهی		درصد فراوانی	تعداد	متغیر کیفی
	درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد	فراوانی			
۶۰									تحصیلات
	۵۰	۱۰	۷۵	۱۵	۷۵	۱۵	۶۷	۴۰	دیپلم و زیر دیپلم
	۲۰	۴	۱۰	۲	۱۵	۳	۱۵	۹	کاردانی
	۳۰	۶	۱۵	۳	۱۰	۲	۱۸	۱۱	کارشناسی
۶۰									وضعیت تاهل
	۳۵	۷	۳۵	۷	۴۵	۹	۳۸	۲۳	مجرد
	۶۵	۱۳	۶۵	۱۳	۵۵	۱۱	۶۲	۳۷	متاهل
۶۰									شغل
	۱۰	۲	۵	۱	۲۰	۴	۱۲	۷	محصل
	۵	۱	۵	۱	۵	۱	۵	۳	کارمند
	۴۰	۸	۴۰	۸	۳۰	۶	۳۵	۲۱	خانه‌دار
	۳۰	۷	۳۰	۶	۳۰	۶	۳۳	۲۰	آزاد
	۱۰	۲	۲۰	۴	۲۵	۳	۱۵	۹	متفرقه
۶۰									تعداد دفعات ترک
							۶۰	۳۶	بار ۱-۲
							۲۷	۱۶	بار ۳-۵
							۱۳	۸	بیش از ۶ بار

کارمند) دارای ۵ درصد (۳ نفر)، گروه سوم (خانه‌دار) دارای ۳۵ درصد فراوانی (۲۱ نفر)، گروه چهارم (شغل آزاد) دارای ۳۳ درصد (۲۰ نفر) و گروه پنجم (متفرقه) دارای ۱۵ درصد (۹ نفر) بودند. به لحاظ دفعات ترک نیز مشارکت‌کنندگان به سه گروه تقسیم شدند، گروه اول (۱ تا ۲ بار ترک) دارای ۶۰ درصد (۳۶ نفر)، گروه دوم (۳ تا ۵ بار ترک) دارای ۲۷ درصد (۱۶ نفر) و گروه سوم (بیش از ۶ بار ترک) دارای ۱۳ درصد (۸ نفر).

نتایج جدول شماره ۳ نشان می‌دهد ۶۷ درصد (۴۰ نفر) از مشارکت‌کنندگان دارای مدرک دیپلم و زیر دیپلم، ۱۵ درصد (۹ نفر) دارای مدرک کاردانی و ۱۸ درصد (۱۱ نفر) دارای مدرک کارشناسی بودند. ۳۸ درصد (۲۳ نفر) از مشارکت‌کنندگان، مجرد و ۶۲ درصد (۳۷ نفر) پاسخ‌دهندگان متأهل بودند. همچنین پنج گروه شغلی برای مشارکت‌کنندگان مشخص شده است که گروه اول (محصل) دارای ۱۲ درصد (۷ نفر)، گروه دوم

جدول ۴. داده های توصیفی و بررسی نرمال بودن توزیع آن ها در متغیر کیفیت زندگی

P	K-SZ	پس آزمون		پیش آزمون		گروه	متغیر
		انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد	میانگین		
۰/۱۰۲	۰/۲۱۳	۰/۶۱	۹۹/۴۶	۰/۶۵	۵۶/۳۵	۲۰	گروه ذهن آگاهی
۰/۱۶۵	۰/۳۲۶	۰/۷۲	۶۳/۵۶	۰/۶۵	۴۵/۶۶	۲۰	گروه طرحواره درمانی
۰/۰۹۶	۰/۱۶۸	۰/۷۴	۸۰/۴۹	۰/۶۸	۸۵/۶۷	۲۰	گروه کنترل

همانطور که در جدول شماره (۴) مشاهده می شود، به ترتیب میانگین نمرات آزمودنی های گروه های آزمایش (۱ و ۲) در متغیر کیفیت زندگی در مرحله پیش آزمون به ترتیب برابر با ۵۶/۳۵ و ۴۵/۶۶ بوده است و این میانگین در گروه کنترل برابر با ۸۵/۶۷ است. در حالیکه، پس آزمون میانگین نمره کیفیت زندگی گروه آزمایش اول (ذهن آگاهی)، ۹۹/۴۶ و گروه آزمایش دوم

(طرحواره درمانی)، ۶۳/۵۶ و در گروه کنترل این میانگین معادل با ۸۰/۴۹ است. نتایج آزمون کالموگروف-اسمیرنوف (K-S Z) برای بررسی نرمال بودن توزیع متغیرها در گروه ها گزارش شده است. با توجه به این جدول، آماره Z آزمون کالموگروف-اسمیرنوف برای تمامی متغیرها معنادار نیست، لذا می توان نتیجه گرفت که توزیع این متغیرها نرمال است.

جدول ۵. داده های توصیفی و بررسی نرمال بودن توزیع آن ها در متغیر علائم روانشناختی

P	K-SZ	پس آزمون		پیش آزمون		گروه	متغیر
		انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد	میانگین		
۰/۲۶۵	۰/۱۶۰	۰/۴۹۸۴۵	۲۳۰/۴	۰/۸۱۸۳۴	۳۰۳/۳	۲۰	گروه ذهن آگاهی
۰/۲۱۷	۰/۳۱۵	۰/۶۰۶۱۶	۱۸۶/۳	۰/۶۲۴۵۴	۳۶۵/۲۵	۲۰	گروه طرح واره درمانی
۰/۴۱۱	۰/۱۵۴	۰/۴۵۸۶۷	۲۶۲/۸	۰/۷۸۳۰۳	۲۵۲/۰۰	۲۰	گروه کنترل

و ۲۳۰/۴ (ذهن آگاهی)، ۲۳۰/۴ و گروه آزمایش دوم ۲۵۲/۰۰ است. در حالیکه، پس آزمون میانگین نمره علائم روانشناختی گروه آزمایش اول (ذهن آگاهی)، ۳۰۳/۳ و گروه آزمایش دوم

همانطور که در جدول شماره (۵) مشاهده می شود، به ترتیب میانگین نمرات آزمودنی های گروه های آزمایش (۱ و ۲) در متغیر علائم روانشناختی در مرحله پیش آزمون به ترتیب برابر با ۳۰۳/۳

(طرح‌واره درمانی)، $۱۸۶/۳$ و در گروه کنترل این میانگین معادل $۲۶۲/۸$ است. نتایج آزمون کالموگروف-اسمیرنف (K-S Z) برای بررسی نرمال بودن توزیع متغیرها در گروه‌ها گزارش شده

است. با توجه به این جدول، آماره Z آزمون کالموگروف-اسمیرنف برای تمامی متغیرها معنادار نیست، لذا می‌توان نتیجه گرفت که توزیع این متغیرها نرمال است.

جدول ۶. نتایج تحلیل کوواریانس چندمتغیره مربوط به میانگین نمرات کیفیت زندگی و علائم روان‌شناختی در گروه‌های آزمایش و گروه کنترل در مرحله پس آزمون

متغیر وابسته	گروه‌ها	Df	میانگین مجذورات	F	سطح معنی‌داری	مجذور اتا	توان آماری
کیفیت زندگی	پیش آزمون	۱	۳۴/۴۶	۰/۵۷۳	0,۰۰۱	۰/۶۳	۰/۰۹۱
	پس آزمون	۳	۴۴۲۱/۵۰	۰/۱۹۳	0,۰۰۱	۰/۶۵	۰/۷۶۴
علائم روان‌شناختی	پیش آزمون	۱	۲۱/۵۶	۰/۳۴۱	0,۰۰۱	۰/۶۵	۰/۰۶۶
	پس آزمون	۳	۲۴۹۲/۷۳	۰/۱۷۵	0,۰۰۱	۰/۷۱	۰/۹۱۰

همان‌طور که در جدول شماره (۶) نشان داده شده است، پس از حذف تأثیر پیش آزمون بر متغیر وابسته و با توجه به ضریب F محاسبه شده، مشاهده می‌شود که بین میانگین‌های تعدیل شده

نمرات همه متغیرهای وابسته در بیماران مبتلا به اعتیاد بر حسب عضویت گروهی (گروه‌های آزمایش و کنترل) در مرحله پس آزمون تفاوت معنادار وجود دارد ($P < ۰/۰۰۱$).

جدول ۷. آزمون بن فرونی برای مقایسه میانگین سه گروه در متغیر کیفیت زندگی و علائم روان‌شناختی

متغیر	گروه	گروه ذهن آگاهی		گروه طرح‌واره درمانی		گروه کنترل	
		تفاوت میانگین	معناداری	تفاوت میانگین	معناداری	تفاوت میانگین	معناداری
کیفیت زندگی	گروه ذهن آگاهی	-	-	۱/۰۰۹	۰/۳۲۲	۳/۰۸۸	۰/۰۰۱
	گروه طرح‌واره درمانی	-۱/۰۰۹	۰/۳۲۲	-	-	۲/۶۶۰	۰/۰۰۱
	گروه کنترل	-۳/۰۸۸	۰/۰۰۱	-۲/۶۶۰	۰/۰۰۱	-	-
علائم روان‌شناختی	گروه ذهن آگاهی	-	-	-۰/۹۱۰	۰/۰۰۴	-۳/۱۳۵	۰/۰۰۱
	گروه طرح‌واره درمانی	۰/۹۱۰	۰/۰۰۴	-	-	-۲/۲۲۵	۰/۰۰۱
	گروه کنترل	۳/۱۳۵	۰/۰۰۱	۲/۲۲۵	۰/۰۰۱	-	-

نتایج جدول فوق حاکی از آن است که در متغیر کیفیت زندگی بین اثربخشی دو درمان طرح‌واره درمانی و شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی در مرحله پس آزمون تفاوت معنی‌دار نبود ($P > ۰/۰۰۵$). همچنین نتایج جدول فوق حاکی از آن است که در متغیر علائم روان‌شناختی بین اثربخشی دو درمان طرح‌واره درمانی و شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی در مرحله پس آزمون تفاوت معنی‌دار

است ($P < ۰/۰۰۵$). یعنی درمان مبتنی بر ذهن آگاهی نسبت به طرح‌واره درمانی در بهبود متغیر علائم روان‌شناختی اثربخش‌تر بوده است.

بحث و نتیجه‌گیری

این پژوهش باهدف مقایسه اثربخشی طرح‌واره درمانی و شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر کیفیت زندگی و علائم

با عنوان مقایسه اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر شخصیت معنادار؛ میلتن (۸)، با عنوان کیفیت زندگی در تحقیقات اعتیاد و عملکرد بالینی (مطالعه موردی)؛ روتزفویل (۳۰)، با عنوان زنان و اعتیاد: مسائل درمانی و مدل‌های برنامه نوآورانه در معنادار مراجعہ کننده به مرکز بازتوانی؛ پور پشنگ و همکاران (۳۱)، با عنوان تأثیر طرحواره درمانی گروهی بر بهزیستی روانشناختی و تاب آوری بیماران تحت وابستگی به مواد؛ بارگا (۳۲)، با عنوان آیا مصرف حشیش بر پیامدهای مواد افیونی و کیفیت زندگی در بیماران تحت مراقبت بوپرنورفین تأثیر می‌گذارد؟ یک مطالعه مقطعی، مقایسه ای؛ بال (۳۳)، با عنوان بیماران معتاد با اختلالات شخصیتی: ویژگی‌ها، طرحواره‌ها و مشکلات ارائه شده؛ کریمی (۳۴)، با عنوان پیش بینی میزان مصرف سیگار بر اساس تاب آوری و تنظیم شناختی هیجان در جمعیت غیر بالینی شهر شیراز؛ متقی (۳۵)، با عنوان اثربخشی طرحواره درمانی بر اختلال افسردگی اساسی، تعارضات زناشویی و کیفیت زندگی زنان مبتلا به سوء مصرف مواد؛ یانگ (۳۶)، با عنوان درمان شناختی برای اختلالات شخصیت: رویکرد طرحواره محور و تیرانداز (۳۷)، با عنوان تأثیر طرحواره درمانی گروهی بر تعدیل طرحواره‌های ناسازگار اولیه زنان معتاد به مواد مخدر، به نوعی همسو می‌باشد.

در تبیین نتایج پژوهش حاضر، می‌شود گفت که با بررسی و اصلاح طرح‌واره‌های ناسازگار، فرد می‌تواند به بازسازی مجدد تجارب کودکی خود پردازد و از طریق مشاهده بی‌طرفانه به نقد و بررسی طرح‌واره‌ها پردازد. تمرینات و تکالیفی که در حین جلسات آموزشی و مهارت‌های حل مساله به فرد داده می‌شود او را قادر می‌سازد تا به توانایی‌های شناختی خود واقف شود و در پاسخ به تکالیف نیازمند به استفاده از این توانایی، بهتر عمل نماید. همچنین با تمرینات آرام‌سازی و تعدیل افکار و باورهای فرد بر اساس شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی، علائم روانشناختی کاهش یافته و فرد اضطراب و افسردگی کمتری را تجربه می‌کند. چون یکی از جنبه‌های مهم درمان مبتنی بر ذهن آگاهی این است

روان‌شناختی در معنادار انجام شد. یافته‌های به دست آمده نشان داد که هر دو روش مداخله منجر به بهبود کیفیت زندگی و علائم روانشناختی معنادار در گروه‌های آزمایش نسبت به گروه کنترل شدند و درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی اثربخشی بیشتری در بهبود علائم روانشناختی معنادار داشت. همان‌طور که در مقدمه نیز بیان شد پژوهش‌ها حاکی از تأثیر دو روش درمانی طرح‌واره درمانی و شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر روی کیفیت زندگی و علائم روانشناختی بر روی آزمودنی‌ها بود. در تبیین نتایج پژوهش حاضر باید گفت با تمرینات آرام‌سازی و تعدیل افکار و باورهای فرد بر اساس شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی، علائم روانشناختی کاهش یافته و فرد اضطراب و افسردگی کمتری را تجربه می‌کند. زیرا یکی از جنبه‌های مهم درمان مبتنی بر ذهن آگاهی این است که افراد یاد می‌گیرند با هیجان‌ها و افکار منفی مقابله و حوادث ذهنی را به صورت مثبت تجربه کنند. در برنامه شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی افراد می‌آموزند در زمان حال زندگی کنند و با انحراف توجه خود از تجارب مبتنی بر گذشته و آینده به تجارب زمان حال، راهبردهای کارآمد و موثری را برای کاهش اضطراب به کار برند. به علاوه ذهن آگاهی به افراد کمک می‌کند به آن چیزی که وجود دارد توجه کنند، بدون اینکه بخواهند آن را تغییر دهند یا از آن اجتناب ورزند. بدین ترتیب افکار و هیجان‌های قوی، کمتر برانگیخته شده و فرد متوجه می‌شود که مجبور نیست درگیر آن‌ها شود یا از آنان دوری کند و هم‌زمان با این نکات توسط اصول شناخت درمانی افکار و باورهای غلط نیز اصلاح می‌شود.

یافته‌های پژوهش حاضر با نتایج مطالعات ابررزدی و همکاران (۲۱)، مبنی بر اثربخشی ماتریس درمانی تلفیقی بر خودکنترلی و تنظیم هیجانی در مصرف کنندگان متامفامین؛ طباطبایی نژاد (۱۱)، با عنوان مقایسه اثربخشی درمان ذهن آگاهی مثبت، شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی و درمان شناختی-رفتاری بر اضطراب اجتماعی و مهارت‌های ارتباطی دانش آموزان دختر مبتلا به افسردگی؛ پیری و همکاران (۲۹)،

کاهش استرس و افزایش کیفیت زندگی در معتادان تأثیر مثبت دارد. بدین ترتیب می‌توان ادعان داشت که آموزش ذهن آگاهی در کاهش اضطراب، افسردگی و استرس سوء مصرف‌کنندگان مواد مؤثر است.

با وجود نتایج فوق، این پژوهش با محدودیت‌هایی مواجه بود. از جمله اینکه این مطالعه با توجه به مقررات سازمان بهزیستی، فقط در مراکز درمانی زنان معتاد و در مراکز غیردولتی (خصوصی) انجام شد؛ اجرای پژوهش منوط به طی دوره سم‌زدایی از مشارکت‌کنندگان بود؛ با توجه به دردهای جسمانی و تحریک‌پذیری مشارکت‌کنندگان، اجرای پژوهش و جلب همکاری آن‌ها به سختی انجام پذیرفت؛ و امکان ترخیص آزمودنی‌ها و اکتان آزمودنی در اجرای پژوهش وجود داشت. همچنین با توجه به افزایش روزافزون آمار زنان معتاد در جامعه، پیشنهاد می‌شود پژوهش‌های مشابهی بر روی افراد با در نظر گرفتن نقش جنسیتی آنها انجام شده و زنان و مردان معتاد در این خصوص با هم مقایسه گردند. پیشنهاد می‌شود با توجه به اثربخشی درمان طرح‌واره درمانی و شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر کیفیت زندگی و علائم روان‌شناختی معتادان، این درمان‌ها به صورت جامع در مراکز درمانی به کار برده شود.

تشکر و قدردانی

بدین وسیله از تمامی مشارکت‌کنندگان در پژوهش و سازمان بهزیستی که ما را در انجام پژوهش همکاری نمودند، تشکر و قدر دانی می‌شود.

که افراد یاد می‌گیرند با هیجان‌ها و افکار منفی مقابله و حوادث ذهنی را به صورت مثبت تجربه کنند. در شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی، افراد می‌آموزند در زمان حال زندگی کنند و با انحراف توجه خود از تجارب مبتنی بر گذشته و آینده به تجارب زمان حال، راهبردهای کارآمد و موثری را برای کاهش اضطراب به کار برند. به علاوه ذهن آگاهی به افراد کمک می‌کند به آن چیزی که وجود دارد، توجه کنند، بدون اینکه بخواهند آن را تغییر دهند یا از آن اجتناب ورزند. بدین ترتیب افکار و هیجان‌های قوی کمتر برانگیخته شده و فرد متوجه می‌شود که مجبور نیست درگیر آن‌ها شود یا از آنان دوری کند.

علاوه بر این، نتایج حاصل از پژوهش حاضر نشان داد طرح‌واره درمانی و شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر بهبود علائم روان‌شناختی نظیر افسردگی، اضطراب و استرس اثربخش بوده است. در واقع به کارگیری این دو شیوه توانسته نوعی نگرش مثبت نسبت به محیط اطراف به معتادان ارائه دهد و اساساً شناخت از محیط را بهتر نماید. از سویی دیگر باید توجه کرد معتادان با طرح‌واره درمانی و شناخت درمانی، نگرش و شناخت مثبتی به توانمندی‌های خود پیدا کرده که این می‌تواند در افزایش سلامت روانی آن‌ها مؤثر باشد. بر همین اساس، زمانی که شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی انجام می‌شود، ذهن آگاهی، هشیاری غیر قضاوتی و مبتنی بر زمان حال نسبت به تجربه توقف که در یک لحظه‌ی خاص در محدوده توجه یک فرد قرار دارد، فعال شده و معتاد را به سوی رویارویی و درک با واقعیت‌ها سوق می‌دهد. از همین رو شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاه به علت زدودن قضاوت‌های زود هنگام و پاسخ‌های شتاب‌زده به محرک‌ها در

References:

1. Makki A. Relationship between spirituality and successful aging among older minority women [Thesis for Doctor of Philosophy sciences]. [Florida, United States of America]: Department of Educational Psychology and Learning Systems, Florida State University; 2005, pp: 1-217.
2. Eldred CA, Washington MN. Interpersonal relationships in heroin use by men and women and their role in treatment outcome. *International Journal of the Addictions*. 1976; Jan 1; 11(1):117-30. <https://doi.org/10.3109/10826087109045534>. PMID: 1254363
3. Couileng, A Stuart J. Rupke, M.D., Bleackie, D. M.DIV., M.S.W., and M Marjorie, R., M.D., 2019. "Cognitive Therapy for Depression in addicts". *Am FAM Physician*. Jan 1; 73(1):83-86.
4. Ottmerson T. Hamzeh Pour T. The effect of cognitive behavioural therapy on quality of life in infertile women. *European Journal of Experimental Biology*, 2018 4, 415-419.
5. Gerr. E.L., Gaylord S.A., Boettiger C.A. & Matthew O. Howard M.O. Mindfulness Training Modifies Cognitive,

- Affective, and Physiological Mechanisms Implicated in Alcohol. *Journal of Psychoactive Drugs* 2018; 42(2): 177-192
6. Breslau, N.Z. Hao, C. Bing, A. Pacula, H. Burns M. & Stein, W.K Irrational Beliefs of people with HIV substance abuse disorder in Thailand: An exploratory study statistical data included. *Journal of Rehabilitation* ;2017;13(30):603-13
 7. Carver CS, Scheier MF, Weintraub JK. Assessing Coping Strategies: a theoretically based approach. *Journal of personality and social psychology*. 1989 Feb; 56(2): 267. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.56.2.267>. PMID: 2926629
 8. Milton & Everitt Laudet AB. The Case for Considering Quality of Life in Addiction Research and Clinical Practice 2017 *Addict Sci Clin Pract*.
 9. Robins, A., Karow, A., Reimer, J., Schäfer, I., Krausz, M., Haasen, C., Verthein, U. Quality of life under maintenance treatment with heroin versus methadone in patients with opioid dependence. *Drug and Alcohol Dependence*, 2018; 112, 209-215.
 10. Orvati Aziz M, Aziz S, Mehrnejad SA, Hashemian Km Paivastegar M. Integrative therapy (short-term psychodynamic psychotherapy & cognitive-behavioral therapy) in the treatment of generalized anxiety disorder. A randomized controlled trial. *Complemen. Ther Clin Pract*; 2020; 39:101-122.
 11. Tabatabaiejad FS, Aghaie A, Golparvar M. Compare Effectiveness of Positive Mindfulness Therapy, Mindfulness-Based Cognitive Therapy and Cognitive-Behavioral Therapy on Social Anxiety and Communication Skills of Female Students with Depression. *Quarterly Journal of Social Work* 2018; 7(3):5-16. (In Persian)
 12. Kashefinishabouri J, Eftekhari Saadi Z, Pasha R, Heidari A, Makvandi B. The Effect of Mindfulness-Based Cognitive Therapy and Emotion-Regulation Training on Rumination and Social Anxiety in Teenagers Prone to Addiction. *JOHE*. 2021; 10 (1):1-11
 13. Taghani, Ahmad; Kazemi Mehyari, Elham; Mir Mehdi, Seyed Reza; Resilience in Addicted Women; 2016. (In Persian).
 14. Young JE. Cognitive therapy for personality disorders: A schema-focused approach. Professional Resource Press/Professional Resource Exchange; Young JE, Klosko JS, Weishaar ME. Schema therapy: A practitioner's guide. Guilford Press; 2003 Mar 28.
 15. Deminof M, Eventegodt S, Andersen NJ, Merrick J. QOL10 for clinical quality-assurance and research in treatment-efficacy: Ten key questions for measuring the global quality of life, self-rated physical and mental health, and self-rated social-, sexual- and working ability. 2018.
 16. Green H. How useful is the concept of quality of life in psychiatry? *Quality of life in mental disorders*. (2nd ed., pp. 3-17). West Sussex: John Wiley & Sons Ltd. 2018.
 17. Petroli E., Holl n, S. D. Motivational Interviewing from a Cognitive Behavioral Perspective. *Cognitive and Behavioral Practice*, 2018; 18, (1), 70-73.
 18. Koohestani Parizi, S, the effect of schema therapy plan on reducing depression and increasing addiction in addicts, National Conference on New Research in Management, Economics and Humanities, Kazerun, Islamic Azad University, Kazerun Branch. 2018.
 19. Skolichon S. The World Health Organisation Quality of Life (WHOQOL) Assessment Instrument. In *Quality of Life and Pharma economics in Clinical Trials* (2nd edition, Edited by Spilker B). Lippincott-Raven Publishers, Philadelphia, New York. 2004.
 20. Veisla, O Lauritzen G, Ravndal E. [Introduction of the Europe ASI in Norway: Clinical and research experiences from a cost-effectiveness study.]; *J Subst Use*. 2019.
 21. Abhar Zanjani F, Touzadeh Jani H, Amiri M. The effectiveness of integrated matrix therapy on self-control and emotional regulation in methamphetamine abusers. *Journal of Fundamentals of Mental Health*; 2020;22(1):31-6.
 22. Lennarz HK, Hollenstein T, Lichtwarck-Aschoff A, Kuntsche E, Granic I. Emotion regulation in action: Use, selection, and success of emotion regulation in adolescents' daily lives. *Int J Behav Dev*; 2019 43(1):1-11.
 23. Delavar A. Research method in psychology and educational sciences; 1397; virayesh press.
 24. Sarmad Z, Bazargan A, Hejazi E. Research method in behavioral sciences 1395; Agah.press
 25. Teasdale J. D, Taylor, M. J, Cooper Z, Hayhurst H, Paykel, E. S. (1995). Depressive thinking: Shifts in construct accessibility or in schematic mental models? *Journal of Abnormal Psychology*, 104, 500-507.
 26. Young JE, Klosko JS, Weishaar ME. Schema therapy: A practitioner's guide. Tehran: Arjmand Publication. .2003.
 27. Rafee N, Sharifian M, Rafee H, Behnamfar N. Evaluation of the reliability and validity of the Persian version of the quality of life index questionnaire. *Mazandaran Journal of Medical Sciences* and 24. (In Persian).
 28. Derogatis, L R.; Savitz, K L. The SCL-90-R and the Brief Symptom Inventory (BSI) in Primary Care. In Maruish, Mark Edward (Ed.). *Handbook of psychological assessment in primary care settings*. Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates. pp. 297-334. ISBN 978-0-8058-2999-0. OCLC 42592750. 2000.
 29. Piri. M, Janibae.A, Asadi. J. Comparison of the effectiveness of Acceptance and Commitment-based Therapy (ACT) on Personality of drug abuser. *Journal of Science*; 8, (4):56-99. 2020.(In Persian)
 30. Rotsoweil M. & O'Boyle K. Women and addiction: Treatment issues and innovative program models. *The Source*, 10(1), 17-1. 2019.

31. Pourpashang M, Mousavi M. The Effects of Group Schema Therapy on Psychological Wellbeing and Resilience in Patients Under Substance Dependence Treatment:7(2). *Journal of Client Centered. Nursing Care*. 2021. (In Persian).
32. Bagra I, Krishnan V, Rao R, Agrawal A. Does cannabis use influence opioid outcomes and quality of life among buprenorphine-maintained patients? A cross-sectional, comparative study. *Journal of addiction medicine*. 2018 Jul 1; 12(4):315-20.
33. Ball.A. Samuael, Cicero, John J. Addicted Patients with Personality Disorders: Traits, Schemas, and Presenting Problems. *Journal of Personality Disorders: Vol. 15, No. 1, pp. 72-83*. 2017. <https://doi.org/10.1521/pedi.15.1.72.18642>
34. Karimi N, Naziry G. Predicting the rate of cigarette smoking based on resilience and cognitive emotion regulation in the non-clinical population of Shiraz, Iran. *Journal of Occupational Health and Epidemiology* 2018; 7(4):213-21. (In Persian).
35. Mottaghi Kashani M, Maleki.A A, The Effectiveness of Schema Therapy on Major Depression Disorder, Marital Conflict, and Quality of Life in Women with Drug Abuse 11th International Conference on Psychology and Social Sciences, 1397; Tehran, Mehr-e-Eshraq, Iran. (In Persian).
36. Young j.e. cognitive therapy for personality disorders: a schema-focused approach (rev. ed). Sarasota, FL: professional resources press. 1999.
37. Tirandaz S, Akbari B. The Influence of Group Schema Therapy on Adjusting the Early Maladaptive Schemas of Women Dependent on Drugs. *Avicenna Journal of Neuro Psycho Physiology*. 2018 Aug 10; 5(3):245-257. (In Persian).
38. Eldred CA, Washington MN. Interpersonal relationships in heroin use by men and women and their role in treatment outcome. 2018.
39. Nik-Azin A ó, Naeinian M.R, Shairi M.R. Validity and Reliability of Health Related Quality of Life Questionnaire "KIDSCREEN-27" in a Sample of Iranian Students, 2013 18(4),

*Original Article***Comparison of the Effectiveness of Schema Therapy and Cognitive Therapy Based on Mindfulness on Quality of Life and Psychological Symptoms**

Received: 03/03/2022 - Accepted: 13/09/2023

Fariba Karimlou¹
 Kouros Goodarzi^{2*}
 Javad Karimi³
 Mehdi Roozbahani⁴

¹ Ph.D. student, Department of Psychology, Borujard Branch, Islamic Azad University, Borujard, Iran

² Assistant Professor, Department of Psychology, Borujard Branch, Islamic Azad University, Borujard, Iran

³ Associate Professor, Department of Psychology, Malayer University, Malayer, Iran

⁴ Assistant Professor, Motor Behavior Department, Borujard Branch, Islamic Azad University, Borujard, Iran

Email: K.Goodarzi@gmail.com

Abstract**Introduction**

Drugs and their addiction destroy the lives of a large number of people and endanger the health of individuals and society, political, economic and social development, and even the safety of streets and roads, as well as the stability and stability of governments. Addiction can affect the psychological characteristics of addicts such as their quality of life and psychological symptoms. Therefore, any intervention that can affect the above variables and improve them will create better conditions for the psychological condition of addicts. In this regard, the present study was conducted with the aim of comparing the effectiveness of schema therapy and cognitive therapy based on mindfulness on quality of life and psychological symptoms in drug addicts.

Material and Method

The current research was a Quasi-experimental study type with a pre-test and post-test design with an unequal control group. The statistical population of the study included all addicts (80 people) with an age range of 18-65 years who referred to addiction treatment clinics in Tehran. 60 people were selected by the available sampling method and randomly replaced in two experimental groups and one control group (20 people in each group). The first experimental group was exposed to 12 cognitive therapy sessions based on mindfulness and the second experimental group was exposed to 12 schema therapy sessions, but the control group did not receive any treatment program. Finally, the post-test was conducted for all three groups. The research tools included quality of life questionnaires and psychological symptom syndromes. The research data were analyzed using multivariate analysis of covariance, descriptive statistics and multivariate analysis of covariance were analyzed with SPSS version 20.

Results

The results of multivariate covariance analysis test showed that both treatment methods lead to improvement of quality of life and psychological symptoms in addicted people ($P < 0.05$).

Also, the results showed that there was no significant difference between the effectiveness of the two treatment methods on improving the quality of life in the post-test phase, but cognitive therapy based on mindfulness was more effective on improving the psychological symptoms of addicts than schema therapy.

Conclusion

Based on the findings of the research, it is concluded that effective treatments such as cognitive therapy based on mindfulness and schema therapy can be used to improve the quality of life and psychological symptoms of addicts.

Key words: Addiction, Cognitive Therapy Based on Mindfulness, psychological symptom, Schema-Therapy. Quality of life.

Acknowledgement: There is no conflict of interest