



<https://jacp.scu.ac.ir/>

ISSN (P): 2538-5755

ISSN (E): 2588-6126

Received: 27 February 2020

Accepted: 17 November 2020

Research Article

Doi: [10.22055/JACP.2021.36761.1183](https://doi.org/10.22055/JACP.2021.36761.1183)

The Effectiveness of Schema Therapy and Mindfulness on the Psychological Capital of Addicted Men

Seyed Mojtaba Aghili ^{1*}, Arezo Asghari ², Akaberi, Zahra ³, Namazi, Mitra ⁴

1- Assistant Professor, Department of Psychology, Payame Noor University, Iran

2- Assistant Professor, Faculty of Humanities, Kosar University of Bojnord, Bojnord, Iran

3- MA of Psychology, Payame Noor University, Golestan, Iran

4- MA of Clinical Psychology, Shahroud University of Science and Research, Semnan, Iran

Citation: Aghili, M., Asghari, A., Akaberi, Z., & Namazi, M. (2020). The effectiveness of schema therapy and mindfulness on the psychological capital of addicted men. *Clinical Psychology Achievements*, 6(1), 1-10.

Abstract

Substance abuse disorders have become psychological, social, and family problems today. This study aimed to investigate and compare schema therapy and mindfulness on the psychological capital of addicted men with group performance. In this study, a quasi-experimental method with a pre-test and post-test design and a control group was used. Thirty addicts were selected by the convenience sampling method from the people present in Mehr Pouyan Addiction Treatment Camp and divided into two experimental and control groups. The experimental groups were trained in mindfulness in eight sessions and schema therapy in ten sessions. Participants completed the Lutans psychological capital questionnaire in the pre-tests and post-tests stages. Multivariate analysis of covariance and the Benphroni post hoc test was used to analyze the data. The results showed that schema therapy and mindfulness cognitive therapy have increased psychological capital ($p < 0.001$). Therefore, combining these techniques with other treatment methods is recommended to advance the treatment goals.

Keywords: Schema therapy, mindfulness, psychological capital, addiction

* **Corresponding Author:** Seyed Mojtaba Aghili

E-mail: dr-aghili1398@yahoo.com





مقایسه اثربخشی طرحواره درمانی و ذهن‌آگاهی بر افزایش سرمایه روان‌شناختی مردان معتاد

سید مجتبی عقیلی^{۱*}، آرزو اصغری^۲، زهرا اکبری^۳، میترا نمازی^۴

- ۱- استادیار، گروه روان‌شناسی، دانشگاه پیام نور، گلستان، ایران
- ۲- استادیار، گروه روان‌شناسی، دانشکده علوم انسانی، دانشگاه کوثر بجنورد، بجنورد، ایران
- ۳- کارشناس ارشد روان‌شناسی، دانشگاه پیام نور، گلستان، ایران
- ۴- کارشناس ارشد روان‌شناسی بالینی، دانشگاه علوم و تحقیقات شاهرود، سمنان، ایران

چکیده

امروزه اختلالات ناشی از سوءمصرف مواد به یک معضل روانی، اجتماعی و خانوادگی تبدیل شده است. هدف پژوهش حاضر بررسی و مقایسه طرحواره درمانی و ذهن‌آگاهی بر سرمایه روان‌شناختی مردان معتاد با اجرای گروهی بوده است. در این پژوهش از طرح نیمه‌تجربی پیش‌آزمون و پس‌آزمون با گروه کنترل استفاده شد. ۳۰ فرد معتاد با روش نمونه‌گیری داوطلبانه از میان افراد حاضر در کمپ ترک اعتیاد مهر پویان انتخاب و در دو گروه آزمایش و کنترل قرار گرفتند. گروه‌های آزمایش در هشت جلسه ذهن‌آگاهی و ده جلسه طرحواره درمانی آموزش دیدند. شرکت‌کنندگان پرسش‌نامه‌های سرمایه‌های روان‌شناختی لوتانز را در دو نوبت پیش‌آزمون و پس‌آزمون تکمیل نمودند. جهت تجزیه و تحلیل داده‌ها از تحلیل کوواریانس چندمتغیره و آزمون تعقیبی بنفرونی استفاده شد. یافته‌ها نشان داد که طرحواره درمانی و شناخت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی، سرمایه‌های روان‌شناختی را افزایش داده است ($p < 0.001$). بنابراین تلفیق این تکنیک‌ها با سایر روش‌های درمانی به‌منظور پیشبرد اهداف درمان توصیه می‌شود.

کلیدواژه‌ها: طرحواره درمانی، ذهن‌آگاهی، سرمایه روان‌شناختی، اعتیاد

مقدمه

امروزه اختلالات ناشی از سوءمصرف مواد^۱ به یک معضل روانی، اجتماعی و خانوادگی تبدیل شده است و علی‌رغم تلاش‌های گسترده جهت کنترل آن، شیوعی رو به رشد داشته و سن مصرف رو به کاهش دارد (فیضی و همکاران، ۱۳۹۴). اگرچه عوامل دخیل در شروع ادامه و عود^۲ در اختلال سوءمصرف مواد بسیار متنوع است اما براساس مطالعات (Birch 2006) اعتیاد یک بیماری زیست‌شناختی، روان‌شناختی و اجتماعی است که به‌نظر می‌رسد عوامل اجتماعی بیشتر در شروع مصرف و عوامل زیست‌شناختی بیشتر در ادامه وابستگی مطرح باشند (شجاعیان و ابوالمعالی، ۱۳۹۵). در همین راستا، نتایج بررسی‌های مختلف نشان می‌دهد که مصرف طولانی‌مدت مواد منجر به ایجاد اختلالات سایکوتیک^۳، افسردگی^۴، اضطراب^۵ (Scott et al., 2012) و رفتارهای پرخطرانه^۶ می‌شود (Elgen et al., 2010). براین‌اساس، باید توجه داشت که در کنار درمان‌های زیستی که برای افراد مصرف‌کننده مواد استفاده می‌شود، آشنایی با مشکلات روان‌شناختی این افراد و رفع آن‌ها می‌تواند پیش‌آگهی مناسبی برای درمان باشد (کتیبایی و همکاران، ۱۳۸۹). در این راستا، نتایج برخی پژوهش‌ها اهمیت درمان‌های شناختی-رفتاری^۷ را در کاهش میزان اعتیاد و علائم ناشی از آن مورد تأیید قرار داده‌اند. به‌نظر می‌رسد این شیوه از طریق ایجاد و پرورش انگیزش، افزایش مهارت‌های مقابله‌ای برای مدیریت موقعیت‌های مخاطره‌آمیز، تعدیل و اصلاح وابستگی به تقویت‌کننده‌ها، مدیریت پاسخ‌های هیجانی^۸ و ارتقای کنش‌وری اجتماعی می‌تواند موجب تداوم درمان افراد در حال پرهیز گردد (پورنژادی و همکاران، ۱۳۹۵). در راستای این یافته‌ها برخی شواهد تجربی نشان می‌دهد که هر کدام از علایم آسیب‌شناسی روانی با یک یا تعداد بیشتری از طرحواره‌های ناکارآمد اولیه^۹ مرتبط می‌باشند (Pinto, 2006). به‌طور کلی، طرحواره‌ها در زندگی تفسیر، انتخاب و ارزیابی فرد از تجارب را شکل می‌دهند (Janis et al., 2009). همچنین براساس نظر (Young et al., 2003) طرحواره‌های ناسازگار، الگوهای هیجانی و شناختی خودآسیب‌رسانی هستند که به‌دلیل ارضاء نشدن نیازهای هیجانی اساسی دوران کودکی به‌وجود می‌آیند و فرد را نسبت به آسیب‌های روانی آسیب‌پذیر می‌سازد. براساس شواهد پژوهشی طرحواره‌های ناسازگار اولیه با سوءمصرف مواد (Shorey, 2012)، اختلالات اضطرابی (Calvete et al., 2015)، افسردگی (Renner, 2012)، تکانش‌گری (Hong et al., 2015) و بیماری‌های روان‌تنی^{۱۰} (Calvete et al., 2013) ارتباط دارند. در این میان یکی دیگر از عوامل حمایت‌کننده‌ای که در جلوگیری از رفتارهای اعتیادی اهمیت بالقوه بالایی دارد ذهن‌آگاهی^{۱۱} است. به‌طور کلی، ذهن‌آگاهی روشی برای مشاهده افکار، تصاویر، احساسات و پذیرش آن‌ها بدون آن‌که فرد با محتوای افکار درگیر شود یا با فنون درمان شناختی-رفتاری کلاسیک با افکار منفی چالش کند و به آزمون واقعیت بپردازد (جهانگیر و همکاران، ۱۳۹۵). براساس این تئوری، ذهن‌آگاهی دارای دو مؤلفه اصلی است؛ اولین مؤلفه کنترل توجه به‌گونه‌ای که توجه بر تجربه فوری و بی‌درنگ متمرکز شود و در نتیجه امکان بازشناسی رویدادهای ذهنی جاری افزایش یابد و دومین مؤلفه، اتخاذ جهت‌گیری کنجکاوی، گشودگی نسبت به تجربه‌های جاری خود است (Barnhofer et al., 2009). پژوهش‌های اخیر، اثربخشی ذهن‌آگاهی را در طیف وسیعی از مشکلات همچون سوءمصرف مواد (Witkiewitz et al., 2013)، کاهش اضطراب (آقیوسفی و همکاران، ۱۳۹۲)، نشخوار فکری^{۱۲} و افسردگی در

-
1. Drug Abuse
 2. Relaps
 3. Psychotic
 4. Depression
 5. Anxiety
 6. Aggressive Behaviors
 7. Cognitive-Behavioral Therapies
 8. Emotional Responses
 9. Early Dysfunctional Schemas
 10. Psychosomatics
 11. Mindfulness
 12. Rumination

سوءمصرف‌کنندگان را مورد تأیید قرار داده است (Dimidjian et al., 2014). در این میان، یکی از مباحثی که در سال‌های اخیر در رویکرد روان‌شناسی مثبت مورد توجه قرار گرفته است، سازه سرمایه روان‌شناختی است. براساس دیدگاه Luthans (1999)، سرمایه روان‌شناختی سازه‌ای ترکیبی و به هم پیوسته است که چهار مؤلفه ادراکی-شناختی یعنی امید^۱، خوش‌بینی^۲، خودکارآمدی^۳ و تاب‌آوری^۴ را دربردارد. این مؤلفه‌ها در یک فرایند تعاملی و ارزشیابانه، به زندگی فرد معنا بخشیده و تلاش فرد برای تغییر موقعیت‌های فشارزا را تداوم داده و موفقیت و سرسختی او در تحقق اهداف را تضمین می‌نماید (پناهی و همکاران، ۱۳۹۳). علاوه بر این شواهد تجربی نشان می‌دهد سرمایه روان‌شناختی بر شادکامی (فرخی و سبزی، ۱۳۹۴)، بهزیستی معنوی^۵ (گل‌پرور، ۱۳۹۳) و مهارت‌های اجتماعی (بیرامی و موحدی، ۱۳۹۴) اثرگذار بوده و فرد را نسبت به آسیب‌های روانی مصون می‌سازد. اگرچه برخی از محققان، آموزش مبتنی بر ذهن‌آگاهی در کاهش رفتارهای اعتیادی (Wupperman et al., 2012) و اثرات مثبت طرحواره درمانی را در سوءمصرف‌کنندگان مورد تأیید قرار داده‌اند (تاجیک‌زاده و همکاران، ۱۳۹۴) اما هنوز این ابهام چالش‌برانگیز درخصوص میزان اثربخشی هر یک از روش‌های فوق بر افزایش سرمایه روان‌شناختی مبتلایان به سوءمصرف مواد وجود دارد. از این رو اجرای پژوهش در این زمینه و شناسایی عوامل حمایت‌کننده و طراحی یک برنامه درمانی اثربخش که به تبع آن از رفتارهای اعتیادی جلوگیری کنند ضروری به نظر می‌رسد. براین اساس پژوهش حاضر با هدف مقایسه اثربخشی طرحواره درمانی و ذهن‌آگاهی بر سرمایه روان‌شناختی مردان معتاد شهر گرگان صورت گرفت.

روش پژوهش

این پژوهش در یک طرح نیمه‌آزمایشی با پیش‌آزمون و پس‌آزمون با گروه کنترل انجام گرفت. جامعه این تحقیق شامل تمامی مردان مقیم در کمپ ترک اعتیاد مهر پویان در سال ۱۳۹۵ تشکیل دادند. ۳۰ نفر به روش نمونه‌گیری داوطلبانه انتخاب و به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و یک گروه کنترل جای‌دهی شدند. ۱۰ نفر گروه آزمایش (مداخله طرحواره درمانی)، ۱۰ نفر گروه آزمایش دوم (مداخله ذهن‌آگاهی) و ۱۰ نفر گروه کنترل. ملاک‌های ورود به پژوهش عبارت بودند از: سن بین ۳۰ تا ۴۰ سال، دارا بودن مدرک تحصیلی حداقل دیپلم، علاقه به شرکت در جلسات مداخله و متعهد شدن به حضور در تمامی جلسات درمانی مداخله و شرکت نکردن هم‌زمان در دیگر برنامه‌های درمانی. ملاک‌های خروج نیز شامل غیبت بیش از دو جلسه، اختلال یا بیماری‌های روانی و جسمانی.

ابزارهای پژوهش

پرسش‌نامه‌ی سرمایه‌ی روان‌شناختی لوتانز^۶: این ابزار ۲۴ ماده و ۴ خرده‌مقیاس دارد و توسط (2007) Luthans et al. تهیه و اعتباریابی شده است. سازه‌های درونی این مقیاس از ابزارهای: امیدواری، تاب‌آوری، خوش‌بینی و خودکارآمدی برگرفته شده است و هر کدام از این خرده‌مقیاس‌ها ۶ ماده را به خود اختصاص داده‌اند. طیف پاسخگویی برای مقیاس سرمایه روان‌شناختی، شش درجه‌ای لیکرت (۱ = کاملاً مخالفم تا ۶ = کاملاً موافقم) است. خرده‌مقیاس خوش‌بینی به مواردی چون باور و اطمینان قلبی در تجهیز منابع شناختی در دستیابی به نتایج مطلوب در حوزه‌ای خاص؛ خرده‌مقیاس امیدواری به داشتن عزم راسخ و مسیر رسیدن به اهداف شخصی اشاره دارد. خرده‌مقیاس تاب‌آوری به ظرفیت روانی مثبت برای برگشتن، جهش از مصیبت و تغییر مثبت در جهت پیشرفت اشاره داشته و خرده‌مقیاس خودکارآمدی به اطمینان داشتن به توانایی‌های مورد نیاز در دستیابی به موفقیت و باور داشتن به قدرت در غلبه بر تکالیف چالش‌برانگیز اشاره دارد. (Luthans et al., 2007) ضرایب آلفای کرونباخ کل پرسش‌نامه ۰/۸۸ و برای

1. Hope
2. Optimism
3. Efficacy
4. Resilience
5. Spiritual Well-Being
6. Psychological Capital Questionnaires

زیرمقیاس‌های خوش‌بینی ۰/۷۹، امید ۰/۷۲، تاب‌آوری ۰/۷۲ و خودکارآمدی ۰/۷۵ و رجایی و همکاران (۱۳۹۶) ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۵ گزارش کردند. پس از هماهنگی با مسئولین مربوطه و مدیریت کمپ، جلسه توجیهی برای اعضای جامعه آماری برگزار و هدف پژوهش توضیح داده شد. بعد از نمونه‌گیری و رضایت‌نامه کتبی از افراد نمونه، پرسش‌نامه سرمایه‌های روان‌شناختی به‌عنوان پیش‌آزمون بر هر سه گروه اجرا گردید. سپس جلسات طرحواره درمانی ده جلسه و هر هفته ۹۰ دقیقه، جلسات ذهن‌آگاهی هشت جلسه و هر هفته ۹۰ دقیقه بر روی گروه‌های آزمایش اجرا گردید و گروه کنترل تا پایان پژوهش هیچ مداخله‌ای را دریافت نکرد. در پایان گروه‌های آزمایش و کنترل مجدداً پرسش‌نامه سرمایه‌های روان‌شناختی را به‌عنوان پس‌آزمون تکمیل نمودند. لازم به ذکر است تمامی کدهای اخلاقی مطرح‌شده توسط انجمن روان‌شناسی آمریکا مانند جلب رضایت‌نامه کتبی افراد نمونه، محرمانه ماندن اطلاعات به‌دست آمده و ترک جلسه براساس ملاک‌های ورود و خروج در این پژوهش رعایت شده است.

جدول ۱. برنامه آموزش شناخت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی (شجاعیان و ابوالمعالی، ۱۳۹۵)

جلسات	شرح جلسات
اول	مقدمه و دستور جلسه درمان، فراهم کردن فرصتی برای آشنایی با اهداف درمان و آشنایی بیماران با یکدیگر. تکلیف: معطوف کردن توجه به فعالیت روزمره.
دوم	مقابله با موانع، تأمل و آرسی بدنی. تکلیف: تمرین افکار و احساسات (تأمل ۴۵ دقیقه‌ای و آرسی بدنی، ده دقیقه تنفس با حضور ذهن، ثبت گزارش روزانه از تجربه یک رویداد خوشایند
سوم	حضور ذهن بر روی تنفس. تکلیف: شناسایی و ثبت تقویم تجربه‌های خوشایند یا ثبت تجربه‌های ناخوشایند که در هفته چهارم مورد کاوش قرار می‌گیرد.
چهارم	ماندن در زمان حال. تکلیف: پنج دقیقه حضور ذهن دیداری یا شنیداری، شناسایی آنچه تجربه‌های ناخوشایند محسوب می‌شوند.
پنجم	پذیرش و اجازه/مجاز حضور. تکلیف: خواندن شعر میهمان‌خانه اثر مولانا و شناسایی مضمون آن در گروه، تأمل در وضعیت نشسته.
ششم	فکرها نه حقایق. تکلیف: تمرین خلق‌ها، افکار و دیدگاهی جایگزین.
هفتم	چگونه می‌توانم به بهترین شکل از خود مراقبت کنم؟ ارائه تکلیف پی بردن به روابط بین فعالیت و خلق.
هشتم	استفاده از آموخته‌ها برای کنار آمدن با وضعیت‌هایی خلقی در آینده. مروری بر سامانه‌های هشدار اولیه و برنامه‌های عملی که برای استفاده در زمان‌هایی که خطر عود بالاست توسعه داده شده‌اند.

جدول ۲. برنامه آموزشی طرحواره درمانی (تاجیک‌زاده و همکاران، ۱۳۹۴)

جلسات	شرح جلسات
اول	شرح ساختار جلسات و بیان قوانین مربوط به جلسات طرح، ایجاد انگیزه برای درمان، مرور اهداف و منطبق درمان.
دوم	تعریف طرحواره، طرحواره درمانی و ریشه‌های تحولی طرحواره‌ها. ارائه پرسش‌نامه‌های طرحواره درمانی.
سوم	معرفی حوزه‌های طرحواره و طرحواره‌های ناسازگار اولیه، شرح بیولوژی طرحواره‌های ناسازگار اولیه و عملکردهای طرحواره‌ای.
چهارم	معرفی پاسخ‌های مقابله‌ای ناسازگار در قالب مثال‌هایی از زندگی روزمره، ترسیم تصویری چگونگی تداوم طرحواره‌ها به‌وسیله پاسخ‌های مقابله‌ای ناسازگار و ایجاد آمادگی در بین بیماران برای سنجش و تغییر طرحواره‌ها.
پنجم	توضیح پرسش‌نامه طرحواره یانگ، سنجش طرحواره‌ها از طریق پرسش‌نامه، تصویرسازی هیجانی خلق‌و‌خوی هیجانی و ایجاد آمادگی برای تغییر.
ششم	شروع استفاده از تکنیک‌های شناختی، آزمون اعتبار طرحواره‌ها توسط بیماران، تعریف جدید از شواهد تأییدکننده طرحواره توسط بیماران و ارزیابی مزایا و معایب سبک‌های مقابله‌ای بیماران.
هفتم	ایجاد برقراری گفتگو بین جنبه سالم و جنبه طرحواره توسط بیماران و ساخت کارت‌های آموزشی با همراهی بیماران.
هشتم	توضیح درباره منطق این تکنیک در طرحواره درمانی و انجام گفتگوهای خیالی.
نهم	معرفی دوباره سبک‌های مقابله‌ای به‌عنوان آماج‌های مهم تغییر، آمادگی برای انجام الگوشکنی رفتاری، تعیین رفتار خاص به‌عنوان آماج‌های احتمالی تغییر و توضیح الویت و فشارها برای الگوشکنی.
دهم	افزایش انگیزه برای تغییر، آموزش تمرین رفتارهای سالم از طریق تصویرسازی ذهنی و ایفای نقش و توضیح درباره چگونگی استفاده از کارت آموزشی.

روش تحلیل داده‌ها

داده‌های کمی حاصل از انجام این تحقیق، با استفاده از آماره‌های توصیفی مثل فراوانی، میانگین و انحراف استاندارد توصیف و در سطح استنباطی نیز از آزمون‌های تحلیل کوواریانس استفاده شده است. داده‌ها نیز با استفاده از نرم‌افزار آماری SPSS-22 تحلیل شد.

یافته‌ها

میانگین و انحراف معیار سن شرکت‌کنندگان در گروه مداخله طرحواره درمانی ۳۱/۷، در گروه مداخله شناخت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی ۳۲/۳ و در گروه کنترل ۳۱/۶ بود. ۴۹/۱ درصد شرکت‌کنندگان متأهل و ۵۰/۹ درصد شرکت‌کنندگان مجرد بودند.

جدول ۳. میانگین و انحراف معیار متغیر سرمایه‌ی روان‌شناختی در گروه‌های مداخله در مراحل پیش‌آزمون و پس‌آزمون

متغیر	گروه طرحواره درمانی		گروه ذهن‌آگاهی		گروه کنترل	
	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
سرمایه‌ی روان‌شناختی						
پیش‌آزمون	۱۹/۲۱	۲/۱۷۲	۱۸/۴۳	۲/۶۸۰	۲۱/۲۰	۲/۴۲۶
پس‌آزمون	۲۸/۷۱	۱/۴۳۲	۲۸/۷۱	۱/۵۲۴	۲۱/۱۸۷	۲/۳۴۵

نتایج جدول ۳ نشان می‌دهد که نمره سرمایه‌های روان‌شناختی در گروه‌های طرحواره درمانی و ذهن‌آگاهی نسبت به گروه کنترل در مرحله پس‌آزمون افزایش داشته است.

جدول ۴. نتایج آزمون نرمال بودن (کلموکروف-اسمیرنف) متغیر سرمایه‌ی روان‌شناختی نمره‌ها

آزمون	کلموکروف-اسمیرنف	p
پیش‌آزمون	۰/۷۴	۰/۶۴۳
پس‌آزمون	۰/۹۷	۰/۳۰۲

جدول ۴ نشان می‌دهد که متغیر سرمایه‌ی اجتماعی در مراحل پیش‌آزمون و پس‌آزمون تابع توزیع نرمال است.

جدول ۵. نتایج آزمون همگنی واریانس‌های لون در گروه‌های مداخله

متغیر	نوع آزمون	آماره F	df	p
سرمایه‌ی روان‌شناختی	پیش‌آزمون	۰/۵۸	۵۷	۰/۵۴
	پس‌آزمون	۰/۵۰	۵۷	۰/۶۱

همان‌طور که در جدول ۵ مشاهده می‌شود، واریانس نمره‌های گروه‌های مداخله در مراحل پیش‌آزمون و پس‌آزمون در متغیر سرمایه‌ی اجتماعی برابر است.

جدول ۶. نتایج آزمون شیب خط رگرسیون

متغیر	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	p
-------	---------------	------------	-----------------	---	---

۰/۲۴۷	۱/۴۵	۱۷/۷۱	۱	۱۷/۷۱	سرمایه‌ی روان‌شناختی
-------	------	-------	---	-------	----------------------

براساس نتایج جدول ۶ سطح معنی‌داری اثر متقابل پیش‌آزمون متغیر سرمایه روان‌شناختی و گروه معنی‌دار نیست. بنابراین فرض شیب خط رگرسیون رعایت شده است.

جدول ۷. نتایج تحلیل کوواریانس سرمایه‌های روان‌شناختی در سه گروه

متغیر	منبع تغییرات	مجموع مجزورات	درجه آزادی	میانگین مجزورات	F	سطح p	مجزورات
امیدواری	گروه	۲۱۰/۳۴	۲	۱۰۵/۱۰	۲۷/۳۲	۰/۰۰۱	۰/۳۵
تاب‌آوری	گروه	۱۲۲/۴۳	۲	۶۴/۲۱	۱۲/۴۱	۰/۰۰۱	۰/۳۷
خوش‌بینی	گروه	۲۰۳/۶۷	۲	۱۰۱/۳۰	۲۶/۶۱	۰/۰۰۱	۰/۴۲
خودکارآمدی	گروه	۳۰۹/۵۵	۲	۱۵۳/۲۱	۷۴/۱۰	۰/۰۰۱	۰/۳۵

طبق جدول ۷ آماره F نشان می‌دهد که بین گروه‌های آزمایش و کنترل در متغیر سرمایه‌های روان‌شناختی پس از کنترل پیش‌آزمون تفاوت معنی‌دار وجود دارد. این نتیجه حاکی از آن است که میانگین گروه‌های آزمایش در مؤلفه‌های سرمایه‌های روان‌شناختی به صورت معنی‌داری بیشتر از میانگین گروه کنترل است. با توجه به این و می‌توان گفت که طرحواره درمانی و ذهن‌آگاهی سبب افزایش سرمایه‌های روان‌شناختی مردان معتاد شده است. یافته‌های جدول ۸ مقایسه‌های زوجی بین گروه‌های درمانی و کنترل را نشان می‌دهند.

جدول ۸. نتایج آزمون مقایسه‌های جفتی بنفرونی گروه‌های مداخله در متغیر سرمایه‌ی روان‌شناختی

گروه اول (A) - گروه دوم (B)	تفاوت میانگین	خطای استاندارد	سطح p
طرحواره درمانی - ذهن‌آگاهی	۷/۳۷	۲/۰۲	۰/۰۰۳
طرحواره درمانی - کنترل	۹/۲۱	۴/۷۷	۰/۰۰۱
ذهن‌آگاهی - کنترل	۱۴/۴۷	۵/۰۳	۰/۰۰

نتایج جدول ۸ نشان می‌دهد بین میانگین نمره سرمایه‌های روان‌شناختی در دو گروه آزمایش با گروه کنترل تفاوت معنی‌داری وجود دارد. به عبارتی روش‌های درمانی طرحواره درمانی و ذهن‌آگاهی بر متغیر سرمایه‌های روان‌شناختی تأثیر مثبت داشته‌اند.

بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر با هدف مقایسه اثربخشی طرحواره درمانی و ذهن‌آگاهی بر سرمایه روان‌شناختی مردان معتاد انجام شد. نتایج نشان داد که طرحواره درمانی و شناخت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی موجب افزایش سرمایه‌های روان‌شناختی در مردان معتاد شده است. این یافته با پژوهش‌های قاسمی و همکاران (۱۳۹۵)، شجاعیان و ابوالمعالی (۱۳۹۵)، تاجیک‌زاده و همکاران (۱۳۹۴)، Hong et al. (2015)، Wupperman et al. (2012) همسو می‌باشد. با توجه به اینکه طرحواره‌های ناسازگار اولیه تعیین‌کننده واکنش‌های عاطفی افراد نسبت به موقعیت‌های زندگی و روابط بین‌فردی می‌باشند می‌تواند با سرمایه روان‌شناختی مرتبط باشد. همچنین با در نظر گرفتن این موضوع که معتادان به دلیل مشکلات جسمانی و روان‌شناختی ممکن است نگرش منفی‌تری نسبت به زندگی پیدا کنند، برخورداری از سرمایه روان‌شناختی افراد در حال ترک را قادر می‌سازد تا علاوه بر مقابله بهتر در برابر موقعیت‌های استرس‌زا، کمتر دچار تنش شده، در برابر مشکلات از توان بالایی برخوردار باشند به دیدگاه روشنی در مورد خود برسند و تا حد ممکن موقعیت را اداره نمایند (هاتفی‌پور و همکاران، ۱۳۹۲). در تبیین یافته حاضر می‌توان اشاره کرد که براساس رویکرد طرحواره درمانی که رویکردی شناختی است، انسان‌ها براساس روشی که خود، محیط و آینده‌شان را می‌شناسند با

دیگران رابطه برقرار می‌سازند. طرحواره درمانی بر روی تغییر این شناخت تحریف‌شده کار می‌کند، تا شناخت فرد از خود و محیط و آینده را متناسب با واقعیت سازد؛ به عبارت دیگر ما از طریق طرحواره درمانی می‌توانیم شناخت خود را تغییر داده و در بهبود سرمایه روان‌شناختی که به‌طور کاملاً آشکار با شناخت‌های ما زا خود، محیط و آینده در ارتباط است، پیشرفت حاصل کنیم. سنجش سرمایه روان‌شناختی افراد و اجرای برنامه‌های آموزشی بهبوددهنده، سطح بهزیستی ذهنی افراد را بهبود بخشیده و انگیزه یک زندگی شادتر را در آن‌ها به‌وجود می‌آورد (عیسی‌زاده و همکاران، ۱۳۹۹). به‌کارگیری مداخلات مبتنی بر ذهن‌آگاهی به علت مکانیسم‌های نهفته در آن از قبیل افزایش ذهن‌آگاهی، پذیرش، حساسیت‌زدایی، حضور در لحظه اکنون، مشاهده‌گری بدون قضاوت، مواجهه، رهاسازی و جلوگیری از اجتناب تجربی در تلفیق با تکنیک‌های رفتار درمانی شناختی سنتی، به‌علت تأثیر بر این فرایندها، می‌تواند ضمن کاهش علائم و پیامدهای پس از ترک، اثربخشی درمان را افزایش داده و پیشگیری از بازگشت را تسهیل نماید (یعقوبی و همکاران، ۱۳۹۵). همچنین ذهن‌آگاهی موجب بازگشت فرد به درون خود می‌شود، این بازگشت به تدریج درونی‌تر و عمیق‌تر می‌شود تا جایی که احساس انعطاف‌پذیری بیشتری را ادراک می‌کند. همچنین ذهن‌آگاهی بر سرمایه روان‌شناختی و مؤلفه‌های آن قابلیت رشدپذیری دارد و موجب افزایش امید، خوش‌بینی، تاب‌آوری و خودکارآمدی می‌شود (قاسمی و همکاران، ۱۳۹۵).

سیاسگزاری

نگارندگان بر خود لازم می‌دانند مراتب تشکر صمیمانه خود را از کلیه شرکت‌کنندگان در این پژوهش و مدیریت کمپ ترک اعتیاد مهر پویان که با سعه صدر، همکاری نموده و ما را در انجام و ارتقاء کیفی این پژوهش یاری دادند، اعلام نمایند.

منابع

- آقایوسفی، علیرضا، اورکی، محمد و زراع، مریم. (۱۳۹۲). ذهن‌آگاهی و اعتیاد: اثربخشی ذهن‌آگاهی بر کاهش استرس، اضطراب و افسردگی در سوء‌مصرف‌کنندگان مواد. *اندیشه و رفتار*، ۷(۲۷)، ۲۷-۱۷.
- بیرامی، منصور و موحدی، یزدان. (۱۳۹۴). اثربخشی آموزش مهارت‌های اجتماعی بر سرمایه روان‌شناختی دانشجویان شهر تبریز. *فصلنامه مددکاری اجتماعی*، ۴(۱)، ۳۷-۳۰.
- پناهی، احسان و فاتحی‌زاده، مریم‌السادات. (۱۳۹۳). بررسی رابطه بین مؤلفه‌های سرمایه روان‌شناختی و کیفیت زندگی زناشویی در بین زوجین شهر اصفهان. *زن و جامعه (جامعه‌شناسی زنان)*، ۵(۱)، ۱۵۵-۱۳۹.
- پورنژدی، امیرتورج، حسنی، جعفر و محمدخانی، شهرام. (۱۳۹۵). بررسی اثربخشی درمان شناختی رفتاری و درمان با متادون در کیفیت زندگی، مقابله با ولع و پریشانی روان‌شناختی افراد در حال پرهیز. *مجله تحقیقات علوم رفتاری*، ۴(۴)، ۴۴۳-۴۳۴.
- تاجیک‌زاده، فخری، زارع، ایرج، نظیری، قاسم و افشاری، رامین. (۱۳۹۴). تعیین اثربخشی طرحواره درمانی گروهی بر طرحواره‌های ناسازگار اولیه در مردان تحت درمان نگره‌دارنده با متادون. *شخصیت و تفاوت‌های فردی*، ۴(۷)، ۲۳-۱.
- جهانگیر، امیرحسین، ایمانی، سعید، مسجدی آرانی، عباس و مجتهدی، سیدحسین. (۱۳۹۵). بررسی مقایسه ذهن‌آگاهی به شیوه گروهی با متادون درمانی بر سلامت روان معتادان مواد مخدر سنتی. *مجله سلامت اجتماعی*، ۴(۱)، ۶۶-۵۵.

رجایی، اعظم، نادى، محمدعلی و جعفری، علیرضا. (۱۳۹۶). ویژگی‌های روان‌سنجی مقیاس سرمایه روان‌شناختی مثبت در بین کارکنان ستادی آموزش و پرورش شهر اصفهان. *دانش و پژوهش در روان‌شناسی کاربردی*, ۱۸(۳)، ۱۰۸-۹۴.

شجاعیان، مریم و ابوالمعالی، خدیجه. (۱۳۹۵). اثربخشی ذهن‌آگاهی مبتنی بر شناخت درمانی بر افزایش سرمایه روان‌شناختی جانبازان. *طب جانباز*, ۸(۴)، ۱۹۵-۲۰۱.

عیسی‌زاده، فاطمه، حیدری، شیما، آقاجان بگلو، سوسن و صفاری‌نیا، مجید. (۱۳۹۹). بررسی اثربخشی طرحواره درمانی بر بهبود سازگاری اجتماعی و سرمایه روان‌شناختی در افراد دارای اختلال هویت جنسی (ترنس سکشوال). *پژوهش‌های روان‌شناسی اجتماعی*, ۱۰(۳۷)، ۱۳-۲۸.

فرخی، الهام و سبزی، ندا. (۱۳۹۴). شادکامی و ادراک الگوهای ارتباطی خانواده: نقش واسطه‌ای سرمایه روان‌شناختی. *روان‌شناسی تحولی (روان‌شناسان ایرانی)*, ۱۱(۴۳)، ۳۱۳-۳۲۳.

فیضی، حسین، ویسی رایگانی، علی اکبر، علیرضا، عبدی، شاکری، جلال و مردوخی، مهدی. (۱۳۹۴). علل گرایش به مصرف مواد از دیدگاه مراجعه‌کنندگان به مراکز ترک اعتیاد استان کرمانشاه. *نشریه پژوهش توانبخشی در پرستاری*, ۲(۲)، ۴۷-۵۶.

قاسمی جوینه، رضا، زهراکار، کیانوش، همدمی، میثم و کریمی، کامبیز. (۱۳۹۵). نقش سلامت معنوی و ذهن‌آگاهی در سرمایه روان‌شناختی دانشجویان. *پژوهش در آموزش علوم پزشکی*, ۸(۲)، ۲۷-۳۶.

کتیبایی، ژیلا، حمیدی، هوشنگ، یاریان، سجاد، قنبری، سعید و سیدموسوی، پریسا. (۱۳۸۹). مقایسه کیفیت زندگی، تنیدگی و سلامت روان در معتادان و غیرمعتادان مبتلا به HIV و افراد سالم. *مجله علوم رفتاری*, ۴(۲)، ۱۷-۲۴.

گل‌پرور، محسن. (۱۳۹۳). الگوی ساختاری رابطه پیوند معنوی با سرمایه روان‌شناختی و بهزیستی معنوی در پرستاران. *فصلنامه مدیریت پرستاری*, ۳(۲)، ۳۰-۳۹.

هاتفی‌پور، زهرا، علی مشهدی، فرهاد و آقامحمدیان شعراف، حمیدرضا. (۱۳۹۲). بررسی اثربخشی طرحواره درمانی گروهی بر بهبود سازگاری اجتماعی و طرحواره‌های ناسازگار اولیه و کاهش علائم در بیماران مبتلا به اختلال شخصیت مرزی. پایان‌نامه کارشناسی ارشد روان‌شناسی دانشگاه فردوسی مشهد، مشهد.

یعقوبی، مهدی، زرگر، فاطمه و اکبری، حسین. (۱۳۹۵). ذهن‌آگاهی و مصرف مواد: اثربخشی مدل پیشگیری از بازگشت مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر میزان بازگشت در مصرف‌کنندگان افیونی. *مجله تحقیقات علوم رفتاری*, ۱۴(۴)، ۴۷۲-۴۷۸.

Barnhofer, T., Crain, C., Hargus, E., Amarasingh, M., & Williams, M. (2009). Mindfulness based cognitive therapy as a treatment for chronic depression: A preliminary study. *Behavior Research and Therapy*, 82(1), 11-28.

Birch, C., Stewart, S., & Zack M. (2006). *Emotion and motive effects on drug-related cognition. Handbook of implicit cognition and addiction*. 1nd ed. London, 26-78.

Calvete, E., Orue, I., & Hankin, B. L. (2013). Early maladaptive schemas and social anxiety in adolescents: The mediating role of anxious automatic thoughts. *Journal of Anxiety Disorders*, 27(3), 278-288.

Calvete, Es., Orue, I., & González-Diez, Z. (2015). Investigation of psychometric properties and factor structure of Yang early incompatible patterns questionnaire. *European Journal of Psychological Assessment*, 29(4), 28-43.

- Dimidjian, S., Beck, A., Felder, J., Boggs, J., Gallop, R., & Segal, Z. (2014). Web-based mindfulness-based cognitive therapy for reducing residual depressive symptoms: An open trial and quasi-experimental comparison to propensity score matched controls. *Behavior Research and Therapy*, 63(3), 83-89.
- Hong, Z., Xingwei, L., Taisheng, C., Jinbo, H., Yao, L., & Siyao, W. (2015). Life event stress and binge eating among adolescents: The roles of early maladaptive schemas and impulsivity. *Journal Stress Health*, 3(2), 117-129.
- Janis, T., Leigh, B., Gisarah, M., & Marlatt, A. (2009). Spirituality, mindfulness and Substance abuse addictive behaviors. *Journal of Anxiety Disorders*, 8(23), 866-871.
- Luthans, F. (1999). The need for and meaning of positive organizational behavior. *Journal of Organizational Behavior*, 23(3), 695-706.
- Luthans, F., Youssef, C. M., & Avolio, B. J. (2007). *Psychological capital: Developing the human competitive edge*. New York: Oxford University Press.
- Pinto, G. (2006). Early maladaptive schemas and social phobia. *Cognitive Therapy and Research*, 30(5), 53-66.
- Renner, F., Lobbestael, J., Peeters, F., Arntz, A., & Huibers, M. (2012). Early maladaptive schemas in depressed patients: Stability and relation with depressive symptoms over the course of treatment. *Journal Affect Disorder*, 136(3), 581-590.
- Scott, A., Roxburgh, A., Bruno, R., Matthews, A., & Burns, L. (2012). The impact of comorbid cannabis and methamphetamine use on mental health among regular ecstasy users. *Journal addictive behaviors*, 37(1), 1058-1062.
- Shorey, R. C., Anderson, S., & Stuart, G. L. (2012). Gender differences in early maladaptive schemas in a treatment seeking sample of alcohol dependent adults. *Substance Use & Misuse*, 47(3), 108-116.
- Witkiewitz, K., Bowen, S., Douglas, H., & Hsu, S.H. (2013). Mindfulness-based relapse prevention for substance craving. *Journal of Addiction Behavioral Studies*, 38(2), 1563-1571.
- Wupperman, P., Marlatt, G. A., Cunningham, A., Bowen, S., & Berking M. (2012). Mindfulness and modification therapy for behavioral dysregulation: Results from a pilot study targeting alcohol use and aggression in women. *Journal of Clinical Psychology*, 68(1), 50-66.
- Young, J. E., Weishaar, M. E., & Klosko, J. S. (2003). *Schema therapy: A practitioners' guide*. New York: Guildford Press, 349-652.