

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

زهرا ایرانی<sup>۱</sup>، زهره لطیفی<sup>۲</sup>، محمد سلطانی زاده<sup>۳</sup>

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 نیمه آزمایشی با طرح پیش آزمون-پس آزمون 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 پس آزمون 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 مثبت‌نگر جهت افزایش سلامت روان‌شناختی افراد وابسته به مواد مخدر در مراکز درمانی مرتبط 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،<sup>۱</sup> ۲۰۲۱). این بیماری آثار مخرب جسمانی، روانی، خانوادگی، شغلی، مالی، اخلاقی، پیامدهای نامطلوب اجتماعی و همچنین از بین رفتن سرمایه‌های انسانی جوان و مغزهای متفکر را به دنبال دارد (کامکار، فرخی، سلیمی بجستانی و 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 محمدی فر، ۱۳۹۷). سوء مصرف 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 بدعملکردی و تغییرات ریخت‌شناختی در سیستم عصبی و سازوکارهای پاسخدهی به پاداش و لذت می‌شود. پژوهش‌های دو دهه‌ای اخیر نشان داده‌اند که وابستگی به مواد مخدر نوعی بیماری به حساب می‌آید که به کارکرد مغز مرتبط است (معینی، ملیحی الذاکرینی، اسدی و خواجه‌وند خوشلی، ۱۳۹۸) و این دیدگاه که اعتیاد به مواد یک بیماری مغزی است، در جامعه علوم اعصاب به‌طور گسترده‌ای پذیرفته شده است (هیلینگ<sup>۲</sup> و همکاران، ۲۰۲۱). انجمن روان‌پزشکی آمریکا<sup>۳</sup> (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 عمده منفی، پاداش مواد مخدر را نسبت به پاداش طبیعی ترجیح می‌دهد (لوشر و جاناک، ۲۰۲۱). وابستگی به

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 تنش بالایی قرار گیرند و تاب‌آوری<sup>۱</sup> و حس انسجام<sup>۲</sup> آن‌ها در مقابل مشکلات کاهش یابد (مولایی یساولی و عبدی، ۱۳۹۴). یکی از عواملی که اخیراً در ارتباط با وابستگی به مواد مخدر مطرح شده است، حس انسجام می‌باشد (مار<sup>۳</sup>، 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<sup>۴</sup>، 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 (ارقبایی، سلیمانیان و محمدی‌پور، ۱۳۹۷). بنابراین، اکثر افرادی که از سطوح بالای این سازه شخصیتی برخوردار هستند، علایم روان‌شناختی مثبت‌تری را تجربه می‌کنند و احتمالاً سبک زندگی سالم‌تری دارند (کیکوچی<sup>۵</sup> و همکاران، ۲۰۱۴). در مقابل، حس انسجام پایین رابطه معناداری با مشکلات روان‌شناختی نظیر اضطراب و افسردگی دارد (گرونشتاین، بلومک، نگی، ویپرمن و روی-جانگابریل<sup>۶</sup>، ۲۰۱۴). در زمینه ارتباط بین حس انسجام با مصرف مواد، پژوهش‌های اندکی انجام گرفته است. با این حال، معدود مطالعات صورت گرفته نشان داده‌اند که حس انسجام بیشتر منجر به مصرف کمتر مواد می‌شود و احتمال درگیر شدن افراد در رفتارهای سوءمصرفی نظیر مصرف سیگار و الکل را کاهش می‌دهد (توس<sup>۷</sup> و

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

6. Grevenstein, Bluemke, Nagy,  
Wippermann & Kroe-ninger-  
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، علم‌دانی 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<sup>۱</sup> با توجه به گستردگی دامنه فراگیری که ۵ 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<sup>۲</sup> (روانشناس و درمانگر طب مکمل) و جانسون<sup>۳</sup> (متخصص سرطان) در سال ۲۰۱۱، در آمریکا تحت عنوان کدهای شفابخش ارایه شده است. خودشفابخشی در فرهنگ لغت به معنای توانایی التیام‌بخشی و شفابخشی خویش است و به نقشی که خود فرد در بهبود

1. self-healing  
2. Alex Loyd

3. Ben Johnson

بیماری یا حل مشکل خود ایفا می کند، اشاره دارد (نی، ۲۰۰۸). رویکرد خودشفابخشی شامل مهارت های خاطره یابی، شناخت ویژگی های شخصیتی مشکل آفرین، کاهش اقدامات زیان بخش، آموزش مهارت های خود آرام بخشی، دعا و تمرینات کدهای شفابخش است. لوید، جانسون و لیپتون<sup>۲</sup> (۲۰۱۴، ۲۰۰۵) معتقدند که ۹۵ درصد تمام مشکلات فیزیکی و غیر فیزیکی از استرس شامل استرس های موقعیتی و فیزیولوژیک سرچشمه می گیرند. استرس های موقعیتی منبع مشخصی دارند، عمدتاً بیرونی بوده و قابل تشخیص هستند ولی استرس های فیزیولوژیک، استرس های درونی، نا آشکار و مخفی هستند که توسط خاطرات سلولی مخرب ایجاد و برانگیخته می شوند. این نوع استرس باعث بروز بیماری و ناخوشی هایی می شود 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 تنش زا (استرس های موقعیتی و بیرونی) که تاکنون مورد توجه روان شناسان قرار گرفته، ممکن است تاثیر کمی بر روی این نوع استرس (استرس فیزیولوژیک) داشته باشد. استرس فیزیولوژیک باعث می شود که سیستم عصبی خودمختار از حالت تعادل خارج شود، در این وضعیت تعادلی بین حالت، جنگ و گریز در سیستم عصبی با حالت عادی یا آرامش وجود ندارد. لوید (۲۰۱۳) معتقد است که علت وجود استرس فیزیولوژیک در بدن "خاطره (حافظه) سلولی مخرب" است. خاطره سلولی مخرب، خاطره ای است که در تمام سلول های بدن ذخیره شده است و موجب کاهش انرژی سلولی و ایجاد استرس در بدن می شوند. لوید و لیپتون علل استرس فیزیولوژیک را خاطرات مخرب سلولی، احساسات منفی، ترس های بی مورد، تصاویر و باورهای نادرست و دروغینی می دانند که در بدن و ذهن ذخیره شده اند. این باورها و تصورات غلط در خاطرات سلولی باعث می شوند 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 می شود. تداوم استرس

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

در تحقیقات خارج از ایران، تاثیرات مثبت رویکرد شفابخشی قابل توجه است. از جمله فروهلیچ<sup>۱</sup> و همکاران (۲۰۱۸) برنامه خودشفابخشی را به طور آنلاین در مورد جوانان کانادایی که همزمان دچار سوء‌مصرف الکل و مشکلات هیجانی نظیر اضطراب و افسردگی بودند اجرا نموده و به این نتیجه رسیدند که اجرای این برنامه علاوه بر این که میزان مصرف الکل را کاهش داد، به افزایش کیفیت زندگی و کاهش اضطراب، افسردگی و سوء‌مصرف سایر داروها منجر شد. تامسون، دیسو، شوارتزمن، دابسن و دراپو<sup>۲</sup> (۲۰۲۰) گزارش دادند که پس از آموزش و اصلاح خودگویی‌های مبتنی بر خود سرزنش‌گری، بی‌کفایتی و بی‌ارزش‌سازی خود در بیماران افسرده میزان پذیرش خود، رفتار دوستانه با

1. Frolich

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

خود و احساس عاملیت افزایش یافته و سیر بهبود در افسردگی و بهزیستی روان‌شناختی تسریع شد. تول<sup>۱</sup> و همکاران (۲۰۲۰) با اجرای برنامه خودیاری در زنان پناهنده اوگاندایی موفق شدند تا آشفتگی‌های روانی آنان را کاهش و بهزیستی روان‌شناختی آنان را افزایش دهند. بریاندین و بریندینا<sup>۲</sup> (۲۰۲۰) پس از انجام پژوهشی نقش خودشفابخشی در سلامت جسمانی را مورد تاکید قرار دادند. مطالعات دیگر نیز نقش مفید و موثر درمان خودشفابخشی بر افزایش شفقت به خود، کاهش نگرانی از تصویر تن و بهبود روند بیماری سرطان پوست (لطیفی، سلطانی و موسوی، ۲۰۲۰)؛ بهبود روند بیماری فشار خون، بهداشت روان‌شناختی و شکیبایی (لطیفی، قرقانی و مردانی، ۱۳۹۸)؛ شدت درد، اضطراب مرتبط با درد و افسردگی در افراد مبتلا به سر درد مزمن (شهبازی و لطیفی، ۱۳۹۹)؛ فرسودگی شغلی، کیفیت زندگی و انعطاف‌پذیری عاطفی پرسنل اورژانس اجتماعی (شفیعی، ۱۳۹۹)؛ بخشش در خیانت زناشویی (حیدری، ۱۳۹۹) و بیماران مبتلا به مالتیپل اسکلروزیس (ترکیان، ۱۳۹۹) را گزارش کرده‌اند.

۲۶۷

267

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

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



## ابزار

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

## روش اجرا

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

۲۶۹

269

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

جلسه	خلاصه جلسه
اول	آشنایی با اعضای گروه و برقراری رابطه درمانی، مشخص نمودن اهداف و قوانین جلسات، معرفی استرس‌های موقعیتی و آموزش مدیریت استرس‌های موقعیتی، توضیح سیستم ایمنی بدن و نقش استرس بر عملکرد سیستم ایمنی بدن. تکلیف ۱: بررسی حالات و تهیه کامل ترلیست نگرانی‌ها و مشکلات و استرس‌ها توسط اعضای گروه.
دوم	توضیح استرس‌های فیزیولوژیک، استرس‌های پنهان یا خاطرات سلولی 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 اعضا داده شد).
سوم	آموزش تشخیص مشکل واقعی یا کاذب، آموزش روش تفکر واقع‌بینانه و مسئله‌مدار، آموزش خاطره‌یابی با توجه به شکست‌ها، تعارضات و ناکامی‌ها و سردرگمی‌های فرد در زندگی، انجام آزمون آنلاین خاطره‌یابی (فایل صوتی گل سرخ به اعضا داده شد). تکلیف ۳: بررسی مشکلات واقعی و ساختگی در زندگی خود توسط اعضا، شروع خاطره‌یابی-تمرین عملی مراقبه با گل سرخ.
چهارم	ریشه‌یابی خاطرات مخرب سلولی، معرفی سه گروه کینه‌جویی، باورهای غلط و احساسات منفی مثلثی، اقدامات زیان‌بخش (فایل صوتی خاطره‌یابی به اعضا گروه داده شد). تکلیف ۴: شناخت دقیق‌تر در مورد کینه‌جویی، بررسی ابعاد باورهای مخفی و خاطرات مخرب سلولی، خاطره‌یابی با فایل خاطره‌یابی با تمرکز بر گروه کینه‌جویی، یافتن مشکلات بدنی مرتبط، اجرای مراقبه یا تن آرامی عضلانی تنفسی به انتخاب اعضای گروه.
پنجم	اجرای تکنیک آسانسور شیشه‌ای، خاطره‌یابی در مورد تروماها و حوادث 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 در سایت selfhealings.ir. اجرای مراقبه معبد (فایل صوتی مراقبه معبد به اعضای گروه داده شد). تکلیف ۵: اجرای تکنیک صندلی خالی در منزل با سایر خاطرات مخرب سلولی و بررسی سالم یا ناسالم بودن حس‌ها و باورهای ناشی از آن، مطالعه مطالب بخشش و تفکر در مورد انتخاب بخشش، بررسی اقدامات زیان‌بخش خود، اجرای مراقبه‌ها یا تن آرامی عضلانی تنفسی به انتخاب اعضای گروه.
ششم	توضیح پازل احساسات مثبت و منفی قلبی و آموزش فنون بخشش، تغییر تمرکز اعضای گروه از گذشته به آینده، معرفی باورهای ناسالم ۹ گانه و احساسات منفی، معرفی سندرم من بیچاره، آموزش ابراز احساسات به شیوه موثر و آموزش دوری زیبا، تحلیل اقدامات زیان‌بخش اعضای گروه و اجرای مراقبه اسکن نورانی بدن (فایل صوتی اسکن نورانی بدن به اعضای گروه داده شد).

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

جلسه	خلاصه جلسه
جلسه ۶:	ادامه چالش ذهنی در مورد کاهش حس کینه‌توزی و انتقام، خودکاوی برای شناخت سندرم من بیچاره، بررسی افکار ناسالم و دروغ‌های باور شده و شناخت احساسات مشکل-آفرین (خشم، شهوت، غرور، ترس، غم، شرم) و تقویت قدرت اراده، آزادی، اختیار و قبول مسئولیت پیامد رفتارهای خود، اجرای مراقبه اسکن نورانی بدن.
هفتم	درمان اقدامات زیان‌بخش و عادات غلط و مخرب با آموزش روش‌های تقویت اراده، برنامه چهار عاملی، آموزش حل مسئله و تغییر شرایط و محیط، آموزش فن‌خاطره‌یابی معکوس. تکلیف ۷: بررسی نقش سندرم من بیچاره در عادات مخرب، ثبت موفقیت‌ها و مهارت‌های به کار گرفته شده در راستای سه گروه بازدارنده، اجرای فن‌خاطره‌یابی معکوس، اجرای مراقبه‌ها یا تن‌آرامی عضلانی تنفسی به انتخاب اعضای گروه.
هشتم	تقویت کدهای شفابخش اول تا چهارم شامل: عشق، شادی، آرامش و بردباری. آموزش درمان خودخواهی (کاهش توقعات، مهرورزی، رفتار منصفانه و نگرش انسانی)، تفهیم شادی واقعی (توجه به تفاوت‌های فردی، افزایش ارتباطات و فعالیت‌های لذت‌بخش)، آموزش آرامش (تربیت خویشتن، مدیریت زمان، ارتباط صحیح با ذهن، تعدیل کامل‌گرایی) و آموزش بردباری (مدیریت خشم، نمایش بردباری، افزایش تاب‌آوری و امید). تکلیف ۸: شروع برنامه ایجاد و تقویت چهارکد شفابخش در زندگی روزانه، شناخت موانع و ثبت موفقیت‌ها و پیشرفت‌ها، اجرای مراقبه‌ها یا تن-آرامی عضلانی تنفسی به انتخاب اعضای گروه.
نهم	تقویت کدهای شفابخش پنجم تا نهم شامل: مهربانی، خوبی، اعتماد، تواضع و خویشنداری. آموزش بهبود ارتباط (با خود، خدا، دیگران و طبیعت)، افزایش عزت نفس (توجه به شاخص مهرطلبی، ابراز وجود موثر، افزایش اعتماد به نفس و خود کارآمدی) درمان کنترل‌گری (کاهش لجبازی، پرورش مهارت‌های ارتباطی و مثبت‌اندیشی)، درمان غرور ناسالم (مراقبت از خود و دیگران، تقویت معنویت)، درمان از دست دادن کنترل (افزایش خویشنداری، جلوگیری از پاسخ و شناخت سندرم فردا). تکلیف ۹: ایجاد و تقویت نه کد شفابخش در زندگی روزانه، شناخت موانع و ثبت موفقیت‌ها و پیشرفت‌ها.
دهم	توضیح در مورد نقش درخواست حقیقی، اثرات دعا و تداوم تمرکز بر خواسته‌ها در مسیر زندگی و توضیح شواهد علمی مربوط به دعا در خود شفابخشی، آموزش تجسم خلاق، آموزش نحوه انجام تمرینات خاص کدهای شفابخش در جلسه (فایل صوتی دعا و فایل صوتی نحوه اجرای تمرینات خاص کدهای شفابخش به اعضای گروه داده شد). تکلیف ۱۰: صرف وقت خاص تنهایی برای

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

جلسه	خلاصه جلسه
یازدهم	نیایش و برقراری ارتباط با خدا و سپاسگزاری (تقویت معنویت)، تمرینات سکوت و خلوت و ذهن- آگاهی فکری و بدنی، شفاف‌سازی سیستم ارزشی خود، اجرای تجسم خلاق (مثبت‌نگری به آینده). 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.
دوازدهم	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.
سیزدهم	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.
چهاردهم	اصلاح گفتگوی درونی، بازنگری مجدد استرس و آموزش تنفس قدرتی، بازنگری استرس‌های فردی، تاکید بر خودمراقبتی مداوم در مقابل آسیب‌های جسمی و روانی و مدیریت هیجانات و ارتباطات. تکلیف ۱۳: ادامه تمرینات قبلی و اصلاح گفتگوی درونی و خودمراقبتی.
	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 تداوم انجام تمرینات کدهای شفابخش. تکلیف ۱۴: ادامه تمرینات قبلی و شناخت میان‌برهای آرامش و معنویت برای خود.

در تمام جلسات ضمن تاکید بر رازداری از همه افراد گروه خواسته شد که در بحث مشارکت فعال داشته و تجربیات شخصی خود را با دیگران در میان بگذارند و خود کاوی و یافتن خاطرات سلولی مخرب و چگونگی کاهش اثرات سوء این خاطرات از اصلی‌ترین موارد جلسات بود که با استفاده از تکنیک‌های متعدد و متناسب با سلیقه هر فردی باید اجرا می‌شد. شرکت کنندگان ملزم بودند در جلسه و در فاصله بین جلسات تمرینات را فردی انجام داده و حتماً 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 جمعیت‌شناختی پرداخته است.

**جدول ۲: بررسی متغیرهای جمعیت‌شناختی تحصیلات و تعداد فرزند**

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

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

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

متغیر	مرحله	گروه آزمایش	گروه کنترل
حس انسجام	پیش‌آزمون	۶۱/۱۴	۵۷/۹۳
	پس‌آزمون	۴۷/۵۷	۵۹/۲۰
		انحراف استاندارد	انحراف استاندارد
		میانگین	میانگین

قبل از انجام تحلیل کوواریانس، مفروضه نرمال بودن توزیع داده‌ها در پیش‌آزمون و پس‌آزمون با آزمون شاپیرو ویلک بررسی شد. همچنین، همگنی واریانس گروه‌های همپراش و وابسته با آزمون لوین بررسی گردید. نتایج آزمون شاپیرو ویلک برای پیش‌آزمون و پس‌آزمون گروه آزمایش و کنترل نشان داد که هیچ یک از این مقادیر در سطح معنادار نبودند ( $p > 0/05$ ) و توزیع داده‌ها در پیش‌آزمون و پس‌آزمون گروه آزمایش و کنترل نرمال بودند. همچنین، نتایج آزمون لوین نشان داد که این آزمون با مقدار  $2/35 = F_{(1,28)}$  معنادار نبود ( $p > 0/05$ ) که نشان‌دهنده همگنی واریانس‌ها بود. برای بررسی اثربخشی آموزش خودشفابخشی بر حس انسجام از تحلیل کوواریانس تک متغیره استفاده شد و نتایج در جدول ۴ آورده شده است.

**جدول ۴: تحلیل کوواریانس اثربخشی آموزش خودشفابخشی بر حس انسجام**

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

\*  $p < 0/01$ .

با توجه به جدول ۴ و معنادار بودن منبع گروه، وجود تفاوت معنادار بین دو مرحله اندازه‌گیری پیش‌آزمون و پس‌آزمون برای حس انسجام تایید گردید ( $p < 0/01$ ). همچنین، با معنادار بودن منبع گروه در بین گروه‌ها می‌توان گفت تفاوت معناداری بین گروه آزمایش با کنترل برای حس انسجام وجود داشت ( $p < 0/01$ ). بنابراین، آموزش خودشفابخشی بر حس انسجام اثربخش بود و ضریب تاثیر برابر با ۰/۴۳ 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 (کدهای شفابخش) بر حس انسجام در مردان وابسته به مواد مخدر بود. نتایج بیانگر تفاوت معنادار بین پیش‌آزمون و پس‌آزمون و اثربخشی آموزش خودشفابخشی بر بهبود حس انسجام در بین شرکت‌کنندگان گروه آزمایش بود. نتایج این پژوهش نشان داد که این مداخله توانسته است به طور معناداری منجر به بهبود حس انسجام در بین مردان وابسته به مواد مخدر شود. بر اساس بررسی‌های محقق در خصوص تاثیر روش خودشفابخشی بر حس انسجام افراد وابسته به مواد، در ایران تاکنون تحقیقات زیادی صورت نگرفته ولی تحقیقات مشابهی در این حوزه انجام شده است که از جمله آن‌ها 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 (فروهلچ 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 کدهای شفابخش، این حوادث موجب ایجاد خاطرات سلولی مخرب در این افراد شده و مواجهه با صحنه‌های مشابه تداعی‌گر

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

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



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

از جمله محدودیت‌های این پژوهش می‌توان به جنسیت اعضای نمونه اشاره کرد که همگی مرد بودند. همچنین، محقق احتمال می‌دهد که علیرغم تاکید بر عدم مصرف دارو در طول دوره آموزشی ممکن است برخی اعضا گاهی از قرص‌های متادون برای کنترل دردهای عضلانی به طور موقت (۱ یا ۲ بار در طول دوره) استفاده کرده باشند. پیشنهاد می‌گردد که در تحقیقات بعدی از رویکردهای درمانی دیگر در کنار رویکرد درمانی خودشفابخشی برای مقایسه و بررسی قدرت اثربخشی رویکردهای درمانی متفاوت استفاده شود. همچنین، با توجه به تاکید این رویکرد بر کاهش استرس‌های فیزیولوژیک و تقویت سیستم ایمنی و نیز گسترده‌گی 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 کلینیک‌های ترک اعتیاد در شهر اصفهان تشکر و قدردانی می‌نمایند.

## منابع

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

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

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

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

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

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

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

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

شهبازی، نسرين و لطيفی، 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، ۳(۳)، ۱۱۳-۱۳۲.

عسگری، پرویز؛ سید آسیابان، سمیرا و سنگانی، علیرضا (۱۳۹۸). مقایسه اثربخشی تن آرامی و ذهن آگاهی بر تنظیم شناختی هیجان و عملکرد خانواده در سوء مصرف کنندگان مواد کند کننده پس از سم‌زایی. فصلنامه اعتیاد پژوهی، ۱۳(۵۴)، ۱۶۴-۱۴۷.

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

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

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

لطیفی، زهره؛ قرقانی، ریحانه و مردانی، زهرا (۱۳۹۹). آموزش خودشفابخشی بر سبک زندگی و مدیریت نشانه‌ها در زنان مبتلا به پرفشاری خون. مجله پژوهش سلامت، 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 معتادان تحت درمان کلینیک‌های ترک اعتیاد. فصلنامه اعتیاد پژوهی، ۱۲(۴۸)، ۱۱۸-۱۰۳.

معینی، پوپک؛ ملیحی‌الذاکرینی، سعید؛ اسدی، جوانشیر و خواجوند خوشلی، افسانه (۱۳۹۸). اثربخشی آموزش و درمان فراشناختی بر حس انسجام و کیفیت زندگی همسران مردان مبتلا به اعتیاد. فصلنامه اعتیاد پژوهی، 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. *Neuropsychopharmacol.* <https://doi.org/10.1038/s41386-020-00950-y>
- Kikuchi, Y., Nakaya, M., Ikeda, M., Okuzumi, S., Takeda, M., Nishi, M. (2014). Sense of coherence and personality traits related to depressive state. *Psychiatry Journal*. <https://doi.org/10.1155/2014/738923>
- Latifi, Z., Soltani, M., & Mousavi, S. (2020). Evaluation of the effectiveness of self-healing training on self-compassion, body image concern, and recovery process in patients with skin cancer. *Complementary Therapies in Clinical Practice*, 40, 101180.
- Loyd, A., & Johnson, B. (2005). *The healing codes, Unlocking the cellular sequence of life*. by Light of Man Ministries. New York, Boston.
- Loyd, A. (2013). *The Healing Codes will revolutionize heal*. MANUAL Alex Loyd Services, LLC.
- Loyd, A. (2014). *The Relationship Codes*. Alexander Loyd Services, LLC, 2430 Vanderbilt Beach Road, Suite #108-410, Naples, Florida 34109, PhD, ND.
- Loyd, A. (2018). *The Memory Engineering*; Alexander Loyd Services, LLC. publisher. Hodder & Stoughton.
- Loyd, A. (2019). *The Healing Codes II; A step-by-step guide to whole-life healing*. Publisher: Yellow Kite.

- Lüscher, C., & Janak, P. H. (2021). Consolidating the Circuit Model for Addiction. *Annual Review Neuroscience*, 44. <https://doi.org/10.1146/annurev-neuro-092920-123905>.
- Marr, C. T. (2021). *Task and Relational Functions of Problem-Talk in an Online Addiction Support Group*. (Master of Science dissertation). Retrieved from, <https://repository.lib.ncsu.edu/bitstream/handle/1840.20/38811/etd.pdf?sequence=1>
- Mostafaei, H., Hosseini, M., & Jenaabadi, H. (2014). The Investigation of the Relationship between the Aggression and Addiction Potential High-school Male Students. *Journal of Management and Accounting Studies*, 2(01), 81-84.
- Ni, M. (2008). *Secrets of self – helaing: harness power to heal common ailments, boost vitality, and achieve optimum wellness*. Avery; EXCLUSIVE EDITION edition (December 26, 2008). New Yourk.
- Thompson, K., D'iuso, D., Schwartzman, D., Dobson, K. S., & Drapeau, M. (2020). Changes in depressed patients' self-statements. *Psychotherapy Research*, 30(2), 170-182.
- Tol, W. A., Leku, M. R., Lakin, D. P., Carswell, K., Augustinavicius, J., Adaku, A., ... & van Ommeren, M. (2020). Guided self-help to reduce psychological distress in South Sudanese female refugees in Uganda: a cluster randomised trial. *The Lancet Global Health*, 8(2), e254-e263.
- Tóth, Á., Soós, R., Szovák, E., Najbauer, N. M., Tényi, D., Csábi, 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.



پروژه نگاه علوم انسانی و مطالعات فرهنگی  
پرتال جامع علوم انسانی