

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 مرتبه با ترک مواد مخدر با اثرات نسبتاً 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

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،^۱ ۲۰۲۱). این بیماری آثار مخرب جسمانی، روانی، خانوادگی، شغلی، مالی، اخلاقی، پیامدهای نامطلوب اجتماعی و همچنین از بین رفتن سرمايه‌های انسانی جوان و مغزهای متفسک را به دنبال دارد (کامکار، فرخی، سلیمانی بجستانی و مردانی راد، 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). سوءصرف مواد نه تنها باعث درد و رنج فرد مصرف کننده 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 بدعملکردن 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، مليحی‌الذاکرینی، اسدی و خواجه‌نژاد خوشلی، ۱۳۹۸) و این دیدگاه که اعتیاد به مواد یک بیماری مغزی است، در جامعه علوم اعصاب به‌طور گسترده‌ای پذیرفته شده است (هیلیگ^۲ و همکاران، ۲۰۲۱). انجمن روان‌پزشکی آمریکا^۳ (۲۰۱۳) مطابق با پنجمین ویراست راهنمای تشخیصی و آماری 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 علی‌رغم عواقب عمدۀ منفی، پاداش مواد مخدر را نسبت به پاداش طبیعی ترجیح می‌دهد (لوشر و جاناک، ۲۰۲۱). وابستگی به

۲۶۲

262

۱. لوشر، ایل، نو، ۶۱، آنلاین ۲۰۲۱
۲. هیلیگ، پیتر، ۵، ۵، ۲۰۲۱
۳. Vol. 15, No. 61, American Psychiatric Association, 2013

مواد در تمامی حرفه‌ها، سطوح تحصیلی و طبقات اجتماعی-اقتصادی دیده می‌شود و صرفاً به فرد یا گروه خاصی مربوط نمی‌شود (مصطفایی، حسینی و جین آبادی، ۲۰۱۴). مسئله اعتیاد موجب می‌شود افراد وابسته به مواد مخدر در معرض تنفس بالایی قرار گیرند و تاب آوری^۱ و حس انسجام^۲ آن‌ها در مقابل مشکلات کاهش یابند (مولایی یساولی و عبدی، ۱۳۹۴). یکی از عواملی که اخیراً در ارتباط با وابستگی به مواد مخدر مطرح شده است، حس انسجام می‌باشد (مار^۳، ۲۰۲۱). حس انسجام یکی از عوامل موثر روان‌شناختی بر گرایش به مصرف مواد است و می‌تواند نقشی خطرساز و یا محافظت‌کننده در برابر مصرف مواد داشته باشد (دی‌جوان و هانز،^۴ 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 انسجام منجر به شکل‌گیری باورهای ثابتی می‌شود که محرک‌های درونی و بیرونی مسیر زندگی را قابل پیش‌بینی و توضیح‌پذیر می‌سازد. این ویژگی شخصیتی باعث می‌شود فرد از منابع و توانایی‌های درونی خود برای مواجهه با مجموعه‌ای از این محرک‌ها استفاده کند و حس ارزشمندی داشته باشد (ارقایی، سلیمانیان و محمدی‌پور، ۱۳۹۷). بنابراین، اکثر افرادی که از سطوح بالای این سازه شخصیتی برخودار هستند، علاوه‌ی روان‌شناختی مثبت‌تری را تجربه می‌کنند و احتمالاً سبک زندگی سالم‌تری دارند (کیکوچی^۵ و همکاران، ۲۰۱۴). در مقابل، حس انسجام پایین رابطه معناداری با مشکلات روان‌شناختی نظری اضطراب و افسردگی دارد (گرونشتاين، بلومک، نگی، ویپرمن و روی-جانگابرل^۶، ۲۰۱۴). در زمینه ارتباط بین حس انسجام با مصرف مواد، پژوهش‌های اندکی انجام گرفته است. با این حال، محدود مطالعات صورت گرفته نشان داده‌اند که حس انسجام بیشتر منجر به مصرف کمتر مواد می‌شود و احتمال در گیر شدن افراد در رفتارهای سوء‌صرفی نظری مصرف سیگار و الکل را کاهش می‌دهد (توس^۷ و

1. resiliency
2. cohesiveness
3. Marr
4. De Juan & Hänze
5. Kikuchi

6. Grevenstein, Bluemke, Nagy, Wippermann & Kroeninger-Jungaberle
7. Tóth

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

با توجه به مطالب مطرح شده، شناسایی راهکارهایی که بتواند به بهبود حس انسجام افراد وابسته به مواد مخدر و بازگشت آنان به زندگی سالم کمک نماید، ضروری به نظر می‌رسد. تاکنون در پیشینه مطالعات اخیر، استفاده از رویکردهای درمانی متنوعی نظیر آموزش و درمان فراشناختی (معینی و همکاران، ۱۳۹۸)، درمان مبتنی بر شفقت (چلبی، علیمردانی و نیکنام، ۱۳۹۸)، مداخله تلفیقی امیددرمانی و درمان مبتنی بر سبک زندگی آدلری (رضاپور و نصوحی، 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 جدیداً مطرح شده است، به نظر می‌رسد که رویکرد خودشفابخشی^۱ با توجه به گستردگی دامنه فراگیری که بعد انسان شامل جسم، روان، ارتباطات اجتماعی، معنویت و اخلاق را مدنظر قرار داده است، بتواند یک مداخله اثرگذار باشد. از جمله مداخلاتی که ممکن است بر حس انسجام اثرگذار باشد، رویکرد خودشفابخشی است. خودشفابخشی یکی از درمان‌های جدید روان‌شناسی مثبت‌نگر است که مدیریت و کنترل استرس‌های فیزیولوژیک را مورد هدف قرار می‌دهد. این رویکرد به طور رسمی توسط لوید^۲ (روانشناس و درمانگر طب مکمل) و جانسون^۳ (متخصص سرطان) در سال ۲۰۱۱، در آمریکا تحت عنوان کدهای شفابخش ارایه شده است. خودشفابخشی در فرهنگ لغت به معنای توانایی التیام‌بخشی و شفابخشی خویشتن است و به نقشی که خود فرد در بهبود

۲۶۴

264

۱۴: ۵۰، ۰۶، ۲۰۲۱، آذریان، سیدعلی‌اکبر

بیماری یا حل مشکل خود ایفا می کند، اشاره دارد (نی، ۲۰۰۸). رویکرد خودشفابخشی شامل مهارت‌های خاطره‌یابی، سناخت ویژگی‌های شخصیتی مشکل‌آفرین، کاهش اقدامات زیان‌بخش، آموزش مهارت‌های خودآرام‌بخشی، دعا و تمرینات کدهای شفابخش است. لوید، جانسون و لیپتون^۱ (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، عمدتاً بیرونی بوده و قابل تشخیص هستند ولی استرس‌های فیزیولوژیک، استرس‌های درونی، ناشاکار و مخفی هستند که توسط خاطرات سلوالی 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 کاملاً 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 "حافظه (حافظه) سلوالی مخرب" است. خاطره سلوالی مخرب، خاطره‌ای است که در تمام سلوالهای بدن ذخیره شده است و موجب کاهش انرژی سلوالی و ایجاد استرس در بدن می‌شوند. لوید و لیپتون علل استرس فیزیولوژیک را خاطرات مخرب سلوالی، احساسات منفی، ترس‌های بی‌مورد، تصاویر و باورهای نادرست و دروغینی می‌دانند که در بدن و ذهن ذخیره شده‌اند. این باورها و تصویرات غلط در خاطرات سلوالی باعث می‌شوند که افراد شرایط کنونی خود را به اشتباه به عنوان 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

۲۶۵

۲۶۵

پژوهش
شماره ۱۵ پیاپی ۴۰
Vol. 15, No. 61, Autumn 2022

و ایجاد استرس در بدن می‌شوند. لوید و لیپتون علل استرس فیزیولوژیک را خاطرات مخرب سلوالی، احساسات منفی، ترس‌های بی‌مورد، تصاویر و باورهای نادرست و دروغینی می‌دانند که در بدن و ذهن ذخیره شده‌اند. این باورها و تصویرات غلط در خاطرات سلوالی باعث می‌شوند که افراد شرایط کنونی خود را به اشتباه به عنوان 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

فیزیولوژیک باعث آشفتگی روانی، بروز اختلالات روانی و نهایتاً ضعیف شدن سیستم اینمی بدن می‌شود. علاوه بر موارد قبلی، هنگام استرس فیزیولوژیک، بخش پره فرونتال کرتکس کم فعالیت و بخش‌های عاطفی و هیجانی دچار افزایش فعالیت می‌شوند و بنابراین فرایند حل مسئله، استدلال منطقی و برنامه‌ریزی و قضاوت صحیح (دقیقاً 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، وسوس، طرد و خشونت، پایین بودن عزت نفس، بدینی، 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 ابتلاء به اعتیاد و سوءصرف 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 فروهیچ^۱ و همکاران (۲۰۱۸) برنامه خودشفابخشی را به طور آنلاین در مورد جوانان کلانادایی که همزمان دچار سوءصرف الکل و مشکلات هیجانی نظیر اضطراب و افسردگی بودند اجرا نموده و به این نتیجه رسیدند که اجرای این برنامه علاوه بر این که میزان صرف الکل را کاهش داد، به افزایش کیفیت زندگی و کاهش اضطراب، افسردگی و سوءصرف سایر داروها منجر شد. تامسون، دیسو، شوارترمن، دابسن و دراپو^۲ (۲۰۲۰) گزارش دادند که پس از آموزش و اصلاح خودگویی‌های مبنی بر خود سرزنش‌گری، بی‌کفایتی و بی‌ارزش‌سازی خود در بیماران افسرده میزان پذیرش خود، رفتار دوستانه با

۲۶۶
266

۱۴:۰۵:۱۵، No ۶۱، آذرماه ۱۴۰۰

خود و احساس عاملیت افزایش یافته و سیر بهبود در افسردگی و بهزیستی روان‌شناختی تسریع شد. تول^۱ و همکاران (۲۰۲۰) با اجرای برنامه خودبیاری در زنان پناهنه او گاندایی موفق شدند تا آشفتگی‌های روانی آنان را کاهش و بهزیستی روان‌شناختی آنان را افزایش دهند. بریاندین و بریندینا^۲ (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 سلطان پوست (لطیفی، سلطانی و موسوی، ۲۰۲۰؛ بهبود روند بیماری فشار خون، بهداشت روان‌شناختی و شکیابی (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 و انعطاف‌پذیری عاطفی پرسنل اورژانس اجتماعی (شفیعی، ۱۳۹۹) بخشش در خیانت زناشویی (حیدری، ۱۳۹۹) و بیماران مبتلا به مالتیپل اسکلروزیس (ترکیان، ۱۳۹۹) را گزارش کردند.

۲۶۷

267

پژوهش‌شناسی
شماره ۱۵، پیاپی ۴۰
Vol. 15, No. 61, Autumn 2022

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 روان‌شناصی 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 بوعالی 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؟

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 حد یا مzman (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 حالی که گروه کنترل در لیست انتظار قرار گرفت. جهت ملاحظات اخلاقی، تمایل آگاهانه به شرکت در پژوهش، تضمین محترمانه بودن اطلاعات آزمودن‌ها (اصل رازدار بودن)، و احترام به حقوق انسانی شرکت کنندگان مدنظر قرار گرفت و پس از اجرای پس‌آزمون، آموزش به صورت فشرده برای گروه کنترل نیز اجرا شد.

۲۶۸

268

۱۴: ۷۰، ۱۵: ۵۰، ۱۶: ۳۰، ۱۷: ۲۰، ۱۸: ۱۰، ۱۹: ۵، ۲۰: ۲، ۲۱: ۱

ابزار

۱- پرسشنامه حس انسجام آنتونوفسکی^۱ (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: (غلب 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 مشتمل 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 روان‌سنگی 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 خودشافابخشی لطیفی و مروی (۱۳۹۷) با اقتباس از لوید و جانسون (۲۰۱۰) قرار گرفتند و هم‌مان با عضویت در گروه شبکه مجازی، صوت جلسات را جهت مرور بیشتر دریافت کردند. خلاصه جلسات آموزشی در جدول ۱ به تفکیک آمده است.

۲۶۹
۲۶۹

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

جلسه	خلاصه جلسه
اول	<p>آشنایی با اعضای گروه و برقراری رابطه درمانی، مشخص نمودن اهداف و قوانین جلسات، معرفی استرس‌های موقعیتی و آموزش مدیریت استرس‌های موقعیتی، توضیح سیستم اینمی بدن و نقش استرس بر عملکرد سیستم اینمی بدن. تکلیف ۱: بررسی حالات و تهیه کامل‌تر لیست نگرانی‌ها و مشکلات و استرس‌ها توسط اعضای گروه.</p>
دوم	<p>توضیح استرس‌های فیزیولوژیک، استرس‌های پنهان یا خاطرات سلوی مخرب و حافظه کاذب. تکلیف ۲: مشاهده خود و بررسی استرس‌های موجود و اجرای تن آرامی عضلانی تنفسی حداقل یک بار در روز (فایل صوتی آرامش عضلانی تنفسی به اعضاء داده شد).</p>
سوم	<p>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 اعضاء داده شد). تکلیف ۳: بررسی مشکلات واقعی و ساختگی در زندگی خود توسط اعضاء، شروع خاطره‌یابی - تمرین عملی مراقبه با گل سرخ. ریشه‌یابی خاطرات مخرب سلوی، معرفی سه گروه کینه‌جویی، باورهای غلط و احساسات منفی مثلی، اقدامات زیان‌بخش (فایل صوتی خاطره‌یابی به اعضای گروه داده شد). تکلیف ۴: شناخت دقیق‌تر در مورد کینه‌جویی، بررسی ابعاد باورهای مخفی و خاطرات مخرب سلوی، خاطره‌یابی با فایل خاطره‌یابی با تمرکز بر گروه کینه‌جویی، یافتن مشکلات بدنی مرتبط، اجرای مراقبه یا تن آرامی عضلانی تنفسی به انتخاب اعضای گروه.</p>
چهارم	
پنجم	<p>اجرای تکنیک آسانسور شیشه‌ای، خاطره‌یابی در مورد ترومها و حواش 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 سلوی و بررسی سالم یا ناسالم بودن حس‌ها و باورهای ناشی از آن، مطالعه مطالب بخشش و تغیر در مورد انتخاب بخشش، بررسی اقدامات زیان‌بخش خود، اجرای مراقبه‌ها یا تن آرامی عضلانی تنفسی به انتخاب اعضای گروه.</p>
ششم	<p>توضیح پازل احساسات مثبت و منفی قلبی و آموزش فون بخشش، تغییر تمکز اعضای گروه از گذشته به آینده، معرفی باورهای ناسالم ۹ گانه و احساسات منفی، معرفی سندروم منیچاره، 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).</p>

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

جلسه	خلاصه جلسه
هفتم	<p>تکلیف ۶: ادامه چالش ذهنی در مورد کاهش حس کینه‌توزی و انتقام، خودکاوی برای شناخت سندرم من ییچاره، بررسی افکار ناسالم و دروغهای 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.</p> <p>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 ییچاره در عادات مخرب، ثبت موقفیت‌ها و مهارت‌های به کار گرفته شده در راستای سه گروه بازدارنده، اجرای فن خاطره‌یابی معکوس، اجرای مراقبه‌ها یا تن آرامی عضلاتی تنفسی به انتخاب اعضای گروه.</p>
هشتم	<p>تقویت کدهای شفابخش اول تا چهارم شامل: عشق، شادی، آرامش و بردباری. آموزش درمان خودخواهی (کاهش توقعات، مهر و رزی، رفتار منصفانه و نگرش انسانی)، تفہیم شادی واقعی (توجه به تفاوت‌های فردی، افزایش ارتباطات و فعالیت‌های لذت‌بخش)، آموزش آرامش (ترتیب خویشتن، مدیریت زمان، ارتباط صحیح با ذهن، تعديل کامل گرایی) و آموزش بردباری (مدیریت خشم، نمایش بردباری، افزایش تاب‌آوری و امید). تکلیف ۸: شروع برنامه ایجاد و تقویت چهار کد شفابخش در زندگی روزانه، شناخت موانع و ثبت موقفیت‌ها و پیشرفت‌ها، اجرای مراقبه‌ها یا تن آرامی عضلاتی تنفسی به انتخاب اعضای گروه.</p>
نهم	<p>تقویت کدهای شفابخش پنجم تا نهم شامل: مهربانی، خوبی، اعتماد، تواضع و خوبی‌شناختاری. آموزش بهبود ارتباط (با خود، خدا، دیگران و طبیعت)، افزایش عزت نفس (توجه به شاخص مهر طلبی، ابراز وجود موثر، افزایش اعتماد به نفس و خود کارآمدی) درمان کتترل گری (کاهش لجه‌بازی، پرورش مهارت‌های ارتباطی و مشیت‌اندیشی)، درمان غرور ناسالم (مراقبت از خود و دیگران، تقویت معنویت)، درمان از دست دادن کتترل (افزایش خویشتن‌داری، جلوگیری از پاسخ و شناخت سندرم فردا). تکلیف ۹: ایجاد و تقویت نه کد شفابخش در زندگی روزانه، شناخت موانع و ثبت موقفیت‌ها و پیشرفت‌ها.</p>
دهم	<p>توضیح در مورد نقش درخواست حقیقی، اثرات دعا و تداوم تمکن 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 تنها برای</p>

جدول ۱: پرتوکل آموزش گروهی خودشایخشی 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، شفاف سازی سیستم ارزشی خود، اجرای تجسم خلاق (مثبت‌نگری به آینده).	
آموزش سبک زندگی متعادل: اصلاح سبک زندگی با شناخت عادات غلط و اقدامات زیان‌بخش، اصلاح الگوی خواب و تنظیم خوراک، نحوه خوردن، نوشیدن و تفریج، مسافت، ورزش، نظافت و بهداشت.	یازدهم
تکلیف ۱۱: اجرای عملی تمرینات هیلینگ کد همراه با دعا و تهیه جملات تمرکزی حقیقی، شروع اصلاح سبک زندگی با شناخت و کاهش عادات غلط.	
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.	دوازدهم
اصلاح گفتگوی درونی، بازنگری مجدد استرس و آموزش تنفس قدرتی، بازنگری استرس‌های فردی، تأکید 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.	سیزدهم
آموزش تکییک‌های تعالی معنوی، اعتماد و واگذاری، توضیح رابطه مثبتی، هدفمندی معنوی زندگی، لزوم درون‌نگری و داشتن ساعتی برای خلوت با خود، برنامه‌ریزی برای ابدیت. مرور کل جلسات درمانی و تأکید بر تدوام انجام تمرینات کدھای شفابخش. تکلیف ۱۴: ادامه تمرینات قبلی و شناخت میان‌برهای آرامش و معنویت برای خود.	چهاردهم

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 خود کاوی و یافتن خاطرات سلوالی مخرب و چگونگی کاهش اثرات سوء این خاطرات از اصلی ترین موارد جلسات بود که با استفاده از تکنیک های متعدد و مناسب با سلیقه هر فردی باید اجرا می شد. شرکت کنندگان 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 مشارکت کنندگان خواسته شد برای تفهیم بهتر مطالب همزمان آموزش را با اعضای خانواده یا ۲ نفر از دوستان خود شروع کنند و

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 هر کس قصه زندگی خود را بازبینی می‌نمود، جلسات برای شرکت کنندگان 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 جمعیت‌شناسخی پرداخته است.

جدول ۲: بررسی متغیرهای جمعیت‌شناسخی تحصیلات و تعداد فرزند

فرابوی \pm (درصد فراوانی)						
تحصیلات	آزمایش	کنترل	تعداد فرزند	آزمایش	کنترل	میزان اعتیاد آزمایش
ابتدايی	۵ \pm ۵ (۱۶/۶)	۴ \pm ۴ (۱۲/۳)	بدون فرزند	۱ \pm ۲ (۲/۳)	۲ \pm ۲ (۶/۶)	کمتر از ۱۰ \pm ۶ (۲۳/۳)
سال						
۲۷۳	۷ \pm ۷ (۲۳/۳)	۵ \pm ۵ (۱۶/۶)	تک فرزند	۳ \pm ۳ (۱۰)	۳ \pm ۳ (۱۰)	۱۱ تا ۱۵ \pm ۵ (۱۶/۶)
۲۷۳	۱ \pm ۱ (۳/۳)	۲ \pm ۲ (۶/۶)	دو فرزند	۸ \pm ۸ (۲۶/۶)	۵ \pm ۵ (۱۶/۶)	۱۶ تا ۲۰ \pm ۳ (۱۰)
سال						
کارشناسی	۲ \pm ۲ (۶/۶)	۳ \pm ۳ (۱۰)	سه فرزند	۴ \pm ۴ (۶/۶)	۲ \pm ۲ (۱۳/۳)	بیشتر از ۲۰ \pm ۱ (۳/۳)
کل	۱۵ \pm ۱۵ (۵۰)	۱۵ \pm ۱۵ (۵۰)	چهار فرزند	۱ \pm ۱ (۳/۳)	۱ \pm ۱ (۳/۳)	کل \pm ۱۵ (۵۰)
سال						

میانگین و انحراف استاندارد نمرات پیش آزمون و پس آزمون 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 پس آزمون تعییرات چشمگیرتری را نسبت به گروه کنترل نشان داده است.

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

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

قبل از انجام تحلیل کواریانس، مفروضه نرمال بودن توزیع داده‌ها در پیش آزمون و پس آزمون با آزمون شاپیرو ویلک بررسی شد. همچنین، همگنی واریانس گروه‌های همپراش و وابسته با آزمون لوین بررسی گردید. نتایج آزمون شاپیرو ویلک برای پیش آزمون و پس آزمون گروه آزمایش و کنترل نشان داد که هیچ یک از این مقادیر در سطح معنادار نبودند ($p < 0.05$) و توزیع داده‌ها در پیش آزمون و پس آزمون گروه آزمایش و کنترل نرمال بودند. همچنین، نتایج آزمون لوین نشان داد که این آزمون با مقدار $= 2/35$ و کنترل نرمال بودند. معنادار نبود ($p < 0.05$) که نشان دهنده همگنی واریانس‌ها بود. برای بررسی $F_{(1,28)}$ اثربخشی آموزش خودشگابخشی بر حس انسجام از تحلیل کواریانس تک متغیره استفاده شد و نتایج در جدول ۴ آورده شده است.

جدول ۴: تحلیل کوواریانس اثربخشی آموزش خودشفایختی پر حس انسجام

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

* $p < .05$.

با توجه به جدول ۴ و معنادار بودن منبع گروه، وجود تفاوت معنادار بین دو مرحله اندازه گیری پیش آزمون و پس آزمون برای حس انسجام تایید گردید ($p < 0.01$). همچنین، با معنادار بودن منبع گروه در بین گروهها می توان گفت تفاوت معناداری بین گروه آزمایش با کنترل برای حس انسجام وجود داشت ($p < 0.01$). بنابراین، آموزش خودشفابحثی بر حس انسجام اثر بخش بود و ضریب تاثیر بر ایر با $43/0$ بود که نشان

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 (کدھای 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 شرکت کنندگان 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 می‌توان 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 (فروھلیچ 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 معمولاً در تاریخچه زندگی خود دچار مشکلات عاطفی شدیدی بوده‌اند و معمولاً 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 کدھای شفابخش، این حوادث موجب ایجاد خاطرات سلوکی مخرب در این افراد شده و مواجهه با صحنه‌های مشابه تداعی گر

خاطرات طرد و تنهايی و احساس عدم امنیت اين گروه می باشد که نه تنها امكان درمان و رهایی از آنها را به فرد نمی دهد، بلکه جهت تسکین وقت و رهایی از این حس های متنوع و مکرر ناخوشایند فرد را به سمت انجام اقدامات زیانبخش و تکرار آنها بدون تامل و تفکر سوق می دهد. خودشفابخشی در اولین مرحله از فرد می خواهد که در حضور یک گروه که مشکلات مشابهی با فرد دارند به بیان خاطرات غم انگیز گذشته خود پردازد 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 پذیرد 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 پردازد، و در این مسیر برای تقویت خویش از تمام تکنیک های خود آرام سازی جسمی، روانی و معنوی کمک بگیرد تا بتدریج احساس حس انسجام را در خود افزایش دهد. حس انسجام یک جهت گیری و باور کلی به سمت قابل درک و قابل مدیریت و معنادار بودن و قایع مسیر زندگی می باشد و از طرفی باورها و ویژگی های شخصیتی هر فرد از جمله عواملی هستند که نحوه عملکرد او در شرایط استرس زا را تعیین می کنند. وقتی در فرد باورهایی شکل بگیرد مبنی بر این که او می تواند اتفاقات زندگی کش را پیش بینی و درک نماید و توان رویارویی با آنچه در مقابل اوست را دارد، در خود احساس ارزشمندی می کند. 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 درون نگری، تبیین ایجاد رابطه مثبتی به جای رابطه خطی و داشتن ساعاتی برای خلوت با خود و ارزیابی خود و برنامه ریزی برای به روز شدن در کنار افزایش ارتباط با خدا، دعا و داشتن خلوت متفکرانه در مورد ارزش ها و معنای زندگی در افزایش حس انسجام موثر بوده اند.

افزایش عزت نفس، اصلاح عادات غلط و اقدامات زیانبخش، شناخت ترس های غیر منطقی و دروغ های باور شده و افکار ناسالم و تاکید بر روش های تقویت اراده (تصمیم-

مراقبت-ارزیابی-تبیه و پاداش) و نیز آموزش سبک زندگی متعادل و تأمل 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؛ احتمالاً 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 شرکت کنندگان 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 نسبتاً 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 اعضاً 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.

تشکر و قدردانی

در پایان محققان از همکاری صمیمانه تمامی شرکت کنندگان و کارکنان محترم کلینیک های ترک اعتیاد در شهر اصفهان تشکر و قدردانی می نمایند.

منابع

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

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

چلبی، هستی؛ علیمردانی، سروش و نیکنام، عفت (۱۳۹۸). اثربخشی درمان مبتنی بر شفقت بر تحمل پریشانی و حس انسجام معتقدان مراجعه کننده به کمپ‌های ترک اعتیاد. سومین همایش ملی روان‌شناسی، تعلیم و تربیت و سیک زندگی، فزوین.

حیدری، فاطمه (۱۳۹۹). بررسی اثربخشی خود شتاب‌بخشی (سلف هیلینگ) بر عزت نفس، بخشش و اضطراب فرآگیر زنان خیانت‌دیده اصفهان. پایان‌نامه کارشناسی ارشد، چاپ نشده، دانشگاه پیام نور اصفهان.

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

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

سعیدی، فاطمه و محمدی فر، محمدعلی (۱۳۹۷). مقایسه اختلالات رفتاری در کودکان دارای والدین معتاد و عادی. *فصلنامه اعتمادیه و همی*، ۱۲(۴۶)، ۲۲۴-۲۱۵.

شیعی، لادن (۱۳۹۸). آموزش خودستفا بخشی بر فرسودگی شغلی، کیفیت زندگی و انعطاف پذیری عاطفی پرستی اورژانس اجتماعی اصفهان. پایان نامه کارشناسی ارشد، چاپ نشده، دانشگاه پیام نه، اصفهان.

شهبازی، نسرین و لطیفی، زهره (۱۳۹۹). اثربخشی آموزش خودشفابخشی (کدهای شفابخش) بر افسردگی، شدت درد ادراک شده و اضطراب مرتبط با درد در بیماران مبتلا به سردرد مزمن.

فصلنامه روان‌شناسی سلامت، ۳۹(۳)، ۱۳۲-۱۱۳.

عسکری، پرویز؛ سیدآسیابان، سمیرا و سنگانی، علیرضا (۱۳۹۸). مقایسه اثربخشی تن آرامی و ذهن آگاهی بر تنظیم شناختی هیجان و عملکرد خانواده در سوءصرف کنندگان مواد کندکننده پس از سمزادی. فصلنامه اعتمادپژوهی، ۱۳(۵۴)، ۱۶۴-۱۴۷.

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

کامکار، شبیم؛ فرخی، نورعلی؛ سلیمانی بجستانی، حسین و مردانی‌راد، مژگان (۱۳۹۹). تدوین و آزمون مدل علی گرایش به اعتماد دانشجویان بر اساس متغیرهای تحمل پریشانی و تمایز یافتنگی با میانجی گری ناگویی هیجانی. فصلنامه اعتمادپژوهی، ۱۴(۵۵)، ۴۶-۲۹.

کیانی، احمد رضا؛ خاکدال، سعید؛ قمری گیوی، حسین و جمشیدیان، یاسمین (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، زهره (۱۳۹۹). آموزش خودشفابخشی بر سبک زندگی و مدیریت نشانه‌ها در زنان مبتلا به پرفساری خون. مجله پژوهش سلامت، ۱۶(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 معتمدان تحت درمان کلینیک‌های ترک، اعتماد. فصلنامه اعتمادپژوهی، ۱۲(۴۸)، ۱۱۸-۱۰۳.

معینی، پوپک؛ مليحی‌الذکرینی، سعید؛ اسدی، جوانشیر و خواجوند خوشلی، افسانه (۱۳۹۸). اثربخشی آموزش و درمان فراشناختی بر حس انسجام و کیفیت زندگی همسران مردان مبتلا به اعتماد. فصلنامه اعتمادپژوهی، ۱۳(۵۴)، ۲۰۴-۱۸۱.

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. *Neuropsychopharmacology*. <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.

۲۸۰
280

۱۴۰: ۱۵۱، نو ۶۱، آذر ۱۴۰۰
[Downloaded from etiadpajohi.ir on 2025-08-20]

- 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?sequenc=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 – heling: harness power to heal common ailments, boost vitality, and achieve optimum wellness*. Avery; EXCLUSIVE EDITION edition (December 26, 2008). New Yourk.
- Thompson, K., D'uso, 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.

۲۸۱
۲۸۱

