

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

مهردی مردمی^۱، اعظم صالحی^۲، زهره لطیفی^۳

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

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 پیش آزمون-پس آزمون 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 نمونه گیری در دسترس انتخاب شدند و به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش (۱۵ نفر) و کنترل (۱۵ نفر) قرار گرفتند. شرکت کنندگان هر دو گروه پرسشنامه های خودکارآمدی و باورهای مرتبط با مواد را در پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری تکمیل کردند. مداخله درمانی بر اساس پروتکل لطیفی، مردمی و لوید (۱۳۹۷) در ۱۴ جلسه ۶۰ دقیقه ای بر روی گروه آزمایش اجرا شد. داده ها با روش تحلیل واریانس با اندازه گیری مکرر تعزیه و تحلیل شدند. **یافته ها:** 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. **نتیجه گیری:** بنابر نتایج پژوهش حاضر می توان درمان خودشفابخشی را به عنوان یکی از رویکردهای جدید مثبت نگر 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 نسبتاً پایدار برای بهبود مهارت های خودمراقبتی به کاربرد.

کلیدواژه ها: خودشفابخشی، خودکارآمدی، باورهای مرتبط با مواد، ترک مواد

۱. کارشناس ارشد مشاوره توانبخشی، گروه مشاوره، دانشگاه پیام نور، تهران، ایران.

۲. استادیار گروه مشاوره، دانشگاه پیام نور، تهران، ایران.

۳. نویسنده مسئول: دانشیار گروه روانشناسی، دانشگاه پیام نور، تهران، ایران. پست الکترونیک: z_yalatif@pnu.ac.ir

مقدمه

پدیده‌ی اعتیاد به عنوان پدیده‌ی نوظهور در بسیاری از خانواده‌های ایرانی نفوذ نموده و در کارکردهای گوناگون اعضاء خانواده، به عنوان نهاد اصلی در ساختار یک جامعه، اختلالات عمیق و همه‌جانبه، ایجاد نموده است (عسگری، سیدآسیابان و سنگانی، ۱۳۹۸). سوءصرف مواد مخدر شامل مجموعه‌ی نشانگان شناختی، رفتاری و روان‌شناسی به همراه الگویی از تکرار و بروز پیامدهای تحمل ترک و اعمال اجباری می‌باشد (انجمان روانپژوهی آمریکا، ۱۳۹۳). ترک مواد مخدر از جمله مسائل بسیار مهمی است که همواره مورد توجه افراد دغدغه‌مند در عرصه درمان بوده است (مشاوری و لطیفی، ۱۳۹۷). با توجه به آسیب‌های عمدۀ که مصرف مواد به انسان و جامعه وارد می‌سازد، چاره‌اندیشی در جهت قطع مصرف آن از سوی افراد، موضوع مهمی به نظر می‌رسد، ولیکن داری مشکلاتی مانند بازگشت مجدد، دردهای جسمانی، وسوسه‌های گوناگون، بی‌خوابی و افسردگی است (منون و کانداسامی، ۲۰۱۸). از بین انبوهی از متغیرهای فردی تأثیرگذار بر مصرف مواد مخدر می‌توان به خودکارآمدی ترک^۱ و باورهای مرتبط با مواد اشاره نمود (بودن، جکسون، و دیموک، ۲۰۲۰).

یکی از مولفه‌هایی که امروزه به عنوان یک متغیر میانجی، توجه زیادی را در ترک اعتیاد داشته است، خودکارآمدی ترک است (برون،^۵ ۱۹۹۹). این متغیر می‌تواند با رفتارهای اعتیاد، ارتباط داشته و به عنوان یک فاکتور حفاظتی در ترک اعتیاد عمل نماید (دوبی^۶ 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 صورت موفقیت‌آمیز و شایسته‌ای به اجرا درآورد (بندورا و لوک^۷، ۲۰۰۳؛ دشتی و ضعیفی‌زاده، ۱۳۹۸). متغیر دیگری که در پژوهش حاضر، مدنظر

۸۲

82

۱۴۰۱، ۱۱، ۶۰، ۶۴، Sumer، ۲۰۲۲
[۱] تابستان ۱۴۰۱، شماره ۱۱، نویسنده: [۲] دشتی، حمید؛ ضعیفی‌زاده، علی؛

1. American psychiatric association (APA)
2. Menon &Kandasamy
3. self-Healing

7. Budden, Jackson & Dimmock
5. Brown
6. Dubey
7. Bandura& Locke

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

بانگاهی به تحقیقات مشابه صورت گرفته قبلی، به وضوح خلاصه 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 خودشافابخشی در این گونه بیماران است. خودشافابخشی به عنوان یکی از درمان‌های جدیدی است که در حوزه‌ی کنترل و مدیریت تنفس‌های روانی و جسمی کاربرد فراوانی دارد. خودشافابخشی در فرهنگ لغت به معنای توانایی التیام‌بخشی و شفابخشی خویشن است و به نقشی اشاره دارد که خود فرد در بهبود بیماری یا حل مشکل خود ایفا می‌کند (لطیفی و مروی، ۱۳۹۹). خودشافابخشی، یک توانایی درمانی در ذات وجود افراد است و به جسم و ذهن انسان کمک می‌کند تا تمامیت وجود خود را بازیابد و

در پیگیری سلامت در دوران سالم‌نده و استقلال خود نقش بسزایی داشته باشد (وو، سو، تانگ، پن و لین، ۲۰۲۱^۱). رویکرد خودشفابخشی شامل مهارت‌های خاطره‌یابی، شناخت ویژگی‌های شخصیتی مشکل‌آفرین، کاهش اقدامات زیان‌بخش، مهارت‌های خودآرام‌بخشی، دعا و تمرينات کدهای شفابخش برای ایجاد تعادل در سطح انرژی سلوی، کاهش استرس‌های فیزیولوژیک، افزایش سیستم ایمنی بدن و افزایش آرامش و رفتارهای خردمندانه است (لوید و جانسون، ۱۳۹۷^۲). لوید، جانسون و لیپتون معتقدند 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. هر فردی ممکن است در زندگی خود بعضی از فشارهای روانی را تجربه کرده باشد. استرس شاید عمومی ترین مسئله زندگی روزمره انسان باشد. استرس چنان همگانی و همه‌گیر شده است که آن را مشخصه زندگی انسان می‌دانند، به‌طوری که همه انسان‌ها در زندگی روزمره خود در معرض استرس‌های زیادی قرار دارند و تاثیرات زیادی از آن می‌پذیرند (کیم، شین، سوکایاما و پارک، ۲۰۲۰^۳). در این راستا انجمن ملی الکل و وابستگی اعتیاد را به عنوان بیماری ابتدایی توصیف کرده است که استرس همراه با سوءصرف و دیگر آسیب‌های روانی می‌تواند در تداوم آن نقش بازی کند (راوزیک^۴ و همکاران، ۲۰۱۷^۵). تمکن اصلی این رویکرد درمانی بر ارتقا آرامش با آموزش و تمرين مهارت‌های خوددیاری در جهت کاستن از پاسخ‌های غیرارادی به ترس غیرمنطقی و توقف فعالیت سیستم جنگ و گریز مغز، تقویت سیستم ایمنی در بدن (لیپتون، ۲۰۱۶^۶، کاهش تنش فیزیولوژیک و آرامش سلوی و روانی است (لوید، ۲۰۱۸^۷). کوشش فرد برای درمان خاطرات گذشته، شناخت باورهای مخرب، ترس‌ها و تنش‌ها، بهبود ویژگی‌های شخصیتی ناسالم (لوید، ۲۰۱۹^۸) و اصلاح سبک زندگی و درخواست نیازهای فردی به شکل دعا از خداوند متعال است (لوید، ۲۰۱۳^۹). این رویکرد درمانی بر نقش پیشگیری و تسريع بر روند

1. Wu, Hsu, Tung, Pan & Lin

4. Krawczyk

2. Loyd & Johnson

5. Lipton

3. Kim, Shin, Tsukayama & Park

توابعخشی و بهبود تاکید دارد (لوید، ۲۰۱۴). لطیفی و مروی (۱۳۹۷) با کسب مجوز از لوید به ترجمه، تدوین و آموزش این روش پرداخته و بر اساس مطالعات روان‌شناسی با توجه به مبانی فرهنگی، سنتی و مذهبی ایران پروتکل اجرایی را در ۱۴ جلسه 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 بررسی قرار گرفته و اثربخشی آن توسط تعدادی از روان‌شناسان به لحاظ علمی و بر اساس گزارش مراجعین به طور عملی تایید شده است. بازترین موارد بومی‌سازی، اصلاح سبک زندگی بر اساس دیدگاه بوعلی سینا و تعالی معنوی، دعا و مراقبه بر اساس دین اسلام است.

در مطالعات تاثیرات مثبت رویکرد شفابخشی قبل توجه است. از جمله فرولیچ^۱ و همکاران (۲۰۱۸) برنامه خودشفابخشی را به طور آنلاین در مورد جوانان کناندایی که همزمان دچار سوء مصرف الكل و مشکلات هیجانی نظری اضطراب و افسردگی بودند اجرا نموده و به این نتیجه رسیدند که اجرای این برنامه علاوه بر این که میزان مصرف الكل را در گروه آزمایش کاهش داده است، به افزایش کیفیت زندگی و کاهش اضطراب و افسردگی و نیز سوء مصرف سایر داروها نیز منجر شده است. تامسون، دیسو، شوارتزمن، دابسن و دراپو^۲ (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 خود افزایش یافته است. تل^۳ و همکاران (۲۰۲۰) با اجرای برنامه خودیاری در زنان پناهنه موفق شدند تا آشتفتگی‌های روانی آنان را کاهش و بهزیستی روان‌شناختی آنان را افزایش دهند. دیگر محققان نیز اثربخشی آموزش خودشفابخشی را بر متغیرهای متنوع از جمله فرسودگی شغلی، کیفیت زندگی و انعطاف‌پذیری عاطفی (لطیفی و همکاران، ۱۴۰۰)؛ شفقت به خود، نگرانی از تصویر تن و بهبود روند بیماری

1. Frolich

3. Tol

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

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، خلاً پژوهشی و تجربی رویکرد خودشفابخشی به طور قابل توجیه 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، طرح ریزی شده است و با توجه به این مهم، مطالعه حاضر در پیاسخنگوبی 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؟

۸۶

86

۱۴۰۱، نویسنده: ناصری، موسی، پژوهشگاه تحقیقات و تئوری، مجله: سامانه علمی پژوهشی، سال: ۱۴۰۱، دوره: ۱۶، نمره: ۰.۶۴۴، شماره: ۲۰۲۲

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 در حال 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

اساس معیارهای راهنمای تشخیصی و آماری برای اختلالات روانی-نسخه پنجم مبتنی بر یک مصاحبه نیمه ساختار یافته، کامل کردن فرم رضایت آگاهانه به منظور شرکت در پژوهش، سابقه دست کم 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 اس‌بی‌اس‌اس تحلیل شدند.

ابزار

۱- پرسشنامه خودکارآمدی: این پرسشنامه توسط برامسون^۱ (۱۹۹۹) طراحی شده است که عبارت دارد و ماده‌های آن روی یک مقیاس ۷ درجه‌ای مبتنی بر طیف لیکرت از به شدت مخالفم (۱) تا به شدت موافقم (۷) نمره گذاری می‌شوند. دامنه نمرات پرسشنامه بین ۱۶ تا ۱۱۲ متغیر است. این پرسشنامه شامل چهار زیرمقیاس مهارت‌های حل مسئله، تصمیم‌گیری، ابراز وجود و ارتباط می‌باشد. تعیین روابی 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) به دست آمده نشان داد که بین این دو پرسشنامه همبستگی بالا (۰/۶۱) و معناداری به لحاظ آماری وجود داشت. همچنین آلفای کرونباخ خرد مقیاس‌های مهارت‌های حل مسئله، تصمیم‌گیری، ابراز وجود و ارتباط را به ترتیب ۰/۷۸، ۰/۷۵، ۰/۷۲ و ۰/۷۰ و برای کل مقیاس ۰/۹۰ گزارش کردند. در پژوهش حاضر نیز مقدار آلفای کرونباخ کلی این مقیاس ۰/۸۳ به دست آمد.

۲- پرسشنامه باورهای مرتبط با مواد: این پرسشنامه، توسط رایت و بک^۲ 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

را دربارهٔ مواد، مورد سنجش قرار می‌دهد. پرسشنامه باورهای مرتبط با مواد شامل عبارت‌هایی دربارهٔ 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 خلق و خوددارد و عبارت‌های منفی به اثرات مواد و این که اثرات قابل اغماض می‌باشند یا خیر اشاره دارد و دارای ۲۰ گویه است. در پرسشنامهٔ 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 مخالف تا کاملاً موافق) 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، 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.

جدول ۱: پرتوکل خودشابخشی مروی و لطیفی (۱۳۹۷) برگرفته از رویکرد لوید (۲۰۱۴)

جلسه	خلاصه جلسه
۱	<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 ایمنی بدن و نقش استرس بر عملکرد سیستم ایمنی بدن.</p> <p>تکلیف ۱: بررسی حالات و تهیه کامل تر لیست نگرانی‌ها و مشکلات و استرس‌ها توسط اعضای گروه.</p> <p>تکلیف ۲: مشاهده خود و بررسی استرس‌های موجود و اجرای تن‌آرامی عضلانی تنفسی حداقل یک بار در روز (فایل صوتی آرامش عضلانی تنفسی به اعضاء داده شد).</p>
۲	<p>آموزش تشخیص مشکل واقعی یا کاذب، آموزش روش تفکر واقع‌بینانه و مستله‌مدار، 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 - تمرين عملی مراقبه با گل سرخ.</p>
۳	<p>ریشه‌یابی خاطرات مخرب سلوی، معرفی سه گروه کینه‌جویی، باورهای غلط و احساسات منفی مثلثی، اقدامات زیان‌بخش. (فایل صوتی خاطره‌یابی به اعضای گروه داده شد).</p> <p>تکلیف ۴: شناخت دقیق‌تر در مورد کینه‌جویی، بررسی ابعاد باورهای مخفی و خاطرات مخرب سلوی، خاطره‌یابی با فایل خاطره‌یابی با تم رکز بر گروه کینه‌جویی، یافتن مشکلات بدنی مرتبط، اجرای مراقبه یا تن‌آرامی عضلانی تنفسی به انتخاب اعضای گروه.</p>
۴	<p>اجرای تکنیک آسانسور شیشه‌ای، خاطره‌یابی در مورد تروماها و حواستانه اثر گذار 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 در سایت selfhealings.ir. اجرای مراقبه معبد (فایل صوتی مراقبه معبد به اعضای گروه داده شد).</p> <p>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 تفکر در مورد انتخاب بخشش، بررسی اقدامات زیان‌بخش خود، اجرای مراقبه‌ها یا تن‌آرامی عضلانی تنفسی به انتخاب اعضای گروه.</p>
۶	<p>توضیح پازل احساسات مثبت و منفی قلبی و آموزش فنون بخشش، تغییر تم رکز 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 زیباء، تحلیل اقدامات زیان‌بخش اعضای گروه و اجرای مراقبه اسکن نورانی بدن (فایل صوتی اسکن نورانی بدن به اعضای گروه داده شد).</p>

جدول ۱: پروتکل خودشفابخشی مروی و لطیفی (۱۳۹۷) برگرفته از رویکرد لوید (۲۰۱۴)

جلسه	خلاصه جلسه
تکلیف ۶: ادامه چالش ذهنی در مورد کاهش حس کینه توzi و انتقام، خودکاوی برای شناخت سندروم 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 مستولیت پیامد رفتارهای خود، اجرای مراقبه اسکن نورانی بدن.	درمان اقدامات زیانبخش و عادات غلط و مخرب با آموزش روش های تقویت اراده، برنامه چهار عاملی، آموزش حل مسئله و تغییر شرایط و محیط، آموزش فن خاطره بیانی معکوس. تکلیف ۷: بررسی نقش سندروم من بیچاره در عادات مخرب، ثبت موقیت ها و مهارت های به کار گرفته شده در راستای سه گروه بازدارنده، اجرای فن خاطره بیانی معکوس، اجرای مراقبه ها یا تن آرامی عضلانی تنفسی به انتخاب اعضای گروه.
۷	درمان اقدامات زیانبخش و عادات غلط و مخرب با آموزش روش های تقویت اراده، برنامه چهار عاملی، آموزش حل مسئله و تغییر شرایط و محیط، آموزش فن خاطره بیانی معکوس. تکلیف ۷: بررسی نقش سندروم من بیچاره در عادات مخرب، ثبت موقیت ها و مهارت های به کار گرفته شده در راستای سه گروه بازدارنده، اجرای فن خاطره بیانی معکوس، اجرای مراقبه ها یا تن آرامی عضلانی تنفسی به انتخاب اعضای گروه.
تقویت کدهای شفابخش اول تا چهارم شامل: عشق، شادی، آرامش و بردباری. آموزش درمان خودخواهی (کاهش توقعات، مهرورزی، رفتار منصفانه و نگرش انسانی)، تمهیم شادی واقعی (توجه به تفاوت های فردی، افزایش ارتباطات و فعالیت های لذت بخش)، آموزش آرامش (تریت خویشتن، مدیریت زمان، ارتباط صحیح با ذهن، تعديل کمال گرایی) آموزش بردباری (مدیریت خشم، نمایش بردباری، افزایش تاب آوری و امید).	تقویت کدهای شفابخش اول تا چهارم شامل: عشق، شادی، آرامش و بردباری. آموزش درمان خودخواهی (کاهش توقعات، مهرورزی، رفتار منصفانه و نگرش انسانی)، تمهیم شادی واقعی (توجه به تفاوت های فردی، افزایش ارتباطات و فعالیت های لذت بخش)، آموزش آرامش (تریت خویشتن، مدیریت زمان، ارتباط صحیح با ذهن، تعديل کمال گرایی) آموزش بردباری (مدیریت خشم، نمایش بردباری، افزایش تاب آوری و امید).
۸	تکلیف ۸: شروع برنامه ایجاد و تقویت چهار کد شفابخش در زندگی روزانه، شناخت موانع و ثبت موقیت ها و پیشرفت ها، اجرای مراقبه ها یا تن آرامی عضلانی تنفسی به انتخاب اعضای گروه.
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 خود کار آمدی) درمان کنترل گری (کاهش لجیازی، پرورش مهارت های ارتباطی و مثبت اندیشه)، درمان غرور ناسالم (مراقبت از خود و دیگران، تقویت معنویت) درمان از دست دادن کنترل (افزایش خویشتن داری، جلوگیری از پاسخ و شناخت سندروم فردا).	تکلیف ۸: شروع برنامه ایجاد و تقویت چهار کد شفابخش در زندگی روزانه، شناخت موانع و ثبت موقیت ها و پیشرفت ها، اجرای مراقبه ها یا تن آرامی عضلانی تنفسی به انتخاب اعضای گروه.
۹	تکلیف ۹: ایجاد و تقویت نه کد شفابخش در زندگی روزانه، شناخت موانع و ثبت موقیت ها و پیشرفت.
توضیح در مورد نقش درخواست حقیقی، اثرات دعا و تداوم تمرکز بر خواسته ها 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).	تکلیف ۹: ایجاد و تقویت نه کد شفابخش در زندگی روزانه، شناخت موانع و ثبت موقیت ها و پیشرفت.
۱۰	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).

جدول ۱: پرتوکل خودشابخشی مروی و لطیفی (۱۳۹۷) برگرفته از رویکرد لوید (۲۰۱۴)

جلسه	خلاصه جلسه
تکلیف ۱۰:	صرف وقت خاص تنهایی برای نیایش و برقراری ارتباط با خدا و سپاسگزاری، (تفویت معنویت) تمرینات سکوت و خلوت و ذهن آگاهی فکری و بدنی، شفاف سازی سیستم ارزشی خود، اجرای تجسم خلاق (مبتنی نگری 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 تفریح، مسافت، ورزش، نظافت و بهداشت.
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.	۱۲
تکلیف ۱۲:	ادامه تمرینات تعالی معنوی، شناخت نارضایتی از حیطه‌های خاص و اقدام برای کاهش نارضایتی.
اصلاح گفتگوی درونی، بازنگری مجدد استرس و آموزش تنفس قدرتی، بازنگری استرس‌های فردی، تاکید بر خودمراقبتی مدام در مقابل آسیب‌های جسمی و روانی و مدیریت هیجانات و ارتباطات.	۱۳
تکلیف ۱۳:	ادامه تمرینات قبلی و اصلاح گفتگوی درونی و خود مراقبتی.
آموزش تکنیک‌های تعالی معنوی، اعتماد و واگذاری، توضیح رابطه مثلثی، هدفمندی معنوی زندگی، لزوم درون‌نگری و داشتن ساعتی برای خلوت با خود، برنامه‌ریزی برای ابدیت. مرور کل جلسات درمانی و تاکید بر تداوم انجام تمرینات کدهای شفابخش. تکلیف ۱۴: ادامه تمرینات قبلی و شناخت میانبرهای آرامش و معنویت برای خود.	۱۴

یافته‌ها

میانگین سنی افراد شرکت کننده در پژوهش ۳۵/۵۳ سال با انحراف استاندارد ۷/۸۹ بود. از اعضای نمونه ۴۶/۷ درصد 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

مواد دارند. همچنین از بین اعضای نمونه $33/3$ درصد 1 تا 3 بار ترک کردند، $23/3$ درصد 4 تا 6 بار، $13/4$ درصد 7 تا 9 بار و 30 درصد افراد بیش از 10 بار است که ترک کرده و مجدد رو به مصرف مواد آورده‌اند. 30 درصد شیشه مصرف کردند، $46/7$ درصد هروئین، $13/3$ درصد تریاک و 10 درصد سابقه مصرف متادون داشته‌اند. جدول 2 یافته‌های توصیفی مربوط به نمرات شرکت کنندگان گروه‌های آزمایش و کنترل در پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری متغیرهای پژوهش به تفکیک دو گروه آزمایش و کنترل در

جدول ۲: یافته‌های توصیفی متغیرهای پژوهش به تفکیک دو گروه آزمایش و کنترل

مقیاس	مرحله	گروه آزمایش	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	خودکارآمدی
		گروه آزمایش					
$26/97$	$57/66$	$17/61$	$62/20$	پیش آزمون			
$28/09$	$58/13$	$13/43$	$89/93$	پس آزمون			
$27/83$	$62/73$	$13/44$	$90/13$	پیگیری			
$14/56$	$44/66$	$16/75$	$41/20$	پیش آزمون			باورهای مرتبط
$11/80$	$43/80$	$5/76$	$23/06$	پس آزمون			بامواد
$12/62$	$45/26$	$4/61$	$23/13$	پیگیری			

نگاهی گذرا به اطلاعات جدول 2 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 نتیجه گیری، استنباط بدون آزمون آماری است، اما در بررسی‌های دقیق‌تر بعدی، وجود تفاوت معنادار در پیش آزمون و پس آزمون مشخص شد. برای این منظور از تحلیل واریانس با اندازه گیری مکرر استفاده شد. قبل از اجرای تحلیل واریانس پیش‌فرض‌های استفاده از آن مورد بررسی قرار گرفت. نتایج آزمون شاپیرو-ولیک 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 ($F=0/25$)، ($p=0/05$) و باورهای مرتبط با مواد ($F=0/04$ ، $p=0/05$) غیر معنادار بود ($p>0/05$)، در نتیجه مفروضه برابری واریانس‌ها راعیت شد. یکی دیگر از پیش‌فرض‌های تحلیل واریانس

با اندازه‌گیری مکرر آزمون کرویت ماجلی بود که با توجه به معنادار بودن کرویت ماجلی فرض یکسانی کوواریانس‌ها تأیید نشد ($P < 0.01$)؛ بنابراین از تصحیح گرین‌هوس-گیسر استفاده گردید. در تصحیح گرین‌هوس-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.

جدول ۳: تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر بر روی تفاصل نمرات پیش‌آزمون و پس‌آزمون متغیرها

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

* $p < 0.001$.

جدول ۳ نشان می‌دهد که تمامی آزمون‌های تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر (اثر پیلایی، لامبادی ویلکز، اثر هتلینگ و بزرگترین ریشه خطای) معنادار بودند ($p < 0.001$). بر این اساس، می‌توان بیان داشت که بین آزمودنی‌های گروه آزمایش و کنترل حداقل از لحظه‌یکی 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.

جدول ۴: تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر بر خودکارآمدی ترک و باورهای مرتبط با مواد

مقیاس	منبع	مجموع	درجه	میانگین	سطح	اتا	توان	آماری
		مجذورات آزادی	مجذورات آزادی	مجذورات	F	معناداری		
درون	عامل	۴۷۶۸/۲۰	۱/۰۱۳	۴۷۰۸/۸۰	۴۲/۲۳	۰/۰۱	۰/۶۰	۱
خودکارآمدی	اثر تعاملی	۳۲۱۴/۲۸	۱/۰۱۳	۳۱۷۴/۲۴	۲۸/۴۶	۰/۰۱	۰/۵۰	۰/۹۹
ترک	خطا	۳۱۶۱/۵۱	۲۸/۳۵۳	۱۱۱/۵۰	۱۰۱۵۴/۸۴	۰/۰۱	۰/۲۳	۰/۸۰
با مواد	گروهی	۳۳۵۹۷/۵۵	۲۸	۱۱۹۹/۹۱	۸/۴۶	۰/۰۱	۰/۳۸	۰/۹۸
باز	گروهی	۱۰۱۵۴/۸۴	۱	۱۰۱۵۴/۸۴	۱۰۰۵/۷۴	۰/۰۱	۰/۰۱	۰/۹۸
پیش آزمون	باورهای مرتبط	۱۶۲۱/۳۵	۱/۰۴۱	۱۵۵۷/۹۵	۱۶/۸۲	۰/۰۱	۰/۳۷	۰/۹۸
پیش آزمون و پیگیری	درون	۱۶۷۱/۰۸	۱/۰۴۱	۱۶۰۵/۷۴	۱۷/۳۴	۰/۰۱	۰/۳۸	۰/۹۸
پیش آزمون و پیگیری	عامل	۴۷۶۸/۲۰	۱/۰۱۳	۴۷۰۸/۸۰	۴۲/۲۳	۰/۰۱	۰/۶۰	۱

همان‌گونه که در جدول ۴ مشاهده می‌شود، بین دو گروه در مراحل (پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری) در خودکارآمدی ترک و باورهای مرتبط با مواد تفاوت معناداری وجود دارد ($P < 0.05$). همچنین، نتایج جدول نشان می‌دهد که تعامل بین گروه و مراحل (پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری) در خودکارآمدی ترک و باورهای مرتبط با مواد معنادار بوده ($P < 0.05$) و به این معنی می‌باشد که در طول سه مرحله آزمون، میان گروه گواه و آزمایش تفاوت درون گروهی و همچنین تفاوت بین گروهی وجود دارد. ضرایب انتای نیز نشان داد که ۶۰ و ۳۸ درصد از تغییرات درون گروهی خودکارآمدی ترک و باورهای مرتبط با مواد و همچنین ۲۳ و ۳۸ درصد از تغییرات بین گروهی خودکارآمدی ترک و باورهای مرتبط با مواد ناشی از مداخله درمان مبتنی بر رویکرد خودشفابخشی بوده است. به منظور مقایسه و بررسی تفاوت میانگین‌های پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری متغیر خودکارآمدی ترک و باورهای مرتبط با مواد از آزمون تعقیبی بن فرونی استفاده شده است که نتایج در جدول ۵ ارائه شده است.

جدول ۵: آزمون تعییبی بن فرونی برای مقایسه خودکارآمدی ترک و باورهای مرتبط با مواد به صورت زوجی در سری زمانی

متغیرها	مرحله A	مرحله B	اختلاف میانگین	خطای استاندارد	سطح معناداری
خودکارآمدی	پیش آزمون	پس آزمون	-۱۴/۱۰	۲/۳۶	.۰/۰۱
ترک	پیگیری	پیگیری	-۱۶/۵۰	۲/۳۸	.۰/۰۱
باورهای مرتبط با مواد	پیش آزمون	پس آزمون	۱/۴۰	۰/۰۲۱	.۰/۰۴
باورهای مرتبط با مواد	پیش آزمون	پس آزمون	۹/۵۰	۲/۱۹	.۰/۰۱
	پیگیری	پیگیری	۸/۷۳	۲/۱۶	.۰/۰۱
	پیگیری	پس آزمون	-۰/۰۷۶	۱/۳۶	.۰/۰۳

با توجه به جدول ۵ نمرات پیش آزمون با پس آزمون و پیگیری مقیاس های خودکارآمدی ترک و باورهای مرتبط با مواد تفاوت معناداری دارد و نمرات پس آزمون در مرحله پیگیری مقیاس ها نسبتا ثابت مانده و اثر درمان مبتنی بر رویکرد خودشفابخشی همچنان ماندگار است. این نتایج یانگر 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 معنادان در حال ترک تاثیر دارد.

بحث و نتیجه گیری

پژوهش حاضر با هدف بررسی تاثیر خودشفابخشی بر خودکارآمدی ترک و باورهای مرتبط با مواد معنادان در حال ترک انجام شد. یافته های پژوهش نشان داد که رویکرد خودشفابخشی در مرحله پس آزمون و دوره پیگیری یک ماهه بر خودکارآمدی ترک و باورهای مرتبط با مواد تأثیر معناداری داشته است. بر اساس بررسی های 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 می توان به تاثیر فعالیت های

خود شفابخشی در روان درمانی (گرووس، ۲۰۲۲)، افزایش رضایت از زندگی و خودکارامدی (موتهارو، ۲۰۲۲) توانمندسازی روانی مردانه وابسته به مواد مخدر (ایرانی، لطیفی و سلطانی‌زاده، ۱۳۹۹) خودکارامدی در ترک اعتیاد (قدرتی، محمدی‌پور و مفاحری، ۱۴۰۱) اشاره کرد.

بر مبنای نظریه‌ی شناختی-اجتماعی بندورا (۱۹۹۹) در صورتی که که متغیر خودکارآمدی را باور افراد در طریقه‌ی به کارگیری 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 سوءصرف 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، رایجاد می‌کند. در تبیین علت تاثیر آموزش خودشفابخشی بر خودکارآمدی ترک به طور خاص میتوان گفت که آموزش خودشفابخشی ضمن تاکید بر یازنگری 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 زیان‌بخش 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 مهریانی و بازیبینی «اگر شرایط تغییر کند من هم تغییر خواهم کرد» با

کد اعتماد و کنترل احتمالاً 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 (ساعده، 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 و خو، 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 خودکارآمدی 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 انگیزه درونی برای ترک مصرف در فرد ایجاد

نمی شود و حتی اگر با فشار بیرونی مجبور به ترک شود، این ترک دوام چندانی نخواهد داشت. پس به نظر می رسد تامل و تحلیل شرایطی که در شروع مصرف و در تداوم آن تاثیر داشته می تواند در این راستا تسهیل گر 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 می کند. به نظر می رسد تحلیل چگونگی شکل گیری باورهای ناسالم و ناکارآمد و آموزش اتكاء به توانایی های ذاتی و واقعی خود با فن خاطره یابی معکوس، اصلاح سبک زندگی، اصلاح گفتگوهای درونی، آموزش مراقبه، حلوت با خود، روش های خودمحاسبه گری، 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، برداری، مهربانی، خوبی، اعتماد، تواضع و خویشتن داری) 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 شرکت کنندگان اشاره کرد. همچنین با توجه به اینکه این پژوهش در شهر اصفهان انجام شد و با درنظر گفتن متفاوت بودن شرایط فرهنگی، بومی و مذهبی هر شهر قابلیت تعمیم‌دهی نتایج به سایر شهرها با تأمل موadge 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 این که درمان‌های دارویی محدودی در حیطه اختلال‌های مصرف مواد وجود دارد و اغلب درمان‌های موجود بر مداخلات روان‌شناختی، متمرکز هستند؛ پیشنهاد

می شود 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 سید محمدی، یحیی}. تهران: نشر روان. (تاریخ انتشار اثر اصلی، ۲۰۱۳).
- ایرانی، زهرا؛ لطیفی، زهرا و سلطانی زاده، محمد (۱۳۹۹). تاثیر آموزش خودشفابخشی بر توانمندی سازی روانی مردان وابسته به مواد مخدر. *فصلنامه مطالعات مبارزه با مواد مخدر*، ۱۲(۴۷)، ۵۸-۳۷.
- بشرپور، سجاد و احمدی، شیرین (۱۳۹۸). الگوی روابط ساختاری ولع مصرف بر اساس حساسیت به تقویت، تحمل آشفتگی و دلسویزی به خود با نقش میانجی خودکارآمدی ترک. *فصلنامه اعتیاد پژوهی*، ۱۳(۵۵)، ۲۶۵-۲۴۵.
- 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. پایان نامه کارشناسی ارشد مشاوره خانواده، دانشگاه پیام نور اصفهان.
- حیبی، رحیم؛ صالح‌مقدم، امیر رضا؛ طلایی، علی؛ ابراهیم‌زاده، سعید و کریمی مونقی، حسین (۱۳۹۱). بررسی تاثیر آموزش حل مسئله تعدیل شده با رویکرد خانواده محور، بر میزان عزت نفس مددجویان وابسته به مواد مخدر. مجله دانشکده پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی مشهد، ۱(۵۵)، ۹-۲۵.
- حیدری، فاطمه؛ لطیفی، زهرا و مرادی، اعظم (۱۴۰۱). بررسی اثربخشی خود شفا بخشی (سلف هیلینگ) بر عزت نفس، بخشش و اضطراب فراگیر زنان خیانت دیده. مجله سلامت جامعه، ۲(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)، ۸۷-۱۰۸.

 اثربخشی درمان مبتنی بر رویکرد خودشفابخشی بر ...

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

ساعده، امید؛ یعقوبی، حمید؛ روشن، رسول و سلطانی، مرضیه (۱۳۹۰). مقایسه باورهای فراشناختی ناکارآمد در بین افراد وابسته و افراد غیر وابسته به مواد. *فصلنامه اعتیادپژوهی*، ۵(۱۷)، ۹۰-۹۴.

.۷۵

سلیمی کیا، شمسیه و خانپور، فرزانه (۱۳۹۷). اثربخشی آموزش ذهن‌آگاهی مبتنی بر شناخت درمانی بر عقاید و سوسه‌انگیز و باورهای مرتبط با مواد در افراد مبتلا به اعتیاد تحت درمان با متادون. *فصلنامه اعتیادپژوهی*، ۱۲(۴۸)، ۱۵۶-۱۷۰.

شهبازی، نسرین و لطیفی، زهره (۱۳۹۹). اثربخشی آموزش خودشفابخشی (کدهای شفابخش) بر افسردگی، شدت درد ادرارک 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)، ۱۰۶-۱۱۳.

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

عینی، سانا؛ ترابی، نعمه؛ عبادی، مینه و کرمانی، علی (۱۳۹۹). پیش‌بینی گرایش به سوءصرف مواد مخدر بر اساس خودبیگانگی تحصیلی، هیجان‌های تحصیلی منفی و خودکارآمدی عمومی در دانش آموزان. *فصلنامه اعتیادپژوهی*، ۱۴(۵۶)، ۱۰۰-۷۹.

قدرتی، علی؛ محمدی‌پور، محمد و مفاخری، عبدالله (۱۴۰۱). رابطه سبک‌های 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 اعتیادپژوهی*، ۶(۲۲)، ۳۸-۲۳.

گال، مردیت دامین؛ گال، جویس و بورگ، والتر (۱۳۹۶). روش‌های تحقیق کمی و کیفی در علوم تربیتی و روان‌شناسی. ترجمه: {نصر اصفهانی، احمد رضا و همکاران}. تهران: انتشارات سمت.
(تاریخ انتشار اثر اصلی، ۱۹۶۳).

لطیفی، زهره و مروی، مهدی (۱۳۹۹). شفا در اتاق درمان. اصفهان: انتشارات دانشگاه پیام نور.
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 این
سینما، ۲۳(۲)، ۴۷-۴۶.

لوید، الکساندر و جانسون، بن (۱۳۹۷). راهنمای کلاهای 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 و سوسه‌انگیز و تنظیم هیجان با بازگشت به مصرف
مواد، فصلنامه پژوهش‌های نوین روانشناسی، ۶(۲۳)، ۱۸۵-۱۵۹.
مشاوری، مريم 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،
۴۸(۴۸)، ۱۰۳-۱۱۸.

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 Northern 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.