فصلنامه علمی اعتیاد پژوهی، سال پانزدهم، شماره شصت و یکم، ص۲۸۲-۲۶۱، پاییز ۱۴۰۰
Scientific Quarterly of Research on Addiction, Vol. 15, No. 61, P 261-282, Autumn 2021

مقاله پژوهشی
Research Article

اثربخشی آموزش خودشفابخشی (کدهای شفابخش) بر حس انسجام در مردان وابسته به مواد مخدر

زهرا ایرانی[۱]، زهره لطیفی[۲]، محمد سلطانی‌زاده[۳]

تاریخ دریافت: ۱۳۹۹/۱۱/۰۲ تاریخ پذیرش: ۱۴۰۰/۰۹/۱۳

چکیده

هدف : هدف از پژوهش حاضر بررسی اثربخشی آموزش خودشفابخشی بر حس انسجام در مردان وابسته به مواد مخدر در سال ۱۳۹۹ بود. **روش:** روش پژوهش نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه کنترل بود. جامعه‌ی آماری پژوهش شامل همه مردان وابسته به مواد مخدر شهر اصفهان در سال ۱۳۹۹ بود. از میان آن‌ها، ۳۰ نفر که تمایل به شرکت در تحقیق را داشتند به صورت در دسترس انتخاب شدند و سپس به صورت تصادفی به دو گروه آزمایش (۱۵ نفر) و کنترل (۱۵ نفر) تقسیم شدند. پرسش‌نامه حس انسجام برای گردآوری داده‌ها مورد استفاده قرار گرفت. گروه آزمایش تحت ۱۴ جلسه (به صورت هفته‌ای یک جلسه ۹۰ دقیقه‌ای) آموزش خودشفابخشی قرار گرفتند و پس از اتمام آموزش پس‌آزمون برای هر دو گروه اجرا شد. برای تحلیل داده‌ها از آزمون تحلیل کواریانس تک متغیره استفاده شد. **یافته‌ها:** نتایج نشان داد که آموزش خودشفابخشی در افزایش حس انسجام مردان وابسته به مواد تاثیر معناداری داشت. **نتیجه‌گیری:** بنابر نتایج تحقیق می‌توان آموزش خودشفابخشی را به عنوان یکی از رویکردهای جدید مثبت‌نگرجهت افزایش سلامت روان‌شناختی افراد وابسته به مواد مخدر در مراکز درمانی مرتبط با ترک مواد مخدر با اثرات نسبتا پایدار برای افزایش مهارت‌های خود مراقبتی به کاربرد.

کلیدواژه‌ها: خودشفابخشی، حس انسجام، اعتیاد

۱. کارشناس ارشد مشاوره توانبخشی، گروه روان‌شناسی، دانشگاه پیام نور، ایران
۲. نویسنده مسئول: دانشیار، گروه روان‌شناسی، دانشگاه پیام نور، ایران. پست الکترونیک: z_yalatif@yahoo.com
۳. استادیار، گروه روان‌شناسی، دانشگاه پیام نور، ایران

[Downloaded from etiadpajohi.ir on 2026-10-11]

[DOI: 10.52547/etiadpajohi.15.61.261]

مقدمه

وابستگی به مواد مخدر بیماری مزمنی است که با جستجوی اجباری و مصرف مواد مخدر در ۲۰ تا ۳۰ درصد افراد مشاهده می‌شود (لوشر و جاناک،[1] ۲۰۲۱). این بیماری آثار مخرب جسمانی، روانی، خانوادگی، شغلی، مالی، اخلاقی، پیامدهای نامطلوب اجتماعی و همچنین از بین رفتن سرمایه‌های انسانی جوان و مغزهای متفکر را به دنبال دارد (کامکار، فرخی، سلیمی بجستانی و مردانی‌راد، ۱۳۹۹). کشور ما به دلیل شرایط خاص جغرافیایی، سیاسی، اجتماعی و فرهنگی شرایط مستعدی برای روی آوردن افراد به اعتیاد را دارد (عسگری، سیدآسیابان و سنگانی، ۱۳۹۸). این پدیده مخرب اجتماعی در بسیاری از خانواده‌های ایرانی رسوخ کرده و در کارکرد خانواده‌ها اختلالاتی عمیق و همه جانبه ایجاد نموده است (سعیدی و محمدی‌فر، ۱۳۹۷). سوءمصرف مواد نه تنها باعث درد و رنج فرد مصرف‌کننده می‌شود، بلکه بار و آسیب فراوانی بر خانواده و جامعه تحمیل می‌کند (مشاوری و لطیفی، ۱۳۹۷). وابستگی به مواد مخدر را می‌توان نوعی بیماری مغزی در نظر گرفت که موجب بدعملکردی و تغییرات ریخت‌شناختی در سیستم عصبی و سازوکارهای پاسخدهی به پاداش و لذت می‌شود. پژوهش‌های دو دهه‌ی اخیر نشان داده‌اند که وابستگی به مواد مخدر نوعی بیماری به حساب می‌آید که به کارکرد مغز مرتبط است (معینی، ملیحی الذاکرینی، اسدی و خواجوند خوشلی، ۱۳۹۸) و این دیدگاه که اعتیاد به مواد یک بیماری مغزی است، در جامعه علوم اعصاب به‌طور گسترده‌ای پذیرفته شده است (هیلیگ[2] و همکاران، ۲۰۲۱). انجمن روان‌پزشکی آمریکا[3] (۲۰۱۳) مطابق با پنجمین ویراست راهنمای تشخیصی وآماری اختلالات روانی، اختلال مصرف مواد را به عنوان مجموعه‌ای از نشانه‌های شناختی، رفتاری و فیزیولوژیکی تعریف می‌کند که نشان می‌دهند فرد با وجود مشکلات قابل ملاحظه مرتبط با مواد، به مصرف مواد ادامه می‌دهد. به عبارت دیگر، یک فرد وابسته به مواد مخدر علی رغم عواقب عمده منفی، پاداش مواد مخدر را نسبت به پاداش طبیعی ترجیح می‌دهد (لوشر و جاناک، ۲۰۲۱). وابستگی به

1. Lüscher & Janak
2. Heilig
3. American Psychiatric Association (APA)

سال پانزدهم شماره ۶۱، پاییز ۱۴۰۰
Vol. 15, No. 61, Autumn 2021

[Downloaded from etiadpajohi.ir on 2026-10-11]

[DOI: 10.52547/etiadpajohi.15.61.261]

مـــواد در تمـــامی حرفه‌ها، سطوح تحصیلی و طبقات اجتماعی-اقتصادی دیده می‌شود و صرفا بـــه فـــرد یا گروه خاصی مربوط نمی‌شود (مصطفایی، حسینی و جین آبادی، ۲۰۱۴). مسئله اعتیاد موجب می‌شود افراد وابسته به مواد مخدر در معرض تنش بالایی قرار گیرند و تاب‌آوری[1] و حس انســـجام[2] آن‌ها در مقابل مشـــکلات کاهش یابد (مولایی یســـاولی و عبدی، ۱۳۹۴). یکی از عواملی که اخیرا در ارتباط با وابســـتگی به مواد مخدر مطرح شـــده است، حس انسجام می‌باشد (مار[3]، ۲۰۲۱). حس انسجام یکی از عوامل موثر روان‌شناختی بر گرایش به مصـــرف مواد اســـت و می‌تواند نقشـــی خطرســـاز و یا محافظت‌کننده در برابر مصرف مواد داشته باشد (دی‌جوان و هانز،[4] ۲۰۲۱). به صورتی که گاهی در درون فرد در تلاش برای حفظ انسجام بالا، ممکن است الگوهای تعاملی مخربی ظاهر شود که موجب گرایش به تفکر گروهی مخرب تحت فضای اجتماعی و تصمیم‌گیری نادرست شود (مار، ۲۰۲۱)، ولی حس انســـجام منجر به شـــکل‌گیری باورهای ثابتی می‌شـــود که محرک‌های درونی و بیرونی مســـیر زندگی را قابل پیش‌بینی و توضـــیح‌پذیر می‌ســـازد. این ویژگی شخصیتی باعث می‌شود فرد از منابع و توانایی‌های درونی خود برای مواجهه با مجموعه‌ای از این محرک‌ها اســـتفاده کند و حس ارزشـــمندی داشـــته باشـــد (ارقبایی، ســـلیمانیان و محمدی‌پور، ۱۳۹۷). بنابراین، اکثر افرادی که از سطوح بالای این سازه شخصیتی برخودار هستند، علایم روان‌شناختی مثبت‌تری را تجربه می‌کنند و احتمالا سبک زندگی سالم‌تری دارند (کیکوچی[5] و همکاران، ۲۰۱۴). در مقابل، حس انســـجام پایین رابطه معناداری با مشـــکلات روان‌شـــناختی نظیر اضـــطراب و افســـردگی دارد (گرونشـــتاین، بلومک، نگی، ویپرمن و روی-جانگابرل[6]، ۲۰۱۴). در زمینه ارتباط بین حس انســـجام با مصـــرف مواد، پژوهش‌های اندکی انجام گرفته اســـت. با این حال، معدود مطالعات صـــورت گرفته نشـــان داده‌اند که حس انسجام بیشتر منجر به مصرف کمتر مواد می‌شود و احتمال درگیر شدن افراد در رفتارهای ســـوءمصـــرفی نظیر مصـــرف ســـیگار و الکل را کاهش می‌دهد (توس[7] و

1. resiliency
2. cohesiveness
3. Marr
4. De Juan & Hänze
5. Kikuchi
6. Grevenstein, Bluemke, Nagy, Wippermann & Kroe-ninger-Jungaberle
7. Tóth

سال پانزدهم شماره ۶۱، پاییز ۱۴۰۰
Vol. 15, No. 61, Autumn 2021

[Downloaded from etiadpajohi.ir on 2026-10-11]

[DOI: 10.52547/etiadpajohi.15.61.261]

همکاران، ۲۰۲۰). تحقیقات نشـــان داده‌اند که درمان‌هایی که حس انســـجام را افزایش می‌دهند، می‌توانند جهت مدیریت اســـترس و نشـــانه‌های اســـترس در افراد تحت درمان سودمند باشند و اگرچه حس انسجام و مصرف مواد هیچکدام نمی‌توانند ملاک پیش‌بینی برای دیگری باشـــند، ولی افزایش حس انســـجام کاهش مصـــرف مواد، و پایین بودن آن افزایش مصـــرف مواد را به دنبال دارد. بنابراین، حس انســـجام قوی می‌تواند یک عامل محافظت‌کننده در برابر رفتارهای اعتیادی نیز باشد (معینی و همکاران، ۱۳۹۸).

با توجه به مطالب مطرح شـده، شـناسـایی راهکارهایی که بتواند به بهبود حس انسـجام افراد وابسته به مواد مخدر و بازگشت آنان به زندگی سالم کمک نماید، ضروری به نظر می‌رسـد. تاکنون در پیشـینه مطالعات اخیر، اسـتفاده از رویکردهای درمانی متنوعی نظیر آموزش و درمان فراشـناختی (معینی و همکاران، ۱۳۹۸)، درمان مبتنی بر شـفقت (چلبی، علیمردانی و نیکنام، ۱۳۹۸)، مداخله تلفیقی امیددرمانی و درمان مبتنی بر سـبک زندگی آدلری (رضـاپور و نصـوحی، ۱۳۹۷) و خانواده‌درمانی کوتاه مدت ستیر (کیانی، خاکدال، قمری گیوی و جمشیدیان، ۱۳۹۷) قابل دسترسی است. ولی به نظر می‌رسد که هیچ یک اثرات خودمراقبتی ماندگار در افزایش حس انسجام ندارد. در بین رویکردهایی که جدیدا مطرح شده است، به نظر می‌رسد که رویکرد خودشفابخشی[1] با توجه به گستردگی دامنه فراگیری که ۵ بعد انســـان شـــامل جســـم، روان، ارتباطات اجتماعی، معنویت و اخلاق را مدنظر قرار داده اســـت، بتواند یک مداخله اثرگذار باشـــد. از جمله مداخلاتی که ممکن است بر حس انسجام اثرگذار باشد، رویکرد خودشفابخشی است. خودشفابخشی یکی از درمان‌های جدید روان‌شـــناســـی مثبت‌نگر اســـت که مدیریت و کنترل اســـترس‌های فیزیولوژیک را مورد هدف قرار می‌دهد. این رویکرد به طور رســـمی توســـط لوید[2] (روانشـناس و درمانگر طب مکمل) و جانسـون[3] (متخصـص سـرطان) در سـال ۲۰۱۱، در آمریکا تحت عنوان کدهای شفابخش ارایه شده است. خودشفابخشی در فرهنگ لغت به معنای توانایی التیام‌بخشـی و شـفابخشـی خویشـتن اسـت و به نقشـی که خود فرد در بهبود

1. self-healing
2. Alex Loyd
3. Ben Johnson

[Downloaded from etiadpajohi.ir on 2026-10-11]

[DOI: 10.52547/etiadpajohi.15.61.261]

بیماری یا حل مشکل خود ایفا می‌کند، اشاره دارد (نی[1]، ۲۰۰۸). رویکرد خودشفابخشی شامل مهارت‌های خاطره‌یابی، شناخت ویژگی‌های شخصیتی مشکل‌آفرین، کاهش اقدامات زیان‌بخش، آموزش مهارت‌های خودآرام بخشی، دعا و تمرینات کدهای شفابخش است. لوید، جانسون و لیپتون[2] (۲۰۱۴، ۲۰۰۵) معتقدند که ۹۵ درصد تمام مشکلات فیزیکی و غیر فیزیکی از استرس شامل استرس‌های موقعیتی و فیزیولوژیک سرچشمه می‌گیرند. استرس‌های موقعیتی منبع مشخصی دارند، عمدتا بیرونی بوده و قابل تشخیص هستند ولی استرس‌های فیزیولوژیک، استرس‌های درونی، ناآشکار و مخفی هستند که توسط خاطرات سلولی مخرب ایجاد و برانگیخته می‌شوند. این نوع استرس باعث بروز بیماری و ناخوشی‌هایی می‌شود که بر اساس شرایط و وضعیت بیرونی فرد نیست (که بتوان آن را تغییر داد)، بلکه استرس پنهانی و بسیار عمیقی است که در واقع در درون بوده و کاملا از وضعیت فعلی افراد مستقل است. در واقع، تغییر وضعیت و برطرف کردن امور تنش‌زا (استرس‌های موقعیتی و بیرونی) که تاکنون مورد توجه روان‌شناسان قرار گرفته، ممکن است تاثیر کمی بر روی این نوع استرس (استرس فیزیولوژیک) داشته باشد. استرس فیزیولوژیک باعث می‌شود که سیستم عصبی خودمختار از حالت تعادل خارج شود، در این وضعیت تعادلی بین حالت، جنگ و گریز در سیستم عصبی با حالت عادی یا آرامش وجود ندارد. لوید (۲۰۱۳) معتقد است که علت وجود استرس فیزیولوژیک در بدن "خاطره (حافظه) سلولی مخرب" است. خاطره سلولی مخرب، خاطره‌ای است که در تمام سلول‌های بدن ذخیره شده است و موجب کاهش انرژی سلولی و ایجاد استرس در بدن می‌شوند. لوید و لیپتون علل استرس فیزیولوژیک را خاطرات مخرب سلولی، احساسات منفی، ترس‌های بی‌مورد، تصاویر و باورهای نادرست و دروغینی می‌دانند که در بدن و ذهن ذخیره شده‌اند. این باورها و تصورات غلط در خاطرات سلولی باعث می‌شوند که افراد شرایط کنونی خود را به اشتباه به‌عنوان تهدید تلقی کنند، در صورتی که در واقعیت هیچ تهدیدی وجود ندارد و این تفسیر اشتباه از شرایط فعلی سبب فعال شدن ناسالم سیستم "جنگ یا گریز" در مغز می‌شود. تداوم استرس

1. Ni
2. Lipton

سال پانزدهم شماره ۶۱، پاییز ۱۴۰۰
Vol. 15, No. 61, Autumn 2021

[Downloaded from etiadpajohi.ir on 2026-10-11]

[DOI: 10.52547/etiadpajohi.15.61.261]

فیزیولوژیک باعث آشفتگی روانی، بروز اختلالات روانی و نهایتا ضعیف شدن سیستم ایمنی بدن می‌شود. علاوه بر موارد قبلی، هنگام استرس فیزیولوژیک، بخش پره‌فرونتال کرتکس کم فعالیت و بخش‌های عاطفی و هیجانی دچار افزایش فعالیت می‌شوند و بنابراین فرایند حل مسئله، استدلال منطقی و برنامه‌ریزی و قضاوت صحیح (دقیقا عواملی که در تفکر خردمندانه نقش مهمی دارند) نیز کاهش می‌یابد. لوید (۲۰۱۹) معتقد است خاطرات سلولی مخرب موجب عدم تعادل و تشدید اختلالات مختلف روانی مانند: کینه‌جویی، خودشیفتگی، ناتوانی در کنترل خشم، ترس‌های غیر منطقی، افسردگی، وسواس، طرد و خشونت، پایین بودن عزت نفس، بدبینی، ایده‌آل‌گرایی، ناتوانی در کنترل تکانه، اهمال کاری، اضطراب و پریشانی، اقدامات زیان‌بخش، ارتباطات مخرب و کاهش عملکرد منطقی، بروز و افزایش اختلالات جسمانی مزمن و ابتلا به اعتیاد و سوءمصرف مواد می‌شود. تمرکز این رویکرد درمانی بر تلاش فرد جهت درمان خاطرات مخرب سلولی یا همان حافظه پنهان و ریشه‌یابی علل استرس فیزیولوژیک است. در این درمان بر تعالی معنوی، داشتن سبک زندگی سالم، اصلاح گفتگوهای درونی، اصلاح ترس‌ها و باورهای ناسالم، مراقبه، دعا و انجام تمرینات مخصوص کدهای شفابخش تاکید شده است (لوید و جانسون، ۱۳۹۷).

در تحقیقات خارج از ایران، تاثیرات مثبت رویکرد شفابخشی قابل توجه است. از جمله فروهلیچ[1] و همکاران (۲۰۱۸) برنامه خودشفابخشی را به طور آنلاین در مورد جوانان کانادایی که همزمان دچار سوءمصرف الکل و مشکلات هیجانی نظیر اضطراب و افسردگی بودند اجرا نموده و به این نتیجه رسیدند که اجرای این برنامه علاوه بر این‌که میزان مصرف الکل را کاهش داد، به افزایش کیفیت زندگی و کاهش اضطراب، افسردگی و سوءمصرف سایر داروها منجر شد. تامسون، دیسو، شوارتزمن، دابسن و دراپو[2] (۲۰۲۰) گزارش دادند که پس از آموزش و اصلاح خودگویی‌های مبتنی بر خود سرزنش‌گری، بی‌کفایتی و بی‌ارزش‌سازی خود در بیماران افسرده میزان پذیرش خود، رفتار دوستانه با

1. Frolich

2. Thompson, D'iuso, Schwartzman, Dobson & Drapeau

سال پانزدهم شماره ۶۱، پاییز ۱۴۰۰
Vol. 15, No. 61, Autumn 2021

[Downloaded from etiadpajohi.ir on 2026-10-11]

[DOI: 10.52547/etiadpajohi.15.61.261]

خود و احساس عاملیت افزایش یافته و سیر بهبود در افسردگی و بهزیستی روان‌شناختی تسریع شد. تول[1] و همکاران (۲۰۲۰) با اجرای برنامه خودیاری در زنان پناهنده اوگاندایی موفق شدند تا آشفتگی‌های روانی آنان را کاهش و بهزیستی روان‌شناختی آنان را افزایش دهند. بریاندین و بریندینا[2] (۲۰۲۰) پس از انجام پژوهشی نقش خودشفابخشی در سلامت جسمانی را مورد تاکید قرار دادند. مطالعات دیگر نیز نقش مفید و موثر درمان خودشفابخشی بر افزایش شفقت به خود،کاهش نگرانی از تصویر تن و بهبود روند بیماری سرطان پوست (لطیفی، سلطانی و موسوی،۲۰۲۰)؛ بهبود روند بیماری فشار خون، بهداشت روان‌شناختی و شکیبایی (لطیفی، قرقانی و مردانی، ۱۳۹۸)؛ شدت درد، اضطراب مرتبط با درد و افسردگی در افراد مبتلا به سر درد مزمن (شهبازی و لطیفی، ۱۳۹۹)؛ فرسودگی شغلی،کیفیت زندگی وانعطاف‌پذیری عاطفی پرسنل اورژانس اجتماعی (شفیعی، ۱۳۹۹)؛ بخشش در خیانت زناشویی (حیدری، ۱۳۹۹) و بیماران مبتلا به مالتیپل اسکلروزیس (ترکیان، ۱۳۹۹)را گزارش کرده‌اند.

در ایران، لطیفی و مروی (۱۳۹۶) با کسب مجوز از لوید به ترجمه آثار و فایل‌های صوتی و آموزش این روش پرداختند و بر اساس مطالعات روان‌شناسی با توجه به مبانی فرهنگی، سنتی و مذهبی ایران پروتکل اجرایی را در ۱۴ مرحله تهیه و به تایید لوید و تعدادی روان‌شناسان و مشاوران دانشگاهی ایران رساندند. این پروتکل در جلسات متعددی توسط گروه روان‌شناسان و مشاوران به لحاظ علمی و اجرایی مورد بحث و بررسی قرار گرفته و اثربخشی آن توسط تعدادی از روان‌شناسان به لحاظ علمی و بر اساس گزارش مراجعین به طور عملی تایید شده است. بارزترین موارد بومی‌سازی، اصلاح سبک زندگی بر اساس دیدگاه بوعلی سینا و تعالی معنوی، دعا و مراقبه بر اساس دین اسلام است. با توجه به مباحث مطرح شده، تحقیق حاضر به بررسی اثربخشی آموزش خودشفابخشی (کدهای شفابخش) بر حس انسجام در افراد وابسته به مواد مخدر پرداخت و به دنبال پاسخگویی به این سوال اصلی بود که آیا آموزش خودشفابخشی می‌تواند بر حس انسجام در مردان وابسته به مواد مخدر موثر باشد؟

1. Tol
2. Bryndin & Bryndina

سال پانزدهم شماره ۶۱، پاییز ۱۴۰۰
Vol. 15, No. 61, Autumn 2021

[Downloaded from etiadpajohi.ir on 2026-10-11]

[DOI: 10.52547/etiadpajohi.15.61.261]

روش

جامعه، نمونه و روش نمونه‌گیری

این پژوهش از نوع پژوهش‌های نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون- پس‌آزمون با گروه کنترل بود. جامعه آماری این تحقیق شامل مردان وابسته به مواد مخدر دارای پرونده که در سال ۱۳۹۹ به مراکز ترک اعتیاد اصفهان مراجعه کرده بودند، بود. جهت اجرا، پس از هماهنگی با معاونت درمان استان و کلینیک‌های ترک اعتیاد در شهر اصفهان و اخذ کد اخلاق(IR.PNU.REC.1398.157) از کمیته ملی اخلاق در پژوهش‌های زیست پزشکی، طی فراخوانی از افراد وابسته به مواد مخدر که در کلینیک‌های ترک اعتیاد دارای پرونده بودند، دعوت به عمل آمد تا در صورت تمایل به شرکت در طرح پژوهشی در جلسه توجیهی اولیه محقق شرکت کنند. بر این اساس، ۳۰ نفر از افرادی که تمایل به شرکت در این پژوهش را داشتند و ملاک‌های ورود به مطالعه را داشتند به صورت در دسترس به عنوان نمونه انتخاب و با استفاده از گمارش تصادفی در دو گروه ۱۵ نفری آزمایش و کنترل قرار گرفتند. معیارهای ورود به مطالعه عبارت بود از: جنسیت مرد، داشتن سابقه اعتیاد به مدت سه سال، عدم دریافت درمان‌های روان‌شناختی همزمان، دارا بودن مدرک حداقل ابتدایی و تکمیل فرم رضایت آگاهانه. ملاک‌های خروج شامل داشتن اختلالات روانی حاد یا مزمن (با تشخیص روان‌شناس بالینی)، مصرف دارو، ابتلا به سایر بیماری‌های جسمانی، عدم همکاری در طول آموزش و عدم انجام تکالیف ارائه شده در جلسات و غیبت بیش از ۲ جلسه بود. پس از انتخاب نمونه، گروه آزمایش به مدت ۱۴ جلسه در دوره آموزش خودشفابخشی (به صورت یکبار در هفته به مدت ۹۰ دقیقه) در کلینیک ترک اعتیاد شرکت کردند، در حالی‌که گروه کنترل در لیست انتظار قرار گرفت. جهت ملاحظات اخلاقی، تمایل آگاهانه به شرکت در پژوهش، تضمین محرمانه بودن اطلاعات آزمودن‌ها (اصل رازدار بودن)، و احترام به حقوق انسانی شرکت‌کنندگان مد نظر قرار گرفت و پس از اجرای پس‌آزمون، آموزش به صورت فشرده برای گروه کنترل نیز اجرا شد.

[Downloaded from etiadpajohi.ir on 2026-10-11]

[DOI: 10.52547/etiadpajohi.15.61.261]

ابزار

۱- پرسش‌نامه حس انسجام آنتونوفسکی[1] (۱۹۸۷): این پرسشنامه یک ابزار خودگزارشی ۲۹ سوالی است که سوالات آن با طیف هفت درجه‌ای لیکرت از ۱ (به ندرت یا هرگز) تا ۷: (اغلب اوقات) نمره‌گذاری می‌شود. نمرات حس انسجام به طور معکوس تفسیر می‌شوند. به عبارت دیگر، نمره کمتر نشان از حس انسجام بالاتر و بهتر می‌باشد و بالعکس. علاوه بر نمره کل، این مقیاس متشکل از سه خرده‌مقیاس نیز است که شامل ادراک‌پذیری، کنترل‌پذیری و معنادار بودن هست. جمع‌بندی نتایج حاصل از ۲۶ مطالعه صورت گرفته در زمینه بررسی ویژگی‌های روان‌سنجی مقیاس حس انسجام نشان می‌دهد که این مقیاس ضرایب آلفای کرونباخ در دامنه ۰/۸۲ تا ۰/۹۵ دارد (علی‌پور و شریف، ۱۳۹۱). معینی و همکاران (۱۳۹۸) میزان آلفای کرونباخ پرسش‌نامه حس انسجام را ۰/۹۱ گزارش کرده‌اند.

روش اجرا

در پژوهش حاضر اجرای آزمون‌های تحقیق، قبل از شروع مداخله و بعد از اتمام جلسات آموزشی (پس‌آزمون) اجرا شد. گروه آزمایشی پژوهش تحت ۱۴ جلسه (به صورت هفته‌ای یک جلسه ۹۰ دقیقه‌ای) آموزش خودشفابخشی لطیفی و مروی (۱۳۹۷) با اقتباس از لوید و جانسون (۲۰۱۰) قرار گرفتند و همزمان با عضویت در گروه شبکه مجازی، صوت جلسات را جهت مرور بیشتر دریافت کردند. خلاصه جلسات آموزشی در جدول ۱ به تفکیک آمده است.

1. Sense of Coherence Questionnaire

سال پانزدهم شماره ۶۱، پاییز ۱۴۰۰
Vol. 15, No. 61, Autumn 2021

[Downloaded from etiadpajohi.ir on 2026-10-11]

[DOI: 10.52547/etiadpajohi.15.61.261]

جدول ۱: پروتکل آموزش گروهی خودشفابخشی لطیفی و مروی (۱۳۹۷) با اقتباس از لوید و جانسون (۲۰۱۰)

جلسه	خلاصه جلسه
اول	آشنایی با اعضای گروه و برقراری رابطه درمانی، مشخص نمودن اهداف و قوانین جلسات، معرفی استرس‌های موقعیتی و آموزش مدیریت استرس‌های موقعیتی، توضیح سیستم ایمنی بدن و نقش استرس برعملکرد سیستم ایمنی بدن. تکلیف۱: بررسی حالات و تهیه کامل‌تر لیست نگرانی‌ها و مشکلات و استرس‌ها توسط اعضای گروه.
دوم	توضیح استرس‌های فیزیولوژیک، استرس‌های پنهان یا خاطرات سلولی مخرب و حافظه کاذب. تکلیف۲: مشاهده خود و بررسی استرس‌های موجود و اجرای تن‌آرامی عضلانی تنفسی حداقل یک بار در روز (فایل صوتی آرامش عضلانی تنفسی به اعضا داده شد).
سوم	آموزش تشخیص مشکل واقعی یا کاذب، آموزش روش تفکر واقع‌بینانه و مسئله‌مدار، آموزش خاطره‌یابی با توجه به شکست‌ها، تعارضات و ناکامی‌ها و سردرگمی‌های فرد در زندگی، انجام آزمون آنلاین خاطره‌یابی (فایل صوتی گل سرخ به اعضا داده شد). تکلیف۳: بررسی مشکلات واقعی و ساختگی در زندگی خود توسط اعضا، شروع خاطره‌یابی-تمرین عملی مراقبه با گل سرخ.
چهارم	ریشه‌یابی خاطرات مخرب سلولی، معرفی سه گروه کینه‌جویی، باورهای غلط و احساسات منفی مثلثی، اقدامات زیان‌بخش (فایل صوتی خاطره‌یابی به اعضای گروه داده شد). تکلیف ۴: شناخت دقیق‌تر در مورد کینه‌جویی، بررسی ابعاد باورهای مخفی و خاطرات مخرب سلولی، خاطره‌یابی با فایل خاطره‌یابی با تمرکز برگروه کینه‌جویی، یافتن مشکلات بدنی مرتبط، اجرای مراقبه یا تن‌آرامی عضلانی تنفسی به انتخاب اعضای گروه.
پنجم	اجرای تکنیک آسانسور شیشه‌ای، خاطره‌یابی در مورد تروماها و حواث بسیار اثرگذار زندگی در تمام دوره‌های زندگی، شوک‌ها و استرس‌های پس از سانحه با توجه به نگرش فرد، آموزش و اجرای تکنیک صندلی خالی، گفتگو در مورد اقدامات زیان‌بخش اعضای گروه، تحلیل آزمون آنلاین خاطره‌یابی درسایت selfhealings.ir. اجرای مراقبه معبد (فایل صوتی مراقبه معبد به اعضای گروه داده شد). تکلیف ۵: اجرای تکنیک صندلی خالی در منزل با سایر خاطرات مخرب سلولی و بررسی سالم یا ناسالم بودن حس‌ها و باورهای ناشی از آن، مطالعه مطالب بخشش و تفکر در مورد انتخاب بخشش، بررسی اقدامات زیان‌بخش خود، اجرای مراقبه‌ها یا تن‌آرامی عضلانی تنفسی به انتخاب اعضای گروه.
ششم	توضیح پازل احساسات مثبت و منفی قلبی وآموزش فنون بخشش، تغییر تمرکز اعضای گروه از گذشته به آینده، معرفی باورهای ناسالم ۹ گانه و احساسات منفی، معرفی سندرم من بیچاره، آموزش ابراز احساسات به شیوه موثر و آموزش دوری زیبا، تحلیل اقدامات زیان‌بخش اعضای گروه و اجرای مراقبه اسکن نورانی بدن (فایل صوتی اسکن نورانی بدن به اعضای گروه داده شد).

[Downloaded from etiadpajohi.ir on 2026-10-11]

[DOI: 10.52547/etiadpajohi.15.61.261]

جدول ۱: پروتکل آموزش گروهی خودشفابخشی لطیفی و مروی (۱۳۹۷) با اقتباس از لوید و جانسون (۲۰۱۰)

جلسه	خلاصه جلسه
	تکلیف۶: ادامه چالش ذهنی در مورد کاهش حس کینه‌توزی و انتقام، خودکاوی برای شناخت سندرم من بیچاره، بررسی افکار ناسالم ودروغ‌های باورشده و شناخت احساسات مشکل-آفرین(خشم، شهوت، غرور، ترس، غم، شرم) و تقویت قدرت اراده، آزادی، اختیار و قبول مسئولیت پیامد رفتارهای خود، اجرای مراقبه اسکن نورانی بدن.
هفتم	درمان اقدامات زیان‌بخش و عادات غلط و مخرب با آموزش روش‌های تقویت اراده، برنامه چهار عاملی، آموزش حل مسئله و تغییر شرایط و محیط، آموزش فن خاطره‌یابی معکوس. تکلیف ۷: بررسی نقش سندرم من بیچاره در عادات مخرب، ثبت موفقیت‌ها و مهارت‌های به کار گرفته شده در راستای سه گروه بازدارنده، اجرای فن خاطره‌یابی معکوس، اجرای مراقبه‌ها یا تن‌آرامی عضلانی تنفسی به انتخاب اعضای گروه.
هشتم	تقویت کدهای شفابخش اول تا چهارم شامل: عشق، شادی، آرامش و بردباری. آموزش درمان خودخواهی (کاهش توقعات، مهرورزی، رفتار منصفانه و نگرش انسانی)، تفهیم شادی واقعی (توجه به تفاوت‌های فردی، افزایش ارتباطات و فعالیت‌های لذت‌بخش)، آموزش آرامش (تربیت خویشتن، مدیریت زمان، ارتباط صحیح با ذهن، تعدیل کامل‌گرایی) و آموزش بردباری (مدیریت خشم، نمایش بردباری، افزایش تاب‌آوری و امید). تکلیف ۸: شروع برنامه ایجاد و تقویت چهارکد شفابخش در زندگی روزانه، شناخت موانع و ثبت موفقیت‌ها و پیشرفت‌ها، اجرای مراقبه‌ها یا تن-آرامی عضلانی تنفسی به انتخاب اعضای گروه.
نهم	تقویت کدهای شفابخش پنجم تا نهم شامل: مهربانی، خوبی، اعتماد، تواضع و خویشتنداری. آموزش بهبود ارتباط (با خود، خدا، دیگران و طبیعت)، افزایش عزت نفس (توجه به شاخص مهرطلبی، ابراز وجود موثر، افزایش اعتماد به نفس و خود کارآمدی) درمان کنترل‌گری (کاهش لجبازی، پرورش مهارت‌های ارتباطی و مثبت‌اندیشی)، درمان غرور ناسالم (مراقبت از خود و دیگران، تقویت معنویت)، درمان از دست دادن کنترل (افزایش خویشتن‌داری، جلوگیری از پاسخ و شناخت سندرم فردا). تکلیف ۹: ایجاد و تقویت نه کد شفابخش در زندگی روزانه، شناخت موانع و ثبت موفقیت‌ها و پیشرفت‌ها .
دهم	توضیح در مورد نقش درخواست حقیقی، اثرات دعا و تداوم تمرکز بر خواسته‌ها در مسیر زندگی و توضیح شواهد علمی مربوط به دعا در خود شفابخشی، آموزش تجسم خلاق، آموزش نحوه انجام تمرینات خاص کدهای شفابخش در جلسه (فایل صوتی دعا و فایل صوتی نحوه اجرای تمرینات خاص کدهای شفابخش به اعضای گروه داده شد). تکلیف ۱۰: صرف وقت خاص تنهایی برای

سال پانزدهم شماره ۶۱، پاییز ۱۴۰۰
Vol. 15, No. 61, Autumn 2021

[Downloaded from etiadpajohi.ir on 2026-10-11]

[DOI: 10.52547/etiadpajohi.15.61.261]

جدول ۱: پروتکل آموزش گروهی خودشفابخشی لطیفی و مروی (۱۳۹۷) با اقتباس از لوید و جانسون (۲۰۱۰)

جلسه	خلاصه جلسه
	نیایش و برقراری ارتباط با خدا و سپاسگزاری (تقویت معنویت)، تمرینات سکوت و خلوت و ذهن- آگاهی فکری و بدنی، شفاف‌سازی سیستم ارزشی خود، اجرای تجسم خلاق (مثبت‌نگری به آینده).
یازدهم	آموزش سبک زندگی متعادل: اصلاح سبک زندگی با شناخت عادات غلط و اقدامات زیان‌بخش، اصلاح الگوی خواب و تنظیم خوراک، نحوه خوردن، نوشیدن و تفریح، مسافرت، ورزش، نظافت و بهداشت.
	تکلیف۱۱: اجرای عملی تمرینات هیلینگ کد همراه با دعا وتهیه جملات تمرکزی حقیقی، شروع اصلاح سبک زندگی با شناخت و کاهش عادات غلط.
دوازدهم	آموزش بهبود کیفیت زندگی در حیطه‌های سلامت و بهداشت، صمیمیت و ارتباطات (والدین، همسر، فرزندان، بستگان و دیگران)، رشد علمی، رشد مالی، پیشرفت شغلی، فعالیت مفید اجتماعی و بهبود خانه، محله و جامعه. تکلیف ۱۲: ادامه تمرینات تعالی معنوی، شناخت نارضایتی از حیطه‌های خاص و اقدام برای کاهش نارضایتی.
سیزدهم	اصلاح گفتگوی درونی، بازنگری مجدد استرس و آموزش تنفس قدرتی، بازنگری استرس‌های فردی، تاکید بر خودمراقبتی مداوم در مقابل آسیب‌های جسمی و روانی و مدیریت هیجانات و ارتباطات. تکلیف ۱۳: ادامه تمرینات قبلی و اصلاح گفتگوی درونی و خودمراقبتی.
چهاردهم	آموزش تکنیک‌های تعالی معنوی، اعتماد و واگذاری، توضیح رابطه مثلثی، هدفمندی معنوی زندگی، لزوم درون‌نگری و داشتن ساعاتی برای خلوت با خود، برنامه‌ریزی برای ابدیت. مرور کل جلسات درمانی و تاکید بر تدوام انجام تمرینات کدهای شفابخش. تکلیف ۱۴: ادامه تمرینات قبلی و شناخت میان‌برهای آرامش و معنویت برای خود.

در تمام جلسات ضمن تاکید بر رازداری از همه افراد گروه خواسته شد که در بحث مشارکت فعال داشته و تجربیات شخصی خود را با دیگران در میان بگذارند و خودکاوی و یافتن خاطرات سلولی مخرب و چگونگی کاهش اثرات سوء این خاطرات از اصلی‌ترین موارد جلسات بود که با استفاده از تکنیک‌های متعدد و متناسب با سلیقه هر فردی باید اجرا می‌شد. شرکت‌کنندگان ملزم بودند در جلسه و در فاصله بین جلسات تمرینات را فردی انجام داده و حتما به سوالات تاملی مربی دوره پاسخ دهند. داشتن خلوت و تفکر در مورد خود جزء اساسی تمرینات بود. از مشارکت‌کنندگان خواسته شد برای تفهیم بهتر مطالب همزمان آموزش را با اعضای خانواده یا ۲ نفر از دوستان خود شروع کنند و

سال یازدهم شماره ۶۱، پاییز ۱۴۰۰
Vol. 15, No. 61, Autumn 2021

[Downloaded from etiadpajohi.ir on 2026-10-11]

[DOI: 10.52547/etiadpajohi.15.61.261]

چالش‌های پیش آمده را در جلسه مطرح نمایند. در هر جلسه مروری بر مباحث جلسات قبل صورت گرفت و بر انجام تکالیف تاکید شد. چون این دوره فرد را با زندگی شخصی خود و دیگران به شدت مرتبط می‌کرد و هرکس قصه زندگی خود را بازبینی می‌نمود، جلسات برای شرکت‌کنندگان بسیار جذاب بود. جهت تجزیه و تحلیل داده‌ها از تحلیل کواریانس تک متغیره استفاده گردید.

یافته‌ها

تعداد نمونه ۳۰ نفر مرد با میانگین سنی ۳۷/۳۰ سال با انحراف استاندارد ۹/۸۶ سال در دو گروه آزمایش و کنترل بود. جدول ۲ به بررسی متغیرهای جمعیت‌شناختی پرداخته است.

جدول ۲: بررسی متغیرهای جمعیت‌شناختی تحصیلات و تعداد فرزند

	فراونی ± (درصد فراوانی)							
تحصیلات	آزمایش	کنترل	تعداد فرزند	آزمایش	کنترل	میزان اعتیاد	آزمایش	کنترل
ابتدایی	۵ ± (۱۶/۶)	۴ ± (۱۳/۳)	بدون فرزند	۱ ± (۳/۳)	۲ ± (۶/۶)	کمتر از ۱۰ سال	۶ ± (۲۰)	۷ ± (۲۳/۳)
سیکل	۷ ± (۲۳/۳)	۵ ± (۱۶/۶)	تک فرزند	۳ ± (۱۰)	۳ ± (۱۰)	۱۱ تا ۱۵ سال	۵ ± (۱۶/۶)	۳ ± (۱۰)
دیپلم	۱ ± (۳/۳)	۳ ± (۱۰)	دو فرزند	۸ ± (۲۶/۶)	۵ ± (۱۶/۶)	۱۶ تا ۲۰ سال	۳ ± (۱۰)	۲ ± (۶/۶)
کارشناسی	۲ ± (۶/۶)	۳ ± (۱۰)	سه فرزند	۲ ± (۶/۶)	۴ ± (۱۳/۳)	بیشتر از ۲۰ سال	۱ ± (۳/۳)	۳ ± (۱۰)
کل	۱۵± (۵۰)	۱۵ ± (۵۰)	چهارفرزند	۱ ± (۳/۳)	۱ ± (۳/۳)	کل	۱۵± (۵۰)	۱۵ ± (۵۰)

میانگین و انحراف استاندارد نمرات پیش‌آزمون و پس‌آزمون مقیاس حس انسجام به صورت تفکیک شده برای دو گروه آزمایش و کنترل در جدول ۳ آورده شده است. بررسی میانگین و انحراف معیار حس انسجام برای گروه‌های آزمایش و کنترل در دو مرحله پژوهش نشان داد که گروه آزمایش در مرحله پس‌آزمون تغییرات چشمگیرتری را نسبت به گروه کنترل نشان داده است.

سال پانزدهم شماره ۶۱، پاییز ۱۴۰۰
Vol. 15, No. 61, Autumn 2021

[Downloaded from etiadpajohi.ir on 2026-10-11]

[DOI: 10.52547/etiadpajohi.15.61.261]

جدول ۳: یافته‌های توصیفی مقیاس حس انسجام به تفکیک دو گروه آزمایش و کنترل

متغیر	مرحله	گروه آزمایش		گروه کنترل	
		میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد
حس انسجام	پیش‌آزمون	۶۱/۱۴	۱۳/۱۴	۵۷/۹۳	۱۶/۸۵
	پس‌آزمون	۴۷/۵۷	۷/۷۵	۵۹/۲۰	۱۵/۰۸

قبل از انجام تحلیل کوواریانس، مفروضه نرمال بودن توزیع داده‌ها در پیش‌آزمون و پس‌آزمون با آزمون شاپیرو ویلک بررسی شد. همچنین، همگنی واریانس گروه‌های همپراش و وابسته با آزمون لوین بررسی گردید. نتایج آزمون شاپیرو ویلک برای پیش‌آزمون و پس‌آزمون گروه آزمایش و کنترل نشان داد که هیچ یک از این مقادیر در سطح معنادار نبودند (p>۰/۰۵) و توزیع داده‌ها در پیش‌آزمون و پس‌آزمون گروه آزمایش و کنترل نرمال بودند. همچنین، نتایج آزمون لوین نشان داد که این آزمون با مقدار ۲/۳۵= $F_{(۱،۲۸)}$ معنادار نبود (p>۰/۰۵) که نشان‌دهنده همگنی واریانس‌ها بود. برای بررسی اثربخشی آموزش خودشفابخشی بر حس انسجام از تحلیل کوواریانس تک متغیره استفاده شد و نتایج در جدول ۴ آورده شده است.

جدول ۴: تحلیل کوواریانس اثربخشی آموزش خودشفابخشی بر حس انسجام

منبع	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	معناداری	اتا	توان آماری
پیش‌آزمون	۸۹۸/۱۵	۱	۸۹۸/۱۵	۱۱/۸۸	۰/۰۱*	/۳۷	۰/۹۲
گروه	۱۲۸۰/۶۸	۱	۱۲۸۰/۶۸	۱۶/۹۶	۰/۰۱*	۰/۴۳	۰/۹۸
خطا	۲۰۳۹/۸۲	۲۷	۷۵/۵۴				
کل	۴۲۱۸/۶۴	۳۰					

* $p<۰/۰۱$.

با توجه به جدول ۴ و معنادار بودن منبع گروه، وجود تفاوت معنادار بین دو مرحله اندازه‌گیری پیش‌آزمون و پس‌آزمون برای حس انسجام تایید گردید (p<۰/۰۱). همچنین، با معنادار بودن منبع گروه در بین گروه‌ها می‌توان گفت تفاوت معناداری بین گروه آزمایش با کنترل برای حس انسجام وجود داشت (p<۰/۰۱). بنابراین، آموزش خودشفابخشی بر حس انسجام اثربخش بود و ضریب تاثیر برابر با ۰/۴۳ بود که نشان

[Downloaded from etiadpajohi.ir on 2026-10-11]

[DOI: 10.52547/etiadpajohi.15.61.261]

می‌دهد ۴۳ درصد از تفاوت‌های گروهی در حس انسجام بین دو گروه کنترل و آزمایش ناشی از اثر مداخله‌ای آموزش خودشفابخشی است.

بحث و نتیجه‌گیری

هدف از پژوهش حاضر تعیین اثربخشی آموزش خودشفابخشی (کدهای شفابخش) بر حس انسجام در مردان وابسته به مواد مخدر بود. نتایج بیانگر تفاوت معنادار بین پیش‌آزمون و پس‌آزمون و اثربخشی آموزش خودشفابخشی بر بهبود حس انسجام در بین شرکت‌کنندگان گروه آزمایش بود. نتایج این پژوهش نشان داد که این مداخله توانسته است به طور معناداری منجر به بهبود حس انسجام در بین مردان وابسته به مواد مخدر شود. بر اساس بررسی‌های محقق در خصوص تاثیر روش خودشفابخشی بر حس انسجام افراد وابسته به مواد، در ایران تاکنون تحقیقات زیادی صورت نگرفته ولی تحقیقات مشابهی در این حوزه انجام شده است که از جمله آن‌ها می توان به نتایج معینی و همکاران (۱۳۹۸) در مورد حس انسجام اشاره کرد. یافته این تحقیق همچنین با نتایج پژوهش‌های دیگری در خصوص تاثیر خودشفابخشی بر کاهش مصرف مواد الکلی، بهبود میزان اضطراب و افسردگی، افزایش کیفیت زندگی، کاهش سوءمصرف سایر داروها (فروهلیچ و همکاران، ۲۰۱۸)؛ بهبود شفقت به خود، کاهش نگرانی از تصویر تن و بهبود بیماری در بیماران مبتلا به سرطان پوست (لطیفی و همکاران، ۲۰۲۰)؛ افزایش سرمایه‌های روان‌شناختی، تحمل پریشانی و سردرد همسران افراد وابسته به مواد (زارعان، لطیفی و میرمهدی، ۱۳۹۸) همسو است.

در مورد روند اثرگذاری خودشفابخشی بر حس انسجام به نظر می‌رسد که افرادی که وابسته به مصرف مواد مخدر هستند معمولا در تاریخچه زندگی خود دچار مشکلات عاطفی شدیدی بوده‌اند و معمولا نبود دلبستگی ایمن و احساس امنیت روانی و خاطرات مبتنی بر طرد و تهدید در این افراد به وفور به چشم می‌خورد. بسیاری از اوقات این گروه داستان من قربانی (یانگ) و سندرم من بیچاره و درمانده (سلیگمن و راتر) را برای تمام عمر مرور و دنبال می‌کنند. بر اساس نظریه پرداز کدهای شفابخش، این حوادث موجب ایجاد خاطرات سلولی مخرب در این افراد شده و مواجهه با صحنه‌های مشابه تداعی‌گر

سال پانزدهم شماره ۶۱، پاییز ۱۴۰۰
Vol. 15, No. 61, Autumn 2021

[Downloaded from etiadpajohi.ir on 2026-10-11]

[DOI: 10.52547/etiadpajohi.15.61.261]

خاطرات طرد و تنهایی و احساس عدم امنیت این گروه می‌باشد که نه تنها امکان درمان و رهایی از آن‌ها را به فرد نمی‌دهد، بلکه جهت تسکین موقت و رهایی از این حس‌های متنوع و مکرر ناخوشایند فرد را به سمت انجام اقدامات زیان‌بخش و تکرار آن‌ها بدون تامل و تفکر سوق می‌دهد. خودشفابخشی در اولین مرحله از فرد می‌خواهد که در حضور یک گروه که مشکلات مشابهی با فرد دارند به بیان خاطرات غم‌انگیز گذشته خود بپردازد و آن‌ها را کتمان نکرده و با دیگران مطرح کند و در کنار بیان دردهای روانی خویش با آمادگی کامل درد و رنج افراد مشابه خود را نیز بشنود و با آن‌ها همدلی کند. در مرحله دوم، سعی شد که فرد با نگرش مجدد به داستان زندگی خویش تا حد ممکن داستان درماندگی خویش را رها کند، آنچه قابل تغییر نیست را بپذیرد و آنچه امکان بهبود و تغییر را دارد، در رفتار و افکار و ارتباطات خود با خود با خدا و با طبیعت و خلق خدا به تغییر بپردازد، و در این مسیر برای تقویت خویش از تمام تکنیک‌های خود آرام‌سازی جسمی، روانی و معنوی کمک بگیرد تا بتدریج احساس حس انسجام را در خود افزایش دهد. حس انسجام یک جهت‌گیری و باور کلی به سمت قابل درک و قابل مدیریت و معنادار بودن وقایع مسیر زندگی می‌باشد و از طرفی باورها و ویژگی‌های شخصیتی هر فرد از جمله عواملی هستند که نحوه عملکرد او در شرایط استرس‌زا را تعیین می‌کنند. وقتی در فرد باورهایی شکل بگیرد مبنی بر این‌که او می‌تواند اتفاقات زندگیش را پیش‌بینی و درک نماید و توان رویارویی با آنچه در مقابل اوست را دارد، در خود احساس ارزشمندی می‌کند. بنابراین، در تبیین علت اثربخشی خودشفابخشی بر افزایش حس انسجام شاید بتوان گفت که تاکید بر هدفمندی معنوی زندگی و افزایش غنای درونی (مفید و مراقب خود و دیگران بودن) یا درون‌نگری، تبیین ایجاد رابطه مثلثی به جای رابطه خطی و داشتن ساعاتی برای خلوت با خود و ارزیابی خود و برنامه‌ریزی برای به روزشدن در کنار افزایش ارتباط با خدا، دعا و داشتن خلوت متفکرانه درمورد ارزش‌ها و معنای زندگی در افزایش حس انسجام موثر بوده‌اند.

افزایش عزت نفس، اصلاح عادات غلط و اقدامات زیان‌بخش، شناخت ترس‌های غیر منطقی و دروغ‌های باور شده و افکار ناسالم و تاکید بر روش‌های تقویت اراده (تصمیم-

سال پانزدهم شماره ۶۱، پاییز ۱۴۰۰
Vol. 15, No. 61, Autumn 2021

[Downloaded from etiadpajohi.ir on 2026-10-11]

[DOI: 10.52547/etiadpajohi.15.61.261]

مراقبت-ارزیابی-تنبیه و پاداش) و نیز آموزش سبک زندگی متعادل و تامل برای بهبود کیفیت زندگی در حیطه‌های سلامت و بهداشت، افزایش صمیمیت و ارتباطات (والدین- همسر-فرزندان- بستگان و دیگران) و فعالیت مفید اجتماعی با تاکید بر خود مراقبتی مداوم در مقابل آسیب‌های جسمی و روانی و مدیریت هیجانات و ارتباطات؛ احتمالا موجب شده تا فرد ضمن برقراری ارتباطات مطلوب‌تر و فعالیت‌های مفیدتر حس انسجام را افزایش دهد. بنابراین، نتایج پژوهش حاضر نشان داد که آموزش خودشفابخشی در افزایش حس انسجام شرکت‌کنندگان تاثیر معناداری داشته است و بنابر نتایج تحقیق انجام شده می‌توان روش آموزشی خودشفابخشی را به عنوان یکی از رویکردهای جدید مثبت‌نگرجهت افزایش سلامت روان‌شناختی افراد وابسته به مواد مخدر در مراکز درمانی مرتبط با ترک اعتیاد با اثرات نسبتا پایدار، برای افزایش مهارت‌های خودمراقبتی به کار برد.

از جمله محدودیت‌های این پژوهش می‌توان به جنسیت اعضای نمونه اشاره کرد که همگی مرد بودند. همچنین، محقق احتمال می‌دهد که علیرغم تاکید بر عدم مصرف دارو در طول دوره آموزشی ممکن است برخی اعضا گاهی از قرص‌های متادون برای کنترل دردهای عضلانی به طور موقت (۱ یا ۲ بار در طول دوره) استفاده کرده باشند. پیشنهاد می‌گردد که در تحقیقات بعدی از رویکردهای درمانی دیگر در کنار رویکرد درمانی خودشفابخشی برای مقایسه و بررسی قدرت اثربخشی رویکردهای درمانی متفاوت استفاده شود. همچنین، با توجه به تاکید این رویکرد بر کاهش استرس‌های فیزیولوژیک و تقویت سیستم ایمنی و نیز گستردگی بیماری‌های روان‌تنی، پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آتی اثربخشی این روش بر سایر بیماری‌ها با نشانه‌های جسمانی مورد بررسی قرار گیرد. همچنین، پیشنهاد می‌شود دوره آموزشی این مداخله برای تربیت درمانگران مورد نیاز در مراکز مشاوره و راهنمایی در کلینیک‌ها یا بیمارستان‌ها اجرا و سپس این درمان برای افراد وابسته به مواد مخدر که سطوح بالایی از اضطراب فراگیر، حس پوچی و عدم تنظیم هیجانی را تجربه می‌کنند، مورد استفاده قرار گیرد.

سال پانزدهم شماره ۶۱، پاییز ۱۴۰۰
Vol. 15, No. 61, Autumn 2021

[Downloaded from etiadpajohi.ir on 2026-10-11]

[DOI: 10.52547/etiadpajohi.15.61.261]

تشکر و قدردانی

در پایان محققان از همکاری صمیمانه تمامی شرکت‌کنندگان و کارکنان محترم کلینیک‌های ترک اعتیاد در شهر اصفهان تشکر و قدردانی می‌نمایند.

منابع

ارقبایی، محمد؛ سلیمانیان، علی اکبر و محمدی‌پور، محمد (۱۳۹۷). نقش جو عاطفی خانواده، حس انسجام و عواطف در پی‌بینی گرایش به مصرف مواد در دانشجویان. *مجله روان‌پزشکی و روان‌شناسی بالینی ایران*، ۲۴(۳)، ۳۲۳-۳۱۰.

ترکیان، سمیرا (۱۳۹۹). *بررسی تاثیر آموزش خودشفابخشی (سلف هیلینگ) بر بهبود روند بیماری، بهزیستی معنوی و عواطف مثبت و منفی در بیماران مبتلا به ام اس شهر اصفهان*. پایان‌نامه کارشناسی ارشد، چاپ نشده، دانشگاه پیام نور اصفهان.

چلبی، هستی؛ علیمردانی، سروش و نیکنام، عفت (۱۳۹۸). اثربخشی درمان مبتنی بر شفقت بر تحمل پریشانی و حس انسجام معتادان مراجعه‌کننده به کمپ‌های ترک اعتیاد. *سومین همایش ملی روان‌شناسی، تعلیم و تربیت و سبک زندگی*، قزوین.

حیدری، فاطمه (۱۳۹۹). *بررسی اثربخشی خود شفابخشی (سلف هیلینگ) بر عزت نفس، بخشش واضطراب فراگیر زنان خیانت‌دیده اصفهان*. پایان‌نامه کارشناسی ارشد، چاپ نشده، دانشگاه پیام نور اصفهان.

رضاپور، یاسر و نصوحی، مینا (۱۳۹۷). اثربخشی مداخله تلفیقی امیددرمانی و درمان مبتنی بر سبک زندگی آدلری بر خودکارآمدی، حس انسجام و شفقت خود در زنان معلول جسمی-حرکتی. *فرهنگ مشاوره و روان‌درمانی*، ۹(۳۳)، ۱۸۵-۱۶۳.

زارعان، فهیمه؛ لطیفی، زهره و میرمهدی، سیدرضا (۱۳۹۹). اثربخشی آموزش خودشفابخشی بر سرمایه‌های روان‌شناختی، تحمل پریشانی و سردرد همسران معتادان. *فصلنامه اعتیادپژوهی*، ۱۴(۵۵)، ۲۱۲-۱۹۳.

سعیدی، فاطمه و محمدی‌فر، محمدعلی (۱۳۹۷). مقایسه اختلالات رفتاری در کودکان دارای والدین معتاد و عادی. *فصلنامه اعتیادپژوهی*، ۱۲(۴۶)، ۲۳۴-۲۱۵.

شفیعی، لادن (۱۳۹۸). *آموزش خودشفابخشی بر فرسودگی شغلی، کیفیت زندگی و انعطاف‌پذیری عاطفی پرسنل اورژانس اجتماعی اصفهان*. پایان‌نامه کارشناسی ارشد، چاپ نشده، دانشگاه پیام نور اصفهان.

[Downloaded from etiadpajohi.ir on 2026-10-11]

[DOI: 10.52547/etiadpajohi.15.61.261]

شهبازی، نسرین و لطیفی، زهره (۱۳۹۹). اثربخشی آموزش خودشفابخشی (کدهای شفابخش) بر افسردگی، شدت درد ادراک‌شده و اضطراب مرتبط با درد در بیماران مبتلا به سردرد مزمن. *فصلنامه روان‌شناسی سلامت*، ۹(۳)، ۱۳۲-۱۱۳.

عسگری، پرویز؛ سیدآسیابان، سمیرا و سنگانی، علیرضا (۱۳۹۸). مقایسه اثربخشی تن‌آرامی و ذهن‌آگاهی بر تنظیم شناختی هیجان و عملکرد خانواده در سوءمصرف‌کنندگان مواد کندکننده پس از سم‌زادیی. *فصلنامه اعتیادپژوهی*، ۱۳(۵۴)، ۱۶۴-۱۴۷.

علی‌پور، احمد و شریف، نسیم (۱۳۹۱). بررسی روایی و پایایی پرسش‌نامه حس انسجام در دانشجویان، ۱۷(۱)، ۵۶-۵۰.

کامکار، شبنم؛ فرخی، نورعلی؛ سلیمی بجستانی، حسین و مردانی‌راد، مژگان (۱۳۹۹). تدوین و آزمون مدل علی گرایش به اعتیاد دانشجویان بر اساس متغیرهای تحمل پریشانی و تمایزیافتگی با میانجی‌گری ناگویی هیجانی. *فصلنامه اعتیادپژوهی*، ۱۴(۵۵)، ۴۶-۲۹.

کیانی، احمدرضا؛ خاکدال، سعید؛ قمری گیوی، حسین و جمشیدیان، یاسمن (۱۳۹۷). اثربخشی خانواده‌درمانی کوتاه مدت ستیر بر حس انسجام و تنظیم شناختی هیجان زوجین ناسازگار. *پژوهش‌های روان‌شناسی بالینی و مشاوره*، ۸(۱)، ۲۰-۵.

لطیفی، زهره؛ قرقانی، ریحانه و مردانی، زهرا (۱۳۹۹). آموزش خودشفابخشی بر سبک زندگی و مدیریت نشانه‌ها در زنان مبتلا به پرفشاری خون. *مجله پژوهش سلامت*، ۶(۱)، ۷۷-۶۶.

لوید، الکساندر و جانسون، بن (۱۳۹۷). *راهنمای کدهای شفابخش*. ترجمه مهدی مروی و زهره لطیفی. اصفهان، انتشارات عروج. (تاریخ انتشار به زبان اصلی، ۲۰۱۰).

لوید، الکساندر و جانسون، بن (۱۳۹۶). «*کد شفابخش*». ترجمه زهره لطیفی و مهدی مروی. اصفهان: انتشارات مولف. (تاریخ انتشار به زبان اصلی، ۲۰۰۵).

مشاوری، مریم و لطیفی، زهره (۱۳۹۷)، اثربخشی روایت‌درمانی بر اضطراب فراگیر و مهارت مقابله با استرس همسران معتادان تحت درمان کلینیک‌های ترک اعتیاد. *فصلنامه اعتیادپژوهی*، ۱۲(۴۸)، ۱۱۸-۱۰۳.

معینی، پوپک؛ ملیحی الذاکرینی، سعید؛ اسدی، جوانشیر و خواجوند خوشلی، افسانه (۱۳۹۸). اثربخشی آموزش و درمان فراشناختی برحس انسجام وکیفیت زندگی همسران مردان مبتلا به اعتیاد. *فصلنامه اعتیادپژوهی*، ۱۳(۵۴)، ۲۰۴-۱۸۱.

سال پانزدهم شماره ۶۱، پاییز ۱۴۰۰
Vol. 15, No. 61, Autumn 2021

[Downloaded from etiadpajohi.ir on 2026-10-11]

[DOI: 10.52547/etiadpajohi.15.61.261]

مولایی یساولی، هادی و عبدی، منصور (۱۳۹۴). مقایسه تاب‌آوری و راهبردهای مقابله با فشار روانی در افراد وابسته به مواد و عادی. *فصلنامه مددکاری اجتماعی*، ۴(۱)، ۲۹-۲۴.

References

American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.)*. Arlington, VA: American Psychiatric Publishing.

Bryndin, E., & Bryndina, I. (2020). Self Healing of Healthy Condition at Cellular Level. *Medical Case Reports and Reviews*, 3, 1-4.

De Juan, A., & Hänze, N. (2021). Climate and cohesion: The effects of droughts on intra-ethnic and inter-ethnic trust. *Journal of Peace Research*, 23. https://doi.org/10.1177/0022343320974096

Frohlich, J. R., Rapinda, K. K., Schaub, M. P., Wenger, A., Baumgartner, C., Johnson, E. A., ... & Keough, M. T. (2018). Efficacy of an online self-help treatment for comorbid alcohol misuse and emotional problems in young adults: protocol for a randomized controlled trial. *JMIR Research Protocols*, 7(11), e11298.

Grevenstein, D., Bluemke, M., Nagy, E., Wippermann, C. E., & Kroeninger-Jungaberle, H. (2014). Sense of coherence and substance use: Examining mutual influences. *Personality and Individual Differences*, 64, 52-57.

Heilig, M., MacKillop, J., Martinez, D. Rehm, J., Leggio, L., Vanderschuren, L. (2021). Addiction as a brain disease revised: why it still matters, and the need for consilience. *Neuropsychopharmacol.* https://doi.org/10.1038/s41386-020-00950-y

Kikuchi, Y., Nakaya, M., Ikeda, M., Okuzumi, S., Takeda, M., Nishi, M. (2014). Sense of coherence and personality traits related to depressive state. *Psychiatry Journal*. https://doi.org/10.1155/2014/738923

Latifi, Z., Soltani, M., & Mousavi, S. (2020). Evaluation of the effectiveness of self-healing training on self-compassion, body image concern, and recovery process in patients with skin cancer. *Complementary Therapies in Clinical Practice*, 40, 101180.

Loyd, A., & Johnson, B. (2005). *The healing codes, Unlocking the cellular sequence of life*. by Light of Man Ministries. New York, Boston.

Loyd, A. (2013). *The Healing Codes will revolutionize heal*. MANUAL Alex Loyd Services, LLC.

Loyd, A. (2014). *The Relationship Codes*. Alexander Loyd Services, LLC, 2430 Vanderbilt Beach Road, Suite #108-410, Naples, Florida 34109, PhD, ND.

Loyd, A. (2018). *The Memory Engineering*; Alexander Loyd Services, LLC. publisher. Hodder & Stoughton.

Loyd, A. (2019). *The Healing Codes II; A step-by-step guide to whole-life healing*. Publisher: Yellow Kite.

[Downloaded from etiadpajohi.ir on 2026-10-11]

[DOI: 10.52547/etiadpajohi.15.61.261]

Lüscher, C., & Janak, P. H. (2021). Consolidating the Circuit Model for Addiction. *Annual Review Neuroscience*, 44. https://doi.org/10.1146/annurev-neuro-092920-123905.

Marr, C. T. (2021). *Task and Relational Functions of Problem-Talk in an Online Addiction Support Group.* (Master of Science dissertation). Retrieved from, https://repository.lib.ncsu.edu/bitstream/handle/1840.20/38811/etd.pdf?sequence=1

Mostafaei, H., Hosseini, M., & Jenaabadi, H. (2014). The Investigation of the Relationship between the Aggression and Addiction Potential High-school Male Students. *Journal of Management and Accounting Studies*, 2(01), 81-84.

Ni, M. (2008). *Secrets of self – helaing: harness power to heal common ailments, boost vitality, and achieve optimum wellness*. Avery; EXCLUSIVE EDITION edition (December 26, 2008). New Yourk.

Thompson, K., D'iuso, D., Schwartzman, D., Dobson, K. S., & Drapeau, M. (2020). Changes in depressed patients' self-statements. *Psychotherapy Research*, 30(2), 170-182.

Tol, W. A., Leku, M. R., Lakin, D. P., Carswell, K., Augustinavicius, J., Adaku, A., ... & van Ommeren, M. (2020). Guided self-help to reduce psychological distress in South Sudanese female refugees in Uganda: a cluster randomised trial. *The Lancet Global Health*, 8(2), e254-e263.

Tóth, Á., Soós, R., Szovák, E., Najbauer, N. M., Tényi, D., Csábí, G., & Wilhelm, M. (2020). Energy drink consumption, depression, and salutogenic sense of coherence among adolescents and young adults. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(4), 1290.

سال پانزدهم شماره ۶۱، پاییز ۱۴۰۰
Vol. 15, No. 61, Autumn 2021

[Downloaded from etiadpajohi.ir on 2026-10-11]

[DOI: 10.52547/etiadpajohi.15.61.261]

[DOI: 10.52547/etiadpajohi.15.61.261] [Downloaded from etiadpajohi.ir on 2026-10-11]