



مقایسه اثربخشی طرح‌واره درمانی و آموزش مهارت‌های حل مسئله بر بهزیستی ذهنی (رضایت از زندگی و عواطف مثبت و منفی) مردان متأهل سوء‌مصرف کننده مواد

دانشجوی دکتری روانشناسی عمومی، واحد کرمانشاه، دانشگاه آزاد اسلامی، کرمانشاه، ایران
دانشیار گروه روانشناسی، واحد کرمانشاه، دانشگاه آزاد اسلامی، کرمانشاه، ایران
استادیار گروه روانشناسی، واحد کرمانشاه، دانشگاه آزاد اسلامی، کرمانشاه، ایران

پرویز مرادیان ^{id}
کیوان کاکابرایی* ^{id}
حسن امیری ^{id}

keivan@iauksh.ac.ir

ایمیل نویسنده مسئول:

پذیرش: ۱۴۰۰/۰۶/۱۹

دریافت: ۱۴۰۰/۰۲/۰۷

چکیده

هدف: هدف پژوهش حاضر مقایسه اثربخشی طرح‌واره درمانی و آموزش مهارت‌های حل مسئله بر بهزیستی ذهنی مردان متأهل سوء مصرف کننده حاضر در مراکز کمپ‌های ترک اعتیاد شهرستان سرپل ذهاب بود. **روش پژوهش:** روش پژوهش حاضر نیمه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون و دوره پیگیری با دو گروه آزمایش و یک گروه گواه بود. جامعه آماری پژوهش شامل کلیه مردان متأهل معتاد مراجعه‌کننده به مراکز ترک اعتیاد شهرستان سرپل ذهاب در سال ۹۸-۱۳۹۷ بودند که ۶۰ نفر به صورت نمونه‌گیری در دسترس انتخاب و در سه گروه ۲۰ نفر گروه آزمایش طرح‌واره درمانی و ۲۰ نفر گروه آزمایش مهارت‌های حل مسئله و ۲۰ نفر گروه گواه به صورت تصادفی جایگزین شدند، ابتدا هر سه گروه با مقیاس رضایت از زندگی دینر و همکاران (۱۹۸۵) و مقیاس عواطف مثبت و منفی واستون و همکاران (۱۹۸۸) مورد سنجش قرار گرفتند؛ هر دو گروه آزمایش به مدت ۱۲ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای تحت مداخله طرح‌واره درمانی یانگ، کلووسکو و ویشار (۲۰۰۳) و مهارت‌های حل مسئله دیکسون و کلوور، ۱۹۸۴ قرار گرفتند و گروه گواه هیچ مداخله‌ای را دریافت نکردند. داده‌ها با استفاده از تحلیل واریانس مختلط اندازه‌های مکرر بررسی شد. **یافته‌ها:** نتایج حاکی از تأثیر مداخله طرح‌واره درمانی بر عواطف منفی ($F=24/48, P=0/001$)، عواطف مثبت ($F=31/84, P=0/001$) و رضایت از زندگی ($F=3/82, P=0/0181$) و مداخله مهارت‌های حل مسئله بر عواطف منفی ($F=29/74, P=0/001$)، عواطف مثبت ($F=21/58, P=0/001$) و رضایت از زندگی ($F=4/46, P=0/041$) و پایداری این تأثیر در مرحله پیگیری بود. **نتیجه‌گیری:** با توجه به نتایج پژوهش می‌توان نتیجه گرفت که طرح‌واره درمانی و مهارت حل مسئله به‌عنوان درمان‌های ترجیحی در مداخلات افراد مصرف‌کننده مواد می‌تواند مورد استفاده درمانگران قرار گیرد.

کلیدواژه‌ها: طرح‌واره درمانی، حل مسئله، عواطف مثبت، عواطف منفی، رضایت از زندگی

فصلنامه علمی پژوهشی خانواده‌درمانی کاربردی

شاپا (الکترونیکی) ۲۷۱۷-۲۴۳۰

<http://aftj.ir>

دوره ۲ | شماره ۳ پیاپی ۷ | ۱۳۳-۱۵۲

پاییز ۱۴۰۰

نوع مقاله: پژوهشی

به این مقاله به شکل زیر استناد کنید:
درون متن:

(مرادیان، کاکابرایی و امیری، ۱۴۰۰)

در فهرست منابع:

مرادیان، پرویز، کاکابرایی، کیوان، و امیری، حسن. (۱۴۰۰). مقایسه اثربخشی طرح‌واره درمانی و آموزش مهارت‌های حل مسئله بر بهزیستی ذهنی (رضایت از زندگی و عواطف مثبت و منفی) مردان متأهل سوء مصرف کننده مواد. فصلنامه خانواده‌درمانی کاربردی، ۲(۳) پیاپی ۷۶: ۱۳۳-۱۵۲.

مقدمه

یکی از موضوعات نگران‌کننده در عصر حاضر که نه تنها زندگی شخصی فرد بلکه زندگی خانوادگی و جامعه را نیز تحت تأثیر قرارداد و تبدیل به معضلی فراگیر شده است اعتیاد است، به گونه‌ای که اعتیاد را می‌توان منظومه‌ای از مشکلات به هم پیوسته تلقی کرد که فردی، اجتماعی و خانوادگی است (رامچاندان، روزنتال، یانگ، هولمز، بنتلی، ۲۰۱۹). وابستگی و سوءمصرف مواد به عنوان اختلالات مزمن و عودکننده با تأثیرات و پیش‌آیندهای زیستی و فرهنگی، روانی، اجتماعی، رفتاری و معنوی در نظر گرفته می‌شود. خصوصیات روانی-شخصیتی افراد وابسته به مواد، صرفاً ناشی از مصرف مواد مخدر نیست، بلکه افراد وابسته به مواد قبل از اعتیاد دارای نارسایی‌های روانی و شخصیتی عیدیده‌ای بودند که بعد از اعتیاد به صورت مخرب‌تری ظاهر و تشدید شد (رید، هاگلین، دورند و دانیلز، ۲۰۱۹)، همچنین نتایج تحقیقات نشانگر آن است که افراد معتاد به لحاظ بهزیستی و سلامتی در وضعیت مطلوبی قرار ندارند و میزان کمتری از بهزیستی ذهنی را گزارش می‌کنند (پریادرشینی و ورما، ۲۰۱۲؛ حسین زاده علی اکبر، ۱۳۹۷؛ برقی، ۱۳۹۵). بهزیستی ذهنی به ارزیابی کلی فرد از کیفیت زندگی‌اش گفته می‌شود و بهزیستی روان‌شناختی، بهزیستی هیجانی و بهزیستی اجتماعی جزو مؤلفه‌های اصلی بهزیستی ذهنی محسوب می‌شوند (کامفیلد و سوینگتون، ۲۰۱۸). پاره‌ای از بررسی‌های، بهزیستی ذهنی را ارزیابی فرد از زندگی خویش، در دوره‌های زمانی حال و گذشته می‌دانند؛ این ارزشیابی شامل واکنش هیجانی فرد به حوادث و قضاوت‌ها است که وی درباره رضایت از زندگی خود ارائه می‌دهند؛ بنابراین بهزیستی ذهنی، درک فرد از زندگی در حیطه رفتارهای هیجانی، عملکردهای روانی و ابعاد سلامت روانی است. پژوهش‌ها درباره بهزیستی ذهنی قلمروهایی از شخصیت، انگیزش و عامل‌های شناختی (ادراک، اعتمادبه‌نفس و خوش‌بینی) را نشان داده‌اند؛ که تمامی این عوامل در رضایت افراد در زندگی مشارکت دارند (تقریبی و شریفی و سوکی، ۱۳۹۱).

سازمان جهانی بهداشت، سلامت روانی را به عنوان حالتی از بهزیستی که در آن فرد توانایی‌های خود را می‌شناسد، می‌تواند با فشارهای روانی بهنجار کنار آید، به نحو پرثمر مولدی کار کند و برای اجتماع خویش مفید باشد تعریف می‌کند. در بطن جنبش نوین روان‌شناختی مثبت نگر نیز بسیاری از پژوهشگران برجسته بر لزوم در نظر گرفتن جنبه‌های مثبت بشر و مفهوم بهزیستی در تعریف سلامت روانی تأکید کرده‌اند و اغلب آن‌ها فقدان بیماری‌های روانی و وجود سطوح بالای از بهزیستی را به عنوان سلامت روانی تلقی می‌نمایند (کاکابرایی، افروز، هومن، شگری، ۱۳۹۰). در واقع ویژگی مهم سلامت روانی که فرد واجد سلامت، بایستی از آن برخوردار باشد احساس بهزیستی یا رضایتمندی است. برای مطالعه سلامت روان از آنجاکه انسان موجودی تک‌بعدی نیست و سلامت وی مرهون رشد همه‌جانبه و هماهنگ کلیه ابعاد بالندگی، سرزندگی و نشاط روانی است، پژوهشگران باید به سوی عملیاتی کردن سلامت روانی به عنوان نشانگانی که دربرگیرنده نشانه‌های بهزیستی ذهنی است گام بردارند. اصطلاح بهزیستی ذهنی معادل شادی است که در ادبیات مربوطه به جای یکدیگر بکار می‌روند اما به دلیل مفاهیم بسیاری که در آن نهفته است به شادی ارجح است و به قضاوت فرد از درجه یا میزان مطلوبیت کیفیت کل زندگی خود او اطلاق می‌گردد (کریمی و همکاران، ۱۳۹۳).

از جمله درمان‌هایی که بهزیستی روانی را تحت تأثیر قرار می‌دهد، طرح‌واره درمانی می‌باشد، طرح‌واره درمانی، رویکردی یکپارچه و نسبتاً جدید است که بر اساس بسط و گسترش مفاهیم و روش‌های درمان شناختی-رفتاری سنتی به وجود آمده است (هاوکی، پراونچر و پارلیخ، ۲۰۱۳). طرح‌واره یک ساختار، چارچوب، تم یا الگویی از محتوای شناختی است و هدف طرح‌واره درمانی، تغییر و بهبود طرح‌واره‌ها است. طرح‌واره‌ها مجموعه‌ای از خاطرات، هیجان‌ها، احساس‌های بدنی و شناخت واژه‌ها هستند (دیکهات و ارنست، ۲۰۱۴)؛ که تأکیدش بیشتر بر ریشه‌های تحولی مشکلات روان‌شناختی، استفاده از تکنیک‌های برانگیزه شده و ارائه مفهوم سبک‌های مقابله‌ای است (حمیدپور و اندوز، ۱۳۸۶). در این نوع درمان به تشخیص و شناسایی طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه پرداخته می‌شود و این امر نرخ بهبود را افزایش و نرخ عود را کاهش می‌دهد (هورلی و بکر، ۲۰۱۶). رویکرد مدل طرح‌واره درمانی برخلاف اشکال مختلف شناخت درمانی که بر حال تأکید می‌کند، بر الگوهای خودویرانگر، احساس و رفتاری که از دوران کودکی فرد ریشه گرفته‌اند و در سرتاسر طول زندگی فرد تکرار می‌شوند، تمرکز می‌کند. رشد طرح‌واره‌ها اغلب به دوران کودکی بازمی‌گردد (روزبهی و همکاران، ۱۳۹۵). بر اساس این نظریه افراد به خاطر تجارب کودکی منفی طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه را ایجاد می‌کنند که بر شیوه تفکر، احساس و رفتار آن‌ها در روابط صمیمانه بعدی و سایر جنبه‌های زندگی‌شان تأثیری می‌گذارند (بل و همکاران، ۲۰۱۷). این درمان مدل جامعی از مداخلات مبتنی بر تنظیم هیجانی از جمله اعتباربخشی هیجانی توسط خود و دیگران، مداخلات مبتنی بر اصلاح طرح‌واره‌های هیجانی، آزمایش و اصلاح باورهای منفی پیرامون هیجانات، ذهن آگاهی، تعدیل پردازش هیجانی، کاهش استرس، بازسازی شناختی، پذیرش و اشتیاق و مهربانی با خود را ارائه داده است (لیهی، تیرچ و ناپولیتنو، ۲۰۱۱). نتایج مطالعات مختلف حاکی از اثربخشی طرح‌واره درمانی بر بهزیستی روان‌شناختی، سلامت روان، افزایش شادکامی و کیفیت زندگی بودند (نواکو، ۲۰۱۳، گلی، هدایت، دهقان و شورابه، ۱۳۹۵).

از الگوهای مداخله‌های روان‌شناختی برجسته در درمان اعتیاد و پیشگیری از عود در سال‌های اخیر آموزش مهارت حل مسئله است که بر کمک به بیمار، برای کسب مهارت‌های مقابله‌ای لازم به‌منظور مدیریت موقعیت‌های خطرناک و درمان اختلالات روان‌شناختی همراه تمرکز دارد (لاین‌هن و همکاران، ۲۰۱۶). آموزش مهارت حل مسئله اشاره به یک فرایند شناختی-رفتاری دارد که تنوعی از پاسخ‌های بدیل و بالقوه را برای مقابله با شرایط مشکل‌ساز فراهم می‌کند، موجب آگاهی مراجعان از وجود ارتباط بین تجربه ناراحتی‌های روانی و مشکلات گوناگون زندگی می‌شود و توانایی آن‌ها را برای تعریف واضح‌تر از مشکلات و استفاده از مهارت‌های شناختی برای کنار آمدن با موقعیت‌های مسئله آفرین افزایش می‌دهد. مراجعان، حل مسئله را در یک چهارچوب ساختاریافته فرامی‌گیرند و پی می‌برند که اکثر مشکلات بالقوه چالش پذیر هستند (مینورس-والیسس، ۲۰۰۱). از طریق آموزش مهارت‌های زندگی، فرد می‌تواند ضمن برقراری روابط سالم و دوستانه با همسالان و سایر افراد، خود را نیز در جمع مطرح کرده و نیاز به احترام را برآورده سازد (هیل و همکاران، ۲۰۱۸). مراجعان از طریق درمان آموزش مهارت‌های حل مسئله می‌آموزند چگونه با مشکلات فعلی که آن‌ها را احاطه نموده مقابله کنند (هوگارس و همکاران، ۲۰۱۹). آن‌ها می‌توانند با ارائه راه‌حل‌های جانشینی برای مشکلات به‌ظاهر غیرقابل‌حلشان به آن نوع امیدواری برسند که لازمه درمان و

بهبودی است (کروگر و همکاران، ۲۰۱۲). چون شیوع سوءاستفاده از مواد در جامعه ما افزایش چشمگیری یافته است و اعتیاد به‌عنوان یک آسیب روانی و اجتماعی خانواده‌های بسیاری را درگیر ساخته است به همین خاطر برنامه‌های مختلفی برای مبارزه با عرضه و تقاضای مواد مخدر به کار گرفته می‌شود به‌طوری‌که سرمایه‌های کلان ملی صرف مبارزه با تقاضای مواد مخدر می‌شود و برای پیشگیری از اعتیاد نیز کارگاه‌های متعدد پیشگیری از اعتیاد در سازمان‌های مختلف تشکیل می‌شود. در این کارگاه‌ها و همایش‌های علمی و حتی به دنبال برنامه‌های مختلفی که در رسانه‌های مکتوب و غیر مکتوب ارائه می‌شود آگاهی خانواده‌ها و حتی افراد معتاد افزایش یافته و تمایل به ترک اعتیاد در افراد معتاد بیشتر شده است و معتادین بیشتری به مرکز مشاوره‌ای و روان‌پزشکی و کمپ‌های متعدد جهت ترک اعتیاد مراجعه می‌کنند برای اینکه درمانگران این مرکز در کنار بازگیری از مواد بتوانند از فنون مختلف روان‌درمانی برای ترک اعتیاد و بازپروری آن‌ها استفاده کنند لازم است از مدل توان‌بخشی مناسبی استفاده کنند تا احتمال بازگشت مجدد به اعتیاد در آن‌ها کاهش یابد (رحیمی آفرین، ۱۳۹۳). در راستای این اهداف پژوهش حاضر در پی پاسخگویی سؤال‌های زیر است:

۱. آیا طرح‌واره درمانی و آموزش مهارت‌های حل مسئله بر بهزیستی ذهنی مردان متأهل سوءمصرف کننده مواد در کمپ‌های ترک اعتیاد مؤثر است؟
۲. آیا بین اثربخشی طرح‌واره درمانی و آموزش مهارت‌های حل مسئله بر بهزیستی ذهنی مردان متأهل سوءمصرف کننده مواد در کمپ‌های ترک اعتیاد تفاوت وجود دارد؟

روش

روش پژوهش حاضر نیمه آزمایشی طرح آن‌پیش‌آزمون-پس‌آزمون با دو گروه آزمایش و یک گروه گواه و دوره پیگیری دوماهه بود. جامعه آماری پژوهش شامل کلیه مردان متأهل معتاد مراجعه‌کننده برای خدمات درمانی به مراکز ترک اعتیاد شهرستان سرپل ذهاب در سال ۹۸-۱۳۹۷ بود و به‌صورت نمونه‌گیری در دسترس تعداد ۶۰ نفر از آن‌ها توسط فراخوان مبنی بر تشکیل دوره طرح‌واره درمانی و آموزش مهارت حل مسئله بر اساس معیارهای ورود به پژوهش انتخاب شدند. سپس به‌صورت تصادفی به سه گروه، یک گروه گواه (۲۰ نفر) و دو گروه آزمایش (هر گروه ۲۰ نفر) تقسیم‌بندی انجام شد، سپس از هر سه گروه با پرسشنامه بهزیستی ذهنی، پیش‌آزمون گرفته شد. در ادامه پس از دادن آموزش‌های لازم به گروه آزمایش، مجدد از هر سه گروه پس‌آزمون گرفته شد (گروه کنترل هیچ آموزشی دریافت نکردند) و بعد از دو ماه مجدداً شرکت‌کنندگان پرسشنامه‌های رضایت از زندگی و عواطف مثبت و منفی را به‌عنوان پیگیری تکمیل کردند. معیارهای ورود به پژوهش عبارت‌اند از: داوطلب شرکت در پژوهش بودن، دارای سطح تحصیلات حداقل دیپلم، کسب نمرات پایین در پرسشنامه بهزیستی ذهنی، بیماری‌های جسمانی نداشته باشند. معیارهای خروج عبارت بودند از: غیبت یک جلسه یا بیشتر از یک جلسه از جلسات، عدم تمایل و انگیزش کافی جهت ادامه شرکت در دوره درمان. شیوه اجرا به این صورت بود که ابتدا پژوهشگر در مراکز کمپ ترک اعتیاد شهرستان سرپل ذهاب، فراخوانی مبنی بر تشکیل دوره طرح‌واره درمانی و آموزش مهارت حل

مسئله اعلام کرد و افراد که داوطلب شرکت در پژوهش بودند و شرایط ورود به پژوهش را دارا بودند به شیوه نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند و در دو گروه آزمایش و یک گواه به شیوه تصادفی جایگزین شدند. برای شرکت‌کنندگان توضیح داده شد که جلسات درمانی به شیوه گروهی جهت کمک به آن‌ها برای توانمندی مؤلفه‌های بهزیستی ذهنی است و تمام شرکت‌کنندگان با رضایت کامل وارد طرح درمان شدند.

ابزارهای پژوهش

۱. **مقیاس رضایت از زندگی**^۱: مقیاس رضایت از زندگی دینر و همکاران (۱۹۸۵)، به منظور اندازه‌گیری بعد شناختی بهزیستی ذهنی افراد، نسخه پنج سؤالی مقیاس رضایت از زندگی را تهیه کردند. در این مقیاس، شرکت‌کنندگان به هرسال بر روی یک طیف هشت درجه‌ای لیکرت (از کاملاً مخالف تا کاملاً موافق)، پاسخ می‌دهند. گفتنی است که با افزایش نمره افراد در این مقیاس، نمره کلی رضایت از زندگی افزایش می‌یابد. دامنه نمره افراد بین کمترین ۰ و بیشترین ۳۵ به دست می‌آید. در نمونه ایرانی ضریب آلفای کرونباخ مقیاس رضایت از زندگی برابر با ۰/۸۴، در نمونه سوئدی برابر با ۰/۸۵ و در دو نمونه به‌طور کلی برابر با ۰/۸۳ به دست آمد (شکری، ۱۳۸۸).

۲. **مقیاس عواطف مثبت و منفی**^۲: در این مطالعه، به منظور بررسی بعد عاطفی بهزیستی، بر اساس برنامه عاطفی مثبت و منفی (واستون و همکاران، ۱۹۸۸)، از صفات خلی بیست‌تایی استفاده شده است. سؤالات عاطفی مثبت و منفی هیجانات و احساسات مختلفی را توصیف می‌کنند و هر یک به درون یک مقیاس عواطف مثبت و با یک مقیاس عواطف منفی گروه‌بندی می‌شوند. شرکت‌کنندگان تمام سؤالات را بر روی یک مقیاس پنج درجه‌ای لیکرت پاسخ می‌دهند. در این طیف عدد ۱ نشان‌دهنده عدم تجربه هیجان و عدد ۵ بیانگر تجربه بسیار زیاد هیجان می‌باشد. برای هر آزمودنی نمره کلی عواطف مثبت از طریق جمع نمرات شرکت‌کننده در هریک از ده صفت توصیفگر هیجانات مثبت (علاقه‌مند، هیجان‌زده، نیرومند، مشتاق، سربلند، هوشیار، خوش‌ذوق، مصمم، متوجه، فعال) و نمره کلی عواطف منفی از طریق جمع نمرات شرکت‌کننده در هریک از ده صفت توصیفگر هیجانات منفی (پریشانی، ناراحت، گناهکار، وحشت‌زده، متخاصم، تحریک‌پذیر، شرمسار، عصبی، بی‌قرار، ترسان) محاسبه شد. نتایج مطالعه شکری (۱۳۸۸)، نشان داد که در بین دانشجویان ایرانی و سوئدی، نتایج تحلیل عامل اکتشافی و تحلیل عامل تأییدی عاطفی مثبت و منفی، همسو با یافته‌های مطالعه واتسون و همکاران (۱۹۸۸)، از ساختار دوعاملی عاطفی مثبت و منفی حمایت کرد. در نمونه ایرانی ضرایب آلفای کرونباخ برای مقیاس‌های عواطف مثبت و منفی به ترتیب برابر با ۰/۸۰ و ۰/۷۷، در نمونه سوئدی به ترتیب برابر با ۰/۷۶ و ۰/۷۶ و در هر دو نمونه به‌طور کلی برابر با ۰/۷۸ و ۰/۸۱ به دست آمد. در پژوهش گلستانی بخت (۱۳۹۶) ضریب پایایی آلفای کرونباخ ۰/۷۷ به دست آمده است. در پژوهش حاضر ضریب پایایی پرسشنامه به روش آلفای کرونباخ برای کل گروه نمونه در پیش‌آزمون ۰/۸۸ و در پس‌آزمون ۰/۸۳ به دست آمد.

1. Satisfaction With Life Scale (SWLS)
2. Positive and Negative effectschedule (PANAS)

۳. **آموزشی طرح‌واره درمانی.** برنامه به‌صورت یک فعالیت گروهی انجام می‌شود که از بسته آموزشی طرح‌واره درمانی یانگ و همکاران (۱۳۹۵/۲۰۰۳) مفهوم‌سازی شده است؛ در این پژوهش این برنامه در ۱۲ جلسه گروهی ۹۰ دقیقه‌ای در مورد گروه آزمایش الف به شرح زیر اجرا شد.

جلسه اول. در این جلسه ضمن برقراری رابطه با اعضای گروه و فراهم‌سازی زمینه اعتماد، ساختار جلسات، قوانین گروه و انجام توافقات لازم بیان شد، همچنین توضیحاتی حول محور آموزش مفهوم طرح‌واره، طرح‌واره درمانی گروهی و نحوه تکمیل پرسشنامه طرح‌واره به شرکت‌کنندگان داده شد، همچنین پرسشنامه‌های به‌عنوان پیش‌آزمون توسط شرکت‌کنندگان تکمیل شد و در پایان جلسه تکلیف جهت انجام در منزل به شرکت‌کنندگان داده شد.

جلسه دوم. ابتدا به بررسی تکلیف جلسه قبل پرداخته شد، سپس ضمن آموزش مفاهیم سوءمصرف مواد بیان علل آن به توضیح نقش طرح‌واره‌های ناسازگار در سوءمصرف مواد و تأثیر طرح‌واره درمانی بر بهزیستی ذهنی پرداخته شد درنهایت تکلیفی جهت انجام در منزل به شرکت‌کنندگان محول شد.

جلسه سوم. ابتدا به بررسی تکلیف جلسه قبل پرداخته شد، سپس نقش آموزش در روند درمان توضیح داده شد و ارتباط طرح‌واره با کودک درون بایبانی مثال‌هایی از طرح‌واره ناسازگار بیان شد، همچنین در این جلسه به بررسی عوامل مؤثر بر اکتساب طرح‌واره پرداخته شد و درنهایت تکلیفی جهت انجام در منزل به شرکت‌کنندگان داده شد.

جلسه چهارم. ابتدا تکلیف جلسه قبل موردبررسی قرار گرفت، سپس با کمک شرکت‌کنندگان به شناخت و برانگیختن طرح‌واره‌های آن‌ها، تصاویر ذهنی با افراد مهم زندگی از جمله همسالان و سایر کسانی که در شکل‌گیری طرح‌واره نقش داشته‌اند پرداخته شد، همچنین به شرکت‌کنندگان کمک شد تا به هیجان‌های مرتبط با طرح‌واره‌های خود را تجربه کنند در پایان جلسه به آن‌ها تکلیف ارائه شد.

جلسه پنجم. ابتدا تکلیف جلسه قبل موردبررسی قرار گرفت، در ادامه به بهزیستی ذهنی مؤلفه‌های آن و همچنین نقش عوامل مختلف خصوصاً طرح‌واره‌ها در رضایت از زندگی و عواطف مثبت و منفی پرداخته شد در پایان جلسه تکلیف جهت انجام در منزل به آن‌ها ارائه گردید.

جلسه ششم. ابتدا تکلیف جلسه قبل بررسی شد، اعتبار طرح‌واره‌های شرکت‌کنندگان مرد آزمون قرار گرفت و شواهد عینی تأکید کننده بر طرح‌واره طی صحبت با اعضای گروه جمع‌آوری شد، همچنین شواهد عینی رد کننده طرح‌واره‌ها نیز جمع‌آوری شد و تعریف جدیدی از شواهد تأیید کننده طرح‌واره‌ها ارائه گردید درنهایت تکلیف جهت انجام در منزل به آن‌ها داده شد.

جلسه هفتم. ابتدا تکلیف جلسه قبل بررسی شد، همچنین کارت‌های آموزشی طرح‌واره‌ها تهیه شد و ضمن معرفی فرم ثبت طرح‌واره‌ها از افراد درخواست شد تا به کمک آموزش‌دهنده طرح‌واره‌هایی خود را ثبت کنند، درنهایت تکلیف جلسه آینده ارائه شد.

جلسه هشتم. ابتدا تکلیف جلسه قبل بررسی شد و با استفاده از تکنیک‌های گفتگوی خیالی، گفتگوی طرح‌واره (گفتگوی خیالی)، به توانمندسازی بیمار برای جنگیدن علیه طرح‌واره و فاصله گرفتن از طرح‌واره‌های ناسازگار پرداخته شد، درنهایت تکلیف جهت انجام در منزل ارائه شد.

جلسه نهم. ابتدای جلسه تکلیف جلسه قبل مرد بررسی قرا گرفت، در این جلسه به برقراری گفتگو بین طرح‌واره و جنبه سالم با شرکت فعال شرکت‌کنندگان پرداخته شد، همچنین فرم ثبت طرح‌واره مرد بررسی قرار گرفت، از شرکت‌کنندگان درخواست شد نامه‌ای به والدین خود بنویسند، برقراری گفتگوی خیالی با والدین در جلسه درمان از طریق روش صندلی خالی انجام شد، در ادامه رفتارهای خاص به‌عنوان آماج‌های احتمالی تغییر تعیین شد و تکلیف جهت انجام در منزل ارائه شد.

جلسه دهم. ابتدا تکلیف جلسه قبل بررسی شد، راهبردهای درمانی موردنظر برای تغییر رفتارهای مؤثر در تداوم طرح‌واره‌ها توضیح داده شد و روش‌های مؤثر در توانایی کنترل هیجان‌ها و تکانه‌ها ارائه شد، تکلیف جلسه در پایان ارائه شد.

جلسه یازدهم. ابتدا به بررسی تکلیف جلسه قبل پرداخته شد، سپس برخی از طرح‌واره‌ها مانند ایثار و اطاعت، محرومیت هیجانی و بازداری هیجانی در اعضای گروه موردبررسی قرار گرفت و شیوه درست ارتباط و ابراز عواطف و هیجان به آن‌ها آموزش داده شد، در پایان تکلیف جلسه ارائه شد.

جلسه دوازدهم. ابتدا تکلیف جلسه قبل بررسی شد، در ادامه به بررسی روش‌های مؤثر در تحمل خستگی و ناکامی در حین انجام کارها بر اساس طرح‌واره خویشتن‌داری پرداخته شد در پایان جلسه ضمن مرور کلی جلسات پس‌آزمون گرفته شد.

۴. آموزش گروهی مهارت حل مسئله. برنامه به‌صورت یک فعالیت گروهی در ۱۲ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای هر هفته دو جلسه به شرح زیر انجام می‌شود که از بسته آموزشی دیکسون و کلور، ۱۹۸۴ مفهوم‌سازی شده است (حیدری و رسول‌زاده طباطبایی، ۱۳۸۶).

جلسه اول. در این جلسه به ایجاد ارتباط و آشنایی اعضای گروه با یکدیگر پرداخته شد و آزمودنی‌ها با مهارت حل مسئله به‌منظور ارتقای سطح سلامت و بهداشت روانی آشنا شدند توضیحات تکمیلی پیرامون ضرورت انجام پژوهش، منطق و شیوه کار، انتظارات، اهداف و نحوه مشارکت اعضای گروه در برنامه‌ها، انجام تکالیف و شرکت منظم و فعال اعضا در جلسات ضرورت و نقش آموزش مهارت حل مسئله در زندگی روزمره داده شد: به آزمودنی‌ها توضیح داده شد که چگونه توانایی مهارت حل مسئله فرد را قادر می‌سازد تا به‌طور مؤثری مسائل زندگی را حل نماید مسائل مهم زندگی چنانچه حل نشده باقی بمانند استرس روانی ایجاد می‌کنند که به فشار روانی منجر می‌شود.

جلسه دوم. به بیان خلاصه جلسه قبل و بررسی تکالیف پرداخته شد، در این جلسه به آزمودنی‌ها آموزش داده شد که: قدم اول در حل موفقیت‌آمیز مشکل این است که این ادراک را در خودتان پرورش دهید که تو می‌توانی مشکلات را حل کنی پس اولین کاری که باید انجام دهید این است که آرامش خود را حفظ کنید. به اصلاح باورهای غلط پرداخته و توانایی شناخت سالم از مشکلات را داشته باشید و آن‌ها را به‌عنوان یک پدیده طبیعی بپذیرند؛ علت بروز موفقیت‌های مسئله آفرین را بیان و مستقلاً با مشکل برخورد نمایید و در هنگام برخورد با مسئله یا مشکل تأمل کنید و از واکنش خودکار پرهیز نمایید برای این منظور می‌توانید از روش توقف فکر استفاده نمایید یعنی به‌جای اقدام عجولانه و بدون تأمل توقف نموده و فکر کنید که چه اقداماتی باید صورت دهید تا مشکل برطرف شود درنهایت تکلیف ارائه شد.

جلسه سوم. خلاصه جلسه قبل و بررسی تکالیف آزمودنی‌ها و امتیازدهی به آن‌ها انجام شد ادامه مرحله اول مهارت حل مسئله (جهت‌گیری صحیح نسبت به مسئله) مورد بحث قرار گرفت و بر موانع شناختی حل مسئله مؤثر تأکید شد در نهایت تکالیف ارائه شد.

جلسه چهارم. خلاصه جلسه قبل بیان شد و تکالیف آزمودنی‌ها و امتیازدهی به آن‌ها بررسی شد. مرحله دوم مهارت حل مسئله (تعریف و فرمول‌بندی مسئله): با تمرکز بر مسائلی که آزمودنی‌ها ارائه داده بودند بر لزوم تعریف دقیق مشکل بحث شد به آزمودنی‌ها آموزش داده شد، گفته شد برای تعاریف کلی چون مشکلات خانوادگی و مشکلات تحصیلی نمی‌توان راه‌حل‌های مؤثری پیدا کرد، بلکه مشکل باید هر چه واضح‌تر و اختصاصی‌تر بیان شود در نهایت تکالیف ارائه شد.

جلسه پنجم. به بیان خلاصه جلسه قبل پرداخته شد، تکالیف آزمودنی‌ها بررسی و امتیازدهی به آن‌ها انجام شد، ادامه مرحله دوم مهارت حل مسئله (تعریف دقیق و واقع‌بینانه مسئله و مشکل) توضیح داده شد و در نهایت به برطرف کردن اشکالات آزمودنی‌ها در رابطه با مطالبی که تاکنون فراگرفته بودند پرداخته شد در پایان تکالیف ارائه شد.

جلسه ششم. به بیان خلاصه جلسه قبل پرداخته شد، تکالیف آزمودنی‌ها بررسی و امتیازدهی به آن‌ها انجام شد مرحله سوم مهارت حل مسئله (تولید راه‌حل‌های بدیل و تهیه فهرستی از راه‌حل‌های مختلف): به آزمودنی‌ها آموزش داده شد سپس بعد از توضیحات فوق با تأکید بر روش بارش فکری آزمون راه‌حل‌های آن به آزمودنی‌ها آموزش داده شد.

جلسه هفتم. به بیان خلاصه جلسه قبل پرداخته شد، تکالیف آزمودنی‌ها بررسی و امتیازدهی به آن‌ها انجام شد ادامه مرحله سوم مهارت حل مسئله (تولید راه‌حل‌های بدیل و تهیه فهرستی از راه‌حل‌های مختلف): مجدداً بر کمیت راه‌حل‌ها نه کیفیت آن‌ها، عدم ارزیابی راه‌حل‌ها در مراحل ابتدایی و توجه بیشتر به تولید راه‌حل‌ها نه روش اجرا تأکید گردید. برطرف اشکالات آزمودنی‌ها در رابطه با مطالبی که تاکنون فراگرفته بودند.

جلسه هشتم. به بیان خلاصه جلسه قبل پرداخته شد، تکالیف آزمودنی‌ها بررسی و امتیازدهی به آن‌ها انجام شد مرحله چهارم مهارت حل مسئله (تصمیم‌گیری): در این مرحله لازم است راه‌حل‌های فهرست شده در مرحله قبل را در مورد ارزیابی قرارداد و بهترین راه‌حل را انتخاب کنید، به آزمودنی‌ها آموزش داده شد برای اینکه بتوانید راه‌حل‌های مطرح‌شده را مورد ارزیابی قرار دهید بهتر است آن‌ها را روی یک برگ کاغذ یادداشت کنید و برای ارزیابی هر یک از راه‌حل‌ها از تکنیک دو ستونی استفاده نمایید به این صورت که در یک ستون محاسن یک راه‌حل و در ستون دیگر معایب آن را بنویسید، سپس بر اساس مقایسه این دو ستون در مورد حذف یا انتخاب راه‌حل تصمیم‌گیری کنید.

جلسه نهم. به بیان خلاصه جلسه قبل پرداخته شد، تکالیف آزمودنی‌ها بررسی و امتیازدهی به آن‌ها انجام شد ادامه مرحله چهارم مهارت حل مسئله (تصمیم‌گیری): توضیحاتی پیرامون تصمیم‌گیری داده شد به آزمودنی‌ها توضیح داده شد که تصمیم‌گیری خوب همیشه آسان نیست و در بسیاری از مواقع ما ترجیح می‌دهیم در مورد برخی مسائل خاص تصمیم‌گیری نکنیم همه تصمیم‌هایی که می‌گیریم پیامدهای خوب

یا بد دارند بنابراین در مورد تصمیم‌گیری در خصوص مسائلی که مطمئن نیستیم و ممکن است پیامدهای بدی داشته باشند، دودل هستیم، تصمیم‌گیری مستلزم مسئولیت‌پذیری است و خیلی از مردم برای فرار از این مسئله از تصمیم‌گیری خودداری می‌کنند اما اگر ما با فرایند تصمیم‌گیری درست و عواملی که بر تصمیم‌گیری ما تأثیر می‌گذارند آشنا شویم، این کار چندان هم دشوار نخواهد بود.

جلسه دهم. به بیان خلاصه جلسه قبل پرداخته شد، تکالیف آزمودنی‌ها بررسی و امتیازدهی به آن‌ها انجام شد، ادامه مرحله چهارم مهارت حل مسئله (تصمیم‌گیری)، توضیح سه عامل آگاهی و اطلاعات فشارهای اجتماعی که در تصمیم‌گیری باید به آن‌ها توجه کنیم.

جلسه یازدهم. به بیان خلاصه جلسه قبل پرداخته شد، تکالیف آزمودنی‌ها بررسی و امتیازدهی به آن‌ها انجام شد، ادامه مرحله چهارم مهارت حل مسئله (تصمیم‌گیری) مراحل تصمیم‌گیری منطقی: مرحله بازشناسی مرحله جمع‌آوری اطلاعات مرحله ارزیابی مرحله انتخاب مرحله اجرا توضیح داده شد.

جلسه دوازدهم. به بیان خلاصه جلسه قبل پرداخته شد، تکالیف آزمودنی‌ها بررسی و امتیازدهی به آن‌ها انجام شد مرحله پنجم مهارت حل مسئله (اثبات و بازبینی): پس از انتخاب بهترین راه‌حل از بین راه‌حل‌های ممکن باید آن را به اجرا بگذارید و در عمل نتیجه آن را مورد ارزیابی قرار دهید به عبارتی در این مرحله به اجرای راه‌حلی که اولویت دارد و مفید و مناسب است پرداخته می‌شود و سپس بعد از اجرای راه‌حل به پیامدهای آن راه‌حل توجه می‌شود. در نهایت ضمن مروری بر جلسات پس‌آزمون گرفته شد.

شیوه اجرا. اجرای پژوهش به این ترتیب بود که پس از کسب مجوز نمونه‌های انتخاب شده از مراکز ترک اعتیاد به صورت تصادفی در گروه‌های آزمایش الف و ب و گروه گواه جایگزین شدند؛ سپس گروه آزمایش طرح‌واره درمانی به مدت ۱۲ جلسه گروهی و به مدت یک ماه به صورت جلسات ۹۰ دقیقه‌ای هفته‌ای دو جلسه در روزهای دوشنبه و چهارشنبه از ساعت ۱۵ تا ۱۶:۳۰ و گروه مهارت‌های حل مسئله نیز به مدت ۱۲ جلسه گروهی و به مدت یک ماه به صورت جلسات ۹۰ دقیقه‌ای هفته‌ای دو جلسه در روزهای یکشنبه و سه‌شنبه از ساعت ۱۳:۳۰ الی ۱۵ در مرکز ترک اعتیاد که برای آموزش اختصاص یافته بود اجرا شد، درحالی‌که در این مدت گروه گواه برنامه و آموزش خاصی را دریافت نکردند؛ از این رو به دلیل مسائل اخلاقی به گروه گواه تعهد داده شد که پس از پایان جلسه‌ها گروه‌های آزمایش، آن‌ها نیز تحت مداخله قرار گرفتند؛ اطلاعات مربوط به مراحل پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری، در گروه گواه و گروه‌های آزمایشی، جهت تجزیه و تحلیل از آزمون تحلیل واریانس مختلط با اندازه‌های مکرر با نرم‌افزار اس.پی.اس. نسخه بیست و چهار استفاده شد.

یافته‌ها

میانگین و انحراف استاندارد سنی شرکت‌کنندگان گروه آزمایش طرح‌واره درمانی ۳۳/۸۰ (۱/۹۹) سال، میانگین و انحراف استاندارد سنی شرکت‌کنندگان گروه آزمایش مهارت‌های حل مسئله ۳۳/۳۵ (۱/۴۸) و میانگین و انحراف استاندارد گروه گواه ۳۲/۹۰ (۱/۶۵) سال است.

جدول ۱. شاخصه‌های توصیفی عواطف مثبت و منفی و رضایت از زندگی برای گروه‌های آزمایش و گواه در دو مرحله پیش‌آزمون و پس‌آزمون (n=۶۰)

شاخص‌های آماری		پیش‌آزمون		پس‌آزمون		پیگیری	
متغیر	گروه	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
عواطف	طرح‌واره درمانی	۳۹/۵	۱۱/۲	۲۸/۶	۴/۷۹	۳۰/۳	۴/۵۱
منفی	حل مسئله	۳۸/۹	۲/۴۴	۳۰	۴/۹۷	۳۲/۲	۳/۷۸
	گواه	۳۸/۵	۳/۱۲	۳۸/۰۵	۳/۴۵	۳۷/۹۲	۳/۲۳
عواطف	طرح‌واره درمانی	۲۶	۳/۹۷	۳۴/۷۵	۴/۱۲	۳۴/۳	۳/۸۷
مثبت	حل مسئله	۲۷/۶	۳/۷	۳۲/۵	۴/۰۳	۳۲/۳۹	۴/۲۴
	گواه	۲۷/۲	۳/۹۹	۲۷/۲۵	۳/۹۴	۲۷/۳۵	۳/۸۹
رضایت	طرح‌واره درمانی	۱۴/۵	۱/۶۸	۱۹/۶۵	۲/۴۲	۱۸/۶۷	۲/۹۸
از زندگی	حل مسئله	۱۴/۴۵	۱/۱۹	۲۰/۹۵	۲/۶۰	۱۹/۵۶	۲/۰۳
	گواه	۱۵/۲۵	۱/۹۹	۱۴/۱۵	۲/۳	۱۵/۰۱	۲/۵

در مرحله پیش‌آزمون میانگین و انحراف معیار عواطف منفی در گروه آزمایش طرح‌واره ۳۹/۵ و ۱۱/۲، در گروه آزمایش مهارت‌های حل مسئله ۳۸/۹ و ۲/۴۴ و در گروه گواه ۳۸/۵ و ۳/۱۲ می‌باشد، ولی در مرحله پس‌آزمون میانگین و انحراف معیار عواطف منفی در گروه آزمایش طرح‌واره ۲۸/۶ و ۴/۷۹ در گروه آزمایش مهارت حل مسئله ۳۰ و ۴/۹۷ و در گروه گواه ۳۸/۰۵ و ۳/۴۵ به دست آمد همچنین در مرحله پیش‌آزمون میانگین و انحراف معیار عواطف مثبت در گروه آزمایش طرح‌واره ۲۶ و ۳/۹۷، در گروه آزمایش مهارت‌های حل مسئله ۲۷/۶ و ۳/۷ و در گروه گواه ۲۷/۲ و ۳/۹۴ می‌باشد، ولی در مرحله پس‌آزمون میانگین و انحراف معیار عواطف مثبت میانگین و انحراف معیار در گروه آزمایش طرح‌واره ۳۴/۷۵ و ۴/۱۲ در گروه آزمایش مهارت حل مسئله ۳۲/۵ و ۴/۰۳ و در گروه گواه ۲۷/۲۵ و ۳/۹۴ به دست آمد. همچنین در مرحله پیش‌آزمون میانگین و انحراف معیار رضایت از زندگی در گروه آزمایش طرح‌واره ۱۴/۵ و ۱/۶۸، در گروه آزمایش مهارت‌های حل مسئله ۱۴/۴۵ و ۱/۱۹ در گروه گواه ۱۵/۲۵ و ۱/۹۹ می‌باشد، ولی در مرحله پس‌آزمون میانگین و انحراف معیار رضایت از زندگی میانگین در گروه آزمایش طرح‌واره ۱۹/۶۵ و ۲/۴۲ در گروه آزمایش مهارت حل مسئله ۲۰/۹۵ و ۲/۶۰ و در گروه گواه ۱۴/۱۵ و ۲/۳ به دست آمد.

جدول ۲ نتایج آزمون توزیع طبیعی نمره‌ها و آزمون همگنی واریانس‌ها

متغیر	گروه	آزمون کولموگراف-اسمیرنف		آزمون لوین		شیب رگرسیون	
		درجه آزادی	آماره	سطح معناداری	درجه آزادی	سطح معناداری	آماره
عواطف منفی	طرح‌واره درمانی	۲۰	۰/۱۲	۵۷	۲/۲۴	۰/۱۳	۱/۱۵
	حل مسئله	۲۰	۰/۲۰				
	گواه	۲۰	۰/۲۲				
عواطف مثبت	طرح‌واره درمانی	۲۰	۰/۱۹	۵۷	۰/۳۰	۰/۷۳	۱/۳۸
	حل مسئله	۲۰	۰/۱۸				
	گواه	۲۰	۰/۱۷				
رضایت از زندگی	طرح‌واره درمانی	۲۰	۰/۱۴	۵۷	۰/۱۱	۰/۹۸	۰/۸۴
	حل مسئله	۲۰	۰/۱۳				
	گواه	۲۰	۰/۱۰				

با توجه به جدول ۲، آمار Z آزمون کولموگراف-اسمیرنف برای تمامی متغیرهای پژوهش در تمامی گروه‌ها معنادار نیست؛ بنابراین می‌توان نتیجه گرفت که توزیع متغیرها نرمال است. همچنین یافته‌ها نشان داد که آماره f آزمون لوین جهت بررسی همگنی واریانس متغیرها در گروه‌های پژوهش برای متغیرهای وابسته (عواطف منفی، عواطف مثبت و رضایت از زندگی) معنادار نیست. این یافته‌ها نشان می‌دهد که واریانس این متغیرها در گروه‌ها همگن است. برای بررسی مفروضه کرویت یا معناداری رابطه بین متغیرها از آزمون مجذور خی بارتلت استفاده شد. یافته‌ها نشان داد که آماره مجذور خی بارتلت (۳۲/۹۰) در سطح ۰/۰۳ معنادار است؛ بنابراین بین متغیرهای پژوهش رابطه معنادار وجود دارد. در جدول ۳ نتایج آزمون تحلیل واریانس مختلط اندازه‌های تکراری گزارش شده است آزمون F^2 یا آزمون طلایی صنعت (اندازه اثر)، آزمون F^2 یا آزمون طلایی صنعت آزمونی است که برخلاف R^2 که به دنبال پیش‌بینی رفتار بر اساس کل متغیرهای مستقل می‌باشد، این آزمون بیان هرکدام از متغیرها به صورت تنها چه سهمی در پیش‌بینی متغیر وابسته دارد. مقادیر به دست آمده با سه مقدار ۰/۰۲ (ضعیف)، ۰/۱۵ (متوسط) و ۰/۳۵ (قوی) مقایسه می‌شود.

جدول ۳. نتایج تحلیل واریانس مختلط با اندازه‌گیری‌های مکرر در سه گروه در سه مرحله

متغیر	گروه‌ها	منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	نسبت F	سطح معناداری	اندازه اثر
عواطف	طرح‌واره	مراحل مداخله	۵۲/۲۶	۲	۲۶/۱۳	۱۹/۷۶	۰/۰۰۱	۰/۳۴
منفی	درمانی	مراحل × گروه	۷۷/۲۶	۲	۳۸/۶۳	۲۹/۲۲	۰/۰۰۱	۰/۴۳
		بین گروهی	۱۳۴/۴۰	۱	۱۳۴/۴۰	۲۴/۴۸	۰/۰۰۱	۰/۳۹
	حل مسئله	مراحل مداخله	۵۲/۲۶	۲	۲۶/۱۳	۱۶/۸۰	۰/۰۰۱	۰/۳۰
		مراحل × گروه	۹۶/۲۰	۲	۴۸/۱۰	۳۰/۹۲	۰/۰۰۱	۰/۴۴

۰/۴۳	۰/۰۰۱	۲۹/۷۴	۱۲۰/۰۰	۱	۱۲۰/۰۰	بین گروهی		
۰/۴۰	۰/۰۰۱	۲۵/۷۹	۲۴/۳۵	۲	۴۸/۷۱	مراحل مداخله	طرح‌واره	عواطف
۰/۴۰	۰/۰۰۱	۲۶/۲۱	۲۴/۷۵	۲	۴۹/۵۱	مراحل × گروه	درمانی	مثبت
۰/۴۵	۰/۰۰۱	۳۱/۸۴	۲۳۸/۰۰	۱	۲۳۸/۰۰	بین گروهی		
۰/۵۰	۰/۰۰۱	۲۹/۶۳	۲۹/۶۳	۲	۵۹/۲۶	مراحل مداخله	حل مسئله	
۰/۵۲	۰/۰۰۱	۳۲/۴۳	۳۲/۴۳	۲	۶۴/۸۶	مراحل × گروه		
۰/۳۶	۰/۰۰۱	۲۱/۵۸	۱۲۸/۱۳	۱	۱۲۸/۱۳	بین گروهی		
۰/۰۷	۰/۰۴۷	۲/۷۴	۱۱/۸۵	۲	۲۳/۷۱	مراحل مداخله	طرح‌واره	رضایت از
۰/۰۸	۰/۰۳۳	۳/۵۶	۵۶/۴۵	۲	۱۱۲/۹۱	مراحل × گروه	درمانی	زندگی
۰/۰۶	۰/۰۱۸	۳/۸۲	۴۸/۱۳	۱	۴۸/۱۳	بین گروهی		
۰/۰۸	۰/۰۵۰	۱/۳۴	۲۱/۴۳	۲	۴۲/۸۶	مراحل مداخله	حل مسئله	
۰/۱۰	۰/۰۱۴	۷۱/۶۳	۷۱/۶۳	۲	۱۴۳/۲۶	مراحل × گروه		
۰/۱۰	۰/۰۴۱	۴/۴۶	۹۹/۰۰	۱	۹۹/۰۰	بین گروهی		

نتایج جدول ۳ نشان می‌دهد که مداخله طرح‌واره درمانی بر نمره عواطف منفی ($P=0/001$) با اندازه اثر ۰/۳۹، عواطف مثبت ($P=0/001$) با اندازه اثر ۰/۴۵ و رضایت از زندگی ($P=0/018$) با اندازه اثر ۰/۰۶ و مداخله مهارت‌های حل مسئله بر نمره عواطف منفی ($P=0/001$) با اندازه اثر ۰/۴۳، عواطف مثبت ($P=0/001$) با اندازه اثر ۰/۴۵ و رضایت از زندگی ($P=0/041$) با اندازه اثر ۰/۱۰ مؤثر بوده است.

جدول ۴ نتایج آزمون بنفرونی در سه مرحله به تفکیک گروه‌ها

متغیرها	مرحله (I)	گروه طرح‌واره درمانی		گروه حل مسئله		گروه گواه	
		خطای	میانگین‌ها	خطای	میانگین‌ها	خطای	میانگین‌ها
		معیار	(I-J)	معیار	(I-J)	معیار	(I-J)
عواطف	پس‌آزمون	۱/۲۸	۴/۸۴*	۱/۲۶	۵/۵۸*	۰/۴۱	۰/۲۶
منفی	پیش‌آزمون	۱/۲۰	۴/۵۰*	۱/۱۴	۵/۰۸*	۰/۰۶	۰/۴۰
	پس‌آزمون	۰/۳۱	۰/۵۵	۰/۴۰	۰/۷۸	۰/۵۸	۰/۳۳
عواطف	پس‌آزمون	۰/۷۴	۳/۵۰*	۰/۲۲	۳/۴۴*	۱/۰۸	۰/۸۹
مثبت	پیش‌آزمون	۰/۷۸	۳/۵۲*	۰/۱۹	۳/۱۰*	۰/۵۰	۰/۹۴
	پس‌آزمون	۰/۳۴	۰/۷۹	۰/۵۷	۰/۹۱	۰/۵۸	۰/۲۸
رضایت از	پس‌آزمون	۰/۵۷	۵/۰۰*	۰/۶۲	۴/۷۸*	۰/۶۷	۰/۴۴
زندگی	پیش‌آزمون	۰/۵۴	۵/۱۰*	۰/۶۰	۴/۸۵*	۰/۵۹	۰/۴۸
	پس‌آزمون	۰/۳۷	۰/۴۸	۰/۳۸	۰/۵۲	۰/۳۸	۰/۸۸

جدول ۴ مقایسه سه مرحله در گروه‌های آزمایش طرح‌واره درمانی و مهارت‌های حل مسئله و گروه گواه نشان می‌دهد که تفاوت در عواطف منفی، عواطف مثبت و رضایت از زندگی ($P=0/001$) در مراحل پس‌آزمون و پیگیری در قیاس با پیش‌آزمون، معنادار و این تأثیر تا مرحله پیگیری پایدار مانده است؛ درحالی‌که در گروه گواه، این تفاوت‌ها معنادار نیست ($P=0/05$).

جدول ۵. نتایج آزمون تعقیبی LSD برای مقایسه تفاوت عواطف منفی، عواطف مثبت و رضایت از زندگی

متغیر	گروه‌ها	تفاوت میانگین‌ها	خطای انحراف استاندارد	P
عواطف منفی	گروه طرح‌واره درمانی و گروه آموزش حل مسئله	-۲/۳	۱/۳۸	۰/۰۴
	گروه طرح‌واره درمانی و گروه گواه	-۱۰/۲۷	۱/۱۴	۰/۰۰۱
عواطف مثبت	گروه آموزش حل مسئله و گروه گواه	-۷/۹۶	۱/۳۷	۰/۰۰۱
	گروه طرح‌واره درمانی و گروه آموزش حل مسئله	۳/۵۱	۰/۸۹	۰/۰۰۱
رضایت از زندگی	گروه طرح‌واره درمانی و گروه آموزش حل مسئله	۸/۳۷	۰/۹۰	۰/۰۰۱
	گروه آموزش حل مسئله و گروه گواه	۴/۸۶	۰/۸۹	۰/۰۰۱
	گروه طرح‌واره درمانی و گروه آموزش حل مسئله	-۱/۲۴	۰/۵۶	۰/۰۳
	گروه طرح‌واره درمانی و گروه گواه	۶/۷۵	۰/۵۷	۰/۰۰۱
	گروه آموزش حل مسئله و گروه گواه	۷/۹۶	۰/۵۶	۰/۰۰۱

نتایج جدول فوق نشان می‌دهد که بین تأثیرگذاری طرح‌واره درمانی و آموزش مهارت‌های حل مسئله بر عواطف منفی تفاوت معناداری مشاهده وجود دارد. بررسی جدول میانگین‌ها نشان می‌دهد که میانگین عواطف منفی در گروه طرح‌واره درمانی ($۲۸/۶$)، نسبت به گروه آموزش مهارت‌های حل مسئله (۳۰) کاهش معناداری داشته است. همچنین میانگین نمرات گروه طرح‌واره درمانی ($۲۸/۶$) و آموزش مهارت‌های حل مسئله (۳۰) نسبت به گروه گواه ($۳۸/۰۵$) کاهش معناداری داشته است. در مجموع نتایج نشان می‌دهد که طرح‌واره درمانی نسبت به آموزش مهارت‌های حل مسئله تأثیرگذاری بیشتری بر عواطف منفی داشته است. همچنین نتایج جدول فوق نشان می‌دهد که بین تأثیرگذاری طرح‌واره درمانی و آموزش مهارت‌های حل مسئله بر عواطف مثبت تفاوت معناداری مشاهده وجود دارد. بررسی جدول میانگین‌ها نشان می‌دهد که

میانگین عواطف مثبت در گروه طرح‌واره درمانی (۳۴/۷۵) نسبت به گروه آموزش مهارت‌های حل مسئله (۳۲/۵) افزایش معناداری داشته است. همچنین میانگین نمرات گروه طرح‌واره درمانی (۳۴/۷۵) و آموزش مهارت‌های حل مسئله (۳۲/۵) نسبت به گروه گواه (۲۷/۲۵) افزایش معناداری داشته است. در مجموع نتایج نشان می‌دهد که طرح‌واره درمانی نسبت به آموزش مهارت‌های حل مسئله تأثیرگذاری بیشتری بر عواطف مثبت داشته است؛ و در آخر نتایج جدول فوق نشان داد که بین تأثیرگذاری طرح‌واره درمانی و آموزش مهارت‌های حل مسئله بر رضایت از زندگی تفاوت معناداری وجود دارد. بررسی جدول میانگین‌ها نشان می‌دهد که میانگین رضایت از زندگی در آموزش مهارت‌های حل مسئله (۲۰/۹۵) نسبت به گروه طرح‌واره درمانی (۱۹/۶۵) افزایش معناداری داشته است. همچنین میانگین نمرات گروه آموزش مهارت‌های حل مسئله (۲۰/۹۵) و طرح‌واره درمانی (۱۹/۶۵) نسبت به گروه گواه (۱۳/۱۵) افزایش معناداری داشته است. در مجموع نتایج نشان می‌دهد که آموزش مهارت‌های حل مسئله نسبت به طرح‌واره درمانی تأثیرگذاری بیشتری بر رضایت از زندگی داشته است.

بحث و نتیجه‌گیری

نتایج نشان داد که بین میانگین نمرات گروه‌های مورد مقایسه تفاوت معناداری در بهزیستی ذهنی یعنی مؤلفه‌های عواطف منفی، عواطف مثبت و رضایت از زندگی وجود دارد. در ادامه نتایج آزمون تعقیبی LSD نشان داد که طرح‌واره درمانی نسبت به آموزش مهارت‌های حل مسئله تأثیرگذاری بیشتری بر عواطف منفی و مثبت داشته است؛ و آموزش مهارت‌های حل مسئله نسبت به طرح‌واره درمانی تأثیرگذاری بیشتری بر رضایت از زندگی داشته است. این یافته، همسو با یافته‌های هاشمی و همکاران (۱۳۹۵)، طاهری مقدم و همکاران (۱۳۹۳)، کنگ و همکاران (۲۰۱۵)، ماریسون (۲۰۱۴)، می‌باشد. در تبیین بهبود طرح‌واره‌های حوزه طرد و بریدگی شامل محرومیت هیجانی، طرد/رهاشدگی، بی‌اعتمادی/بدرفتاری، انزوای اجتماعی، نقص/شرم و شکست در اثر مداخله درمانی طرح‌واره محور می‌توان به نقش تکنیک‌های شناختی و تجربی اشاره کرد. در نتیجه با استفاده از راهبردهای شناختی بیماران یاد می‌گیرند که انتظار غیرواقع‌بینانه خود را مبنی بر اینکه افراد مهم زندگی باید مدام در دسترس باشند و همیشه به یک شیوه رفتار کنند، تغییر دهند. تکنیک‌های شناختی همچنین دیدگاه بیمار در مورد خودش را تغییر می‌دهند. بیماران شواهد تأیید کننده و رد کننده طرح‌واره‌هایشان را بیان کرده و بین طرح‌واره اصلی و جنبه سالم که احساس ارزشمندی خوبی برای آن‌ها به ارمغان می‌آورد، گفتگویی برقرار می‌کنند. درمانگر همچنین با استفاده از تکنیک‌های تجربی از طریق تکنیک‌های برقراری گفتگو و تصویرسازی ذهنی به بیمار کمک می‌کند تا نیازهای هیجانی ارضا نشده دوران کودکی را بشناسد.

راهبردهای رفتاری به‌ویژه رویارویی نیز به‌عنوان تبیینی برای اثربخشی طرح‌واره درمانی بر طرح‌واره‌های حوزه طرد و بریدگی در افراد دارای علائم اضطراب را باید مورد توجه قرار داد. با استفاده از تکنیک‌های رفتاری بیماران به تدریج یاد می‌گیرند به گروه‌ها بپیوندند، با دیگران ارتباط برقرار کنند. افراد دارای علائم اضطراب از طریق تکنیک‌های رفتاری یاد می‌گیرند نسبت به انتقاد واکنش افراطی نشان ندهند، به موقعیت‌های

اجتماعی وارد شوند و به اصلاح برخی از نقطه‌ضعف‌هایشان مانند جرئت آموزی و یادگیری مهارت‌های اجتماعی بپردازند. وجود عوامل گروهی، فعال‌سازی تکنیک‌های طرح‌واره درمانی را تسهیل نموده و آثار جبرانی مهمی بر طرح‌واره‌های مرکزی از قبیل طرد و بریدگی، انزوای اجتماعی، بی‌اعتمادی و محرومیت هیجانی دارد. می‌توان گفت که فرایند گروهی جلسات و جو حاکی از پذیرش و همدلی در طول جلسات درمانی، باعث کاهش نمرات و تعدیل طرح‌واره‌های حوزه طرد و بریدگی افراد شده است. نتایج پژوهش همچنین حاکی از اثربخشی طرح‌واره درمانی بر همه طرح‌واره‌های حوزه خودگردانی و عملکرد مختل شامل طرح‌واره‌های شکست، وابستگی/بی‌کفایتی، آسیب‌پذیری نسبت به ضرر و بیماری و خویشتن تحول نیافته/گرفتار بود. از آنجایی که طرح‌واره درمانی سهم بیشتر و تمرکز بیشتری بر عواطف دارد نسبت به آموزش مهارت‌های حل مسئله تأثیر بیشتر بر عواطف منفی و مثبت دارد.

کنگ و همکاران (۲۰۱۵)، نشان دادند که توجه آگاهانه به حال در عملکرد عاطفی و رفتاری با افزایش ذهنی رفا، کاهش روانی علائم و واکنش عاطفی و بهبود مقررات رفتاری همراه است. از سوی دیگر رضایت از زندگی یک ارزیابی شناختی از زندگی است. مؤلفه عاطفی بهزیستی نشان‌دهنده ارزیابی افراد از شرایط زندگی آنان است. می‌توانیم این نوع ارزیابی را با قضاوت کلی فرد درباره کیفیت زندگی او مقایسه کنیم. احتمالاً افراد می‌توانند شرایط زندگی خود را بررسی کنند، اهمیت این شرایط را سبک و سنگین کنند و سپس زندگی خود را در یک مقیاس یا دامنه رضایتمندی تا نارضایتمندی ارزیابی کنند. به این قضاوت شناختی کلی رضایتمندی از زندگی گفته می‌شود. مؤلفه زیر بنایی قضاوت رضایتمندی پردازش شناختی است، به همین علت بسیاری از پژوهش‌ها به روش‌هایی که این قضاوت‌ها شکل می‌گیرند توجه می‌کنند و همین وابسته بودن رضایت از زندگی به مسائل شناخت باعث می‌شود که آموزش مهارت‌های حل مسئله نسبت به طرح‌واره درمانی تأثیرگذاری بیشتری بر رضایت از زندگی داشته باشد. بر اساس یافته‌های پژوهش پیشنهاد می‌شود: طرح‌واره درمانی را به‌عنوان درمان‌های ترجیحی در مقایسه با آموزش مهارت‌های حل مسئله در تأثیرگذاری بر عواطف مثبت و منفی در سوءمصرف کنندگان مواد استفاده قرارداد و آموزش مهارت‌های حل مسئله را به‌عنوان درمان‌های ترجیحی در تأثیرگذاری بر رضایت از زندگی در سوءمصرف کنندگان مواد استفاده قرارداد، از محدودیت‌های پژوهش حاضر می‌توان به موارد زیر اشاره کرد: انتخاب نمونه در این پژوهش به‌صورت در دسترس صورت پذیرفته است. عدم کنترل متغیرهای احتمالی تأثیرگذار مثل شخصیت، ویژگی‌های جمعیت شناختی، این پژوهش در سطح شهرستان سرپل ذهاب صورت پذیرفته و باید در تعمیم این نتایج به سایر نقاط جامعه جانب احتیاط را رعایت نمود. لذا پیشنهاد می‌گردد، از مطالعات طولی استفاده شود تا بتوان با اطمینان بهتری به تعمیم نتایج پرداخته شود، همچنین با افزایش دادن گروه نمونه می‌توان تفاوت تأثیرات و تغییرات نتایج آزمون‌ها را باهم با دقت بیشتری مقایسه کرد.

تشکر و قدردانی

این مطالعه برگرفته از رساله دکتری رشته روانشناسی عمومی در دانشگاه آزاد اسلامی علوم و تحقیقات واحد کرمانشاه بود، در پایان، از تمامی افراد شرکت‌کننده در پژوهش تمامی افرادی که نویسندگان را در اجرای این پژوهش یاری و همراهی نمودند، تشکر و قدردانی می‌شود.

تضاد منافع

هیچ‌گونه تضاد منافی بین نویسندگان وجود ندارد.

منابع

- برقی، فتنه. (۱۳۹۵). *سنجش اعتیاد پذیری دانش‌آموزان دبیرستان‌های تهران به‌منظور شناسایی افراد مستعد سوءمصرف مواد*. پایان‌نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه علامه طباطبایی.
- تقریبی، زهرا، شریفی، خدیجه، و سوکی، زهرا. (۱۳۹۱). *بهزیستی ذهنی در دانشجویان دانشکده پرستاری و مامایی کاشان، مجله علمی دانشکده پرستاری و مامایی همدان، ۲۰(۱): ۶۲-۵۶*.
- حمیدپور، حسن، و اندوز، زهرا. (۱۳۸۶). *طرح‌واره درمانی: راهنمای کاربردی برای متخصصان بالینی، تهران: انتشارات ارجمند*.
- روزبهی، مهران، کیخسروانی، مولود، و دیره، عزت. (۱۳۹۵). *بررسی مقایسه اثربخشی گروهی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، طرح‌واره درمانی و درمان شناختی رفتاری بر شیوع اختلالات عملکرد جنسی در افراد معتاد تحت درمان در بیمارستان‌های شهر شیراز، تهران: سومین کنفرانس جهانی روانشناسی و علوم تربیتی، حقوق و علوم اجتماعی در آغاز هزاره سوم*.
- رحیمی آفرین، موقر. (۱۳۹۳). *راهنمایی پیشگیری و درمان اعتیاد*. تهران: نشر آموزش.
- طاهری مقدم، نعیمه، تقی‌زاده، محمد احسان، کاکو جویباری، علی اصغر، و علاقه‌مند، آنیتا. (۱۳۹۳). *تأثیر طرح‌واره درمانی بر کاهش افکار خودآیند منفی و افزایش عزت نفس زنان افسرده. فصلنامه پژوهش در سلامت روان‌شناختی، ۸(۱): ۵۰-۴۱*.
- کریمی، سارا، کاکابرایی، کیوان، یزدانبخش، کامران، و مرادی، غلامرضا. (۱۳۹۳). *اثربخشی درمان شناختی رفتاری بر بهزیستی ذهنی بیماران قلبی عروقی. ماهنامه علمی پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه، ۱۸(۳): ۳۵-۲۱*.
- کاکابرایی، کیوان، مرادی، علیرضا، افروز، غلامعلی، هومن، حیدرعلی، و شکری، امید. (۱۳۹۰). *روایی عاملی و تغییرناپذیری اندازه‌گیری نسخه کوتاه فهرست مقابله با موقعیت‌های تنیدگی‌زا در والدین کودکان عادی و استثنایی. فصلنامه روانشناسی کاربردی، ۵(۴): ۹۰-۷۴*.
- گلی، رحیم، هدایت، سعیده، دهقان، فاطمه، و حسینی شورا، مریم. (۱۳۹۵). *اثربخشی طرح‌واره درمانی گروهی بر بهزیستی روان‌شناختی و پرخاشگری دانشجویان، سلامت و مراقبت، ۱۸(۳): ۲۷۰-۲۵۸*

هاشمی، نظام، غیورباغبانی، سیدمرتضی، خدیوی، غلامرضا، هاشمیان نژاد، فریده، و عاشوری، جمال. (۱۳۹۵). اثربخشی درمان شناختی رفتاری و طرحواره درمانی بر شادکامی و سلامت روان دانشجویان پرستاری. *مجله بالینی پرستاری و مامایی*، ۱(۵): ۲۲.

- Ball, J. Mitchell, P. Malhi, G. Skillecorem, A. Smith, M. (2017). Schema focused therapy For borderline disorder: reducing vulnerability to relapse through attitudinal change. *Australian & New Zealand. Journal of Psychiatry* 37(1), 41.
- Dickhaut, V. \ Arntz, A. (2014). Combined group and individual schema therapy for borderline personality disorder: A pilot study. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 45(2), 242-251.
- Hawke, L. D. Provencher, M. D. Parikh, S. V. (2013). Schema therapy for bipolar disorder: A conceptual model and future directions. *Journal of Affective Disorders*, 148(1), 118-122.
- Horly, W.P. & Barker, D.G. (2016). Competing and complementary models of combat stress injury. In C.R. Figley, W.P. Nash (editors). *Combat stress injury: Theory, research, and management*. New York: Routledge: 65-94.
- Heal DL, Gosden J, Smith SL. (2018). Evaluating the abuse potential of psychedelic drugs as part of the safety pharmacology assessment for medical use in humans. *Neuropharmacology*, Volume 142, Pages 89-115.
- Hogarth, L. Martin, L. Seedat S. (2019). Relationship between childhood abuse and substance misuse problems is mediated by substance use coping motives, in school attending South African adolescents. *Drug and Alcohol Dependence*, Volume 194, Pages 69-74.
- Kroger, C. Schweiger, U. Sipos, V. Arnold, R. Gkahl, K. Schunert, T. (2012). Effective of dialectical Behavioral therapy for borderline personality disorder in an inpatient unit. *Behaviour research and therapy*, 44, 1211-1217.
- Keng, S. L. et al. (2015). Effects of mindfulness on psychological health: A review of empirical studies, *Clinical Psychology Review*. 10.1016. j.cpr.04.006.
- Leahy RL, Tirch D, Napolitano LA. (2011). *Emotion regulation in psychotherapy*. New York: The Guilford Press; 2011.
- Linehan, MM. Dimeff, LA. Reynolds, SK. Comois, KA. Welch, SS, Heagerty P, et al. (2016). Dialectical behavior therapy versus comprehensive validation therapy plus 12-step for the treatment of opioid dependent women meeting criteria for borderline personality disorder. *Drug Alcohol Depend*. 67 (5): 13-29.
- Mynors- Wallis L. (2001). Problem - solving treatment in general psychiatric practice, *Advances in psychiatric Treatment*; 7(6): 417- 425.
- Morison, S. (2014). *Judicial Child Abuse: The Family Court of Australia Gender Identity Disorder and the "Alex" Case*. Copyright Elsevier Ltd, Department of Political Science, University of Melbourn, 1-18.
- Novaco, RW. (2013). Reducing anger related offending: What works. In L. Craig, L. Dixon, & T. Gannon Eds. *What works in Offender rehabilitation: An evidence-based approach to assessment and treatment?* Chichester UK: John Wiley & Sons.
- Ramchandran S. Rosenthal M. Young J. Holmes E. Bentley JP. (2019). Subtle scales: An avenue for identification of prescription drug abuse. *Research in Social and Administrative Pharmacy*, In press, corrected proof, Available online 22 February 2019. pages 85-92.

Reid DBC, Haglin JM, Durand WM, Daniels AH. (2019). Operative Management of Spinal Infection Among Intravenous Drug Abusers. World Neurosurgery, Volume 124, Pages e552-e557.

مقیاس رضایت از زندگی

ردیف	کاملاً مخالفم	مخالفم	کمی مخالفم	نه موافقم نه مخالفم	کمی موافقم	موافقم	کاملاً موافقم
۱							زندگیم از بیشتر جهات به وضعیت ایده‌آل و موردنظرم نزدیک است.
۲							شرایط زندگی من عالی است.
۳							از زندگیم راضی هستم.
۴							تاکنون چیزهای مهمی را که در زندگی می‌خواستم به دست آورده‌ام.
۵							اگر می‌توانستم زندگیم را از نو تکرار کنم، چیزی را تغییر نمی‌دادم.

مقیاس عاطفه مثبت و منفی

ردیف	به هیچ وجه	کمی	متوسط	زیاد	بسیار زیاد	
۱						علاقه‌مندی
۲						پرشانی
۳						ذوق زندگی
۴						ناراحتی و آشفتگی
۵						نیرومندی
۶						احساس گناه
۷						ترس و وحشت
۸						خصومت
۹						شور و شوق
۱۰						غرور و افتخار
۱۱						زودرنجی
۱۲						هوشیاری
۱۳						شرمساری
۱۴						خوش‌ذوقی
۱۵						بی‌قراری
۱۶						مصمم
۱۷						متوجه و دقیق

دلشوره ۱۸

فعال ۱۹

هراسان ۲۰

The measurement of the effectiveness of schema therapy and problem-solving skills training on mental well-being (life satisfaction and positive and negative emotions) of married men who have the drug abuse problem

Parviz. Moradian¹, Keivan. Kakaberaei^{*2} & Hasan. Amiri³

Abstract

Aim: This study aimed to compare the effectiveness of schema therapy and problem solving skills training on the mental well-being of married men who abuse drugs and are in addiction treatment centers in Sarpol Zahab. **Methods:** The present research method was quasi-experimental with pre-test-post-test design and follow-up period with two study and control groups. The statistical population included all addicted married men who went to addiction treatment centers in Sarpol Zahab city in 2018-2019. Sixty people were selected by convenience sampling and were randomly replaced into three groups, including 20 people in the study group of schema therapy, 20 people in the study group of problem-solving skills, and 20 people in the control group. First, all three groups were assessed with the Life Satisfaction Scale of Diener et al. (1985) and the Positive and Negative Affect Schedule (Watson et al., 1988). Both study groups received 12 sessions of 90 minutes under the intervention of Young, Young, J. E., Klosko, J. S. & Weishaar, M. E. (2003). Schema therapy, and Dixon & Clover Problem Solving Skills 1984, and the control group did not receive any intervention. The data were analyzed using mixed variance analysis of repeated measures. **Results:** The results indicated the effect of schema therapy intervention on negative emotions ($F = 24.48, P = 0.001$), positive emotions ($F = 31.84, P = 0.001$) and life satisfaction ($F = 3.82, P = 0.081$) and the effect of the intervention of problem solving skills on negative emotions ($F = 29.74, P = 0.001$), positive emotions ($F = 21.58, P = 0.001$) and life satisfaction ($F = 4, P = 0.041$). And this effect remained stable in the follow-up stage. **Conclusion:** Based on the results of the study, it can be concluded that schema therapy and problem-solving skills can be used by therapists as the preferred therapies in the interventions of drug users.

Keywords: Schema Therapy, Problem Solving, Positive Affects, Negative Affects, Life Satisfaction

1. PhD Student in General Psychology, Kermanshah Branch, Islamic Azad University, Kermanshah, Iran

2. *Corresponding Author: Associate Professor, Department of Psychology, Kermanshah Branch, Islamic Azad University, Kermanshah, Iran

keivan@iauksh.ac.ir

3. Assistant Professor, Department of Psychology, Kermanshah Branch, Islamic Azad University, Kermanshah, Iran