



Comparing the Effectiveness of Cognitive Restructuring Therapy and Emotion-focused Psychotherapy on Sensitivity to Rejection and Social Competence Among People with Spinal Cord Injury

Hadi Hasani¹, Ahmad Ghazanfari^{2*}, Tayebbeh Sharifi³

1- Ph.D Student of General Psychology, Department of Psychology, Shahrekord Branch, Islamic Azad University, Shahrekord, Iran.

2- Associate Professor of Psychology, Department of Counseling & Psychology, Faculty of humanities sciences, Islamic Azad University, Shahrekord Branch, Shahrekord, Iran.

3- Associate Professor of Psychology, Department of Counseling & Psychology, Faculty of humanities sciences, Islamic Azad University, Shahrekord Branch, Shahrekord, Iran.

Corresponding Author: Ahmad Ghazanfari, Associate Professor of Psychology, Department of Counseling & Psychology, Faculty of humanities sciences, Islamic Azad University, Shahrekord Branch, Shahrekord, Iran.

Email: a.ghazanfari@iaushk.ac.ir

Received: 2024/10/12

Accepted: 2024/11/11

Abstract

Introduction: Spinal cord injury and the formation of lesions can impact all aspects of an individual's life, with the effects on social aspects being particularly pronounced. Consequently, individuals with spinal cord injuries often experience challenges related to sensitivity to rejection and social competence.

Methods: The research employed a semi-experimental method using a pre-test, post-test, and follow-up design with a control group. The statistical population included all individuals with spinal cord injuries in Lordegan County in 2023. Using purposive sampling, 45 qualified volunteers were included in the study and randomly assigned to two experimental groups and one control group. Data collection tools included the Interpersonal Sensitivity Questionnaire by Bies and Parker (1989) and the Social Competence Questionnaire by Burmester et al. (1988). Emotion-focused therapy was conducted over 9 sessions of 90 minutes each, while cognitive restructuring therapy was conducted over 8 sessions of 90 minutes. Data analysis was performed using SPSS.v21, employing repeated measures ANOVA and Tukey's post hoc test. A significance level of 0.05 was considered for this study.

Results: Results from the multivariate analysis of covariance indicated that emotion-focused therapy had a significant effect on improving sensitivity to rejection and social competence in individuals with spinal cord injuries. Additionally, cognitive restructuring therapy also had a significant effect on improving sensitivity to rejection and social competence. Furthermore, results from the Bonferroni post hoc test showed that emotion-focused therapy was more effective than cognitive restructuring therapy in enhancing sensitivity to rejection and social competence in individuals with spinal cord injuries.

Conclusions: Based on the obtained results, the use of emotion-focused therapy is recommended for improving sensitivity to rejection and social competence in individuals with spinal cord injuries.

Keywords: Cognitive Restructuring, Emotion-Focused Therapy, Rejection, Social Skills, Spinal Cord Injuries.



مقایسه اثربخشی درمان بازسازی شناختی و روان درمانی هیجان مدار بر احساس طردشدگی و کفایت اجتماعی افراد دارای ضایعه نخاعی

هادی حسنی^۱، احمد غضنفری^{۲*}، طیبه شریفی^۳

۱- دانشجوی دکتری روان شناسی عمومی، گروه مشاوره و روان شناسی، دانشکده علوم انسانی، واحد شهرکرد، دانشگاه آزاد اسلامی، شهرکرد، ایران.

۲- دانشیار روان شناسی، گروه مشاوره و روان شناسی، دانشکده علوم انسانی، واحد شهرکرد، دانشگاه آزاد اسلامی، شهرکرد، ایران.

۳- دانشیار روان شناسی، گروه مشاوره و روان شناسی، دانشکده علوم انسانی، واحد شهرکرد، دانشگاه آزاد اسلامی، شهرکرد، ایران.

نویسنده مسئول: احمد غضنفری، دانشیار روان شناسی، گروه مشاوره و روان شناسی، دانشکده علوم انسانی، واحد شهرکرد، دانشگاه آزاد اسلامی، شهرکرد، ایران.

ایمیل: a.ghazanfari@iaushk.ac.ir

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۳/۸/۲۱

تاریخ دریافت: ۱۴۰۳/۷/۲۱

چکیده

مقدمه: ایجاد آسیب در نخاع و شکل گیری ضایعه می تواند همه جنبه های زندگی فرد را تحت تأثیر قرار دهد و این اثرگذاری بر جنبه های اجتماعی زندگی فرد بیشتر محسوس است. از این رو، افراد دارای ضایعه نخاعی از نظر احساس طردشدگی و کفایت اجتماعی دچار مشکل هستند.

روش کار: روش پژوهش نیمه تجربی از نوع پیش آزمون - پس آزمون - پیگیری با گروه کنترل بود. جامعه آماری پژوهش حاضر شامل تمامی افراد دارای ضایعه نخاعی شهرستان لردگان در سال ۱۴۰۲ بودند. با روش نمونه گیری هدفمند، ۴۵ نفر داوطلب واجد شرایط وارد مطالعه شدند و به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و یک گروه کنترل انتخاب شدند. ابزار گردآوری داده ها شامل پرسشنامه حساسیت بین فردی بایس و پارکر (۱۹۸۹) و پرسشنامه کفایت اجتماعی بومسترت و همکاران (۱۹۸۸) بود. روان درمانی هیجان مدار در ۹ جلسه ۹۰ دقیقه ای و درمان بازسازی شناختی نیز در ۸ جلسه ۹۰ دقیقه ای به صورت حضوری اجرا شد. تحلیل داده ها با استفاده از نرم افزار SPSS.v21 و آزمون تحلیل واریانس با اندازه گیری مکرر و آزمون تعقیبی بونفرونی انجام شد. سطح معناداری در این مطالعه ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

یافته ها: نتایج آزمون تحلیل کواریانس چندمتغیره نشان داد روان درمانی هیجان مدار تأثیر معناداری بر بهبود احساس طردشدگی و کفایت اجتماعی افراد دارای ضایعه نخاعی دارد. همچنین، درمان بازسازی شناختی تأثیر معناداری بر بهبود احساس طردشدگی و کفایت اجتماعی افراد دارای ضایعه نخاعی دارد. علاوه بر این، نتایج آزمون تعقیبی بونفرونی نشان داد روان درمانی هیجان مدار در مقایسه با درمان بازسازی شناختی اثربخشی بیشتری در بهبود احساس طردشدگی و کفایت اجتماعی افراد دارای ضایعه نخاعی دارد.

نتیجه گیری: با توجه به نتایج به دست آمده، استفاده از روان درمانی هیجان مدار برای بهبود احساس طردشدگی و کفایت اجتماعی افراد دارای ضایعه نخاعی توصیه می شود.

کلیدواژه ها: بازسازی شناختی، روان درمانی هیجان مدار، طرد، مهارت های اجتماعی، ضایعات نخاعی.

مقدمه

آسیب نخاعی، آسیب به هر قسمت از نخاع یا اعصاب در انتهای کانال نخاعی است که اغلب باعث تغییرات دائمی در قدرت، حس و سایر عملکردهای بدن در محل آسیب می شود (۱). اکثر آسیب های نخاعی به دلیل ضربه به ستون مهره ها ایجاد می شوند و در نتیجه، بر توانایی نخاع برای ارسال و دریافت پیام از مغز به سیستم های بدن که عملکرد حسی، حرکتی و خودکار را کنترل می کنند، تأثیر می گذارد. در بسیاری از موارد، ضایعات نخاعی نیاز به درمان فیزیکی و کاردرمانی طولانی مدت دارد، به خصوص اگر با فعالیت های روزمره زندگی تداخل داشته باشد (۲). ایجاد آسیب در نخاع و شکل گیری ضایعه می تواند همه جنبه های زندگی فرد را تحت تأثیر قرار دهد و این اثرگذاری بر جنبه های روانی، عاطفی و اجتماعی زندگی فرد بیشتر محسوس است (۳). یکی از مشکلات روان شناختی شایع در افراد دارای ضایعه نخاعی، احساس طردشدگی است (۴). در اغلب افراد دارای ضایعه نخاعی حساسیت نسبت به واکنش های هیجانی اطرافیان بیشتر است که نوعی سوگیری توجه نسبت به طرد ایجاد می کند؛ در نتیجه، این گروه از افراد نسبت به طرد شدن حساس تر از دیگران هستند. احساس طرد شدن توسط یک دوست، عضو خانواده یا اطرافیان یک تجربه دردناک شایع است؛ اما برخی از افراد، این طرد شدن را بسیار شدیدتر از دیگران احساس می کنند و همچنین از طرد شدن توسط اطرافیان خود ترس اغراق آمیزی دارند. به این ترس اغراق آمیز از طرد شدن، احساس طردشدگی بالایی گفته می شود (۵). افرادی که احساس طردشدگی بالایی دارند، اغلب نشانه های اجتماعی خوش خیم یا خفیف منفی را - مانند پاسخ ندادن فوری یک شریک به یک پیام تلفنی - به عنوان علامت طرد آشکار تفسیر می کند. با چنین رفتاری افراد دارای احساس طردشدگی ممکن است دیگران را از خود دور کند (۶). در نتیجه، بالا بودن احساس طردشدگی ممکن است به مشکلاتی در تعاملات اجتماعی در آن ها بینجامد.

برخی از تبیین های سبب شناسی در تفسیر احساس طردشدگی، نقش کفایت اجتماعی را برجسته می سازند. این نظریه پردازان رابطه بین احساس طردشدگی با کفایت اجتماعی را از نوع همبستگی متقابل می دانند که وجود هر کدام می تواند موجب تقویت سازه دیگر شود (۷). کفایت اجتماعی شامل مهارت های اجتماعی، عاطفی، شناختی و

رفتاری مورد نیاز برای سازگاری اجتماعی موفق است. کفایت اجتماعی همچنین نشان دهنده توانایی در نظر گرفتن دیدگاه دیگری در مورد یک موقعیت، یادگیری از تجربیات گذشته و اعمال آن یادگیری برای تغییرات در تعاملات اجتماعی است (۸). افراد فاقد کفایت اجتماعی در پردازش اطلاعات اجتماعی کمبودهایی دارند و از راهبردهای نامناسب برای حل مشکلات اجتماعی در موقعیت های اجتماعی استفاده می کنند (۹). در افراد دارای ضایعه نخاعی نیز ضعف در کفایت اجتماعی می تواند با پیامدهای منفی مختلفی از جمله ناتوانی در کمک طلبی همراه باشد و به احساس طردشدگی آن ها دامن بزند. از این رو، شناسایی رویکردهای مداخله ای اثربخش به منظور بهبود احساس طردشدگی و کفایت اجتماعی در افراد دارای ضایعه نخاعی بسیار سودمند خواهد بود. با توجه به برجستگی وجه شناختی در سازه های احساس طردشدگی و کفایت اجتماعی، به نظر می رسد درمان بازسازی شناختی رویکردی مؤثر برای بهبود این سازه ها در افراد دارای ضایعه نخاعی باشد. بازسازی شناختی یک فرآیند روان درمانی مبتنی بر یادگیری برای شناسایی و مقابله با افکار غیرمنطقی یا ناسازگار شناخته شده به عنوان تحریف شناختی (مانند تفکر همه یا هیچ، تفکر جادویی، تعمیم بیش از حد، بزرگنمایی) است (۱۰). این رویکرد از راهبردهای بسیاری مانند پرسش سقراطی، ثبت افکار و تصویرسازی هدایت شده استفاده می کند و در بسیاری از انواع درمان ها از جمله درمان شناختی - رفتاری و رفتار درمانی هیجانی - منطقی استفاده می شود (۱۱). در این رویکرد، ابتدا موقعیت برانگیزاننده هیجان ناخوشایند و سپس، افکار و احساساتی که در آن موقعیت ایجاد می شود، شناسایی می شوند و با تفسیر مجدد موقعیت، یک فکر جایگزین و متعادل تر ایجاد می شود (۱۲). شواهدی وجود دارد که نشان می دهد درمان بازسازی شناختی راهبردی مؤثر برای بهبود احساس طردشدگی و کفایت اجتماعی است. برای مثال، اوگوزی و همکاران در مطالعه ای دریافتند که تکنیک بازسازی شناختی در کاهش احساس طردشدگی مؤثر است (۱۳). باررا و همکاران (۱۴) نیز در پژوهشی نشان دادند درمان بازسازی شناختی موجب بهبود شاخص های کفایت اجتماعی می شود.

علاوه بر برجستگی وجه شناختی در سازه های احساس طردشدگی و کفایت اجتماعی، جنبه هیجانی این سازه ها نیز قابل توجه است. از این رو، به نظر می رسد استفاده

برای تعیین حجم نمونه از نرم افزار PASS.2021 و بسته محاسباتی مقایسه میانگین ها استفاده شد و با توجه به میانگین و انحراف معیار گزارش شده برای متغیر احساس پردشدگی برای افراد دارای ضایعه نخاعی در مطالعه رویینسون-ولن و همکاران (۱۹)، با توان ۰/۹۰ و خطای ۰/۰۵، حجم نمونه مورد نیاز ۱۳ نفر به ازای هر گروه محاسبه شد. برای جلوگیری از کاهش توان آزمون به دلیل ریزش نمونه‌ها، برای هر گروه ۱۵ نفر در نظر گرفته شد. در مجموع، ۴۵ نفر داوطلب واجد شرایط در دو گروه آزمایشی درمان بازسازی شناختی و روان درمانی هیجان مدار و یک گروه کنترل در این مطالعه شرکت کردند. افراد دارای ضایعه نخاعی به شیوه نمونه گیری غیر تصادفی و هدفمند از فهرست تحت پوشش اداره بهداشتی شهرستان های لردگان و خانمیرزا وارد مطالعه شدند. محتوای جلسات درمان بازسازی شناختی در جدول ۱ و روان درمانی هیجان مدار در جدول ۲ ارائه شده است. لازم به ذکر است روایی پروتکل و محتوای جلسات هر دو مداخله و همچنین، متناسب سازی آن برای جامعه هدف زیر نظر سه نفر از متخصصان روان شناسی و مشاوره صورت پذیرفت. پس از انتخاب افراد واجد شرایط، با جایگزینی تصادفی ساده و قرعه کشی، افراد دارای ضایعه نخاعی در دو گروه آزمایش و یک گروه کنترل جایگزین شدند. لازم به ذکر است افراد نمونه بر اساس احساس پردشدگی و کفایت اجتماعی غربال گری شدند (نمرات بالاتر از ۷۲ در پرسشنامه احساس پردشدگی و نمرات کمتر از ۱۲۰ در پرسشنامه کفایت اجتماعی). قبل و بعد از اجرای درمان بازسازی شناختی و روان درمانی هیجان مدار و همچنین دو ماه بعد از پایان مداخله، پرسشنامه های پژوهش در گروه های آزمایش و کنترل توزیع و تکمیل شد. بعد از اینکه شرکت کنندگان به صورت و تصادفی در دو گروه آزمایش و گروه کنترل قرار گرفتند، پیش از اجرای مداخله ها، پرسشنامه در مرحله پیش آزمون در بین شرکت کنندگان گروه ها توزیع شد. پرسشنامه ها به صورت مداد کاغذی تکمیل شد. درمان بازسازی شناختی بر اساس پروتکل بازسازی شناختی کلارک (۲۰) اجرا شد. این درمان در ۸ جلسه ۹۰ دقیقه ای و هفته ای دو جلسه در هفته به صورت حضوری اجرا گردید (جدول ۱).

از رویکردهای مبتنی بر هیجان نیز در بهبود این سازه ها اثرگذار باشد. یکی از رویکردهای مبتنی بر هیجان، روان درمانی هیجان مدار است که شامل عناصر درمان تجربی (مانند درمان فرد محور و گشتالت درمانی)، درمان سیستمیک و نظریه دلبستگی است (۱۵). این رویکرد بر این فرض استوار است که هیجان های انسان با نیازهای انسان مرتبط است و بنابراین، هیجان ها دارای پتانسیل سازگاران و انطباقی هستند که در صورت فعال شدن و کار کردن از طریق این پتانسیل سازگاران، می تواند به افراد کمک کند حالات هیجانی مشکل ساز و روابط بین فردی را تغییر دهند (۱۶). واکاوی ادبیات پژوهشی مبین آن است روان درمانی هیجان مدار در بهبود احساس پردشدگی و کفایت اجتماعی اثربخش است. در همین راستا، کونولی-زایبوت و همکاران (۱۷) در پژوهشی نشان دادند روان درمانی هیجان مدار بر احساس پردشدگی زنان مبتلا به سرطان پستان تأثیر معناداری دارد. علاوه بر این، شاهار و همکاران (۱۸) تأیید کردند روان درمانی هیجان مدار بر بهبود شاخص های کفایت اجتماعی را بهبود می بخشد. با بررسی ادبیات و پیشینه پژوهشی، اطلاعات کافی در زمینه مقایسه اثربخشی این دو درمان از نظر سازه های مورد بررسی وجود ندارد. همچنین، مطالعه ای که نشان دهد کدام درمان بر سازه های مورد بررسی اثربخشی بیشتری دارد، یافت نشد. در جهت رفع این خلاءهای اطلاعاتی و همچنین در راستای شناسایی یک درمان کارآمد و اثربخش تر برای بهبود احساس پردشدگی و کفایت اجتماعی در افراد دارای ضایعه نخاعی، این مطالعه با هدف مقایسه اثربخشی درمان بازسازی شناختی و روان درمانی هیجان مدار بر بهبود احساس پردشدگی و کفایت اجتماعی در افراد دارای ضایعه نخاعی انجام شد.

روش کار

روش پژوهش، نیمه تجربی با طرح پیش آزمون - پس آزمون - پیگیری با گروه کنترل بود. جامعه آماری شامل تمامی افراد دارای ضایعه نخاعی شهرستان لردگان در سال ۱۴۰۲ بود که تعداد آن ها بر اساس گزارش اداره بهداشتی شهرستان لردگان و خانمیرزا ۱۵۲ نفر گزارش شد.

جدول ۱: درمان بازسازی شناختی بر اساس پروتکل کلارک (۲۰)

جلسه	محتوای جلسات
اول	بررسی مرحله اول و دوم بازسازی شناختی، تمرکز بر محتوای ذهن و تمایز بین افکار و احساسات، همچنین ارائه توضیحاتی در خصوص خودگویی ها و برگه تفکر، ارائه خلاصه ای از جلسه انکالیفی مبنی بر ثبت افکار در برگه تفکر
دوم	آموزش نحوه ردیابی افکار، بررسی ارتباط افکار با باورها و چگونگی دستیابی به باورهای اصلی به شیوه نردبانی و ارائه مثال های مختلف، توضیحاتی در خصوص نحوه تهیه نقشه شناختی از باورها
سوم	تبیین خطاهای شناختی و نحوه به چالش کشیدن آنها، بررسی شواهد، بررسی مزایا و معایب، بررسی نتایج مثبت و منفی و همچنین ازموذن باورها، نحوه شکل گیری و جایگزین کردن باورهای فعلی با باورهای مخالف
چهارم	آشنایی با مفهوم استرس و بحث راجع به استرس های مرتبط با ضایعه نخاعی از جمله؛ دوستیابی، کسب هویت و ... / آشنایی با علائم و شیوه های مقابله با استرس آشنایی با تکنیک توقف فکر و نقش آن در کاهش استرس و برخورد موثر با مشکلات پیرامونی
پنجم	آموزش چرخه تعاملی استرس آموزش راهبرد بیان احساس آموزش آرمیدگی عضلاتی
ششم	بحث در خصوص اینکه انتقاد چیست و چرا باید انتقاد کنیم متفاوت انتقاد سازنده و غیر سازنده / افکار و نگرش های مثبت و منفی که به دنبال انتقاد افراد احساس می کنند/ تمرین در نحوه کنار آمدن با انتقاد دیگران / شیوه های مناسب تفکر و بررسی نظرات و انتقادات دیگران
هفتم	بحث در خصوص هیجان خشم، مهارت مدیریت خشم و فواید آن بحث راجع به نحوه کنترل خشم خود بحث راجع به حل تعارضات و نحوه برخورد با پرخاشگری دیگران بحث راجع به بررسی و پیگیری چراتمندان در مواجهه با خشم خود و دیگران / بحث در خصوص چگونگی مدیریت افکار در موقعیت های توأم با خشم و پرخاشگری
هشتم	بحث در خصوص تعریف و اهمیت مهارت حل مسئله و نقش آن در مقابله با مشکلات بررسی موانع حل مسئله آموزش مراحل پنج گانه حل مسئله و ارائه مثال های ملموس در هر مرحله تمرین در خصوص مراحل حل مسئله با اعضا / معرفی انواع روش های حل مساله مساله مدار و هیجان عذارا بررسی جایگاه تفکر در هریک از این شیوه ها

افزون بر این، از پروتکل روان درمانی هیجان مدار جانسون (۲۱) نیز برای روان درمانی هیجان مدار به صورت حضوری استفاده شد. این مداخله در ۸ جلسه ۹۰ دقیقه ای و هفته ای دو جلسه در هفته به صورت حضوری اجرا گردید که به طور اجمالی محتوای هر جلسه در جدول ۲ ارائه شده است. در این مطالعه برای گردآوری داده ها از پرسشنامه حساسیت بین فردی بایس و پارکر (۲۲) و پرسشنامه کفایت اجتماعی بومسترت و همکاران (۲۳) استفاده شد.

جدول ۲: جلسات روان درمانی هیجان مدار بر اساس پروتکل جانسون (۲۰۰۸)

جلسه	محتوای جلسات
اول	آشنایی و برقراری رابطه ی درمانی، آشنایی با قوانین کلی درمان، ارزیابی ماهیت مشکل و رابطه، ارزیابی اهداف و انتظارات افراد از درمان و اجرای پیش آزمون.
دوم	تشخیص چرخه ی تعاملی منفی و ایجاد شرایطی که افراد، چرخه ی تعاملی منفی خود را آشکار کنند ارزیابی رابطه و پیوند دلبستگی، آشنایی با اصول درمان هیجان مدار و نقش هیجانات در تعاملات بین فردی، بازسازی تعاملات و افزایش انعطاف پذیری.
سوم	دستیابی به احساسات شناسایی نشده که زیربنای موقعیت های تعاملی هستند، تمرکز بیشتر بر هیجانات، نیازها و ترس های دلبستگی، اعتبار بخشی به تجارب و نیازها و تمایلات دلبستگی آنها تمرکز بر هیجانات ثانوی که در چرخه ی تعاملی آشکار می شوند و کاوشگری در آنها برای دستیابی به هیجانات زیربنایی و ناشناخته، بحث در مورد هیجانات اولیه، پردازش آنها و بالا بردن آگاهی افراد از هیجانات اولیه و شناخت های داغ. از نو قاب گیری مشکل بر حسب احساسات زیربنایی و نیازهای دلبستگی، تاکید بر توانایی مراجع در بیان هیجانات و نشان دادن رفتارهای دلبستگی، آگاهی دادن در مورد تاثیر ترس و مکانیزم های دفاعی خود بر فرایندهای شناختی و هیجانی، توصیف چرخه در بافت و زمینه ای دلبستگی.
چهارم	ترغیب به شناسایی نیازهای طرد شده و جنبه هایی از خود که انکار شده اند، جلب توجه افراد به شیوه تعامل با یکدیگر و انعکاس الگوهای تعاملی آنها با احترام و همدلی، بیان نیازهای دلبستگی و شناسایی نیازهای انکار شده و افزایش پذیرش تجربه تصحیحی.
پنجم	آگاه کردن افراد از هیجانات زیربنایی و آشکارسازی جایگاه هر فرد در رابطه، تاکید بر پذیرش تجربیات فرد و راه های جدید تعامل، ردگیری هیجانات شناخته شده، برجسته سازی و شرح مجدد نیازهای دلبستگی و اشاره به سالم و طبیعی بودن آنها.
ششم	آگاه کردن افراد از هیجانات زیربنایی و آشکارسازی جایگاه هر فرد در رابطه، تاکید بر پذیرش تجربیات فرد و راه های جدید تعامل، ردگیری هیجانات شناخته شده، برجسته سازی و شرح مجدد نیازهای دلبستگی و اشاره به سالم و طبیعی بودن آنها.
هفتم	تسهیل بیان نیازها، خواسته ها، انتظارات و ایجاد درگیری هیجانی، توسعه تجارب هیجانی اولیه در زمینه دلبستگی و شناخت نیازها و تعلقات درونی، ایجاد دلبستگی های جدید با پیوندی ایمن.
هشتم	ایجاد موقعیت های تعاملی جدید بین افراد و پایان دادن به الگوهای تعاملی کهنه، شفاف سازی الگوهای تعاملی، یادآوری نیازهای دلبستگی.
نهم	تقویت تغییراتی که طی درمان صورت گرفته است، برجسته کردن تفاوت هایی که بین تعاملات فعلی و تعاملات قدیمی ایجاد شده است، شکل گیری رابطه بر اساس یک پیوند ایمن به گونه ای که بحث درباره مشکلات و جستجوی راه حل ها آسیمی به آنها وارد نسازد، ارزیابی تغییرات و اجرای پس آزمون بر روی گروه.

صورت معکوس نمره گذاری می شود؛ به این صورت که به گزینه کاملاً موافقم نمره یک و به کاملاً مخالفم نمره پنج تعلق می گیرد. این پرسشنامه علاوه بر نمره کلی، دارای ۵ زیرمقیاس شامل آغازگر روابط، اظهارنظر مخالف، حل تعارض، خودافشایی و حمایت عاطفی است. بومستر (۲۳) ضرایب پایایی برای چهار زیرمقیاس این آزمون را در فاصله زمانی چهار هفته بین ۰/۶۹ تا ۰/۸۹ برآورد کرد. در جمعیت ایرانی، ضریب همسانی درونی نیز بین ۰/۷۶ و ۰/۸۷ به دست آمد (۲۵). در پژوهش حاضر اعتبار این مقیاس به روش آلفای کرونباخ ۰/۶۹ به دست آمد.

با رعایت مفروضه های پارامتریک از آزمون تحلیل واریانس با اندازه گیری مکرر برای تعیین اثربخشی درمان بازسازی شناختی و روان درمانی هیجان مدار بر احساس طردشدگی و کفایت اجتماعی افراد دارای ضایعه نخاعی استفاده شد. افزون بر این، برای مقایسه اثربخشی درمان بازسازی شناختی و روان درمانی هیجان مدار بر متغیرهای وابسته و همچنین، مراحل مختلف سنجش از آزمون تعقیبی بونفرونی استفاده شد. لازم به ذکر است قبل از اجرای آزمون های آمار استنباطی، آزمون نرمال بودن کولموروف - اسمیرنوف، آزمون لوین، آزمون M باکس و آزمون کرویت موجلی گزارش شدند. ملاحظات اخلاقی مصوب کمیته اخلاق کشوری در این مطالعه رعایت شده است. افزون بر این، لازم به ذکر است که فرآیند اجرای این مطالعه در کمیته اخلاق دانشگاه آزاد اسلامی واحد شهرکرد با کد IR.IAU.SHK.REC.1402.068 در تاریخ ۱۴۰۲/۰۳/۰۲ تصویب شد. تحلیل داده ها با استفاده از نرم افزار SPSS.v21 انجام گردید و سطح معناداری نیز ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

یافته ها

میانگین (انحراف معیار) سن گروه آزمایش آزمون درمان بازسازی شناختی، گروه آزمایش روان درمانی هیجان مدار و کنترل به ترتیب ۳۰/۰۷±۹/۸۱، ۲۹/۸۰±۷/۷۱ و ۲۸/۴۰±۷/۳۸ محاسبه شده است. به منظور سنجش همتا بودن گروه های مورد بررسی از نظر میانگین سنی از آزمون تحلیل واریانس یک راهه استفاده شد. نتایج نشان داد بین گروه ها تفاوت معناداری از نظر میانگین سن وجود ندارد (P=۰/۹۱۸). همچنین، اکثر افراد در گروه های مورد بررسی مرد بودند. به منظور سنجش همتا بودن دو گروه از نظر

ابزار گردآوری داده ها در این مطالعه شامل پرسشنامه حساسیت بین فردی بایس و پارکر (۱۹۸۹) و پرسشنامه کفایت اجتماعی بومسترت و همکاران (۱۹۸۸) بود. برای سنجش احساس طردشدگی از پرسشنامه حساسیت بین فردی بایس و پارکر (۲۲) استفاده شد. این پرسشنامه توسط بایس و پارکر در سال ۱۹۸۹ برای سنجش حساسیت بین فردی یا حساسیت به طرد اجتماعی ابداع شد. این پرسشنامه دارای ۳۶ سؤال و ۵ زیر مقیاس است که پاسخ به هر سؤال آن در یک مقیاس لیکرت ۴ درجه ای (=۱ کاملاً مخالفم، =۲ مخالفم، =۳ موافقم و =۴ کاملاً موافقم) می باشد. نمره بالاتر نشان دهنده حساسیت بیشتر به طردشدگی است. این ۵ زیرمقیاس شامل آگاهی بین فردی، نیاز به تأیید، اضطراب جدایی، کمرویی و عزت نفس شکننده می باشد. مطالعات در خصوص این ابزار شواهد روان سنجی خوبی را به همراه داشته است، به طوری که همسانی درونی و پایایی بازآزمایی و اعتبار همگرا و واگرای بالایی گزارش شده است. بایس و پارکر ضریب اعتبار نمره کل را ۰/۸۵ و برای خرده مقیاس ها بین ۰/۵۵ تا ۰/۷۶ گزارش کرده اند (۲۴). خصوصیات روان سنجی این پرسشنامه در جمعیت ایرانی توسط محمدیان و همکاران بررسی و ضریب آلفای کرونباخ پرسشنامه ۰/۸۶ و پایایی بازآزمایی بعد از دو هفته بین ۰/۷۳ تا ۰/۹۲ گزارش شد (۲۴). آلفای کرونباخ این پرسشنامه به منظور بررسی همسانی درونی در پژوهش حاضر ۰/۸۳ به دست آمد. علاوه بر این، برای سنجش کفایت اجتماعی گروه های نمونه پژوهش از پرسشنامه کفایت اجتماعی بومسترت و همکاران (۲۳) استفاده شد. این پرسشنامه یک ابزار اندازه گیری است که برای ارزیابی و اندازه گیری کفایت اجتماعی استفاده می شود. این پرسشنامه بر اساس نظریه کفایت اجتماعی که توسط بومسترت و همکاران توسعه یافته است، در سال ۱۹۸۸ طراحی شده است. این آزمون از ۴۰ گزاره تشکیل شده است و پاسخگویی به گزاره ها بر اساس طیف لیکرت از بسیار مخالف (یک امتیاز) تا بسیار موافق (پنج امتیاز) انجام می شود. این پرسشنامه دارای ۵ زیرمقیاس آغازگر روابط (عبارت های ۱، ۶، ۱۱، ۱۶، ۲۱، ۲۶، ۳۲ و ۳۶)، اظهارنظر مخالف (عبارت های ۲، ۷، ۱۲، ۱۷، ۲۲، ۲۷، ۳۲ و ۳۷)، خودافشایی (عبارت های ۳، ۸، ۱۳، ۱۸، ۲۳، ۲۸، ۳۳ و ۳۸)، حمایت عاطفی (عبارت های ۴، ۹، ۱۴، ۱۹، ۲۴، ۲۹، ۳۴ و ۳۹) و مدیریت تعارض (عبارت های ۵، ۱۰، ۱۵، ۲۰، ۲۵، ۳۰، ۳۵ و ۴۰) است. در پرسشنامه کفایت اجتماعی ۱۹ سؤال به

از نظر میزان تحصیلات وجود ندارد ($P=0/612$). اکثر افراد در گروه های مورد بررسی، از نظر وضعیت تأهل مجرد بودند. به منظور سنجش همتا بودن دو گروه از نظر وضعیت تأهل از آزمون کای اسکوئر استفاده شد. نتایج نشان داد بین گروه ها تفاوت معناداری از نظر وضعیت تأهل وجود ندارد ($P=0/942$). میانگین و انحراف معیار متغیرهای پژوهش در جدول ۳ ارائه شده است.

توزیع جنسیت از آزمون کای اسکوئر استفاده شد. نتایج نشان داد بین گروه ها تفاوت معناداری از نظر جنسیت وجود ندارد ($P=0/757$). اکثر افراد سه گروه بین ۲۶ تا ۳۰ سال سن داشتند. اکثر افراد در گروه های مورد بررسی دارای تحصیلات دیپلم بودند. به منظور سنجش همتا بودن دو گروه از نظر میزان تحصیلات از آزمون کای اسکوئر استفاده شد. نتایج نشان داد بین گروه ها تفاوت معناداری

جدول ۳: میانگین و انحراف معیار گروه ها در متغیرهای پژوهش

متغیر	گروه	هیجان مدار		بازسازی شناختی		کنترل
		میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	
آگاهی بین فردی	پیش آزمون	۱۶/۴۰	۱/۲۴	۱۸/۰۷	۱/۷۱	۱/۵۰
	پس آزمون	۱۶/۳۳	۱/۱۱	۱۷/۹۳	۱/۵۳	۱/۴۹
نیاز به تأیید	پیش آزمون	۲۳/۸۷	۴/۳۲	۲۴/۵۳	۲/۴۴	۴/۲۵
	پس آزمون	۲۱/۰۷	۳/۱۹	۲۴/۰۰	۲/۲۶	۴/۲۷
اضطراب جدایی	پیش آزمون	۲۱/۸۷	۲/۴۱	۲۰/۵۳	۱/۲۴	۲/۲۵
	پس آزمون	۱۹/۹۳	۱/۷۱	۱۸/۹۳	۱/۱۰	۱/۹۹
کمروبی	پیش آزمون	۲۱/۲۷	۲/۳۱	۲۳/۰۷	۱/۲۸	۲/۱۲
	پس آزمون	۱۹/۲۰	۱/۶۵	۲۱/۴۷	۱/۸۰	۲/۱۴
عزت نفس شکننده	پیش آزمون	۱۲/۲۷	۲/۰۱	۱۱/۵۳	۱/۵۹	۱/۹۵
	پس آزمون	۱۲/۰۷	۱/۸۷	۱۱/۲۷	۱/۲۸	۱/۹۵
احساس طردشدگی	پیش آزمون	۹۷/۵۳	۶/۸۳	۹۷/۹۳	۴/۰۲	۶/۱۱
	پس آزمون	۸۸/۶۷	۵/۴۶	۹۳/۷۳	۴/۴۹	۶/۳۴
آغازگر روابط	پیش آزمون	۱۵/۵۳	۲/۶۹	۱۵/۵۳	۳/۰۲	۲/۷۴
	پس آزمون	۱۷/۰۰	۲/۴۷	۱۶/۵۳	۲/۳۲	۲/۷۹
اظهار نظر مخالف	پیش آزمون	۱۵/۰۷	۳/۹۱	۱۳/۵۳	۳/۶۰	۳/۶۰
	پس آزمون	۱۶/۲۷	۳/۴۱	۱۴/۸۰	۳/۴۸	۳/۵۴
خودافشایی	پیش آزمون	۱۴/۳۳	۳/۳۹	۱۱/۳۳	۳/۸۸	۳/۵۷
	پس آزمون	۱۶/۰۷	۳/۰۱	۱۲/۱۳	۴/۳۸	۳/۴۸
حمایت عاطفی	پیش آزمون	۱۶/۹۳	۲/۴۰	۱۶/۶۷	۳/۱۰	۲/۳۶
	پس آزمون	۱۸/۲۷	۱/۲۲	۱۷/۴۷	۲/۶۴	۲/۳۷
مدیریت تعارض	پیش آزمون	۱۷/۸۰	۲/۲۱	۱۶/۱۳	۴/۱۳	۲/۱۶
	پس آزمون	۲۰/۹۳	۳/۲۴	۱۸/۲۰	۳/۰۵	۱/۷۶
کفایت اجتماعی	پیش آزمون	۷۹/۶۷	۱۰/۲۵	۷۳/۲۰	۱۱/۶۰	۱۰/۰۲
	پس آزمون	۸۸/۵۳	۶/۴۶	۷۹/۱۳	۱۱/۰۲	۹/۸۹

قبل از تحلیل استنباطی مورد بررسی قرار گرفتند. به این منظور، یافته‌های آزمون کولموگروف - اسمیرنوف نشان داد که داده های هر دو گروه آزمایش و کنترل در متغیرهای مورد بررسی در مراحل مختلف سنجش با منحنی نرمال تفاوت معناداری ندارد و توزیع داده‌ها نرمال است ($P>0/05$).

به منظور مقایسه اثربخشی درمان بازسازی شناختی و روان درمانی هیجان مدار بر احساس طردشدگی و کفایت اجتماعی افراد دارای ضایعه نخاعی از آزمون تحلیل کوواریانس و آزمون تعقیبی بونفرونی استفاده شد. استفاده از این آزمون ها مستلزم رعایت پیش فرض هایی است که

هادی حسنی و همکاران

همگن یا برابر است. با توجه به اینکه فرض کرویت در آزمون موچلی، تأیید نشده است، در نتایج درون گروهی از نتایج آزمون گرینهاوس-گیسر استفاده شد. بنابراین، با رعایت پیش فرض های آزمون پارامتری، استفاده از آزمون تحلیل واریانس با اندازه گیری مکرر بلا مانع است.

همچنین، آزمون لوین جهت بررسی مفروضه برابری واریانس های خطا نشان داد مفروضه برابری واریانس های خطا برای متغیرهای پژوهش برقرار است ($P > 0.05$). نتایج آزمون M باکس نیز بیانگر آن بود ماتریس کوواریانس متغیرهای وابسته در تمام سطوح متغیر مستقل (گروه ها)

جدول ۴. نتایج آزمون تحلیل کوواریانس تک متغیره با آزمون تعقیبی بونفرونی برای نمره کلی احساس طردشدگی

متغیر	میانگین مجذورات	آماره F	معناداری	اندازه اثر	گروه مرجع	گروه مقایسه	تفاوت میانگین	معناداری
					هیجان مدار	بازسازی شناختی	-۴/۷۰۸	۰/۰۰۱**
احساس طردشدگی	۲۸۹/۷۰۸	۸۶/۹۲۲	۰/۰۰۱**	۰/۸۰۹	هیجان مدار	کنترل	-۸/۷۸۹	۰/۰۰۱**
					بازسازی شناختی	کنترل	-۴/۰۸۱	۰/۰۰۱**

هر دو مداخله نسبت به گروه کنترل معنادار شده است که بیانگر اثربخش بودن هر یک از مداخله ها بر نمره کلی احساس طردشدگی می باشد. افزون بر این، روان درمانی هیجان مدار اثربخشی بیشتری در مقایسه با درمان بازسازی شناختی بر احساس طردشدگی دارد.

نتایج آزمون تحلیل کوواریانس تک متغیره در جدول ۴ مبین آن است که سطح معناداری محاسبه شده برای مقدار F معنادار است و بیانگر آن است حداقل بین یکی از گروه ها از نظر احساس طردشدگی تفاوت معناداری وجود دارد. نتایج آزمون تعقیبی بونفرونی نشان می دهد تفاوت

جدول ۵. نتایج آزمون تحلیل کوواریانس چندمتغیره با آزمون تعقیبی بونفرونی برای مؤلفه های احساس طردشدگی

متغیر	میانگین مجذورات	آماره F	معناداری	اندازه اثر	گروه مرجع	گروه مقایسه	تفاوت میانگین	معناداری
					هیجان مدار	بازسازی شناختی	-۱/۶۷۳	۰/۰۰۱**
آگاهی بین فردی	۱۴/۰۱۶	۲۴/۴۸۶	۰/۰۰۱**	۰/۵۷۰	هیجان مدار	کنترل	-۱/۷۹۴	۰/۰۰۱**
					بازسازی شناختی	کنترل	-۰/۱۲۱	۰/۷۰۹
					هیجان مدار	بازسازی شناختی	-۲/۴۸۸	۰/۰۰۱**
نیاز به تأیید	۳۷/۵۶۳	۲۱/۶۱۲	۰/۰۰۱**	۰/۵۳۹	هیجان مدار	کنترل	-۳/۰۴۵	۰/۰۰۱**
					بازسازی شناختی	هیجان مدار	۲/۴۸۸	۰/۰۰۱**
					هیجان مدار	بازسازی شناختی	۰/۲۲۱	۰/۵۶۳
اضطراب جدایی	۱۳/۱۷۴	۱۶/۴۹۱	۰/۰۰۱**	۰/۴۷۱	هیجان مدار	کنترل	-۱/۶۲۱	۰/۰۰۱**
					بازسازی شناختی	کنترل	-۱/۸۴۱	۰/۰۰۱**
					هیجان مدار	بازسازی شناختی	-۰/۶۲۲	۰/۱۷۱
کمروبی	۱۶/۷۷۴	۱۵/۰۸۷	۰/۰۰۱**	۰/۴۴۹	هیجان مدار	کنترل	-۲/۰۹۸	۰/۰۰۱**
					بازسازی شناختی	کنترل	-۱/۴۷۸	۰/۰۰۲**
					هیجان مدار	بازسازی شناختی	۰/۱۱۲	۰/۵۹۷
عزت نفس شکننده	۰/۲۷۳	۱/۱۱۱	۰/۳۴۰	-	هیجان مدار	کنترل	-۰/۱۸۸	۰/۳۰۹
					بازسازی شناختی	کنترل	-۰/۳۰۰	۰/۱۶۴

نتایج آزمون تعقیبی بونفرونی نشان می دهد اثربخشی روان درمانی هیجان مدار بر مؤلفه آگاهی بین فردی و نیاز به تأیید معنادار شده است؛ اما درمان بازسازی شناختی تأثیر معناداری بر این مؤلفه های احساس طردشدگی نداشت. افزون بر این، هر دو مداخله (روان درمانی هیجان مدار و

نتایج آزمون تحلیل کوواریانس چندمتغیره در جدول ۴ مبین آن است که سطح معناداری برای مقدار F در مؤلفه های آگاهی بین فردی، نیاز به تأیید، اضطراب جدایی و کمروبی معنادار شده است و بیانگر آن است حداقل بین یکی از گروه ها از نظر این مؤلفه ها تفاوت معناداری وجود دارد.

درمان بازسازی شناختی) بر مؤلفه های اضطراب جدایی و کمرویی اثربخش بودند؛ اما تفاوت بین دو مداخله در این

جدول ۶. نتایج آزمون تحلیل کوواریانس تک متغیره با آزمون تعقیبی بونفرونی برای نمره کلی کفایت اجتماعی

متغیر	میانگین مجزورات	آماره F	معناداری	اندازه اثر	گروه مرجع	گروه مقایسه	تفاوت میانگین	معناداری
کفایت اجتماعی	۲۷۱/۳۱۲	۲۶/۵۵۷	۰/۰۰۱**	۰/۵۶۴	هیجان مدار	بازسازی شناختی	۴/۰۶۸	۰/۰۰۲**
					هیجان مدار	کنترل	۸/۵۰۶	۰/۰۰۱**
					بازسازی شناختی	کنترل	۴/۴۳۸	۰/۰۰۱**

به گروه کنترل معنادار شده است که بیانگر اثربخش بودن هر یک از مداخله ها بر نمره کلی کفایت اجتماعی می باشد. افزون بر این، روان درمانی هیجان مدار اثربخشی بیشتری در مقایسه با درمان بازسازی شناختی بر کفایت اجتماعی دارد.

نتایج آزمون تحلیل کوواریانس تک متغیره در جدول ۶ مبین آن است که سطح معناداری محاسبه شده برای مقدار F معنادار است و بیانگر آن است حداقل بین یکی از گروه ها از نظر کفایت اجتماعی تفاوت معناداری وجود دارد. نتایج آزمون تعقیبی بونفرونی نشان می دهد تفاوت هر دو مداخله نسبت

جدول ۷. نتایج آزمون تحلیل کوواریانس چندمتغیره با آزمون تعقیبی بونفرونی برای مؤلفه های کفایت اجتماعی

متغیر	میانگین مجزورات	آماره F	معناداری	اندازه اثر	گروه مرجع	گروه مقایسه	تفاوت میانگین	معناداری
آغازگر روابط	۹/۵۱۳	۷/۹۱۸	۰/۰۰۱**	۰/۳۰۰	هیجان مدار	بازسازی شناختی	۰/۴۳۸	۰/۳۴۵
					هیجان مدار	کنترل	۱/۵۷۶	۰/۰۰۱**
					بازسازی شناختی	کنترل	۱/۱۳۹	۰/۰۲۱*
اظهار نظر مخالف	۱/۱۰۱	۳/۶۸۳	۰/۰۳۵*	۰/۱۶۱	هیجان مدار	بازسازی شناختی	۰/۳۲۲	۰/۴۶۹
					هیجان مدار	کنترل	۱/۰۴۰	۰/۰۱۱*
					بازسازی شناختی	کنترل	۰/۷۱۸	۰/۳۲۹
خودافشایی	۱۳/۲۶۳	۱۰/۳۵۸	۰/۰۰۱**	۰/۳۵۹	هیجان مدار	بازسازی شناختی	۱/۲۴۹	۰/۰۱۲*
					هیجان مدار	کنترل	۱/۸۴۶	۰/۰۰۱**
					بازسازی شناختی	کنترل	۰/۵۹۷	۰/۲۲۹
حمایت عاطفی	۵/۶۹۸	۶/۱۵۷	۰/۰۰۵**	۰/۲۵۰	هیجان مدار	بازسازی شناختی	۰/۷۷۷	۰/۰۶۰
					هیجان مدار	کنترل	۱/۲۱۹	۰/۰۰۱**
					بازسازی شناختی	کنترل	۰/۴۴۲	۰/۲۹۱
مدیریت تعارض	۳۰/۷۳۸	۷/۸۱۱	۰/۰۰۱**	۰/۲۹۷	هیجان مدار	بازسازی شناختی	۱/۳۳۲	۰/۱۱۶
					هیجان مدار	کنترل	۲/۸۷۴	۰/۰۰۱**
					بازسازی شناختی	کنترل	۱/۵۴۱	۰/۰۸۰

بین فردی و نیاز به تأیید معنادار شده است؛ اما درمان بازسازی شناختی تأثیر معناداری بر این بعد از احساس طردشدگی نداشته است. افزون بر این، هر دو مداخله (روان درمانی هیجان مدار و درمان بازسازی شناختی) بر مؤلفه های اضطراب جدایی و کمرویی اثربخش بودند؛ اما تفاوت بین دو مداخله در این مؤلفه ها معنادار نبود.

نتایج آزمون تحلیل کوواریانس چندمتغیره در جدول ۷ مبین آن است که سطح معناداری محاسبه شده برای مقدار F در مؤلفه های آغازگر روابط، اظهار نظر مخالف، خودافشایی، حمایت عاطفی و مدیریت تعارض معنادار است و بیانگر آن است حداقل بین یکی از گروه ها از نظر مؤلفه های احساس طردشدگی تفاوت معناداری وجود دارد. نتایج نشان می دهد اثربخشی روان درمانی هیجان مدار بر مؤلفه آگاهی

نادرست و تصورات غلطی است که ممکن است در ذهن ما شکل بگیرند. این خطاها می‌توانند باعث ایجاد و تقویت احساسات منفی مانند نگرانی، استرس و افسردگی شوند و در نتیجه باعث تشدید احساسات پریشانی شوند (۱۳). پس از شناسایی خطاهای شناختی، افراد مبتلا به ضایعه نخاعی آن‌ها را با واقعیت مقایسه کردند. این مقایسه به آن‌ها کمک می‌کند تا اعتبار تفکرات خود را بر اساس اطلاعات صحیح و قابل اعتماد ارزیابی کنند و به این نتیجه برسند که بسیاری از تفکراتشان بر پایه ادراکات نادرست یا افراطی استوار است. بعد از شناسایی خطاهای شناختی و ارزیابی واقعیت، می‌توانند به تغییر تفکرات خود بپردازند. این فرآیند می‌تواند شامل تغییر نگرش، تبدیل باورها و تفکرات منفی به مثبت و سازنده باشد (۲۸). افراد مبتلا به ضایعه نخاعی نیز با تغییر باورها و تفکرات منفی که نسبت به طرد و روابط بین فردی داشتند، احساسات پریشانی خود را کاهش دادند. این مسئله، نیازمند تمرین است که با ارائه تکالیف از افراد درخواست می‌شد با تمرین مهارت‌های آموخته شده بپردازند.

در تبیین اثربخشی روان‌درمانی هیجان‌مدار در بهبود احساسات پریشانی نیز به نظر می‌رسد با آموزش‌هایی که افراد دارای ضایعه نخاعی در مورد نقش هیجان در تعاملات بین فردی دریافت کردند (جلسه دوم)، مهارت‌های آموخته شده در این زمینه نقش مهمی در کاهش احساسات پریشانی داشته است. آگاهی از هیجانات در تعاملات بین فردی می‌تواند به فرد کمک کند تا بهترین راه برای مدیریت و پاسخگویی به این هیجان‌های ناخوشایند در روابط بین فردی را پیدا کند. این آگاهی می‌تواند با شناسایی هیجان‌های خود و دیگران، بهبود قابل توجهی در احساسات پریشانی را به همراه داشته باشد (۲۶). از سوی دیگر، درمان هیجان‌مدار به پیوندهای ارتباطی نیز تمرکز دارد (جلسات هفتم و نهم) و تلاش می‌کند به افراد آموزش دهد روابط قوی و معنادار با دیگران داشته باشند. درمان هیجان‌مدار به فرد کمک می‌کند منابع حمایتی را جستجو کند و وقتی که فرد احساس حمایت و حضور دوستان و خانواده را دارد، احساسات پریشانی و ناامنی کاهش می‌یابد و این می‌تواند بهبود قابل توجهی در احساسات پریشانی را به همراه داشته باشد (۱۷). در تبیین اثربخشی بیشتر روان‌درمانی هیجان‌مدار در مقایسه با درمان بازسازی شناختی به نظر می‌رسد دلیل این تفاوت، تمرکز بیشتر روان‌درمانی هیجان

این مطالعه با هدف مقایسه اثربخشی درمان بازسازی شناختی و روان‌درمانی هیجان‌مدار بر احساسات پریشانی و کیفیت اجتماعی افراد دارای ضایعه نخاعی انجام شد. نتایج نشان داد در متغیر احساسات پریشانی تفاوت هر دو مداخله نسبت به گروه کنترل معنادار شده است که بیانگر اثربخش بودن هر یک از مداخله‌ها می‌باشد. افزون بر این، روان‌درمانی هیجان‌مدار اثربخشی بیشتری در مقایسه با درمان بازسازی شناختی بر احساسات پریشانی دارد. علاوه بر این، نتایج نشان داد درمان هیجان‌مدار بر مؤلفه‌های آگاهی بین فردی، نیاز به تأیید و کمرویی اثربخش است و اثربخشی آن در مرحله پیگیری پایدار بوده است؛ اما درمان بازسازی شناختی تأثیر معناداری بر مؤلفه‌های آگاهی بین فردی، نیاز به تأیید و کمرویی نداشته است. در مؤلفه‌های اضطراب جدایی هر دو مداخله اثربخش بودند و اثربخشی آن‌ها در مرحله پیگیری نیز پایدار بوده است. افزون بر این، دو مداخله تأثیر معناداری بر مؤلفه عزت نفس شکننده نداشتند. در پیشینه پژوهشی مطالعه‌ای با هدف مقایسه این دو مداخله یافت نشده است؛ با این حال، شواهدی مبنی بر اثربخشی هر یک از این مداخله‌ها بر احساسات پریشانی وجود دارد. همسو با یافته‌های پژوهش حاضر مبنی بر اثربخشی روان‌درمانی هیجان‌مدار بر طردشدگی، نتایج مطالعه افسر و همکاران نشان داد درمان هیجان‌مدار بر ادراک طردشدگی زنان با اختلال شخصیت مرزی مؤثر است (۲۶). افزون بر این، کونولی-زابوت و همکاران نشان داد روان‌درمانی هیجان‌مدار بر احساسات پریشانی زنان مبتلا به سرطان پستان تأثیر معناداری دارد (۱۷). واتسون و همکاران نیز دریافته‌اند روان‌درمانی هیجان‌مدار تأثیر معناداری بر بهبود احساسات پریشانی در افراد مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر دارد (۲۷). در مقابل، نتایج مطالعه اوگوزی و همکاران نشان داد که تکنیک بازسازی شناختی در کاهش احساسات پریشانی در بین دانش‌آموزان مؤثر است. (۱۳)

در تبیین اثربخشی درمان بازسازی شناختی بر احساسات پریشانی می‌توان اظهار داشت یکی از مؤلفه‌های این درمان، شناسایی و اصلاح خطاهای شناختی (جلسه سوم) است که می‌تواند در بهبود احساسات پریشانی بسیار مؤثر باشد. اصلاح خطاهای شناختی می‌تواند در بهبود احساسات پریشانی مؤثر باشد. خطاهای شناختی به معنای تفکرات

مدار بر روی تجربه و احساسات فرد باشد. این روش به فرد کمک می‌کند تا با تشخیص و درک بهتر احساسات خود، بتواند راه‌های سالم‌تری برای مدیریت آن‌ها پیدا کند (۲۷). این تمرینات می‌توانند به فرد کمک کنند تا با احساسات منفی خود بهتر آشنا شود و راه‌هایی برای مدیریت آن‌ها به غیر از احساس طردشدگی پیدا کند. افزون بر این، احساس طردشدگی نیز نوعی هیجان ناخوشایند تلقی می‌شود که با آگاهی از این هیجان و راه اندازه‌های آن در طول روان درمانی هیجان مدار، افراد دارای ضایعه نخاعی بهتر می‌توانند با احساس طردشدگی مواجه شوند. از این رو، اثربخشی بیشتر روان درمانی هیجان مدار در مقایسه با درمان بازسازی شناختی قابل توجه است.

علاوه بر این، نتایج نشان می‌دهد تفاوت هر دو مداخله در نمره کلی کفایت اجتماعی نسبت به گروه کنترل معنادار شده است که بیانگر اثربخش بودن هر یک از مداخله‌ها می‌باشد. افزون بر این، روان درمانی هیجان مدار اثربخشی بیشتری در مقایسه با درمان بازسازی شناختی بر کفایت اجتماعی دارد. در پیشینه پژوهشی مطالعه ای با هدف مقایسه این دو مداخله یافت نشده است؛ با این حال، شواهدی مبنی بر اثربخشی هر یک از این مداخله‌ها بر کفایت اجتماعی وجود دارد. اثربخشی درمان بازسازی شناختی و روان درمانی هیجان مدار بر مؤلفه‌های آغازگر روابط معنادار شده است؛ اما بین دو مداخله از نظر میزان اثربخشی تفاوت معناداری وجود ندارد. همچنین، نتایج نشان داد روان درمانی هیجانی مدار بر مؤلفه‌های اظهار نظر مخالف، خودافشایی، حمایت عاطفی و مدیریت تعارض معنادار شده است؛ در حالی که درمان بازسازی شناختی تأثیر معناداری بر این مؤلفه‌ها نداشته است. همسو با یافته‌های پژوهش حاضر مبنی بر اثربخشی روان درمانی هیجان مدار بر کفایت اجتماعی، نصری و همکاران (۲۹) به این نتیجه رسیدند درمان هیجان مدار بر سازگاری فردی-اجتماعی زنان مطلقه تأثیر دارد. قاسم پور و فلاح (۳۰) نیز نشان دادند روان درمانی هیجان مدار بر علائم ترس از ارزیابی مثبت نوجوانان پسر مبتلا به اختلال اضطراب اجتماعی اثربخش است. در ادبیات پژوهشی خرج از کشور نیز شاهار و همکاران (۱۸) دریافتند روان درمانی هیجان مدار بر بهبود شاخص‌های کفایت اجتماعی افراد مبتلا به اضطراب اجتماعی تأثیر معناداری دارد و در پیگیری‌های متوالی در طول یکسال هم نتایج پایدار بود. همسو با یافته‌های پژوهش حاضر مبنی بر

اثربخشی درمان بازسازی شناختی بر کفایت اجتماعی، نتایج مطالعه آهمه و همکاران (۳۱) نشان داد درمان بازسازی شناختی منجر به کاهش انزوای اجتماعی مادران کودکان ناشنوا می‌شود. توانگر و یزدخواستی (۳۲) نیز دریافتند رویکرد بازسازی شناختی بر اضطراب اجتماعی و ابراز وجود در دانشجویان اثربخش است. در پیشینه پژوهشی خارج از کشور نیز باررا و همکاران (۱۴) دریافتند درمان بازسازی شناختی بر بهبود شاخص‌های کفایت اجتماعی افراد مبتلا به اضطراب اجتماعی تأثیر دارد.

در تبیین اثربخشی درمان بازسازی شناختی در بهبود کفایت اجتماعی افراد دارای ضایعه نخاعی به نظر می‌رسد یکی از عوامل اصلی مشکلات اجتماعی در افراد، افکار منفی و نادرست درباره خود و دیگران است. مثلاً فرد ممکن است باور داشته باشد که او ناکارآمد است و دیگران او را نمی‌پذیرند. این باورها می‌توانند باعث ایجاد اضطراب، افسردگی و انزوا در افراد شوند و در نتیجه کفایت اجتماعی آن‌ها را کاهش دهند. درمان بازسازی شناختی به افراد این امکان را می‌دهد که باورهای نادرست خود را شناسایی کرده و آن‌ها را با باورهای مثبت و مؤثرتر جایگزین کنند. این روش از تکنیک‌های مختلفی مانند تحلیل افکار، تغییر رفتار و تمرین‌های عملی استفاده می‌کند تا به افراد در درک بهتر خود و دیگران کمک کند (۳۳). علاوه بر این، درمان بازسازی شناختی به افراد کمک می‌کند تا مهارت‌های مدیریت استرس و اضطراب را فرا بگیرند. با افزایش آگاهی از عوامل مؤثر بر اضطراب و استرس و یادگیری روش‌های مقابله با آن‌ها، افراد می‌توانند به‌طور بهتری با موقعیت‌های اجتماعی دشوار روبه‌رو شوند و کفایت اجتماعی خود را ارتقا دهند (۳۴). در نتیجه، درمان بازسازی شناختی می‌تواند با تغییر باورهای نادرست و ارتقای مهارت‌های ارتباطی و مدیریت استرس، بهبود کفایت اجتماعی در افراد دارای ضایعه نخاعی را تسهیل کند.

در تبیین اثربخشی روان درمانی هیجان مدار در بهبود کفایت اجتماعی افراد دارای ضایعه نخاعی می‌توان اظهار داشت این مداخله بر این اصل تمرکز دارد که هیجان‌ات و احساسات ما تأثیر قابل توجهی بر رفتارها و روابط اجتماعی ما دارند. با بهبود مدیریت هیجان‌ات، افراد قادر خواهند بود بهتر با خود و دیگران ارتباط برقرار کنند و در نتیجه کفایت اجتماعی آن‌ها بهبود می‌یابد (۲۹). در این شیوه درمانی، افراد یاد می‌گیرند که هیجان‌ات خود را شناسایی کرده و

هادی حسنی و همکاران

افراد دارای ضایعه نخاعی برگزار کنند. با توجه به اینکه نتایج پژوهش حاضر نشان داد درمان بازسازی شناختی بر احساس طردشدگی افراد دارای ضایعه نخاعی اثربخش است و در نظر گرفتن این نکته که طردشدگی نقش مهمی در سلامت روانی افراد دارای ضایعه نخاعی دارد؛ پیشنهاد می شود مشاوران و روان درمانگران فعال در مراکز بهزیستی، با استفاده از رویکردهای مداخله ای همچون درمان بازسازی شناختی، احساس طردشدگی افراد دارای ضایعه نخاعی را کاهش دهند.

نتیجه گیری

نتایج این مطالعه نشان داد دو مداخله تأثیر معناداری بر بهبود احساس طردشدگی و کفایت اجتماعی افراد دارای ضایعه نخاعی دارند. علاوه بر این، روان درمانی هیجان مدار در مقایسه با درمان بازسازی شناختی اثربخشی بیشتری در بهبود احساس طردشدگی و کفایت اجتماعی دارد. با توجه به نتایج به دست آمده، استفاده از روان درمانی هیجان مدار برای بهبود احساس طردشدگی و کفایت اجتماعی افراد دارای ضایعه نخاعی توصیه می شود.

سیاسگزار

بدین وسیله از مدیریت اداره بهزیستی شهرستان های لرندگان و خانمیرزا به دلیل هماهنگی انجام شده برای ارتباط با افراد نمونه و همچنین، افراد شرکت کننده در این مطالعه که با صبر و بردباری با تیم مطالعه همکاری داشتند، تشکر و قدردانی می کنیم. ملاحظات اخلاقی مصوب کمیته اخلاق کشوری در این مطالعه رعایت شده است. افزون بر این، لازم به ذکر است که فرآیند اجرای این مطالعه در کمیته اخلاق دانشگاه آزاد اسلامی واحد شهرکرد با کد IR.IAU.SHK.REC.1402.068 در تاریخ ۱۴۰۲/۰۳/۰۲ تصویب شد.

تضاد منافع

نویسندگان اعلام می کنند که هیچ گونه تضاد منافی ندارند. این پژوهش بدون حمایت مالی سازمان خاصی انجام شده است.

به درستی نامگذاری کنند. این آگاهی از هیجانها به آنها کمک می کند تا بهتر بفهمند که هیجانهاشان چگونه بر رفتارها و واکنش‌هایشان تأثیر می‌گذارد (۳۵). افزون بر این، این روش درمانی به افراد کمک می کند تا توانایی های هیجانی خود را تقویت کنند. این شامل توانایی های مانند تشخیص هیجانها در دیگران، همدلی و تعامل مؤثر با دیگران است. در نتیجه، افراد دارای ضایعه نخاعی با آموزش تشخیص و آگاهی هیجانها و همچنین، با تغییر باورهای منفی به باورهای مثبت، افراد می‌توانند اعتماد به نفس بیشتری به دست آورند و روابط اجتماعی بهتری برقرار کنند. آنها می‌توانند مهارت‌های ارتباطی بهتری را یاد بگیرند، از روابط مثبت و سازنده‌تری بهره‌بردارند و در مواجهه با مشکلات اجتماعی بهتر عمل کنند.

یافته های پژوهش حاضر محدود به افراد دارای ضایعه نخاعی است و تعمیم آن به افراد دارای سایر معلولیت های حرکتی با محدودیت همراه است. از دیگر محدودیت های پژوهش حاضر، عدم کنترل متغیر مداخله اثرگذار بر متغیرهای وابسته مانند میزان و شدت معلولیت است. از آنجا که نتایج پژوهش حاضر نشان داد روان درمانی هیجان مدار یک روش موفق در بهبود احساس طردشدگی افراد دارای ضایعه نخاعی است و به نحوی تغییرات ساختاری و پایدار انجام می دهد؛ لذا توصیه می شود از این برنامه مداخله ای در قالب جلسات گروه درمانی برای افراد دارای ضایعه نخاعی در مراکز بهزیستی برگزار شود. از آنجا که نتیجه پژوهش حاضر نشان داد روان درمانی هیجان مدار بر احساس طردشدگی افراد دارای ضایعه نخاعی اثربخش است پیشنهاد می شود این رویکرد توسط مشاوران مراکز بهزیستی به عنوان راهبردی مؤثر برای کنترل احساس طردشدگی در افراد دارای ضایعه نخاعی استفاده شود. با توجه به نتایج پژوهش حاضر و اثربخش بودن درمان بازسازی شناختی بر احساس طردشدگی افراد دارای ضایعه نخاعی، پیشنهاد می شود مسئولین نظام سلامت و سازمان بهزیستی، بیش از گذشته در جریان نقش و اهمیت مداخلات روان شناختی در بهبود وضعیت روان شناختی افراد دارای ضایعه نخاعی قرار بگیرند و دوره‌هایی مطابق با روش آموزشی اجرا شده در پژوهش حاضر جهت بهبود احساس طردشدگی

References

- Noble BT, Brennan FH, Wang Y, Guan Z, Mo X, Schwab JM, et al. Thoracic VGlut2+ spinal interneurons regulate structural and functional plasticity of sympathetic networks after high-level spinal cord injury. *Journal of Neuroscience*. 2022;42(17):3659-75. <https://doi.org/10.1523/JNEUROSCI.2134-21.2022>
- Wang S-Y, Hong S-R, Tan J-Y. Five different lives after suffering from spinal cord injury: the experiences of nurses who take care of spinal cord injury patients. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 2022;19(3):1058. <https://doi.org/10.3390/ijerph19031058>
- Tulsky DS, Kisala PA. Overview of the spinal cord injury-functional index (SCI-FI): structure and recent advances. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*. 2022;103(2):185-90. <https://doi.org/10.1016/j.apmr.2021.10.006>
- Angel S, Kroll T. Sex life during the first 10 years after spinal cord injury: A qualitative exploration. *Sexuality and Disability*. 2020;38(1):107-21. <https://doi.org/10.1007/s11195-020-09620-9>
- Maiolatesi AJ, Clark KA, Pachankis JE. Rejection sensitivity across sex, sexual orientation, and age: Measurement invariance and latent mean differences. *Psychological Assessment*. 2022;34(5):431. <https://doi.org/10.1037/pas0001109>
- Jittayuthd S, Karl A. Rejection sensitivity and vulnerable attachment: associations with social support and PTSD symptoms in trauma survivors. *European Journal of Psychotraumatology*. 2022;13(1):2027676. <https://doi.org/10.1080/20008198.2022.2027676>
- Hong YJ. Association Among Mothers' Loneliness, Cognitive Flexibility, and Children's Social Competence: Moderated Mediating Effect of Mothers' Perceived Impact of COVID-19 on Daily Lives. *Korean Journal of Child Studies*. 2022;43(2):125-39. <https://doi.org/10.5723/kjcs.2022.43.2.125>
- Tuerk C, Anderson V, Bernier A, Beauchamp MH. Social competence in early childhood: An empirical validation of the SOCIAL model. *Journal of Neuropsychology*. 2021;15(3):477-99. <https://doi.org/10.1111/jnp.12230>
- McGarry KA, West M, Hogan KF. Perspective-taking and social competence in adults. *Advances in Cognitive Psychology*. 2021;17(2):129. <https://doi.org/10.5709/acp-0323-5>
- Mayasari S, Mujiyati M, Adiputra S. Cognitive Restructuring Techniques in Developing Student Self-Compassion. 2022.
- Wang Y, Wei L. Multilingual learning and cognitive restructuring: The role of audiovisual media exposure in Cantonese-English-Japanese multilinguals' motion event cognition. *International Journal of Bilingualism*. 2023;27(3):331-48. <https://doi.org/10.1177/13670069221085565>
- Neacsiu AD, Beynel L, Graner JL, Szabo ST, Appelbaum LG, Smoski MJ, et al. Enhancing cognitive restructuring with concurrent fMRI-guided neurostimulation for emotional dysregulation-A randomized controlled trial. *Journal of affective disorders*. 2022;301:378-89. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2022.01.053>
- Oguzie AE, Ani D, Obi B, Onyegirim B. Effect of cognitive restructuring technique on fear tendency among secondary school students in Owerri Municipal Council of Imo state. *International Journal of Advanced Research and Publications*. 2018;2(1):34-8.
- Barrera TL, Szafranski DD, Ratcliff CG, Garnaat SL, Norton PJ. An experimental comparison of techniques: Cognitive defusion, cognitive restructuring, and in-vivo exposure for social anxiety. *Behavioural and cognitive psychotherapy*. 2016;44(2):249-54. <https://doi.org/10.1017/S1352465814000630>
- Greenberg LS, Watson JC. Emotion-focused therapy for depression: Canadian contributions. *Canadian Journal of Behavioural Science/Revue canadienne des sciences du comportement*. 2022;54(2):152. <https://doi.org/10.1037/cbs0000317>
- Tamminen KA, Watson JC. Emotion focused therapy with injured athletes: Conceptualizing injury challenges and working with emotions. *Journal of Applied Sport Psychology*. 2022;34(5):958-82. <https://doi.org/10.1080/10413200.2021.2024625>
- Connolly-Zubot A, Timulak L, Hession N, Coleman N. Emotion-focused therapy for anxiety and depression in women with breast cancer. *Journal of Contemporary Psychotherapy*. 2020;50(2):113-22. <https://doi.org/10.1007/s10879-019-09439-2>
- Shahar B, Bar-Kalifa E, Alon E. Emotion-focused therapy for social anxiety disorder: Results from a multiple-baseline study. *Journal of consulting and clinical psychology*. 2017;85(3):238. <https://doi.org/10.1037/ccp0000166>
- Robinson-Whelen S, Taylor HB, Feltz M, Whelen M. Loneliness among people

- with spinal cord injury: exploring the psychometric properties of the 3-item loneliness scale. *Archives of physical medicine and rehabilitation*. 2016;97(10):1728-34. <https://doi.org/10.1016/j.apmr.2016.04.008>
20. Clark DA. Cognitive restructuring. *The Wiley handbook of cognitive behavioral therapy*. 2013:1-22. <https://doi.org/10.1002/9781118528563.wbcbt02>
 21. Johnson SM. Emotionally focused couple therapy. *Clinical handbook of couple therapy*. 2008;4:107-37. <https://doi.org/10.1176/appi.books.9781585623648.gg20>
 22. Boyce P, Parker G. Development of a scale to measure interpersonal sensitivity. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*. 1989;23(3):341-51. <https://doi.org/10.1177/000486748902300320>
 23. Furman W, Wittenberg MT, Reis HT. Five domains of interpersonal competence in peer relationships. *Journal of Personality and Social Psychology*. 1988;55(6):991-1008. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.55.6.991>
 24. Vojudi B, Otared N. On the comparison of interpersonal sensitivity and assertiveness between drug-dependent persons and ordinary people. *Scientific Quarterly Research on Addiction*. 2015;8(31):109-18.
 25. Vahedi S, Moradi S. On the relationship between sexual satisfaction and marital commitment among couples in Shahreza City, Central part of Iran. *Journal of Fundamentals of Mental Health*. 2009;11(43):232-23.
 26. Afsar M, Hasani F, Farzad V, Golshani F. Comparison of the effectiveness of emotion-focused therapy and Mentally Focused schema therapy on the perception of rejection in women with borderline personality disorder. *medical journal of mashhad university of medical sciences*. 2021;64(3):3167-77.
 27. Watson JC, Greenberg LS. *Emotion-focused therapy for generalized anxiety*: American Psychological Association; 2017. <https://doi.org/10.1037/0000018-000>
 28. Carbone DJ. Using cognitive therapies to treat unstable attachment patterns in adults with childhood histories of social rejection. *The Effect of Childhood Emotional Maltreatment on Later Intimate Relationships*: Routledge; 2019. p. 105-34. <https://doi.org/10.4324/9781315874920-5>
 29. Nasri S, Kakabraei K, Sharifi M. Effectiveness Of Emotions-oriented Therapy on Subjective Well-Being and Socio-Personal Adjustment in Divorced Women. *Woman Cultural Psychology*. 2017;34(9):129-42.
 30. Ghasempour A, Fallah A. Effectiveness of Emotional Regulation Strategies Training for Fear of Positive Evaluation of male Adolescents Suffering from Social Phobia Disorder. *Community Health Journal*. 2017;8(4):59-67.
 31. Ahameh F, Gholamzadeh Jafreh M, Koraei A. The Effectiveness of Eye Movement Desensitization and Cognitive Reprocessing Intervention on Improving the Sense of Parental competence and reducing the social isolation in mothers of deaf children. *medical journal of mashhad university of medical sciences*. 2021;64(1):2620-30. <https://doi.org/10.52547/sjimu.29.2.64>
 32. Tavangar L, F Y, A A. Effectiveness of Eclectic Intervention (Cognitive Restructuring and Cognitive-behavioral Coping skills) on Social Skills, Interpersonal Self-Efficacy, and social anxiety among University of Isfahan Students. *J Res Behave Sci*. 2014;11(6):532-44.
 33. de Mooij B, Fekkes M, Miers AC, van den Akker AL, Scholte RH, Overbeek G. What works in preventing emerging social anxiety: Exposure, cognitive restructuring, or a combination? *Journal of Child and Family Studies*. 2023;32(2):498-515. <https://doi.org/10.1007/s10826-023-02536-w>
 34. Stevenson J, Mattiske JK, Nixon RD. The effect of a brief online self-compassion versus cognitive restructuring intervention on trait social anxiety. *Behaviour Research and Therapy*. 2019;123:103492. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2019.103492>
 35. Dixon ML, Moodie CA, Goldin PR, Farb N, Heimberg RG, Gross JJ. Emotion regulation in social anxiety disorder: reappraisal and acceptance of negative self-beliefs. *Biological Psychiatry: Cognitive Neuroscience and Neuroimaging*. 2020;5(1):119-29. <https://doi.org/10.1016/j.bpsc.2019.07.009>