فصلنامه علمی اعتیاد پژوهی، سال شانزدهم، شماره شصت و چهارم، ص۱۰۲-۸۱، تابستان ۱۴۰۱
Scientific Quarterly of Research on Addiction, Vol. 16, No. 64, P 81-102, Summer 2022

مقاله پژوهشی
Research Article

اثربخشی درمان مبتنی بر رویکرد خودشفابخشی بر خودکارآمدی و باورهای مرتبط با مواد در افراد وابسته به مواد در حال ترک

مهدی مروی[۱]، اعظم صالحی[۲]، زهره لطیفی[۳]

تاریخ دریافت: ۱۴۰۰/۰۶/۲۳ تاریخ پذیرش: ۱۴۰۱/۰۵/۲۳

چکیده

هدف: پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر رویکرد خودشفابخشی بر خودکارآمدی و باورهای مرتبط با مواد در افراد وابسته به مواد در حال ترک، انجام شد. **روش:** پژوهش حاضر از نوع نیمه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون و پیگیری با یک گروه کنترل بود. جامعه آماری شامل همه مردان وابسته به مواد در حال ترک در سال ۱۳۹۹ بود. از این بین، ۳۰ نفر به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند و به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش (۱۵ نفر) و کنترل (۱۵ نفر) قرار گرفتند. شرکت‌کنندگان هر دو گروه پرسشنامه‌های خودکارآمدی و باورهای مرتبط با مواد را در پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری تکمیل کردند. مداخله درمانی بر اساس پروتکل لطیفی، مروی و لوید (۱۳۹۷) در ۱۴ جلسه ۶۰ دقیقه‌ای بر روی گروه آزمایش اجرا شد. داده‌ها با روش تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر تجزیه و تحلیل شدند. **یافته‌ها:** نتایج این مطالعه نشان داد که درمان مبتنی بر رویکرد خودشفابخشی بر خودکارآمدی و باورهای مرتبط با مواد در افراد وابسته به مواد در حال ترک، اثربخشی معناداری داشت و این اثربخشی در طول زمان نیز پایدار ماند. **نتیجه‌گیری:** بنابر نتایج پژوهش حاضر می‌توان درمان خودشفابخشی را به عنوان یکی از رویکردهای جدید مثبت‌نگر جهت افزایش خودکارآمدی، کاهش باورهای ناسالم مرتبط با مواد و پیشگیری از بازگشت مجدد افراد وابسته به مواد مخدر در مراکز درمانی مرتبط با ترک مواد مخدر با اثرات نسبتا پایدار برای بهبود مهارت‌های خودمراقبتی به کاربرد.

کلیدواژه‌ها: خودشفابخشی، خودکارآمدی، باورهای مرتبط با مواد، ترک مواد

۱. کارشناس ارشد مشاوره توانبخشی، گروه مشاوره، دانشگاه پیام‌نور، تهران، ایران.
۲. استادیار گروه مشاوره، دانشگاه پیام‌نور، تهران، ایران.
۳. نویسنده مسئول: دانشیار گروه روان‌شناسی، دانشگاه پیام‌نور، تهران، ایران. پست الکترونیک: z_yalatif@pnu.ac.ir

[Downloaded from etiadpajohi.ir on 2026-11-22]

[DOI: 10.52547/etiadpajohi.16.64.81]

مقدمه

پدیده‌ی اعتیاد به عنوان پدیده‌ی نوظهور در بسیاری از خانواده‌های ایرانی نفوذ نموده و در کارکردهای گوناگون اعضـــاء خانواده، به عنوان نهاد اصـــلی در ســـاختار یک جامعه، اختلالات عمیق و همه‌جانبه، ایجاد نموده است (عسگری، سیدآسیابان و سنگانی، ۱۳۹۸). سوءمصرف مواد مخدر شامل مجموعه‌ی نشانگان شناختی، رفتاری و روان‌شناسی به همراه الگویی از تکرار و بروز پیـامـدهـای تحمـل ترک و اعمـال اجبـاری می‌بـاشـــد (انجمن روانپزشـــکی آمریکا[1]، ۱۳۹۳). ترک مواد مخدر از جمله مســـائل بســـیار مهمی اســـت که همواره مورد توجه افراد دغدغه‌مند در عرصه درمان بوده است (مشاوری و لطیفی، ۱۳۹۷). با توجه به آسیب‌های عمده که مصرف مواد به انسان و جامعه وارد می‌سازد، چاره‌اندیشی در جهت قطع مصـــرف آن از ســـوی افراد، موضـــوع مهمی به نظر می‌رســـد، ولیکن داری مشـــکلاتی مانند بازگشـــت مجدد، دردهای جســـمانی، وســـوســـه‌های گوناگون، بی‌خوابی و افســـردگی اســـت (منون و کانداســـامی[2]، ۲۰۱۸). از بین انبوهی از متغیرهای فردی تأثیرگذار بر مصـــرف مواد مخدر می‌توان به خودکارآمدی ترک[3] و باورهای مرتبط با مواد اشـــاره نمود (بودن، جکسون، و دیموک[4]، ۲۰۲۰).

یکی از مولفه‌هایی که امروزه به عنوان یک متغیر میانجی، توجه زیادی را در ترک اعتیاد داشـــته اســـت، خودکارآمدی ترک اســـت (برون[5]، ۱۹۹۹). این متغیر می‌تواند با رفتارهای اعتیاد، ارتباط داشـــته و به عنوان یک فاکتور حفاظتی در ترک اعتیاد عمل نماید (دوبی[6] و همکاران، ۲۰۲۰). خودکارآمدی به عنوان یکی از معروف‌ترین سازه‌های کلیدی در بسیاری از الگوهای ارتقای سلامت است (بشرپور و احمدی، ۱۳۹۸). خودکارآمدی به باور و اعتقاد فرد اشاره دارد که به واسطه‌ی آن می‌تواند، اقدامات لازم را در جهت رسیدن به هدف مورد نظر خود، به صـورت موفقیت‌آمیز و شـایسـته‌ای به اجرا درآورد (بندورا و لوک[7]، ۲۰۰۳؛ دشتی و ضعیفی‌زاده، ۱۳۹۸). متغیر دیگری که در پژوهش حاضر، مد نظر

1. American psychiatric association (APA)
2. Menon &Kandasamy
3. self-Healing
7. Budden, Jackson & Dimmock
5. Brown
6. Dubey
7. Bandura& Locke

[Downloaded from etiadpajohi.ir on 2026-11-22]

[DOI: 10.52547/etiadpajohi.16.64.81]

است، باورهای مرتبط با مصرف مواد مخدر می‌باشد. باورهای مرتبط با مواد، به مجموعه‌ای از عقاید گفته می‌شوند که بر محور لذّت‌جویی، حل مسئله و تسکین و فرار متمرکز هستند (عینی، ترابی، عبادی و کرمانی، ۱۳۹۹). حداقل سه نوع عقیده‌ی مرتبط با مواد وجود دارد که شامل: انتظاری، متمرکز بر تسکین و تسهیل‌کننده یا اجازه‌دهنده هستند و به عنوان عاملی مهم در عدم موفقیت فرد در ترک مواد به شمار می‌روند (سلیمی‌کیا و خانپور، ۱۳۹۷). لذا با توجه به این نکات در مورد برگشت‌پذیری افراد معتاد در حال ترک، کشف و شناخت راهکارهایی که بتواند در این مرحله به افراد معتاد کمک نماید، حائز اهمیت است.

با نگاهی به تحقیقات مشابه صورت گرفته قبلی، به وضوح خلاء پژوهشی که به سنجش نگرش‌های ناکارآمد و باورهای مرتبط با مواد با فرایند درمانی و آموزشی دیده می‌شود، تا پژوهشی در جهت به کارگیری درمان مبتنی بر مدل شناختی در نگرش‌های ناکارآمد و باورهای مرتبط با مواد برای درمان وابستگان به مواد صورت گیرد. پس از تجربه و کاربرد انواع روش‌های درمانی در گذشته، اکنون وقت آن رسیده است که به ارزیابی و آزمون راهکارهای درمانی-روان‌شناختی نیز روی آورد و با ارتقا سطح مولفه‌های روان‌شناختی مثبت در جهت کمک به معتادان، یاری رساند. هر روزه انواع راه‌ها و روش‌ها، در سراسر جهان در جهت درمان افراد مبتلا به بیماری اعتیاد مورد استفاده قرار می‌گیرد. با توجه به این روش‌ها و راهکارهای پرهزینه، وقت‌گیر و از همه مهم‌تر عدم تضمین در درمان بیماری، یکی از رویکردهایی که به نظر می‌رسد دارای اهمیت بسیار زیادی از نظر تاثیربخشی و تضمین کیفیت درمان، هزینه و زمان در بیماران داشته باشد، رویکرد مبتنی بر خودشفابخشی در این‌گونه بیماران است. خودشفابخشی به عنوان یکی از درمان‌های جدیدی است که در حوزه‌ی کنترل و مدیریت تنش‌های روانی و جسمی کاربرد فراوانی دارد. خودشفابخشی در فرهنگ لغت به معنای توانایی التیام‌بخشی و شفابخشی خویشتن است و به نقشی اشاره دارد که خود فرد در بهبود بیماری یا حل مشکل خود ایفا می‌کند (لطیفی و مروی، ۱۳۹۹). خودشفابخشی، یک توانایی درمانی در ذات وجود افراد است و به جسم و ذهن انسان کمک می‌کند تا تمامیت وجود خود را بازیابد و

[Downloaded from etiadpajohi.ir on 2026-11-22]

[DOI: 10.52547/etiadpajohi.16.64.81]

در پیگیری سلامت در دوران سالمندی و استقلال خود نقش بسزایی داشته باشد (وو، سو، تانگ، پن و لین،[1] ۲۰۲۱). رویکرد خودشفابخشی شامل مهارت‌های خاطره‌یابی، شناخت ویژگی‌های شخصیتی مشکل‌آفرین، کاهش اقدامات زیان‌بخش، مهارت‌های خودآرام‌بخشی، دعا و تمرینات کدهای شفابخش برای ایجاد تعادل در سطح انرژی سلولی، کاهش استرس‌های فیزیولوژیک، افزایش سیستم ایمنی بدن و افزایش آرامش و رفتارهای خردمندانه است (لوید و جانسون[2]، ۱۳۹۷). لوید، جانسون و لیپتون معتقدند ۹۵ درصد از تمام مشکلات فیزیکی و غیرفیزیکی از استرس سرچشمه می‌گیرد. امروزه واژه استرس یا فشار روانی یکی از واژه‌های رایج در روان‌شناسی و روانپزشکی است. هرفردی ممکن است در زندگی خود بعضی از فشارهای روانی را تجربه کرده باشد. استرس شاید عمومی‌ترین مسئله زندگی روزمره انسان باشد. استرس چنان همگانی و همه‌گیر شده است که آن را مشخصه زندگی انسان می‌دانند، به‌طوری‌که همه انسان‌ها در زندگی روزمره‌ی خود در معرض استرس‌های زیادی قرار دارند و تاثیرات زیادی از آن می‌پذیرند (کیم، شین، سوکایاما و پارک[3]، ۲۰۲۰). در این راستا انجمن ملی الکل و وابستگی اعتیاد را به عنوان بیماری ابتدایی توصیف کرده است که استرس همراه با سوءمصرف و دیگر آسیب‌های روانی می‌تواند در تداوم آن نقش بازی کند (راوزیک[4] و همکاران، ۲۰۱۷).

تمرکز اصلی این رویکرد درمانی بر ارتقا آرامش با آموزش و تمرین مهارت‌های خودیاری در جهت کاستن از پاسخ‌های غیرارادی به ترس غیرمنطقی و توقف فعالیت سیستم جنگ و گریز مغز، تقویت سیستم ایمنی در بدن (لیپتون[5]، ۲۰۱۶)، کاهش تنش فیزیولوژیک و آرامش سلولی و روانی است (لوید، ۲۰۱۸). کوشش فرد برای درمان خاطرات گذشته، شناخت باورهای مخرب، ترس‌ها و تنش‌ها، بهبود ویژگی‌های شخصیتی ناسالم (لوید، ۲۰۱۹) و اصلاح سبک زندگی و درخواست نیازهای فردی به شکل دعا از خداوند متعال است (لوید، ۲۰۱۳). این رویکرد درمانی بر نقش پیشگیری و تسریع بر روند

1. Wu, Hsu, Tung, Pan & Lin
2. Loyd & Johnson
3. Kim, Shin, Tsukayama & Park
4. Krawczyk
5. Lipton

سال شانزدهم، شماره ۶۴، تابستان ۱۴۰۱
Vol. 16, No. 64, Summer 2022

[Downloaded from etiadpajohi.ir on 2026-11-22]
[DOI: 10.52547/etiadpajohi.16.64.81]

توانبخشـــی و بهبود تاکید دارد (لوید، 2014). لطیفی و مروی (۱۳۹۷) با کســـب مجوز از لوید به ترجمه، تدوین و آموزش این روش پرداخته و بر اســاس مطالعات روان‌شـناسـی با توجه به مبانی فرهنگی، ســـنتی و مذهبی ایران پروتکل اجرایی را در ۱۴ جلســـه تهیه و به تایید لوید و تعدادی روان‌شناسان و مشاوران دانشگاهی ایران رسانده‌اند. این پروتکل در جلسات متعددی توسط گروه روان‌شناسان و مشاوران به لحاظ علمی و اجرایی مورد بحث و بررسـی قرار گرفته و اثربخشـی آن توسـط تعدادی از روان‌شـناسـان به لحاظ علمی و بر اساس گزارش مراجعین به طور عملی تایید شده است. بارزترین موارد بومی‌سازی، اصلاح سـبک زندگی بر اسـاس دیدگاه بوعلی سـینا و تعالی معنوی، دعا و مراقبه بر اسـاس دین اسلام است.

در مطالعات تاثیرات مثبت رویکرد شـفابخشـی قابل توجه اسـت. از جمله فرولیچ[1] و همکاران (۲۰۱۸) برنامه خودشـفابخشـی را به طور آنلاین در مورد جوانان کانادایی که همزمان دچار سوء مصرف 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 مصـرف الکل را در گروه آزمایش کاهش داده اســت، به افزایش کیفیت زندگی و کاهش اضــطراب و افسردگی و نیز سوءمصرف سایر داروها نیز منجر شده است. تامسون، دیسو، شوارتزمن، دابسـن و دراپو[2] (۲۰۲۰) گزارش دادند که پس از آموزش و اصـلاح خودگویی‌های مبتنی برخود سـرزنش‌گری، بی‌کفایتی و بی‌ارزش‌سـازی خود در بیماران افسـرده، میزان پذیرش خود، رفتار دوســتانه با خود افزایش یافته اســت. تل[3] و همکاران (۲۰۲۰) با اجرای برنامه خودیاری در زنان پناهنده موفق شـدند تا آشـفتگی‌های روانی آنان را کاهش و بهزیسـتی روان‌شـناختی آنان را افزایش دهند. دیگر محققان نیز اثربخشی آموزش خودشـفابخشی را بر متغیرهای متنوع از جمله فرســودگی شــغلی، کیفیت زندگی و انعطاف‌پذیری عاطفی (لطیفی و همکاران، ۱۴۰۰)؛ شــفقت به خود، نگرانی از تصــویر تن و بهبود روند بیماری

1. Frolich
2. Thompson, D'iuso, Schwartzman, Dobson & Drapeau
3. Tol

سال شانزدهم، شماره ۶۴، تابستان ۱۴۰۱
Vol. 16, No. 64, Summer 2022

[Downloaded from etiadpajohi.ir on 2026-11-22]

[DOI: 10.52547/etiadpajohi.16.64.81]

سرطان (لطیفی، سلطانی و موسوی، ۲۰۲۰)؛ شدت درد، اضطراب مرتبط با درد و افسردگی در افراد مبتلا به سر درد مزمن (شهبازی و لطیفی، ۱۳۹۹)؛ تحمل پریشانی، سرمایه‌های روان‌شناختی و سردرد همسران افراد معتاد (زارعان، لطیفی و میرمهدی، ۱۳۹۹)؛ بخشش در خیانت زناشویی (حیدری، لطیفی و مرادی، ۱۴۰۱) و توانمندسازی روانی مردان وابسته به مواد مخدر (ایرانی، لطیفی و سلطانی زاده، ۱۳۹۹) مفید و موثر گزارش داده‌اند.

باتوجه به آنچه بیان شد، خلأ پژوهشی و تجربی رویکرد خودشفابخشی به طور قابل توجهی در پژوهش‌های گذشته به چشم می‌خورد و نیازمند آن است که مطالعه‌ای در جهت اثربخشی این رویکرد در ارتقای میزان خودکارآمدی و تغییر باورهای مرتبط به مواد در معتادان در حال ترک انجام گیرد تا نتایج آن به صورت علمی مشخص گردد و به عنوان یک نوع درمان کم هزینه و جدید در عرصه کمک به بیماران دارای اعتیاد در حال ترک مورد استفاده قرار بگیرد. لذا، مطالعه حاضر در راستای بررسی آموزش این رویکرد درمانی جدید بر روی خودکارآمدی و باور مرتبط با مواد در جهت کمک و یاری به بیماران معتاد در حال ترک، طرح‌ریزی‌شده است و با توجّه به این مهم، مطالعه حاضر در پی پاسخگویی به این سؤال اساسی است که آیا درمان مبتنی بر رویکرد خودشفابخشی بر خودکارآمدی ترک و باورهای مرتبط با مواد در معتادان در حال ترک، تأثیر دارد؟

روش

جامعه، نمونه و روش نمونه‌گیری

این مطالعه نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون–پس‌آزمون و پیگیری با گروه کنترل بود. جامعه آماری این پژوهش شامل تمامی معتادان درحال ترک دارای اختلال مصرف مواد در سال ۱۳۹۹ بودند. برای تعیین حجم نمونه پژوهش، گال، بورگ و گال (۱۳۹۳) قاعده‌ای را پیشنهاد کرده‌اند که طبق آن برای پژوهش‌های آزمایشی و شبه‌آزمایشی، تعداد ۱۵ نفر برای هر یک از گروه‌های آزمایشی و کنترل پیشنهاد شده است. بنابراین، از این جامعه، نمونه‌ای به حجم ۳۰ نفر (۱۵ نفر برای هر گروه) به روش نمونه‌گیری دردسترس و با در نظر گرفتن ملاک‌های ورود به مطالعه انتخاب و به تصادف در دو گروه آزمایش و کنترل جایگزین شدند. ملاک‌های ورود به مطالعه شامل دارا بودن اختلال مصرف مواد بر

[Downloaded from etiadpajohi.ir on 2026-11-22]

[DOI: 10.52547/etiadpajohi.16.64.81]

اساس معیارهای راهنمای تشخیصی و آماری برای اختلالات روانی-نسخه پنجم مبتنی بر یک مصاحبه نیمه ساختاریافته، کامل کردن فرم رضایت آگاهانه به منظور شرکت در پژوهش، سابقه دست‌کم چهار سال یا ۴۸ ماه مصرف مواد و عدم دریافت درمان‌های روان‌شناختی همزمان بود. معیارهای خروج شامل داشتن اختلالات روانی مزمن یا حاد (بر اساس مصاحبه)، غیبت بیش از دو جلسه، مصرف داروهای روان‌پزشکی و داشتن بیماری‌های جسمی بود. در این مطالعه، اصول اخلاقی پژوهش شامل رازداری و حفظ حریم خصوصی اشخاص رعایت شد. داده‌ها با استفاده از تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر در نرم‌افزار اس‌پی‌اس‌اس تحلیل شدند.

ابزار

۱- پرسشنامه خودکارآمدی: این پرسشنامه توسط برامسون[1] (۱۹۹۹) طراحی شده است که ۱۶ عبارت دارد و ماده‌های آن روی یک مقیاس ۷ درجه‌ای مبتنی بر طیف لیکرت از به شدت مخالفم (۱) تا به شدت موافقم (۷) نمره‌گذاری می‌شوند. دامنه نمرات پرسش‌نامه بین ۱۶ تا ۱۱۲ متغیر است. این پرسشنامه شامل چهار زیرمقیاس مهارت‌های حل مسأله، تصمیم‌گیری، ابراز وجود و ارتباط می‌باشد. تعیین روایی و پایایی این پرسشنامه توسط حبیبی، صالح‌مقدم، طلایی، ابراهیم‌زاده و کریمی مونقی در سال ۱۳۹۱ سنجیده شده و ضریب همبستگی پیرسون که بین نمرات دو پرسشنامه (خودکارآمدی ترک اعتیاد برامسون و خودکارآمدی عمومی) به‌دست آمده نشان داد که بین این دو پرسشنامه همبستگی بالا (۰/۶۱) و معناداری به لحاظ آماری وجود داشت. همچنین آلفای کرونباخ خرده مقیاس‌های مهارت‌های حل مسأله، تصمیم‌گیری، ابراز وجود و ارتباط را به ترتیب ۰/۷۸، ۰/۷۲، ۰/۷۵ و ۰/۷۲ و برای کل مقیاس ۰/۹۰ گزارش کردند. در پژوهش حاضر نیز مقدار آلفای کرونباخ کلی این مقیاس ۸۳٪ به دست آمد.

۲- پرسشنامه باورهای مرتبط با مواد: این پرسشنامه، توسط رایت و بک[2] در سال ۱۹۹۳ ساخته شده است. این ابزار به عنوان یک مقیاس از نوع خودسنجی است که اعتقادات فرد

1. Bramson's Quit Addiction Self-Efficacy Questionnaire

2. Wright & Beck

[Downloaded from etiadpajohi.ir on 2026-11-22]

[DOI: 10.52547/etiadpajohi.16.64.81]

را درباره‌ی مواد، مورد سنجش قرار می‌دهد. پرسشنامه باورهای مرتبط با مواد شامل عبارت هایی درباره‌ی پیامدهای مثبت (که موجب دوام اعتیاد می‌شود) و باورهای منفی (که منجر به ترس از ترک اعتیاد می‌شود) مصرف مواد مخدر است. عبارت‌های مثبت، شامل مواردی است که اثرات مواد بر افزایش خلق‌وخو دارد و عبارت‌های منفی به اثرات مواد و این که اثرات قابل اغماض می‌باشند یا خیر اشاره دارد و دارای ۲۰ گویه است. در پرسشنامه‌ی باورهای مرتبط با مواد مخدر، سؤالات به دو بعد تقسیم‌بندی می‌شوند که سؤالات ۱ تا ۱۰ مربوط به پیامدهای مثبت، و سؤالات ۱۱ تا ۲۰ مربوط به پیامدهای منفی است. پاسخدهی در طیف لیکرت ۷ درجه‌ای (از کاملاً مخالفم تا کاملاً موافقم) است. حداقل نمره کسب شده از پرسشنامه ۲۰ و حداکثر نمره ۱۴۰ است و هر چه نمره کسب شده بیشتر باشد باورهای مرتبط به مواد در سطح بالاتری است و بالعکس (بک، رایت، نیومن و لیز[1]، ۱۹۹۳). محمدخانی، صادقی و ولی الله (۱۳۹۰) با استفاده از روش آلفای کرونباخ اعتبار آن را ۰/۸۶ گزارش کردند. در پژوهش حاضر نیز مقدار آلفای کرونباخ کلی این مقیاس ۰/۸۱ به دست آمد.

روش اجرا

در این مطالعه، آموزش خودشفابخشی لطیفی و مروی (۱۳۹۷) با اقتباس از لوید (۲۰۱۴) به صورت ۱۴ جلسه ۶۰ دقیقه‌ای و با فراوانی دو جلسه در هفته انجام شد. همچنین اجرای آزمون‌های تحقیق، قبل از شروع مداخله (پیش آزمون)، بعد از اتمام جلسات آموزشی (پس آزمون) و پس از گذشت دو ماه از جلسات آموزشی (پیگیری) اجرا شد. خلاصه جلسات آموزشی در جدول ۱ به تفکیک آمده است.

1. Beck, Wright, Newman & Liese

[Downloaded from etiadpajohi.ir on 2026-11-22]

[DOI: 10.52547/etiadpajohi.16.64.81]

جدول ۱: پروتکل خودشفابخشی مروی و لطیفی (۱۳۹۷) برگرفته از رویکرد لوید (۲۰۱٤)

جلسه	خلاصه جلسه
۱	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.
۲	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).
۳	آموزش تشخیص مشکل واقعی یا کاذب، آموزش روش تفکر واقع‌بینانه و مسئله‌مدار، آموزش خاطره-یابی 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.
۴	ریشه‌یابی خاطرات مخرب سلولی، معرفی سه گروه کینه جویی، باورهای غلط و احساسات منفی مثلثی، اقدامات زیان بخش. (فایل صوتی خاطره‌یابی به اعضای گروه داده شد). تکلیف۴: 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.
۵	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 زیان بخش خود، اجرای مراقبه‌ها یا تن‌آرامی عضلانی تنفسی به انتخاب اعضای گروه.
۶	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 زیان بخش اعضای گروه و اجرای مراقبه اسکن نورانی بدن (فایل صوتی اسکن نورانی بدن به اعضای گروه داده شد).

[Downloaded from etiadpajohi.ir on 2026-11-22]

[DOI: 10.52547/etiadpajohi.16.64.81]

جدول ۱: پروتکل خودشفابخشی مروی و لطیفی (۱۳۹۷) برگرفته از رویکرد لوید (۲۰۱٤)

جلسه	خلاصه جلسه
	تکلیف۶: ادامه چالش ذهنی در مورد کاهش حس کینه‌توزی و انتقام، خودکاوی برای شناخت سندرم من بیچاره، بررسی افکار ناسالم و دروغ های 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.
۷	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. تکلیف۷: بررسی نقش سندرم من بیچاره در عادات مخرب، ثبت موفقیت‌ها و مهارت‌های به کار گرفته شده در راستای سه گروه بازدارنده، اجرای فن خاطره یابی معکوس، اجرای مراقبه‌ها یا تن‌آرامی عضلانی تنفسی به انتخاب اعضای گروه.
۸	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 کمال‌گرایی) 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 تن‌آرامی عضلانی تنفسی به انتخاب اعضای گروه.
۹	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 مهر طلبی، ابراز وجود موثر، افزایش اعتماد به نفس و خودکارآمدی) 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 پیشرفت.
۱۰	توضیح در مورد نقش درخواست حقیقی، اثرات دعا و تداوم تمرکز بر خواسته‌ها در مسیر زندگی و توضیح شواهد علمی مربوط به دعا در خودشفابخشی، 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).

[Downloaded from etiadpajohi.ir on 2026-11-22]

[DOI: 10.52547/etiadpajohi.16.64.81]

جدول ۱: پروتکل خودشفابخشی مروی و لطیفی (۱۳۹۷) برگرفته از رویکرد لوید (۲۰۱٤)

جلسه	خلاصه جلسه
	تکلیف ۱۰: صرف وقت خاص تنهایی برای 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 (مثبت نگری به آینده).
۱۱	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 و تهیه جملات تمرکزی حقیقی، شروع اصلاح سبک زندگی با شناخت و کاهش عادات غلط.
۱۲	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.
۱۳	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 خود مراقبتی.
۱۴	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.

یافته‌ها

میانگین سنی افراد شرکت‌کننده در پژوهش ۳۵/۵۳ سال با انحراف استاندارد ۷/۸۹ بود. از اعضای نمونه ۲۶/۷درصد افراد دارای تحصیلات سیکل، ۶۶/۷ درصد افراد دارای تحصیلات دیپلم و ۶/۶ درصد دارای تحصیلات دانشگاهی کارشناسی؛ ۵۳/۳ درصد از اعضای نمونه مجرد و ۴۶/۷ درصد متاهل؛ بوده‌اند. ۵۰ درصد افراد کمتر از ۱۰ سال، ۳۶/۷ درصد بین ۱۱ تا ۲۰ سال و ۱۳/۳ درصد از افراد بیشتر از ۲۰ سال است که سابقه مصرف

[Downloaded from etiadpajohi.ir on 2026-11-22]

[DOI: 10.52547/etiadpajohi.16.64.81]

مواد دارند. همچنین از بین اعضای نمونه ۳۳/۳ درصد ۱ تا ۳ بار ترک کرده‌اند، ۲۳/۳ درصد ۴ تا ۶ بار، ۱۳/۴ درصد ۷ تا ۹ بار و ۳۰ درصد افراد بیش از ۱۰ بار است که ترک کرده و مجدد رو به مصرف مواد آورده‌اند. ۳۰ درصد شیشه مصرف کرده‌اند، ۴۶/۷ درصد هروئین، ۱۳/۳ درصد تریاک و ۱۰ درصد سابقه مصرف متادون داشته‌اند. جدول ۲ یافته‌های توصیفی مربوط به نمرات شرکت‌کنندگان گروه‌های آزمایش و کنترل در پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری متغیرهای مورد مطالعه را نشان می‌دهد.

جدول۲: یافته‌های توصیفی متغیرهای پژوهش به تفکیک دو گروه آزمایش و کنترل

مقیاس	مرحله	گروه آزمایش		گروه کنترل	
		میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد
خودکارآمدی	پیش آزمون	۶۲/۲۰	۱۷/۶۱	۵۷/۶۶	۲۶/۹۷
	پس آزمون	۸۹/۹۳	۱۳/۴۳	۵۸/۱۳	۲۸/۰۹
	پیگیری	۹۰/۱۳	۱۳/۴۴	۶۲/۷۳	۲۷/۸۳
باورهای مرتبط	پیش آزمون	۴۱/۲۰	۱۶/۷۵	۴۴/۶۶	۱۴/۵۶
با مواد	پس آزمون	۲۳/۰۶	۵/۷۶	۴۳/۸۰	۱۱/۸۰
	پیگیری	۲۳/۱۳	۴/۶۱	۴۵/۲۶	۱۲/۶۲

نگاهی گذرا به اطلاعات جدول ۲ نشان می‌دهد که بعد از اعمال مداخله آموزشی، میانگین خرده‌مقیاس‌های خودکارآمدی ترک و باورهای مرتبط با مواد به مقدار قابل توجهی در گروه آزمایش بهبود یافته بود، ولی در گروه کنترل این نمرات تغییر چندانی نداشت. هر چند این نتیجه‌گیری، استنباط بدون آزمون آماری است، اما در بررسی‌های دقیق‌تر بعدی، وجود تفاوت معنادار در پیش‌آزمون و پس‌آزمون مشخص شد. برای این منظور از تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر استفاده شد. قبل از اجرای تحلیل واریانس پیش‌فرض‌های استفاده از آن مورد بررسی قرار گرفت. نتایج آزمون شاپیرو- ویلک نشان داد که همه متغیرها از توزیع نرمال برخوردار بودند. برای سنجش برابری واریانس‌ها از آزمون لوین استفاده شد و چون آماره‌های این آزمون برای خودکارآمدی ترک (F=۰/۲۵، p>۰/۰۵) و باورهای مرتبط با مواد (F=۰/۰۴، p>۰/۰۵) غیر معنادار بود (p>۰/۰۵)، در نتیجه مفروضه برابری واریانس‌ها رعایت شد. یکی دیگر از پیش‌فرض‌های تحلیل واریانس

[Downloaded from etiadpajohi.ir on 2026-11-22]

[DOI: 10.52547/etiadpajohi.16.64.81]

با اندازه‌گیری مکرر آزمون کرویت ماچلی بود که باتوجه به معنادار بودن کرویت ماچلی فرض یکسانی کوواریانس‌ها تأیید نشد (P<۰/۰۱)؛ بنابراین از تصحیح گرین هوس-گیسر استفاده گردید. در تصحیح گرین هوس-گیسر درجه آزادی‌های تحلیل واریانس کمتر می‌شود تا نسبت F محافظه کارانه‌تر گردد. به طور کلی، با توجه به بررسی‌های انجام شده، مفروضات اساسی روش آماری پارامتریک تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر رعایت شد. نتایج بررسی تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر در جداول ۳ و ۴ نشان داده شده‌اند.

جدول۳: تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر بر روی تفاضل نمرات پیش‌آزمون و پس‌آزمون متغیرها

متغیرها	نام آزمون	مقدار	نسبت F	درجه آزادی فرضیه	درجه آزادی خطا	معناداری
خودکارآمدی	اثر پیلایی	۰/۶۴	۱۳/۱۶	۴	۱۱۲	۰/۰۱
ترک	لامبدای ویلکز	۰/۳۸	۱۷/۰۶	۴	۱۱۰	۰/۰۱
	اثر هتلینگ	۱/۵۷	۲۱/۲۲	۴	۱۰۸	۰/۰۱
	بزرگترین ریشه خطا	۱/۵۳	۴۳/۰۴	۲	۵۶	۰/۰۱
باورهای مرتبط	اثر پیلایی	۰/۵۵	۱۰/۸۲	۴	۱۱۲	۰/۰۱
با مواد	لامبدای ویلکز	۰/۴۶	۱۳/۰۴	۴	۱۱۰	۰/۰۱
	اثر هتلینگ	۱/۱۳	۱۵/۳۲	۴	۱۰۸	۰/۰۱
	بزرگترین ریشه خطا	۱/۱۰	۳۰/۷۸	۲	۵۶	۰/۰۱

* $p<$ ۰/۰۰۱.

جدول ۳ نشان می‌دهد که تمامی آزمون‌های تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر (اثر پیلایی، لامبدای ویلکز، اثرهتلینگ و بزرگترین ریشه خطا) معنادار بودند (p<۰/۰۰۱). بر این اساس، می‌توان بیان داشت که بین آزمودنی‌های گروه آزمایش و کنترل حداقل از لحاظ یکی از متغیرهای وابسته تفاوت معناداری وجود دارد. نتایج تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر بر خودکارآمدی ترک و باورهای مرتبط با مواد در سه مرحله ارزیابی در جدول ۴ ارائه شد.

[Downloaded from etiadpajohi.ir on 2026-11-22]

[DOI: 10.52547/etiadpajohi.16.64.81]

جدول ٤: تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر بر خودکارآمدی ترک و باورهای مرتبط با مواد

مقیاس		منبع	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری	اتا	توان آماری
خودکارآمدی ترک	درون گروهی	عامل	۴۷۶۸/۲۰	۱/۰۱۳	۴۷۰۸/۸۰	۴۲/۲۳	۰/۰۱	۰/۶۰	۱
		اثرتعاملی	۳۲۱۴/۲۸	۱/۰۱۳	۳۱۷۴/۲۴	۲۸/۴۶	۰/۰۱	۰/۵۰	۰/۹۹
		خطا	۳۱۶۱/۵۱	۲۸/۳۵۳	۱۱۱/۵۰				
	بین گروهی	گروه	۱۰۱۵۴/۸۴	۱	۱۰۱۵۴/۸۴	۸/۴۶	۰/۰۱	۰/۲۳	۰/۸۰
		خطا	۳۳۵۹۷/۵۵	۲۸	۱۱۹۹/۹۱				
باورهای مرتبط با مواد	درون گروهی	عامل	۱۶۷۱/۰۸	۱/۰۴۱	۱۶۰۵/۷۴	۱۷/۳۴	۰/۰۱	۰/۳۸	۰/۹۸
		اثرتعاملی	۱۶۲۱/۳۵	۱/۰۴۱	۱۵۵۷/۹۵	۱۶/۸۲	۰/۰۱	۰/۳۷	۰/۹۸
		خطا	۲۶۹۷/۵۵	۲۹/۱۳۹	۹۲/۵۷				
	بین گروهی	گروه	۵۳۶۶/۹۴	۱	۵۳۶۶/۹۴	۱۷/۵۰	۰/۰۱	۰/۳۸	۰/۹۸
		خطا	۸۵۸۴/۱۷	۲۸	۳۰۶/۵۷				

همان‌گونه که در جدول ۴ مشـــاهده می‌شـــود، بین دو گروه در مراحل (پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری) در خودکارآمدی ترک و باورهای مرتبط با مواد تفاوت معناداری وجود دارد (P<۰/۰۵). همچنین، نتایج جدول نشـــان می‌دهد که تعامل بین گروه و مراحل (پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری) در خودکارآمدی ترک و باورهای مرتبط با مواد معنادار بوده (P<۰/۰۵) و به این معنی می‌باشـد که در طول سـه مرحله آزمون، میان گروه گواه و آزمایش تفاوت درون گروهی و همچنین تفاوت بین گروهی وجود دارد. ضـرایب اتای نیز نشـــان داد که ۶۰ و ۳۸ درصـــد از تغییرات درون‌گروهی خودکارآمدی ترک و باورهای مرتبط با مواد و همچنین ۲۳ و ۳۸ درصـــد از تغییرات بین‌گروهی خودکارآمدی ترک و باورهای مرتبط با مواد ناشی از مداخله درمان مبتنی بر رویکرد خودشفابخشی بوده اسـت. به منظور مقایسـه و بررسـی تفاوت میانگین‌های پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری متغیر خودکارآمدی ترک و باورهای مرتبط با مواد از آزمون تعقیبی بن فرونی اسـتفاده شده است که نتایج در جدول ۵ ارائه شده است.

سال شانزدهم، شماره ۶۴، تابستان ۱۴۰۱
Vol. 16, No. 64, Summer 2022

[Downloaded from etiadpajohi.ir on 2026-11-22]

[DOI: 10.52547/etiadpajohi.16.64.81]

جدول ۵: آزمون تعقیبی بن فرونی برای مقایسه‌ی خودکارآمدی ترک و باورهای مرتبط با مواد به‌صورت زوجی در سری زمانی

متغیرها	مرحله A	مرحله B	اختلاف میانگین	خطای استاندارد	سطح معناداری
خودکارآمدی ترک	پیش آزمون	پس آزمون	-۱۴/۱۰	۲/۳۶	۰/۰۱
		پیگیری	-۱۶/۵۰	۲/۳۸	۰/۰۱
	پس آزمون	پیگیری	۱/۴۰	۰/۲۱	۰/۰۴
باورهای مرتبط با مواد	پیش آزمون	پس آزمون	۹/۵۰	۲/۱۹	۰/۰۱
		پیگیری	۸/۷۳	۲/۱۶	۰/۰۱
	پس آزمون	پیگیری	-۰/۷۶	۱/۳۶	۰/۰۳

با توجه به جدول ۵ نمرات پیش‌آزمون با پس‌آزمون و پیگیری مقیاس‌های خودکارآمدی ترک و باورهای مرتبط با مواد تفاوت معناداری دارد و نمرات پس‌آزمون در مرحله پیگیری مقیاس‌ها نسبتا ثابت مانده و اثر درمان مبتنی بر رویکرد خودشفابخشی همچنان ماندگار است. این نتایج بیانگر این است که درمان مبتنی بر رویکرد خودشفابخشی سبب بهبود خودکارآمدی ترک و کاهش باورهای مرتبط با مواد شده است. به علاوه، این اثربخشی در طول گذر زمان دو ماه نیز، پایدار ماند. با توجه به نتایج به دست آمده درمان مبتنی بر رویکرد خودشفابخشی بر خودکارآمدی ترک و باورهای مرتبط با مواد معتادان در حال ترک تاثیر دارد.

بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر با هدف بررسی تاثیر خودشفابخشی بر خودکارآمدی ترک و باورهای مرتبط با مواد معتادان در حال ترک انجام شد. یافته‌های پژوهش نشان داد که رویکرد خودشفابخشی در مرحله پس‌آزمون و دوره پیگیری یک ماهه بر خودکارآمدی ترک و باورهای مرتبط با مواد تأثیر معناداری داشته است. بر اساس بررسی‌های صورت گرفته در خصوص تاثیر روش خودشفابخشی بر افزایش خودکارآمدی ترک در افراد مبتلا به اعتیاد، تاکنون تحقیقات زیادی صورت نگرفته، ولی تحقیقات مشابه و همسویی در این حوزه در مطالعات داخلی و خارجی انجام شده است که از جمله آن‌ها می‌توان به تاثیر فعالیت‌های

[Downloaded from etiadpajohi.ir on 2026-11-22]

[DOI: 10.52547/etiadpajohi.16.64.81]

خود شفابخشی در روان‌درمانی (گراوس[1]، ۲۰۲۲)، افزایش رضایت از زندگی و خودکارامدی (موتهارو[2]، ۲۰۲۲) توانمندسازی روانی مردان وابسته به مواد مخدر (ایرانی، لطیفی و سلطانی‌زاده، ۱۳۹۹) خودکارامدی در ترک اعتیاد (قدرتی، محمدی‌پور و مفاخری، ۱۴۰۱) اشاره کرد.

بر مبنای نظریه‌ی شناختی-اجتماعی بندورا (۱۹۹۹) در صورتی‌که که متغیر خودکارآمدی را باور افراد در طریقه‌ی به‌کارگیری موثر از توانایی‌های فردی در زمینه‌های خاص مانند انجام رفتار در موقعیت‌های ویژه، در نظر بگیریم؛ اشخاصی که از خودکارآمدی پایینی برخوردار هستند، شرایط استرس‌زا را غیرقابل کنترل، تصور می‌کنند و بیشتر به استفاده از راهکارهای مواجهه‌ی ناکارآمد مبتنی بر تسکین و فرار مانند سوءمصرف مواد مخدر، گرایش دارند. این در حالیست که اشخاص دارای خودکارآمدی بالا، تسلط بیشتری بر امور دارند و با به کارگیری استعدادهای خود بر مشکلات، فائق می‌آیند. خودکارآمدی شامل مهارت‌های حل مسأله، تصمیم‌گیری، ابراز وجود و ارتباط می‌شود؛ بنابراین خودکارآمدی پایین افراد معتاد، آسیب‌ها و مشکلات زیادی در تمام جنبه‌های گوناگون مانند سبک زندگی، سبک‌های ارتباطی، تعامل با دیگران، را ایجاد می‌کند. در تبیین علت تاثیر آموزش خودشفابخشی بر خودکارآمدی ترک به طور خاص میتوان گفت که آموزش خودشفابخشی ضمن تاکید بر بازنگری داستان زندگی خود در گذشته در فضایی امن و آرام، از طریق به کارگیری تکنیک‌های خاطره یابی (که موجب کاهش خودکارآمدی فرد شده‌اند)، آموزش تشخیص مشکل واقعی یا کاذب، آموزش روش تفکر واقع‌بینانه و مسئله‌مدار به جای اقدامات زیان بخش و کینه‌جویی در جلسات انفرادی و گروهی به افراد می‌آموزد که در مواجهه با مسائل و مشکلات زندگی مراقب نقش خاطرات مخرب بر نحوه عملکرد خود بوده و با تقویت کدهای یازده‌گانه شفابخش در تغییر مسیر زندگی خود سهیم باشد. تمرکز و اصلاح «من به اندازه‌ی کافی ارزشمند نیستم» با کد عشق و مهربانی و بازبینی «اگر شرایط تغییر کند من هم تغییر خواهم کرد» با

1. Greaves
2. Mutohharoh

[Downloaded from etiadpajohi.ir on 2026-11-22]

[DOI: 10.52547/etiadpajohi.16.64.81]

کد اعتماد و کنترل احتمالا در افزایش احساس توانمندی و خودکارآمدی این گروه مؤثر بوده است.

بر اساس نتایج به دست آمده آموزش خودشفابخشی بر تغییر باورهای مرتبط با مصرف مواد هم تاثیر مثبت داشته است. در خصوص اثربخشی خودشفابخشی بر باورهای مرتبط با مواد محققان به پژوهش مطلوبی در تحقیقات خارجی و داخلی دست پیدا نکردند و امکان مقایسه یافته‌ها وجود ندارد؛ اگر چه تحقیقات دیگری در خصوص باورهای فراشناختی ناکارامد در افراد وابسته به مواد (ساعد، یعقوبی، روشن و سلطانی، ۱۳۹۰) یا مقایسه درمان دارویی با شیوه‌های شناختی رفتاری (قربانی، محمدخانی و صرامی، ۱۳۹۰) و باورهای مرتبط با مصرف مواد (محمدخانی، صادقی و فرزاد، ۱۳۹۰) انجام گرفته است. در تبیین این یافته میتوان گفت، باورهای مرتبط با مواد، به انتظارات فرد از مصرف مواد اطلاق می‌شود؛ در واقع، انتظارات از مصرف مواد به عنوان عقاید فرد در مورد اثرات کوتاه‌مدت و بلندمدت آن ماده است. انتظارات مثبت موجب تداوم مصرف و انتظارات منفی مانع ترک مصرف می‌شود. زمانی که افراد برای دفعات اول اقدام به استفاده از مواد مخدر می‌نمایند، شاید برای آن‌ها جنبه تفریح و لذت داشته باشد و یا شاید برای تسکین و آرامش و با انگیزه مصرف موقت شروع شود، اما هنگامی که این مصرف به هر دلیلی ادامه می‌یابد و فرد مصرف را تکرار می‌کند، به تدریج باورهایی نیز در ارتباط با مواد شکل می‌گیرد و به مرور زمان این باورها عمیق‌تر شده و به نحوه ادامه مصرف و حتی زندگی فرد جهت می‌دهد. باورهای مرتبط با مواد شامل باورهای مبنی بر پیامدهای مثبت مصرف مانند باور به تاثیرات مثبت مواد بر بهبود خلق وخو، افزایش خلاقیت، کنترل خشم، کاهش اضطراب و افزایش آرامش هستند، که موجب دوام اعتیاد می‌شوند. از طرف دیگر شکل‌گیری باورهای منفی مرتبط با ترک مواد مانند زندگی کسالت‌آور بدون مصرف، ناتوانی بدنی برای ترک، ناتوانی تحمل درد ناشی از ترک مواد، انکار نامطلوب بودن مصرف و ترس از ترک اعتیاد باعث می‌شود که فرد از طرفی احساس خودکارامدی و توانمندی خود را برای ترک از دست بدهد و از طرف دیگر احساس کند زندگی او بدون مواد خسته‌کننده و بی‌نشاط و حتی غیر ممکن است؛ بنابراین انگیره درونی برای ترک مصرف در فرد ایجاد

[Downloaded from etiadpajohi.ir on 2026-11-22]

[DOI: 10.52547/etiadpajohi.16.64.81]

نمی‌شود و حتی اگر با فشار بیرونی مجبور به ترک شود، این ترک دوام چندانی نخواهد داشت. پس به نظر می‌رسد تامل و تحلیل شرایطی که در شروع مصرف و در تداوم آن تاثیر داشته می‌تواند در این راستا تسهیل‌گر ترک و تداوم زندگی بدون مواد باشد. در رویکرد خودشفابخشی روند درمان در مرحله اول کشف خاطرات مخرب است؛ خاطراتی که اثر تخریب کننده بر افکار، احساس و رفتارهای فردی و اجتماعی فرد داشته و او را به سمت اقدامات زیان‌بخش هدایت می‌کند. به نظر می‌رسد تحلیل چگونگی شکل‌گیری باورهای ناسالم و ناکارآمد و آموزش اتکاء به توانایی‌های ذاتی و واقعی خود با فن خاطره‌یابی معکوس، اصلاح سبک زندگی، اصلاح گفتگوهای درونی، آموزش مراقبه، خلوت با خود، روش‌های خودمحاسبه‌گری، دعا، ارتباط معنوی با خالق و تجسم خلاق که مورد تاکید لوید و جانسون (۲۰۱۱) در این رویکرد است، موجب افزایش احساس امنیت و کاهش بیش فعالی سیستم جنگ و گریز ذهنی فرد شده و همراه با تقویت کدهای شفابخش (شامل عشق، شادی، آرامش، بردباری، مهربانی، خوبی، اعتماد، تواضع و خویشتن‌داری) بر بهبود و تعدیل باورهای ناسالم مرتبط با ترک مواد مؤثر بوده است.

از جمله محدودیت‌های این پژوهش می‌توان به نبود فرصت کافی برای تحلیل کامل خاطرات مخرب افراد شرکت کننده به دلیل محدودیت زمانی محققان و شرکت‌کنندگان اشاره کرد. همچنین باتوجه به اینکه این پژوهش در شهر اصفهان انجام شد و با در نظر گفتن متفاوت بودن شرایط فرهنگی، بومی و مذهبی هر شهر قابلیت تعمیم‌دهی نتایج به سایر شهرها با تامل مواجه است. پیشنهاد می‌گردد که در تحقیقات بعدی از رویکردهای درمانی دیگر در کنار رویکرد خودشفابخشی برای مقایسه و بررسی قدرت اثربخشی رویکردهای درمانی متفاوت استفاده و از هردو جنس در تحقیق استفاده شود. همچنین با توجه به تاکید این رویکرد بر کاهش استرس‌های فیزیولوژیک و افزایش سیستم ایمنی و نیز گستردگی بیماری‌های روان‌تنی پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آتی اثربخشی این روش بر سایر بیماری‌ها با نشانه‌های جسمانی در افراد معتاد مورد بررسی قرار گیرد. علاوه بر این با توجه به این‌که درمان‌های دارویی محدودی در حیطه اختلال‌های مصرف مواد وجود دارد و اغلب درمان‌های موجود بر مداخلات روان‌شناختی متمرکز هستند؛ پیشنهاد

[Downloaded from etiadpajohi.ir on 2026-11-22]

[DOI: 10.52547/etiadpajohi.16.64.81]

می‌شود که موسسات، نهادها و ارگان‌های مرتبط با گروه‌های در معرض خطر مصرف مواد؛ با هدف پیشگیری و بهبود اختلال‌های مصرف مواد و نیز ارتقای سلامت روانی در افراد، دوره‌های بلندمدت درمان خودشفابخشی را در قالب گروهی یا فردی در نمونه‌های بالینی و عمومی اجرا کنند.

منابع

انجمن روانشناسی امریکا (۱۳۹۳). *راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی (ویراست پنجم)*. {ترجمه‌ی سیدمحمدی، یحیی}. تهران: نشر روان. (تاریخ انتشار اثر اصلی، ۲۰۱۳).

ایرانی، زهرا؛ لطیفی، زهره و سلطانی زاده، محمد (۱۳۹۹). تاثیر آموزش خودشفابخشی بر توانمند-سازی روانی مردان وابسته به مواد مخدر. *فصلنامه مطالعات مبارزه با مواد مخدر*، ۱۲(۴۷)، ۳۷-۵۸.

بشرپور، سجاد و احمدی، شیرین (۱۳۹۸). الگوی روابط ساختاری ولع مصرف بر اساس حساسیت به تقویت، تحمل آشفتگی و دلسوزی به خود با نقش میانجی خودکارآمدی ترک. *فصلنامه اعتیاد پژوهی*، ۱۳(۵۵)، ۲۶۵-۲۴۵.

ترکیان، سمیرا (۱۳۹۹). *بررسی تاثیر آموزش خودشفا بخشی (سلف هیلینگ) بر بهبود روند بیماری، بهزیستی معنوی و عواطف مثبت و منفی در بیماران مبتلا به ام اس شهر اصفهان*. پایان نامه کارشناسی ارشد مشاوره خانواده، دانشگاه پیام نور اصفهان.

حبیبی، رحیم؛ صالح‌مقدم، امیررضا؛ طلایی، علی؛ ابراهیم‌زاده، سعید وکریمی مونقی، حسین (۱۳۹۱). بررسی تأثیر آموزش حل مسأله تعدیل‌شده با رویکرد خانواده‌محور، بر میزان عزت نفس مددجویان وابسته به مواد مخدر. *مجله دانشکده پزشکی دانشگاه علوم پزشکی مشهد*، ۵۵(۱)، ۹-۲۵.

حیدری، فاطمه؛ لطیفی، زهره و مرادی، اعظم (۱۴۰۱). بررسی اثربخشی خود شفا بخشی (سلف هیلینگ) بر عزت نفس، بخشش واضطراب فراگیر زنان خیانت دیده. *مجله سلامت جامعه*، ۱۶ (۲)، ۹-۲۵.

دشتی، رعنا و ضعیفی‌زاده، محمد (۱۳۹۸). تعیین میزان اثربخشی آموزش خوددلگرم‌سازی بر خودکارآمدی پرهیز از مواد مخدر در معتادان تحت درمان با متادون و بوپرونورفین. *فصلنامه دانش انتظامی اردبیل*، ۶(۲۳)، ۱۰۸-۸۷.

سال شانزدهم، شماره ۶۴، تابستان ۱۴۰۱
Vol. 16, No. 64, Summer 2022

[Downloaded from etiadpajohi.ir on 2026-11-22]

[DOI: 10.52547/etiadpajohi.16.64.81]

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

ساعد، امید؛ یعقوبی، حمید؛ روشن، رسول و سلطانی، مرضیه (۱۳۹۰). مقایسه باورهای فراشناختی ناکارآمد در بین افراد وابسته و افراد غیر وابسته به مواد. *فصلنامه اعتیاد پژوهی*، ۵(۱۷)، ۹۰-۷۵.

سلیمی‌کیا، شمسیه و خانپور، فرزانه (۱۳۹۷). اثربخشی آموزش ذهن‌آگاهی مبتنی بر شناخت‌درمانی بر عقاید وسوسه‌انگیز و باورهای مرتبط با مواد در افراد مبتلا به اعتیاد تحت درمان با متادون. *فصلنامه‌ی اعتیادپژوهی*، ۱۲(۴۸)، ۱۷۰-۱۵۶.

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*، ۹(۳)، ۱۳۲-۱۱۳.

ضرابی، شراره؛ طباطبایی‌نژاد، فاطمه‌سادات و لطیفی، زهره (۱۴۰۰). مقایسه اثربخشی درمان شناختی-رفتاری و خودشفابخشی بر تحمل پریشانی زنان مبتلا به اختلال پرخوری عصبی. *تحقیقات علوم رفتاری*، ۱۹(۲)، ۱۰۶-۱۰۰.

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

عینی، ساناز؛ ترابی، نغمه؛ عبادی، متینه و کرمانی، علی (۱۳۹۹). پیش‌بینی گرایش به سوءمصرف مواد مخدر براساس خودبیگانگی تحصیلی، هیجان‌های تحصیلی منفی و خودکارآمدی عمومی در دانش‌آموزان. *فصلنامه‌ی اعتیادپژوهی*، ۱۴(۵۶)، ۱۰۰-۷۹.

قدرتی، علی؛ محمدی‌پور، محمد و مفاخری، عبدالله (۱۴۰۱). رابطه سبک های فرزندپروری و خودکارآمدی با گرایش به مواد مخدر در دانشجویان: نقش میانجی تکانشگری. *فصلنامه علمی اعتیادپژوهی*، ۱۶(۶۳)، ۴۳-۶۴.

قربانی، طاهره؛ محمدخانی، شهرام و صرامی، غلامرضا (۱۳۹۰). مقایسه اثربخشی گروه درمانی شناختی-رفتاری و درمان نگه دارنده با متادون در تغییر باورهای مرتبط با مواد و پیشگیری از عود. *فصلنامه اعتیاد پژوهی*، ۶(۲۲)، ۳۸-۲۳.

[Downloaded from etiadpajohi.ir on 2026-11-22]

[DOI: 10.52547/etiadpajohi.16.64.81]

گال، مردیت‌دامین؛ گال، جویس و بورگ، والتر (۱۳۹۶). *روش‌های تحقیق کمی و کیفی در علوم تربیتی و روان‌شناسی*. ترجمه: {نصراصفهانی، احمدرضا و همکاران}. تهران: انتشارات سمت. (تاریخ انتشار اثر اصلی، ۱۹۶۳).

لطیفی، زهره و مروی، مهدی (۱۳۹۹). *شفا در اتاق درمان*. اصفهان: انتشارات دانشگاه پیام‌نور.

لطیفی، زهره؛ شفیعی، لادن و سلطانی زاده، محمد (۱۴۰۰). آموزش خودشفابخشی بر فرسودگی شغلی، کیفیت زندگی و انعطاف پذیری عاطفی پرسنل اورژانس اجتماعی اصفهان. *مجله ابن سینا*، ۲۳(۲)، ۴۷-۳۶.

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

محمدخانی، شهرام؛ صادقی، نگار و ولی الله، فرزاد (۱۳۹۰). مدل روابط علی هیجان منفی، باورهای مرکزی، باورهای مرتبط با مواد، عقاید وسوسه‌انگیز و تنظیم هیجان با بازگشت به مصرف مواد، *فصلنامه پژوهش‌های نوین روانشناختی*، ۶(۲۳)، ۱۸۵-۱۵۹.

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

سال شانزدهم، شماره ۶۴، تابستان ۱۴۰۱
Vol. 16, No. 64, Summer 2022

[Downloaded from etiadpajohi.ir on 2026-11-22]

[DOI: 10.52547/etiadpajohi.16.64.81]

References

Bandura, A., & Locke, E. A. (2003). Negative self-efficacy and goal effects revisited. *Journal of applied psychology*, 88(1), 87-99.

Beck, A., Wright, F., Newman, C., & Liese, B. (1993). *Cognitive Therapy of Substance Abuse.* New York: Guildford Press.

Bramson, J. (1999). *The impact of peer mentoring on drug avoidance self-efficacy and substance use.* Doctoral dissertation of Psychology, University of Northen Colorado, Greeley, Colorado.

Brown, B. L. (1999). Self-efficacy beliefs and career development. *ERIC DIGEST*, 205, 1-2.

Budden, T. J., Jackson, B., & Dimmock, J. A. (2020). Self-efficacy. In *The Routledge International Encyclopedia of Sport and Exercise Psychology* (pp. 584-594). UK: Routledge.

Dubey, S., Biswas, P., Ghosh, R., Chatterjee, S., Dubey, M. J., Chatterjee, S., & Lavie, C. J. (2020). Psychosocial impact of COVID-19. *Diabetes & Metabolic Syndrome: Clinical research & reviews*, 14(5), 779-788.

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), 1-15.

Greaves, A. (2022). Clients' agentic and self-healing activities in psychotherapy.

Kim, J., Shin, Y., Tsukayama, E., & Park, D. (2020). Stress mindset predicts job turnover among preschool teachers. *Journal of school psychology*, 78, 13-22.

Krawczyk, N., Feder, K. A., Saloner, B., Crum, R. M., Kealhofer, M., & Mojtabai, R. (2017). The association of psychiatric comorbidity with treatment completion among clients admitted to substance use treatment programs in a US national sample. *Drug and alcohol dependence*, 175, 157-163.

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, 1-6.

Lipton, B. H. (2016). *The biology of belief 10th anniversary edition: Unleashing the power of consciousness, matter & miracles*. California: Hay House, Inc.

Loyd, A. (2013). *The Healing Codes will revolutionize heal*. UK: Hodder & Stoughton.

Loyd, A. (2014). *The Relationship Codes*. UK: Hodder & Stoughton.

Loyd, A. (2018). *The Memory Engineering*. UK: Hodder & Stoughton.

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

Menon, J., & Kandasamy, A. (2018). Relapse prevention. *Indian journal of psychiatry*, 60(4), 473-478.

Mutohharoh, A. (2022). Self healing: Terapi atau Rekreasi? *Jousip*, 2(1), 73-88.

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), 254-263.

Wu, Y. C., Hsu, H. I., Tung, H. H., Pan, S. J., & Lin, S. W. (2021). Psychometric Properties of the Self-Healing Assessment Scale for Community-Dwelling Older Adults. In *Healthcare*, 9(4), 484-495.

Zarean, F., & Latifi, Z. (2021). Effects of self-healing intervention on quality of life and mother-child interaction among female breadwinners. *Journal of Complementary Therapies in Clinical Practice*, *43*, 101334.

Zarean, F., & Latifi, Z. (2020). The effectiveness of self-healing (the healing codes) training on psychological capital and distress tolerance in women with addicted husbands. *Current Psychology*, *39*(3), 1936-4733.

[Downloaded from etiadpajohi.ir on 2026-11-22]

[DOI: 10.52547/etiadpajohi.16.64.81]