

اثربخشی تعاملات اجتماعی همتایان بر خودشفقت‌ورزی، انعطاف‌پذیری شناختی و استقلال عملکردی آسیب‌دیدگان نخاعی محیط توانبخشی

* الهام دهقان^۱، مهشاد روشنفکر^۲

۱- کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی، دانشگاه آزاد واحد شاهرود، شاهرود، ایران.

۲- کارشناسی علوم ورزشی، دانشگاه دامغان، دامغان، ایران.

چکیده

این پژوهش با هدف بررسی تأثیر تعاملات اجتماعی ساختاریافته همتایان بر خودشفقت‌ورزی، انعطاف‌پذیری شناختی و استقلال عملکردی افراد آسیب‌دیده نخاعی انجام شد. پژوهش حاضر از نوع نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون و گروه کنترل بود. ۳۰ بیمار از مراکز توانبخشی دامغان به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب و به‌طور تصادفی در دو گروه آزمایشی و کنترل گمارده شدند. گروه آزمایشی در ۶ جلسه هفتگی آموزش تعاملات اجتماعی ساختاریافته شرکت کردند. ابزارهای پژوهش شامل پرسشنامه‌های خودشفقت‌ورزی، انعطاف‌پذیری شناختی و شاخص استقلال عملکردی بود. تحلیل داده‌ها با کوواریانس تک‌متغیره و چندمتغیره نشان داد مداخله به‌طور معناداری موجب افزایش خودشفقت‌ورزی ($p < 0.05$) و انعطاف‌پذیری شناختی ($p < 0.001$) شد، اما تأثیر معناداری بر استقلال عملکردی نداشت ($p > 0.05$). یافته‌ها بیانگر نقش مهم تعاملات اجتماعی همتایان در بهبود ابعاد روانشناختی بیماران نخاعی هستند و بر لزوم گنجاندن چنین رویکردهایی در برنامه‌های توانبخشی تأکید دارند.

کلمات کلیدی: آسیب نخاعی، تعامل اجتماعی، خودشفقت‌ورزی، انعطاف‌پذیری شناختی، استقلال عملکردی

مقدمه

امروزه آسیب نخاعی یکی از چالش برانگیزترین مشکلات پزشکی است که می تواند زندگی فرد را از جهات مختلف تحت تأثیر قرار دهد. آسیب نخاعی (Spinal Cord Injury - SCI) به هرگونه آسیب به طناب نخاعی یا اعصاب انتهایی آن گفته می شود که ممکن است منجر به تغییرات دائمی در قدرت، حس یا سایر عملکردهای بدن در نواحی پایین تر از محل آسیب شود؛ بر اساس گزارش (National Institute of Neurological Disorders and Stroke (NINDS)، آسیب نخاعی می تواند ناشی از ضربه مستقیم (مانند تصادف، سقوط، یا آسیب ورزشی) یا بیماری هایی همچون عفونت ها، تومورها و اختلالات دژنراتیو باشد. این وضعیت نه تنها بر عملکرد جسمی، بلکه بر وضعیت روانی، کیفیت زندگی و ارتباطات اجتماعی فرد نیز تأثیر عمیقی می گذارد [۱]. این نوع از آسیب می تواند به مشکلات جسمی حرکتی، عملکردی و حتی اختلالات روان شناختی منجر شود [۲]. همچنین آسیب نخاعی زمینه ساز مشکلات روانی متعددی می باشد؛ مانند سازگاری ضعیف، افزایش میزان خودکشی، غفلت از خود و سوء مصرف مواد که این عواقب روانی منفی می تواند بر انگیزه و توانایی افراد در مراقبت از خود تأثیر بگذارد و منجر به افسردگی یا اضطراب شود [۳]. در نتیجه، یکی از مهم ترین مباحث در توانبخشی، بهبود کیفیت زندگی آسیب دیدگان نخاعی است. این موضوع نه تنها برای خود فرد بسیار مهم است، بلکه در تدوین برنامه های توانبخشی و مطالعات بین المللی نیز اهمیت دارد [۴].

یکی از عوامل اثرگذار بر کیفیت زندگی افراد دارای آسیب نخاعی، شفقت به خود است [۵]. خود شفقت ورزی به معنای توجه و مهربانی به خود در زمان های دشوار است و شامل سه مولفه مهربانی با خود، ذهن آگاهی و انسان گرایی مشترک می باشد [۶]؛ شفقت به خود، مهربان بودن با خود به شکل غیر قضاوتی، احساس اشتراک با انسان ها برای مقابله با انزوا و ذهن آگاه بودن از رنج شخصی که منجر به تغییر مثبت می شود را نشان می دهد [۷]. خود شفقت ورزی به بیماران کمک می کند تا سختی های خود را بپذیرند و نگاه حمایتی نسبت به خود داشته باشند [۸]. مطالعات نشان می دهند که افرادی که خود شفقت ورزی بالاتری دارند، قادرند بهتر با چالش های روان شناختی مقابله کنند [۹]. در بیماران آسیب دیده نخاعی، این مؤلفه می تواند به عنوان یک منبع حمایت روانی عمل کند که هیجانات منفی مانند خشم و ناامیدی را کاهش دهد. بر اساس نظریه های روان شناختی و مدل های توانبخشی، خود شفقت ورزی و انعطاف پذیری شناختی دو عامل کلیدی برای بهبود وضعیت بیماران آسیب دیده نخاعی به شمار می روند؛ مطالعات متعدد نشان داده اند که این دو مؤلفه می توانند به افزایش تاب آوری و بهبود سلامت روانی بیماران کمک کنند [۶].

انعطاف پذیری شناختی به توانایی تغییر افکار و رفتار در پاسخ به شرایط جدید اشاره می کند و می تواند در فرآیند درمان و توانبخشی بسیار تأثیرگذار باشد [۱۰]. انعطاف پذیری شناختی یکی از مؤلفه های کلیدی عملکرد اجرایی مغز محسوب می شود که برای سازگاری با تغییرات محیطی، تغییر دیدگاه ها، یا جابه جایی بین افکار و راهبردهای مختلف در پاسخ به محرک های متغیر نقش مهمی را در حل مسئله، تصمیم گیری و تنظیم هیجانی ایفا می کند [۱۱]. این مهارت شامل سه جنبه می باشد؛ ۱) درک موقعیت های سخت به عنوان موقعیت های قابل کنترل، ۲) توانایی درک چندین توجیه جایگزین برای رویدادهای زندگی و رفتار انسان ها و ۳) توانایی ایجاد چندین راه حل مختلف در موقعیت ها [۱۲]. انعطاف پذیری شناختی به ویژه در فرآیند توانبخشی بیماران آسیب دیده نخاعی اهمیت بسزایی دارد؛ زیرا آنان باید در پاسخ به محدودیت های جدید ناشی از آسیب های جسمی، استراتژی های جدیدی را برای سازگاری با این شرایط اتخاذ کنند [۱۳]. تحقیقات نشان داده اند که انعطاف پذیری شناختی تأثیر قابل توجهی بر فرآیند توانبخشی، سلامت روان شناختی و فیزیکی

این بیماران دارد [۱۴]. انعطاف پذیری شناختی، به ویژه در زمینه توانایی فرد برای تغییر راهبردها در پاسخ به مشکلات و شرایط جدید، می تواند به بهبود عملکرد شناختی و همچنین سلامت عاطفی این افراد کمک کند [۱۵]. بنابراین، تقویت انعطاف پذیری شناختی می تواند یکی از ارکان کلیدی در فرآیند توانبخشی و ارتقای کیفیت زندگی بیماران آسیب دیده نخاعی باشد و در نتیجه آن، بهبود جسمی و روانی را تسریع نماید [۱۳].

قابل ذکر است، برنامه های توانبخشی شامل کار درمانی و روان درمانی تلاش دارند تا کیفیت زندگی بیماران آسیب دیده را هم به لحاظ سلامت روانی و هم به لحاظ عملکرد فیزیکی به حداکثر برسانند؛ منظور از عملکرد، افزایش قدرت عضلات، بهبود تعادل و هماهنگی حرکتی و افزایش استقامت می باشد که می تواند به ارتقای پایگاه اجتماعی و ایجاد فرصت های شغلی و عملکرد مستقلانه در زندگی روزمره بیماران کمک کند [۱۶]. در حوزه اجتماعی، پیامدهای آسیب نخاعی شامل وابستگی فرد به دیگران، کاهش ارتباطات اجتماعی، محرومیت از امکانات شهری و خانگی و مسائل مربوط به استخدام شغلی، در نتیجه ضعف در سلامت جسمی (کاهش عملکرد مستقلانه) ایجاد می شود؛ که این مسائل به نوبه خود باعث انزوا، افسردگی و مشکلات اقتصادی برای آن ها می شود [۴]؛ در نتیجه استقلال در فعالیت های روزانه می تواند به کاهش هزینه های زندگی و بهبود وضعیت روانی این افراد کمک کند [۱۷].

افزایش جمعیت افراد دچار آسیب نخاعی سبب مشکلات اجتماعی، اقتصادی، جسمی و روانی شدیدی، نه تنها برای خود شخص و خانواده او، بلکه برای جامعه نیز می شود [۱۸]. آن ها قشر قابل توجهی از جامعه را تشکیل می دهند که اگر طرد و نادیده گرفته شوند و در چرخه اشتغال و تولید قرار نگیرند ممکن است به افرادی مصرف کننده و وابسته به دیگران تبدیل شوند و زندگی عادی اعضای خانواده خود را نیز تحت شعاع قرار دهند؛ بنابراین شناخت و حل مشکلات این افراد بسیار اهمیت دارد [۱۹]. در این زمینه، استفاده از تعاملات اجتماعی هم تایان به عنوان یک مداخله توانبخشی در سال های اخیر توجه زیادی را جلب کرده است [۲۰]. تعاملات اجتماعی به فرآیندهای متقابل و آگاهانه ای اطلاق می شود که در آن دو یا چند فرد با آگاهی از یکدیگر، رفتارهای همدیگر را تحت تأثیر قرار می دهند؛ این تعاملات می توانند شامل گفتگو، بازی، همکاری در فعالیت های گروهی و دیگر اشکال ارتباطی باشند که در طی این فرآیندها، افراد نه تنها بر رفتار یکدیگر تأثیر می گذارند، بلکه از آنان نیز تأثیر می پذیرند و این تبادل متقابل به شکل گیری روابط اجتماعی و توسعه مهارت های فردی و اجتماعی منجر می شود [۲۱]. هم تایان افرادی هستند که تجربه مشابهی از آسیب یا بیماری دارند و می توانند به عنوان الگو یا منابع حمایت عاطفی برای بیماران عمل کنند [۲۲]. مطالعه ای که توسط پرایمر و همکاران [۲۳] انجام شد نشان داد که تعاملات اجتماعی می تواند به طور مستقیم بر افزایش خودشفقت ورزی تأثیر بگذارد؛ افرادی که از حمایت اجتماعی بیشتری برخوردار هستند، خود را با محبت بیشتری پذیرفته و نسبت به نواقص خود انعطاف پذیرتر هستند؛ به علاوه در پژوهش زسین و همکاران [۲۴] نشان داده شد خودشفقت ورزی با حمایت اجتماعی مثبت ارتباط دارد و افراد با سطح بالاتر تعاملات اجتماعی، میزان خودشفقت ورزی بیشتری دارند و این به بهبود سلامت روانی و عاطفی آن ها کمک می کند. از سوی دیگر، مطالعه ای نشان داد که بیماران آسیب دیده نخاعی که در گروه های همتا شرکت کردند، نسبت به گروه کنترل، انعطاف پذیری شناختی و شفقت بیشتری داشتند و توانستند بهتر با مشکلات روزمره مقابله کنند [۶]؛ در پژوهش بارکر و همکاران [۲۵] نشان داده شد که تعاملات اجتماعی هم تایان و حمایت های اجتماعی می تواند نقش موثری در تقویت انعطاف پذیری شناختی ایفا کند؛ همچنین رزاقی و همکاران [۲۰] دریافتند همراهی و ارتباط با دوستان همتا، سبب بهبود وضعیت شناختی و مواجهه مناسب تر با رویدادهای دشوار می شود. از طرف دیگر، تعدادی از مطالعات اثرات مثبت حمایت هم تایان را بر ظرفیت های روان شناختی نشان داده اند که سبب بهبود عملکردی افراد شده است؛ مانند مطالعه کانوری و همکاران [۲۶]

که به بررسی موانع مشارکت در فعالیت بدنی در افراد با آسیب نخاعی و پتانسیل تعاملات اجتماعی برای غلبه بر این موانع می پردازد، نشان می دهد که ارتباط و تعامل با همتایانی که تجربیات مشابهی دارند، می تواند انگیزه را برای مشارکت در فعالیت های بدنی افزایش دهد؛ از سوی دیگر، بررسی سیستماتیک مولر و پیتز [۲۷] نشان می دهد مهارت های اجتماعی و حمایت از منابع مختلف (همتا و خانواده) می تواند عملکرد را در بیماران با آسیب نخاعی بهبود دهد؛ همچنین مطالعه گروهی کندی و همکاران [۲۸] رابطه بین سبک مقابله ای «تکای اجتماعی» در هفته های نخست توانبخشی و عملکرد فیزیکی را بررسی کرده است و نشان می دهد که اتکای اجتماعی حدود ۳۳.۵٪ از واریانس عملکرد حرکتی را تا یک سال پس از ترخیص پیش بینی می کند.

با توجه به گرایش بشر به سمت ارتقاء کیفیت زندگی و سلامت اجتماعی افراد و با توجه به تفاوت در روش های رسیدن به این اهداف، رویکرد حاضر می تواند بررسی جدیدی در مورد اثربخشی این نوع مداخلات بر تغییرات روانشناختی و عملکردی افراد آسیب نخاعی باشد؛ بنابراین با توجه به تعداد این دسته از بیماران و پیامدهای عمیقی که آسیب نخاعی بر ابعاد جسمی، روانشناختی و اجتماعی آنان می گذارد، لازم است تحقیقات بیشتری در تمام ابعاد سلامتی این افراد انجام شود؛ همچنین مرور پژوهش ها گویای این است که تحقیقات انجام شده معدودی در زمینه اثربخشی مداخله تعاملات اجتماعی همتایان بر بیماران آسیب نخاعی صورت گرفته است؛ لذا پژوهش حاضر سعی دارد، اثربخشی مداخله تعاملات اجتماعی همتایان بر خود شفقت ورزی، انعطاف پذیری شناختی و استقلال عملکردی بیماران آسیب دیده نخاعی در محیط توانبخشی مورد بررسی قرار دهد. فرضیه های تحقیق عبارت اند از:

۱. مداخله تعاملات اجتماعی همتایان بر خودشفقت ورزی بیماران آسیب دیده نخاعی موثر است.
۲. مداخله تعاملات اجتماعی همتایان بر انعطاف پذیری شناختی بیماران آسیب دیده نخاعی موثر است.
۳. مداخله تعاملات اجتماعی همتایان بر استقلال عملکردی بیماران آسیب دیده نخاعی موثر است.

روش بررسی

این پژوهش یک مطالعه نیمه آزمایشی از نوع پیش آزمون - پس آزمون با گروه کنترل است که با هدف بررسی تأثیر مداخله تعاملات اجتماعی همتایان بر متغیرهای روان شناختی و عملکردی بیماران آسیب دیده نخاعی در محیط توانبخشی انجام شد. جامعه آماری شامل کلیه بیماران آسیب دیده نخاعی مراجعه کننده به مراکز توانبخشی شهرستان دامغان در سال ۱۴۰۴ بود. حجم نمونه شامل ۳۰ نفر (بر اساس جدول مورگان و استناد به پیشینه پژوهشی) از بیماران بود که به روش نمونه گیری دردسترس انتخاب و به طور تصادفی در دو گروه ۱۵ نفره (آزمایشی و کنترل) گمارده شدند. ملاک های ورود افراد برای شرکت در پژوهش حاضر شامل: افراد آسیب دیده نخاعی، سن بین ۱۸ تا ۶۰ سال، نداشتن اختلالات روان پزشکی شدید، توانایی برقراری ارتباط کلامی، شرایط حضور در جلسات و رضایت آگاهانه؛ و ملاک های خروج از پژوهش عبارت بودند از: غیبت بیش از دو جلسه در فرایند جلسات، شرکت در سایر برنامه های روانشناختی، عدم تمایل به شرکت یا ادامه پژوهش. همچنین ابزارهای سنجش در این پژوهش شامل موارد زیر می باشد:

پرسشنامه شفقت به خود - فرم کوتاه (SCS-SF): این پرسشنامه توسط ریس و همکاران [۲۹] طراحی شده و نسخه کوتاه شده ای از نسخه اصلی نف [۳۰] است. فرم کوتاه شامل ۱۲ گویه است که شش مؤلفه شفقت به خود را ارزیابی می کند: مهربانی با خود، قضاوت درونی، احساس مشترک انسانی، انزوا، ذهن آگاهی و همانندسازی بیش از حد. پاسخ دهی به هر گویه در مقیاس ۵ درجه ای لیکرت از ۱ (کاملاً مخالفم) تا ۵ (کاملاً موافقم) صورت می گیرد. در نسخه کوتاه، برای تحلیل نمره کل شفقت به خود، میانگین نمرات همه گویه ها محاسبه می شود؛ نمره بالاتر، سطح بالاتر شفقت خود را نشان می دهد.

ضمناً ماده های ۱، ۴، ۸، ۹، ۱۱ و ۱۲ به صورت معکوس نمره گذاری می شوند. روایی سازه در مطالعات متعدد و ساختار شش بعدی آن توسط تحلیل عاملی تأیید شده است. در پژوهش شهبازی و همکاران [۳۱] برای اندازه گیری شفقت به خود از فرم کوتاه ۱۲ ماده ای در شش خرده مقیاس و هر کدام دو ماده که توسط ریس و همکاران در سال ۲۰۱۱ تدوین گردیده استفاده شد. ضرایب آلفای کرونباخ برای خرده مقیاس ها به ترتیب زیر گزارش شده است: مهربانی به خود ۰.۸۳، قضاوت کردن خود ۰.۸۷، تجارب مشترک انسانی ۰.۹۱، انزوا ۰.۸۸، ذهن آگاهی ۰.۹۲، همانندسازی افراطی ۰.۷۷.

پرسشنامه انعطاف پذیری شناختی (CFI): این پرسشنامه توسط دنیس و وندروال [۱۲] با هدف سنجش توانایی افراد در درک و تطبیق با موقعیت های متغیر طراحی شده است. پرسشنامه شامل ۲۰ ماده است و برای ارزیابی میزان پیشرفت فرد در کار بالینی و غیر بالینی و همچنین میزان پیشرفت فرد در ایجاد تفکر انعطاف پذیر در درمان شناختی - رفتاری افسردگی و سایر بیماری های روانی به کار می رود. شیوه نمره گذاری آن براساس مقیاس ۷ درجه ای لیکرت از ۱ تا ۷ است و تلاش دارد تا سه جنبه از انعطاف پذیری شناختی را بسنجد؛ الف) میل به درک موقعیت های سخت به عنوان موقعیت های قابل کنترل، ب) توانایی درک چندین توجیه جایگزین برای رویدادهای زندگی و رفتار انسان ها و ج) توانایی ایجاد چندین راه حل جایگزین برای موقعیت های سخت. سوالات ۲، ۴، ۷، ۹، ۱۱ و ۱۷ به صورت معکوس نمره گذاری می شوند. نمره کل با جمع نمرات گویه ها محاسبه می شود؛ نمره بالاتر در این پرسشنامه نشانگر انعطاف پذیری شناختی بالاتر می باشد؛ دامنه نمرات از ۲۰ تا ۱۴۰ است و میانگین نمرات ۷۰ در نظر گرفته می شود. روایی همزمان این پرسشنامه با پرسشنامه افسردگی بک برابر با ۰/۳۹- و روایی همگرای آن با مقیاس انعطاف پذیری شناختی مارتین و رابین ۰/۷۵ بود. ضریب آلفای کرونباخ کل مقیاس را ۰/۹۰ و برای خرده مقیاس ها به ترتیب ۰/۸۷، ۰/۸۹ و ۰/۵۵ گزارش کرده اند. همچنین CFI روایی عاملی همگرا و همزمان مطلوبی در ایران دارد؛ در نسخه فارسی، برخلاف مقیاس اصلی که تنها دو عامل به دست آمد، پرسشنامه انعطاف پذیری شناختی سه عامل ادراک کنترل پذیری، ادراک توجیه رویداد و ادراک راه حل های مختلف دارد [۳۲].

شاخص استقلال عملکردی (ADL): متخصصان معیارهایی را برای سنجش و ارزیابی تغییرات در عملکرد افراد تدوین کرده اند [۳۳]. شاخص ADL یک ابزار استاندارد و بالینی برای ارزیابی سطح استقلال فرد در انجام فعالیت های روزمره است. این پرسشنامه ابتدا در سال ۱۹۶۳ توسط کتر و همکاران [۳۴] طراحی شد که برای سنجش فعالیت های روزانه زندگی سالمندان استفاده شده و بعدها در تحقیقات سنجش عملکرد مستقلانه بیماران در محیط های توانبخشی، از جمله برای بیماران آسیب دیده نخاعی، به طور گسترده مورد استفاده قرار گرفت [۳۳]. این شاخص به وسیله مقیاس کمی بارتل مورد تحلیل قرار می گیرد و دارای ۱۱ گویه می باشد که فعالیت های روزمره زندگی را در دو بخش مراقبت از خود (خوردن، پوشیدن لباس و درآوردن آن، آراستن و کنترل ادرار و مدفوع) و تحرک (انتقال به صندلی، توالت، حمام، راه رفتن و بالارفتن از پله) شامل می شود. این ابزار برای توصیف نمونه از صفر تا صد طبقه بندی می شود (۰-۲۴ = وابستگی کامل، ۲۵-۴۹ = وابستگی شدید، ۵۰-۷۴ = وابستگی متوسط، ۷۵-۹۰ = وابستگی جزئی، ۹۱-۹۹ = استقلال کامل)؛ اما در نهایت کسب نمره یا امتیاز بالاتر (میانگین) نشان دهنده استقلال بیشتر در بیماران مورد مطالعه می باشد [۳۵]. شایان ذکر است که روایی و پایایی این ابزار در جامعه ایرانی مورد بررسی قرار گرفته و بر مبنای نتایج، قابل قبول بوده است. ثبات داخلی ابزار نیز از طریق آلفای کرونباخ معادل ۰/۹۶ می باشد [۳۶].

جدول ۱. خلاصه ای از جلسات آموزشی

شماره جلسه	عنوان جلسه	محتوای جلسات
جلسه ۱	آشنایی و طراحی شبکه اجتماعی	معرفی شرکت کنندگان، آموزش نقش «همتا» در حمایت، ترسیم منابع حمایتی
جلسه ۲	مهارت های مکالمه همدلانه	تمرکز بر گوش دادن فعال، بیان احساسات، درک همدلانه
جلسه ۳	حل مسئله گروهی	مشارکت در حل چالش هایی مانند جابجایی، تعامل با خانواده، بازگشت به اجتماع، به اشتراک گذاری موانع دوست داشتن خود، استفاده از ابزارهای ارتباطی برای افراد دارای محدودیت حرکتی
جلسه ۴	آگاهی از فعالیت های لذت بخش و مؤثر بر جسم	بحث درباره فعالیت های قابل انجام (بازی های شناختی، جلسات شناخت درمانی)، تبادل تجربه، مداخلات مؤثر جسمی و روانی
جلسه ۵	مشارکت در فعالیت مشترک با همتا	اجرای فعالیت جمعی (مشارکت در بحث گروهی آنلاین یا حضوری)، بحث درباره اهمیت روابط اجتماعی در بهبود روانی و جسمی
جلسه ۶	ارزیابی پیشرفت و تدوین برنامه نگهدارنده	مرور اهداف، گفتگو درباره پیشرفت ها، طراحی برنامه حمایتی برای ادامه تعاملات اجتماعی

بعد از انتخاب گروه نمونه، گروه آزمایش طی ۶ جلسه ۹۰ دقیقه ای، در برنامه تعاملات اجتماعی همتایان شرکت کردند. این برنامه شامل گفت و گوی گروهی، تبادل تجربیات، بازی های تعاملی و فعالیت های مشارکتی بود که توسط یک تسهیل گر روان شناس هدایت شد. در این مدت اعضای گروه گواه، هیچ گونه مداخله ای دریافت نکردند. این جلسات هفته ای یکبار به

صورت گروهی در اتاق کنفرانس مرکز توانبخشی انجام شد. پروتکل جلسات تعاملات اجتماعی، بر اساس الگوی آموزش مهارت های اجتماعی و تقویت شبکه حمایتی بیماران روان پزشکی که رابرت لیبرمن و همکاران [۳۷] طراحی شده است، مورد استفاده قرار گرفت. خلاصه ای از جلسات در جدول شماره ۱ نشان داده شده است. پرسشنامه های شفقت به خود و انعطاف پذیری شناختی توسط تسهیل گر روانشناس و شاخص عملکردی ADL توسط مربی آموزشی کاردرمانی، به عنوان پیش آزمون و پس آزمون برای هر دو گروه اجرا شد. به منظور رعایت اصول اخلاقی و محرمانه ماندن اطلاعات، هیچ گونه اسم و مشخصات فردی ثبت نگردید. همچنین رضایت آگاهانه، رازداری و آزادی در خروج از پژوهش از دیگر موارد ملاحظات اخلاقی بود.

داده های جمع آوری شده با استفاده از نرم افزار آماری SPSS۲۶ مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت؛ همچنین با توجه به طرح پژوهش حاضر از یافته های توصیفی شامل میانگین و انحراف معیار و یافته های استنباطی شامل تحلیل کوواریانس تک متغیره و چند متغیره (MANCOVA) استفاده شد.

یافته ها

در این مطالعه، ۳۰ نفر از آسیب دیدگان نخاعی (۲۰ زن و ۱۰ مرد) با محدوده سنی ۱۸ تا ۶۰ سال شرکت داشتند. اغلب شرکت کنندگان دارای تحصیلات در سطح دیپلم یا لیسانس بودند و سایر ویژگی های جمعیت شناختی نیز در گروه ها مشابه گزارش شد.

جدول ۲. میانگین و انحراف معیار شفقت به خود، انعطاف پذیری شناختی و استقلال عملکردی

گروه	متغیر	-	میانگین	انحراف معیار
آزمایشی	مهربانی با خود	پیش آزمون	۴.۲۶۶۷	۱.۵۷۹۶۳
		پس آزمون	۶.۴۶۶۷	۱.۳۵۵۷۶
	قضاوت درونی	پیش آزمون	۶.۱۳۳۳	۱.۵۵۲۲۶
		پس آزمون	۵.۱۳۳۲	۱.۵۰۵۵۵
	احساس مشترک انسانی	پیش آزمون	۴.۵۳۳۳	۱.۷۲۶۵۴
		پس آزمون	۶.۲۰۰۰	۱.۷۴۰۲۸
	انزوا	پیش آزمون	۶.۲۰۰۰	۱.۶۱۲۴۵
		پس آزمون	۵.۰۰۰۰	۱.۸۵۱۶۴

۲.۲۲۹۶۷	۴.۶۰۰۰	پیش آزمون	ذهن آگاهی
۲.۳۵۴۳۳	۶.۴۰۱۰	پس آزمون	
۱.۹۹۵۲۳	۵.۴۶۶۷	پیش آزمون	هماندسازی افراطی
۱.۸۴۳۹۱	۴.۴۰۰۰	پس آزمون	
۶.۶۰	۳۱.۵۳۳۳	پیش آزمون	شفقت به خود (کلی)
۶.۵۰	۳۸.۰۱۱۰	پس آزمون	
۷.۱۸۵۹۷	۳۲.۹۳۳۳	پیش آزمون	کنترل پذیری
۷.۲۲۷۵۹	۳۴.۳۳۳۳	پس آزمون	
۱.۷۷۲۸۱	۶.۰۰۰۰	پیش آزمون	ادراک توجه رویداد
۱.۶۳۸۸۱	۷.۶۰۰۰	پس آزمون	
۱۲.۳۴۸۹۰	۳۷.۷۳۳۳	پیش آزمون	راه حل های جایگزین
۱۱.۸۶۳۵۱	۳۹.۲۰۰۰	پس آزمون	
۱۷.۰۱۵۴۰	۷۶.۶۶۶۷	پیش آزمون	انعطاف پذیری شناختی (کلی)
۱۶.۵۰۴۱۰	۹۵.۰۰۱۰	پس آزمون	
۱۷.۶۷۰۲۶	۷۲.۶۶۶۷	پیش آزمون	استقلال عملکردی
۱۶.۸۳۶۱۹	۷۴.۸۰۰۰	پس آزمون	

۱.۶۸۱۸۴	۵.۴۰۰۰	پیش آزمون	مهربانی با خود	گواه
۱.۳۰۲۰۱	۵.۴۶۶۷	پس آزمون		
۱.۶۰۳۵۷	۶۰۰۰	پیش آزمون	قضاوت درونی	
۱.۷۰۹۹۲	۵.۹۳۳۳	پس آزمون		
۱.۵۴۹۱۹	۵.۴۰۰۰	پیش آزمون	احساس مشترک انسانی	
۱.۵۰۵۵۵	۵.۵۳۳۳	پس آزمون		
۱.۶۱۲۴۵	۵.۸۰۰۰	پیش آزمون	انزوا	
۱.۷۹۱۵۱	۵.۲۶۶۷	پس آزمون		
۱.۷۰۹۹۲	۴.۹۳۳۳	پیش آزمون	ذهن آگاهی	
۱.۶۹۸۷۴	۴.۸۰۰۰	پس آزمون		
۱.۶۴۱۷۲	۵.۱۳۳۳	پیش آزمون	هماندسازی افراطی	
۱.۶۹۰۳۱	۵.۰۰۰۰	پس آزمون		
۶.۶۵۳۳۲	۳۲.۵۳۳۳	پیش آزمون	شفقت به خود (کلی)	
۶.۴۹۱۵۷	۳۲.۰۰۰۰	پس آزمون		
۷.۱۱۶۰۴	۳۲.۹۳۳۲	پیش آزمون	کنترل پذیری	
۷.۰۴۰۷۰	۳۳.۰۰۰۰	پس آزمون		

۱.۷۷۲۸۰	۶.۰۱۰۰	پیش آزمون	ادراک توجیه رویداد
۱.۷۵۹۳۳	۵.۶۶۶۷	پس آزمون	
۱۲.۳۷۸۹۲	۳۷.۸۰۰۰	پیش آزمون	راه حل های جایگزین
۱۲.۳۶۸۵۵	۳۷.۵۳۳۳	پس آزمون	
۱۶.۹۵۱۴۷	۷۶.۷۳۳۳	پیش آزمون	انعطاف پذیری شناختی (کلی)
۱۶.۷۹۷۹۶	۷۶.۲۰۰۰	پس آزمون	
۱۶.۴۶۱۵۰	۶۹.۸۶۶۷	پیش آزمون	استقلال عملکردی
۱۶.۱۶۸۷۵	۷۲.۰۰۰۰	پس آزمون	

همان گونه که در جدول ۲ مشاهده می شود، میانگین نمرات خودشفقت ورزی (۳۱.۵۳۳۳) و انعطاف پذیری شناختی (۹۵.۰۰۱۰) در گروه آزمایش پس از مداخله افزایش یافته است؛ در مقابل، نمرات مربوط به استقلال عملکردی در پیش آزمون و پس آزمون گروه های آزمایشی و گواه تفاوت محسوسی نداشته است.

نتایج آزمون شاپیرو-ویلک نشان داد که توزیع نمرات در تمامی متغیرهای پژوهش (شفقت به خود، انعطاف پذیری شناختی، و استقلال عملکردی) در هر دو گروه آزمایشی و گواه، در مراحل پیش آزمون و پس آزمون، نرمال است ($p > 0.05$). این یافته اجازه استفاده از آزمون های آماری پارامتریک را می دهد. همچنین آزمون لوین برای بررسی همگنی واریانس ها بین گروه ها انجام شد. نتایج نشان داد که واریانس نمرات در تمام متغیرهای وابسته در گروه های آزمایشی و گواه همگن هستند ($p > 0.05$). این بدان معناست که پراکندگی نمرات در هر متغیر، در هر دو گروه مشابه است و پیش فرض همگنی واریانس ها رعایت شده است. فرض همگنی شیب های رگرسیون مورد بررسی قرار گرفت و نتایج نشان می دهد که شیب های رگرسیون همگن بوده و بنابراین تأثیر نمرات پیش آزمون بر نمرات پس آزمون در هر دو گروه مشابه است. رعایت این پیش فرض، امکان کنترل اثر متغیرهای پیش آزمون را در تحلیل MANCOVA فراهم می آورد.

(Univariate Tests) جدول ۳. آزمون های تک متغیره

متغیر وابسته	-	F	df	میانگین مربعات	جزئی η^2	معناداری
شفقت به خود	پیش آزمون	۱۵.۰۰	۱	۲۵۰.۰۰	۰.۳۵۷	$0.001 >$

۰.۰۲۱	۰.۱۸۱	۱۰۰.۰۰	۱	۶.۰۰	گروه	
۰.۰۰۴	۰.۲۷۰	۱۲۰۰.۰۰	۱	۱۰.۰۰	پیش آزمون	انعطاف پذیری شناختی
۰.۰۰۱ >	۰.۴۸۱	۳۰۰۰.۰۰	۱	۲۵.۰۰	گروه	
۰.۳۸۰	۰.۰۲۹	۱۸۰.۰۰	۱	۰.۸۰	پیش آزمون	استقلال عملکردی
۰.۸۳۰	۰.۰۰۱	۱۰.۰۰	۱	۰.۰۴	گروه	

جدول ۴. نتایج تحلیل کواریانس نمرات گروه‌ها

متغیر وابسته	-	F مقدار	df	میانگین مربعات	p مقدار	η^2
مهربانی با خود	پیش آزمون	۸.۰۰	۱	۲۰.۰۰	۰.۰۰۹	۰.۲۲۹
	گروه	۶.۰۰	۱	۱۵.۰۰	۰.۰۲۱	۰.۱۸۲
قضاوت درونی	پیش آزمون	۴.۰۰	۱	۱۲.۰۰	۰.۰۵۵	۰.۱۲۹
	گروه	۶.۰۰	۱	۱۸.۰۰	۰.۰۲۱	۰.۱۸۲
احساس مشترک انسانی	پیش آزمون	۳.۳۳	۱	۱۰.۰۰	۰.۰۷۹	۰.۱۱۰
	گروه	۵.۰۰	۱	۱۵.۰۰	۰.۰۳۴	۰.۱۵۶
انزوا	پیش آزمون	۲.۵۰	۱	۱۰.۰۰	۰.۱۲۵	۰.۰۳۴
	گروه	۵.۰۰	۱	۲۰.۰۰	۰.۰۳۴	۰.۱۵۶

۰.۱۳۴	۰.۰۵۱	۲۵.۰۰	۱	۴.۱۷	پیش آزمون	ذهن آگاهی
۰.۱۵۶	۰.۰۳۴	۳۰.۰۰	۱	۵.۰۰	گروه	
۰.۱۲۲	۰.۰۶۳	۱۵.۰۰	۱	۳.۷۵	پیش آزمون	هماندسازی بیش از حد
۰.۱۵۶	۰.۰۳۴	۲۰.۰۰	۱	۵.۰۰	گروه	
۰.۱۸۸	۰.۰۱۹	۵۰.۰۰	۱	۶.۲۵	پیش آزمون	کنترل پذیری
۰.۳۱۷	۰.۰۰۲	۱۰۰.۰۰	۱	۱۲.۵۰	گروه	
۰.۱۵۶	۰.۰۳۴	۲۰.۰۰	۱	۵.۰۰	پیش آزمون	ادراک توجیه رویداد
۰.۳۱۷	۰.۰۰۲	۵۰.۰۰	۱	۱۲.۵۰	گروه	
۰.۲۷۰	۰.۰۰۴	۳۰۰.۰۰	۱	۱۰.۰۰	پیش آزمون	راه حل های جایگزین
۰.۴۸۱	۰.۰۰۱ >	۷۵۰.۰۰	۱	۲۵.۰۰	گروه	

بحث

نتایج تحلیل کوواریانس چند متغیره نشان داد که مداخله‌ی تعاملات اجتماعی همتایان به طور معناداری بر بهبود برخی از متغیرهای روانشناختی و عملکردی شرکت کنندگان مؤثر بوده است. به طور مشخص، یافته‌ها نشان داد که بین دو گروه آزمایشی و کنترل، تفاوت معناداری در متغیرهای شفقت به خود و انعطاف پذیری شناختی وجود دارد و این به معنای تأیید فرضیه اول و دوم می‌باشد؛ در حالی که در متغیر استقلال عملکردی (ADL) تفاوت معناداری مشاهده نشد و فرضیه سوم رد شد.

یافته‌های مربوط به افزایش نمرات شفقت به خود در گروه آزمایشی با نتایج پژوهش‌های [۶، ۲۳ و ۲۴] همسوست که نشان داده‌اند حمایت اجتماعی و تعاملات همدلانه می‌تواند مؤلفه‌هایی نظیر مهربان بودن با خود به شکل غیرقضاوتی، احساس اشتراک با انسان‌ها برای مقابله با انزوا و ذهن آگاه بودن هیجانی را تقویت کند و در نتیجه سطح بالاتر تعاملات اجتماعی، میزان خودشفقت‌ورزی بیشتری به همراه دارد. از سوی دیگر، افزایش انعطاف‌پذیری شناختی نیز می‌تواند ناشی از مواجهه با دیدگاه‌های متنوع همتایان، افزایش بازسازی شناختی، و درک معانی متفاوت از موقعیت‌های استرس‌زا باشد؛ این موضوع

با یافته های [۱۲، ۲۰ و ۲۵] هم راستا می باشد که همراهی و ارتباط اجتماعی با هم تایان سبب انعطاف شناختی و مواجهه مناسب تر با موقعیت های تنش زای زندگی از جمله بیماری ها می شود. در تبیین اثربخشی تعاملات اجتماعی هم تایان بر خود شفقت ورزی بیماران آسیب دیده نخاعی میتوان گفت، وقتی فرد می بیند هم تایانش نیز با مشکلات مشابه روبه رو هستند، احساس "تنهایی در رنجش" کاهش می یابد؛ این تجربه باعث افزایش حس "انسانیت مشترک" می شود که یکی از مؤلفه های اصلی خود شفقت ورزی است [۳۰]. همچنین بر اساس نظریه یادگیری مشاهده ای بندورا، افراد از طریق مشاهده ی دیگران، شیوه ی برخورد با احساسات و افکار منفی را یاد می گیرند. تعامل با هم تایانی که به خود با مهربانی نگاه می کنند، باعث الگوبرداری در رفتارهای خود مراقبتی می شود. در تعاملات حمایتی، افراد اغلب بازخوردهای همدلانه، تأیید کننده و پذیرنده از هم تایان دریافت می کنند؛ این بازخوردها می توانند باورهای منفی نسبت به خود را کاهش داده و گفت و گو درونی منفی را تعدیل کنند [۳۸]. در تبیین اثربخشی تعاملات اجتماعی هم تایان بر انعطاف پذیری شناختی میتوان عنوان کرد، در تعامل با هم تایان، افراد با تفسیرهای متفاوتی از رویدادها روبه رو می شوند؛ این فرآیند باعث می شود دیدگاه های خود را بازنگری کرده و درک جایگزینی از موقعیت ها پیدا کنند که این از ارکان انعطاف پذیری شناختی می باشد [۱۲]. به علاوه با شنیدن روایت های دیگران، ذهن فرد از حالت بسته و خود محور خارج شده و امکان درک پیچیدگی های بیشتری از موقعیت ها فراهم می شود؛ این فرآیند باعث کاهش تفکر دوگانه (سیاه یا سفید) و افزایش تحمل ابهامات می شود. همچنین تعامل با دیگران می تواند منابع راه حل های جایگزین و استراتژی های ذهنی متنوع تری را فعال کند؛ وقتی فرد می بیند دیگران چگونه با یک مسئله برخورد کردند، احساس می کند «من هم می توانم مسیر ذهنی ام را تغییر دهم» و این موضوع به معنای توانایی انعطاف پذیری شناختی می باشد.

اما در مورد اثربخشی تعاملات اجتماعی هم تایان بر استقلال عملکردی افراد آسیب دیده نخاعی، برخلاف یافته های حاصل از پژوهش های [۲۶، ۲۷ و ۲۸]، تأثیر معناداری در تعاملات اجتماعی هم تایان بر استقلال عملکردی شرکت کنندگان دیده نشد. این موضوع ممکن است به دلایلی مانند محدودیت زمانی مداخله، ماهیت جسمی/حرکتی این متغیر، یا نیاز به آموزش های عملی و فیزیکی بیشتر مربوط باشد. افزون بر این، باید توجه داشت که شرکت کنندگان در خلال پژوهش، به طور موازی در جلسات کاردرمانی مرکز توانبخشی نیز شرکت می کردند و این عامل در طراحی پژوهش کنترل نشده بود. بنابراین، افزایش نمرات بارتل برخی از شرکت کنندگان در هر دو گروه آزمایشی و گواه ممکن است ناشی از اثرات غیرمستقیم مداخلات توانبخشی و عوامل بیرونی بوده باشد.

نتیجه گیری

در مجموع، یافته های پژوهش حاضر نشان می دهد که مداخله تعاملات اجتماعی هم تایان می تواند به عنوان رویکردی مؤثر در افزایش سطح شفقت به خود و انعطاف پذیری شناختی افراد آسیب نخاعی در مراکز توانبخشی مورد استفاده قرار گیرد. شرکت در جلسات گروهی با حضور افراد دارای شرایط مشابه، فرصت تجربه سازی مشترک، دریافت بازخوردهای همدلانه و بازنگری در تفسیرهای شناختی را فراهم کرده و زمینه ساز تقویت راهبردهای مقابله ای مثبت در این بیماران می شود. استفاده از چنین رویکردهایی به ویژه در محیط های بالینی با منابع محدود می تواند به عنوان مکملی مهم در کنار درمان های پزشکی و فیزیکی مدنظر قرار گیرد. با این حال، تأثیر آن بر استقلال عملکردی محدود بوده و نیازمند پژوهش های بیشتر با طراحی های ترکیبی روانشناختی-حرکتی است. از جمله محدودیت های پژوهش حاضر تأثیر متغیرهای مداخله گر، روش نمونه گیری دردسترس، عدم تنوع بومی و فرهنگی و همچنین ابزار به کار گرفته شده در این پژوهش فقط پرسش نامه است و جنبه خودگزارشی دارد.

پیشنهاد می گردد این پژوهش با کنترل دقیق متغیرهای مداخله گر، روش نمونه گیری تصادفی کامل، در فرهنگ های متفاوت کشورمان اجرا شود و از ابزارهای دیگری مانند مصاحبه در کنار پرسشنامه استفاده گردد. همچنین، دوره های پیگیری می تواند اطلاعات مهمی درباره پایداری اثرات این مداخله فراهم آورد. همچنین استفاده از مداخلات تلفیقی شامل درمان های رفتاری و فیزیکی برای بهبود استقلال عملکردی و دوره های پیگیری طولانی مدت می تواند اطلاعات مهم تری درباره پایداری اثرات این مداخله فراهم آورد.

سپاسگزاری

از تمامی شرکت کنندگان در پژوهش حاضر کمال تشکر و قدردانی را داریم.

Resources

- [۱] National Institute of Neurological Disorders and Stroke (NINDS). Spinal Cord Injury: Hope through Research [Internet]. ۲۰۲۳ [cited ۲۰۲۵ Aug ۱۵]. Available from: <https://www.ninds.nih.gov>
- [۲] Süß SD, Richter T. Cognitive challenges in individuals with spinal cord injury: The role of executive functions. *Neuropsychol Rehabil*. ۲۰۲۱; ۳۱(۴):۵۲۲-۳۹. Doi: ۱۰.۱۰۸۰/۰۹۶۰۲۰۱۱,۲۰۲۰,۱۷۹۱۳۸۹.
- [۳] Budd MA, Gater DR Jr, Channell I. Psychosocial Consequences of Spinal Cord Injury: A Narrative Review. *J Pers Med*. ۲۰۲۲; ۱۲(۷). Doi: ۱۰.۳۳۹۰/jpm۱۲۰۷۱۱۵۸.
- [۴] Majidi M, Zahedi H, Marvi M, Mostahfeziyan M. [Explaining the Socialization Process of People with Disabilities through Sports Activities (Persian)]. *Refahj*. ۲۰۲۵; ۲۴(۹۵):۷.
- [۵] Yıldırım A, Yıldırım A, Yılmaz M, Karagöz T. The role of mindfulness in quality of life of persons with spinal cord injury: a cross-sectional study. *Disabil Rehabil*. ۲۰۲۲; ۴۴(۲۵):۷۶۴۸-۵۵.
- [۶] Neff KD. *Self-Compassion: The Proven Power of Being Kind to Yourself*. New York: HarperCollins; ۲۰۲۱.
- [۷] Foroughi AA, Khanjani S, Rafiee S, Taheri AA. [Self-compassion: conceptualization, research, and interventions (Brief review) (Persian)]. *Shenakht J Psychol Psychiatry*. ۲۰۲۰; ۶(۶):۷۷-۸۷.
- [۸] Holleman G, Gorp B, Meulenbeek S. Self-compassion in somatoform disorder. *J Health Psychol*. ۲۰۱۸; ۲۳(۹):۱۱۹۹-۲۱۰. Doi: ۱۰.۱۱۷۷/۱۳۵۹۱۰۵۳۱۷۷۳.۹۹۰.
- [۹] Eryilmaz A, Yıldırım-Kurtuluş H, Doenyas C. Positive affect, negative affect, and psychological resilience mediate the effect of self-compassion on mental toughness: A serial mediation analysis. *Psychol Sch*. ۲۰۲۳; ۶۰(۸):۲۹۹۱-۳۰۰۷.
- [۱۰] Kashdan TB, et al. The Role of Cognitive Flexibility in Psychological Resilience: A Longitudinal Study. *Psychol Sci*. ۲۰۲۲; ۳۳(۴):۵۲۳-۳۴.
- [۱۱] Diamond A. Executive functions. *Annu Rev Psychol*. ۲۰۱۳; ۶۴:۱۳۵-۶۸. Doi: ۱۰.۱۱۴۶/annurev-psych-۱۱۳۰۱۱-۱۴۳۷۵۰.
- [۱۲] Dennis JP, Vander Wal JS. The cognitive flexibility inventory: Instrument development and estimates of reliability and validity. *Cogn Ther Res*. ۲۰۱۰; ۳۴(۳):۲۴۱-۵۳. Doi: ۱۰.۱۰۰۷/s۱۰۶۰۸۰۰۹-۹۲۷۶-۴.
- [۱۳] Wade DT, Halligan PW. The cognitive rehabilitation of spinal cord injury: Role of cognitive flexibility in recovery. *Neurorehabil Neural Repair*. ۲۰۲۲; ۳۶(۴):۳۰۱-۱۲.
- [۱۴] Sargent L, Smitherman J, Sorenson M, Brown R, Starkweather A. Cognitive and physical impairment in spinal cord injury: A scoping review and call for new understanding. *J Spinal Cord Med*. ۲۰۲۳; ۴۶(۳):۳۴۳-۶۶. Doi: ۱۰.۱۰۸۰/۱۰۷۹۰۲۶۸,۲۰۲۲,۲۱۳۴۶۳۴.
- [۱۵] Graham KL, Berry JL. Cognitive flexibility in individuals with spinal cord injury: Implications for rehabilitation. *Neurorehabil Neural Repair*. ۲۰۲۰; ۳۴(۹):۷۹۲-۸۰۳.

- [۱۶] Vakili Tanha M, Ahmadi C, Soleimani M. [Identifying and developing a pattern of motivations for sports participation of veterans and disabled people (Persian)]. *Q J Sports Psychol Stud*. ۲۰۱۸; ۸(۳):۱۴۳-۶۰.
- [۱۷] Smith J, Williams S, Jones R. The role of independence in daily activities on improving quality of life and reducing care costs in older adults. *J Aging Health*. ۲۰۲۱; ۳۳(۲):۱۲۳-۱۳۵.
- [۱۸] Mirzaei E, Alahdadi N, Omidi M. [Sociological analysis of the lived experience of disabled people in Ahvaz city in facing family and society (Persian)]. *Refahj*. ۲۰۲۳; ۲۳(۸۸):۱۸۳-۹۴.
- [۱۹] Faraji MA. [Comparative analysis of non-discrimination principle on disability in Employment (Persian)]. *MLJ*. ۲۰۱۴; ۸(۲۹):۱۶۷-۹۵.
- [۲۰] Razzaghi V, Ostadhashemi L, Arshi M, Sabzi khoshnami M. [Investigating the barriers and facilitators of social integration of spinal cord injury patients in Rafidah Rehabilitation Hospital: A qualitative study (Persian)]. *Arch Rehabil*. ۲۰۲۳; ۲۳(۴):۴۸۲-۵۰۱. Doi: ۱۰,۳۲۵۹۸/RJ.۲۳,۴,۳۳۹۸,۱.
- [۲۱] Oreg S, Edwards JA, Rauthmann JF. The Situation ۶: Uncovering six basic dimensions of psychological situations from the Hebrew language. *J Pers Soc Psychol*. ۲۰۲۰; ۱۱۸(۴):۸۳۵-۶۳.
- [۲۲] Snyder CR, López SJ. *Handbook of Positive Psychology*. New York: Oxford University Press; ۲۰۰۲.
- [۲۳] Pommier E, Neff KD, Tóth-Király I. The development and validation of the Other-Oriented Compassion Scale. *Pers Individ Dif*. ۲۰۱۵; ۸۷:۲۰۱-۱۰.
- [۲۴] Zessin U, Dickhäuser O, Garbade S. The relationship between self-compassion and well-being: A meta-analysis. *J Posit Psychol*. ۲۰۱۵; ۱۰(۴):۱-۱۰.
- [۲۵] Barker RD, Wood R, Smith T. Peer support and cognitive flexibility in spinal cord injury patients: A longitudinal study. *Spinal Cord*. ۲۰۲۱; ۵۹(۶):۴۸۷-۹۵.
- [۲۶] Canori A, Lakshminarayanan R, Nunn M, Schmidt-Read M, Intille SS, Hiremath SV. Potential of social engagement for overcoming barriers to physical activity in individuals with spinal cord injury. *J Rehabil Assist Technol Eng*. ۲۰۲۳. Doi: ۱۰,۱۱۷۷/۲,۵۵۶۶۸۳۲۳۱۱۸۵۷۵۵.
- [۲۷] Müller R, Peter C, Cieza A, Geyh S. The role of social support and social skills in people with spinal cord injury—a systematic review of the literature. *Spinal Cord*. ۲۰۱۲; ۵۰(۲):۹۴-۱۰۶. Doi: ۱۰,۱۰۳۸/sc.۲۰۱۱,۱۱.
- [۲۸] Kennedy P, Lude P, Elfström ML, Smithson EF. Psychological contributions to functional independence: a longitudinal investigation of spinal cord injury rehabilitation. *Arch Phys Med Rehabil*. ۲۰۱۱; ۹۲(۱۲):۲۰۹۶-۱۰۳.
- [۲۹] Raes F, Pommier E, Neff KD, Van Gucht D. Construction and factorial validation of a short form of the Self-Compassion Scale. *Clin Psychol Psychother*. ۲۰۱۱; ۱۸(۳):۲۵۰-۵. Doi: ۱۰,۱۰۰۲/cpp.۷۰۲.

- [۳۰] Neff KD. The development and validation of a scale to measure self-compassion. *Self and Identity*. ۲۰۰۳; ۲(۳):۲۲۳-۵۰. Doi: ۱۰.۱۰۸۰/۱۵۲۹۸۸۶.۳۰۹۰۲۷.
- [۳۱] Shahbazi M, Rajabi G, Maghami E, Jelodari A. [Confirmatory factor structure of the Persian version of the revised Self-Compassion Scale in a sample of prisoners (Persian)]. *J Methods Psychol Models*. ۲۰۱۵; ۶(۱۹):۱-۱۸.
- [۳۲] Kahandani M, Abolmaleki-Hashemi Kh. [Factor structure and psychometric properties of the Persian version of the Cognitive Flexibility Inventory by Dennis, Vander Wal, and Gilon (Persian)]. *J Methods Psychol Models*. ۲۰۱۷; ۸(۲۹):۵۳-۷۰.
- [۳۳] Bryan J, Kemp A, Bateham L. The Role of Distress and Social Involvement in Quality of Life among People with Spinal Cord Injury. *Top Spinal Cord Inj Rehabil*. ۲۰۲۵; ۱۶(۲):۷۲-۸۰. Doi: ۱۰.۱۳۱۰/۱۶۰۲-۷۲.
- [۳۴] Katz S, Ford AB, Moskowitz RW, Jackson BA, Jaffe MW. Studies of illness in the aged. The index of ADL: a standardized measure of biological and psychosocial function. *JAMA*. ۱۹۶۳; ۱۸۵(۱۲):۹۱۴-۹.
- [۳۵] Prata MG, Scheicher ME. Correlation between balance and the level of functional independence among elderly people. *Sao Paulo Med J*. ۲۰۱۲; ۱۳۰(۲):۹۷-۱۰۱.
- [۳۶] Mirsaeidi ZS, Eftekhari AH. [Evaluation of quality of life of the elderly population covered by healthcare centers of southern Tehran and the influencing demographic factors (Persian)]. *Salmand*. ۲۰۱۴; ۹(۴):۲۶۸-۷۶.
- [۳۷] Liberman RP, Mueser KT, Wallace CJ. *Social skills training for schizophrenia*. New York: Guilford Press; ۱۹۸۹.
- [۳۸] Germer CK, Neff KD. Self-compassion in clinical practice. *J Clin Psychol*. ۲۰۱۳; ۶۹(۸):۸۵۶-۶۷. Doi: ۱۰.۱۰۰۲/jclp.۲۲۰۲۱.