



The Effect of Group Narrative Therapy on the Mental Coherence in Patients with Traumatic Spinal Cord Injury

Razavinejhad M¹, Ziaeirad M^{2*}, Torkashvand R³

1- MSc in Psychiatric Nursing, Community Health Research Center, Isfahan (Khorasgan) Branch, Islamic Azad University, Isfahan, Iran.

2- Assistant Professor, Community Health Research Center, Isfahan (Khorasgan) Branch, Islamic Azad University, Isfahan, Iran.

3- Assistant Professor, Department of Nursing, Borujerd Branch, Islamic Azad University, Borujerd, Iran.

Corresponding author: Ziaeirad M. Assistant Professor, Community Health Research Center, Isfahan (Khorasgan) Branch, Islamic Azad University, Isfahan, Iran.

Email: mziaeirad@gmail.com

Received: 18 Feb 2023

Accepted: 21 July 2023

Abstract

Introduction: Since traumatic spinal cord injury involves both the body and mind, in addition to pharmacological and physiological interventions, psychological interventions should also be considered in the management of the problems of this group of patients. The present study was conducted with the aim of determining the effectiveness of group narrative therapy on the mental coherence of patients with traumatic spinal cord injuries.

Methods: This clinical trial study was conducted on 32 patients with traumatic spinal cord injury referred to Tabriz welfare counseling center. For the first time, the samples were selected by convenience sampling method and were randomly divided into experimental and control groups. The patients in the experimental group received the group narrative therapy in 8 sessions of 90 minutes. The Flensburg sense of coherence questionnaire was completed before and immediately after the intervention sessions in both groups. Data were analyzed by ANOVA with repeated measures.

Results: The mean age of the patients in the experimental group was 45.69 ± 12.53 and in the control group, it was 44.63 ± 12.98 years. In the pre-test, there was no significant difference between the mean mental coherence score of patients in the experimental group (73.06 ± 14.62) and the control group (78.56 ± 10.10) ($p > 0.05$). After the group narrative therapy, the mean mental coherence score of the patients was significantly different between the experimental (88.69 ± 4.60) and control (82.25 ± 9.98) groups.

Conclusions: Group narrative therapy can increase the mental coherence of patients with traumatic spinal cord injuries. Therefore, it seems that psychiatric nurses can use this method as a suitable intervention in improving the mental coherence in this group of patients.

Key words: Narrative Therapy, Coherence, Spinal Cord, Trauma, Mental.



تأثیر روایت‌درمانی گروهی بر انسجام روانی بیماران با آسیب تروماتیک طناب نخاعی

مهتاب رضوی نژاد^۱، مرضیه ضیائی راد^۲، رویا ترکشوند^۳

۱- کارشناس ارشد روان پرستاری، مرکز تحقیقات سلامت جامعه، واحد اصفهان (خوراسگان)، دانشگاه آزاد اسلامی، اصفهان، ایران.

۲- استادیار، مرکز تحقیقات سلامت جامعه، واحد اصفهان (خوراسگان)، دانشگاه آزاد اسلامی، اصفهان، ایران.

۳- استادیار، گروه پرستاری، واحد بروجرد، دانشگاه آزاد اسلامی، بروجرد، ایران.

نویسنده مسئول: مرضیه ضیائی راد، استادیار، مرکز تحقیقات سلامت جامعه، واحد اصفهان (خوراسگان)، دانشگاه آزاد اسلامی، اصفهان، ایران.
ایمیل: mziaeirad@gmail.com

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۲/۴/۳۰

تاریخ دریافت: ۱۴۰۱/۱۱/۲۹

چکیده

مقدمه: از آن‌جا که آسیب تروماتیک طناب نخاعی جسم و روان بیماران را درگیر می‌کند، بایستی در مدیریت مشکلات این گروه از بیماران، علاوه بر مداخلات دارویی و فیزیولوژیکی، مداخلات روان‌شناختی را نیز مورد توجه قرار داد پژوهش حاضر با هدف تعیین تأثیر روایت‌درمانی گروهی بر انسجام روانی بیماران با آسیب تروماتیک طناب نخاعی صورت گرفت.

روش کار: این مطالعه کارآزمایی بالینی در ۳۲ نفر از بیماران با آسیب تروماتیک طناب نخاعی مراجعه کننده به مرکز مشاوره بهزیستی شهر تبریز انجام گردید. نمونه‌ها در مرحله اولیه با روش نمونه‌گیری دردسترس انتخاب و سپس به صورت تصادفی در دو گروه آزمون و کنترل جای‌دهی شدند. اعضای گروه آزمون، روایت‌درمانی گروهی را در ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای دریافت کردند. پرسشنامه احساس انسجام فلنسبرگ، قبل و بلافاصله بعد از اتمام جلسات مداخله در هر دو گروه تکمیل شد. داده‌ها توسط آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌های تکراری تجزیه و تحلیل شد.

یافته‌ها: میانگین سنی بیماران در گروه آزمون $45/69 \pm 12/53$ و در گروه کنترل، $44/63 \pm 12/98$ سال بود. میانگین امتیاز انسجام روانی بیماران قبل از مداخله، بین گروه آزمون ($73/06 \pm 14/52$) و کنترل ($78/56 \pm 10/10$)، اختلاف معنی‌داری نداشت ($p > 0/05$). بعد از انجام روایت‌درمانی گروهی، میانگین امتیاز انسجام روانی بیماران بین دو گروه آزمون ($88/69 \pm 4/60$) و کنترل ($82/25 \pm 9/98$) اختلاف معنی‌داری داشت ($p < 0/05$).

نتیجه‌گیری: روایت‌درمانی گروهی می‌تواند باعث افزایش انسجام روانی بیماران با آسیب تروماتیک طناب نخاعی شود. بنابراین به نظر می‌رسد روان‌پرستاران می‌توانند این روش را به‌عنوان یک مداخله مناسب در ارتقاء انسجام روانی این گروه از بیماران به‌کار بندند.

کلیدواژه‌ها: روایت‌درمانی، انسجام، طناب نخاعی، تروما، روان.

مقدمه

آسیب تروماتیک طناب نخاعی به صدمات نخاعی اطلاق می‌شود که به‌دلیل رانندگی، سقوط، ورزش و خشونت‌ها ایجاد می‌شود (۱). این آسیب یک عارضه مخرب است که برحسب وسعت و شدت، تغییرات عظیمی در سلامت و سبک زندگی فرد مبتلا ایجاد می‌کند و از جمله مشکل‌ترین

معلولیت‌های جسمی به‌حساب می‌آید که علائم حسی و حرکتی آن، موجب ناتوانی در انجام ساده‌ترین کارهای روزانه شده و شخص مبتلا را در اکثر حوزه‌های زندگی وابسته به‌دیگران می‌کند (۲). به‌دنبال این تغییرات جدی در زندگی افراد، آن‌ها درگیر مشکلات روان‌شناختی مختلف نظیر افسردگی، اضطراب و کاهش انسجام روانی می‌شوند (۳،۴،۵). در این رابطه، Carrard and et al (۲۰۲۱)

در مطالعه خود به این نتیجه رسیدند که افراد با آسیب طناب نخاعی به‌طور مشخص، دیسترس روانی بالاتر و سلامت روان، انرژی، کیفیت زندگی و خودکارآمدی و رضایت از روابط پایین‌تری را نسبت به جمعیت عمومی دارند. آن‌ها ترجیح می‌دهند که تنها زندگی کرده و مجرد باشند (۶). همچنین نتایج مطالعه Geyh and et al (۲۰۱۲) نشان داد که افراد با آسیب طناب نخاعی نسبت به افراد بدون آسیب سطوح بالاتری از علائم اضطراب و افسردگی و حس انسجام پایین‌تری را گزارش نمودند (۷). در مطالعه Kennedy and et al (۲۰۱۰)، حس انسجام به‌عنوان یک عامل موثر در تطابق طولانی مدت بیمار با آسیب طناب نخاعی معرفی می‌گردد (۸).

انسجام روانی به‌توانایی فرد در تشخیص تنش‌زاهای زندگی و سپس بهره‌برداری کارآمد از منابع مقابله‌ای هماهنگ با تنش‌ها و حفظ سلامتی اطلاق می‌شود (۹). احساس انسجام روانی بیان می‌کند که فرد تا چه حد دارای احساس اطمینان فراگیر، با ثبات و پویاست تا محرک‌های درونی و بیرونی را در طول زندگی، ساختاریافته، قابل پیش‌بینی و شفاف بداند و منابع لازم را برای مواجهه با این محرک‌ها در اختیار بگیرد و در نهایت این مطالبات برآمده از محرک‌ها را چالش‌هایی ارزشمند بداند که ارزش صرف انرژی و زمان را دارد (۱۰). در مطالعه Jorgenson and et al (۲۰۱۷)، بیان گردیده است که انجام اقدامات درمانی و مراقبتی به‌منظور توانمندسازی بیمار برای درک و مواجهه با تنش‌زاهای زندگی، ارتقای پذیرش آسیب، و تشویق بیمار به مشارکت در فعالیت‌های فیزیکی منجر به سلامت روانی بیمار می‌گردد (۱۱). در پژوهشی Moyers and Hagger نیز نشان دادند که بین احساس انسجام روانی و سلامت جسمانی رابطه وجود دارد (۱۲).

بنابراین به‌منظور بهبود احساس انسجام روانی و ارتقاء سلامت جسمانی بیماران با آسیب‌های تروماتیک نخاعی ضروری است تا علاوه بر مداخلات پزشکی و طبی، مداخلات روان‌شناختی نیز مدنظر قرار گیرند. پژوهش‌ها نشان می‌دهند که انواع مداخلات روان‌شناختی نقش موثری در کنترل یا کاهش نشانگان روان‌شناختی، و یا افزایش توانمندی‌های اجتماعی و روانی بیماران با آسیب تروماتیک طناب نخاعی دارند (۱۳). از جمله این مداخلات می‌توان به روایت‌درمانی اشاره نمود. روایت‌درمانی یکی از روش‌های برآمده از دیدگاه پست مدرنیسم است که بر واقعیت درون

هرکس متمرکز شده است. در این دیدگاه فرض بر این است که احساسات و افکار ما براساس رویدادها و روابط بین‌فردی شکل می‌گیرند (۱۴). روایت‌درمانی را ساختارزدایی داستان‌های کهنه و آفرینش داستانی نو تعریف کرده‌اند (۱۵). White روایت‌درمانی را به‌کارگیری مجموعه روش‌هایی برای فهم داستان‌های افراد، ساختار شکنی و بازنویسی این داستان‌ها توسط خود فرد و با کمک درمان‌گران می‌داند (۱۶). در این رویکرد مراجع و درمانگر ویراستاران زندگی‌نامه شخصی مراجع هستند و درمان، ویراستاری زندگی‌نامه شخصی است و از این‌رو نقش فعالی را برای مراجع در درمان فراهم می‌کند. در واقع در این روش، فرد یاد می‌گیرد مسئولیتش را در تسکین و بهبود مسائل روانی خود به‌عهده بگیرد (۱۷).

روایت‌درمانی در محیطی مملو از توجه و احترام آغاز می‌شود، به‌گونه‌ای که مراجع احساس امنیت کند. روایت‌درمانگرها به مراجعین کمک می‌کنند به‌جای تمرکز بر داستان‌های سرشار از مشکل و بیهوده، توجه خود را به‌سمت داستان‌های پسندیده که آن‌ها را به‌سوی هویت و زندگی بهتر می‌کشاند، هدایت نمایند (۱۸). در واقع درمانگر به فرد کمک می‌کند تا از سلطه ادراکی روایت‌های غالب ناکام‌کننده بیرون آمده و خود را در مرکز روایت زندگی خویش بنشاند (۱۹). از این‌رو، روایت‌درمانی در همه فرهنگ‌ها قابل استفاده است (۱۶). نتایج پژوهش‌های مختلف حاکی از آن است که روایت‌درمانی بر امید به زندگی افراد مبتلا به ضایعه نخاعی، کاهش علائم افسردگی و اضطراب در بیماران مبتلا به اختلال استرس پس از سانحه و شادکامی و کیفیت زندگی زنان با تجربه جراحی پستان اثربخش است (۲۰،۲۱،۲۲).

بنابراین با توجه به شیوع عوارض روانشناختی ناشی از آسیب‌های تروماتیک طناب نخاعی و اهمیت سلامت روان این گروه از بیماران و باعنایت به ساختار نسبتاً ساده و قابل فهم رویکرد روایت‌درمانی که می‌تواند با تجهیز افراد به ابزاری قدرتمند، موجب افزایش خودمدیریتی در بهداشت روان آنان شود (۲۳)؛ پژوهش حاضر با هدف تعیین تاثیر روایت‌درمانی گروهی بر انسجام روانی بیماران با آسیب تروماتیک طناب نخاعی صورت گرفت.

روش کار

پژوهش حاضر، یک مطالعه کارآزمایی بالینی

بیماری جدی دیگری به غیر از آسیب طناب نخاعی، عدم ابتلا به بیماری روانی و عدم برخورداری از جلسات مشاوره و روان درمانی فردی و گروهی حین مطالعه بود. معیارهای خروج از مطالعه نیز شامل نقل مکان و حادث شدن شرایط بیماری یا فوت بیمار بود. حجم نمونه در سطح معناداری ۵ درصد ($\alpha=0/05$)، با توان آزمون ۸۰ درصد ($\beta=0/2$) و طبق فرمول زیر در هر گروه آزمایشی ۱۶ نفر محاسبه شد.

$$n \geq R \left[\left(1 + \frac{1}{\lambda} \right) \frac{(Z_{1-\frac{\alpha}{2}} + Z_{1-\beta})^2}{\Delta^2} + \frac{Z_{1-\frac{\alpha}{2}}^2}{4} \right] = 1 \left[\left(1 + \frac{1}{1} \right) \frac{(1.96 + 0.84)^2}{1.1^2} + \frac{1.96^2}{4} \right] = 13.9$$

پژوهشی دانشگاه آزاد اسلامی واحد اصفهان (خوراسگان) به اداره بهزیستی شهرستان تبریز مراجعه نمود و مجوز حضور در محیط و نمونه گیری را از مسئولین محیط پژوهش اخذ نمود. پس از ورود به محیط پژوهش (مرکز مشاوره بهزیستی) ضمن هماهنگی با مسئولین مربوطه با نصب فراخوان در محل از بیماران آسیب تروماتیک طناب نخاعی دعوت به همکاری شد. ۳۷ نفر از بیماران دارای آسیب تروماتیک طناب نخاعی تمایل به شرکت در مطالعه را داشتند که از بین آنها، ۳۲ نفر معیار ورود به محیط پژوهش را دارا بودند. برای افرادی که معیار ورود به محیط پژوهش را داشتند؛ اهداف و روش کار و رعایت اصول اخلاقی توضیح و از ایشان رضایت نامه آگاهانه گرفته شد. در ادامه فرم اطلاعات جمعیت شناختی و بالینی و پرسشنامه انسجام روانی توسط آنها تکمیل شد. سپس نمونه ها با روش تصادفی ساده (قرعه کشی) در دو گروه جای دهی شدند. در این روش، ابتدا اسامی نمونه ها روی برگه ای نوشته و به هریک، یک کد اختصاص داده شد. به منظور رعایت شانس یکسان، قرعه کشی با همکاری مسئولین انجام شد و اعضا در دو گروه کنترل و آزمون (هر گروه ۱۶ نفر) جای دهی شدند. سپس اعضای گروه آزمون، از تاریخ ۱۴۰۱/۰۲/۱ لغایت ۱۴۰۱/۰۳/۱۱ در روزهای یکشنبه و چهارشنبه (هر روز یک جلسه) طی ۸ جلسه ۹۰ دقیقه ای از ساعت ۱۱ لغایت ۱۲ و ۳۰ دقیقه، روایت درمانی را به صورت گروهی طبق برنامه درمانی White and Epston (جدول ۱)، توسط پژوهشگر و به صورت حضوری در مرکز مشاوره بهزیستی شهر تبریز دریافت کردند. لازم به ذکر است؛ با توجه به اینکه نویسنده اول (مجری مداخله روایت

تصادفی سازی شده بدون کورسازی با طرح موازی و به صورت پیش آزمون- پس آزمون است که از اردیبهشت تا خرداد ماه ۱۴۰۱ به مدت یک ماه در ۳۲ نفر از بیماران از هر دو جنس با آسیب تروماتیک طناب نخاعی مراجعه کننده به مرکز مشاوره بهزیستی شهر تبریز انجام گردید. نمونه گیری به روش دردسترس و بر اساس معیارهای ورود صورت گرفت. معیارهای ورود به مطالعه شامل: داشتن سواد خواندن و نوشتن، سن ۱۸ سال و بالاتر، ابتلا به آسیب تروماتیک طناب نخاعی بیش از ۲ سال، عدم ابتلا به

ابزار جمع آوری داده ها شامل: برگه اطلاعات جمعیت شناختی و بالینی و پرسشنامه احساس انسجام فلنسبرگ بود.

برگه اطلاعات جمعیت شناختی و بالینی شامل سوالاتی در زمینه سن، جنس، سطح تحصیلات، وضعیت تأهل، وضعیت اشتغال، وضعیت اقتصادی خانواده، طول مدت ابتلا، علت آسیب (حوادث ترافیکی، حوادث ورزشی، سقوط، حوادث محل کار، سایر موارد)، نوع آسیب (پاراپلژی کامل، پاراپلژی ناقص، کوادری پلژی کامل، کوادری پلژی ناقص) و استفاده از صندلی چرخدار بود.

پرسشنامه احساس انسجام فلنسبرگ (۲۰۰۶) حاوی ۳۵ سوال است که به صورت ۳ گزینه ای طراحی شده است. گزینه ها با مقیاس سه درجه ای: ۱ (خیر)، ۲ (نمی دانم) و ۳ (بلی) نمره گذاری می شوند. این پرسشنامه با سوالاتی مانند (آیا احساس می کنید آدم صادق و صریحی هستید و حرف های خودتان را راحت می گویند؟) به سنجش احساس انسجام می پردازد. در این پرسشنامه حداقل نمره، ۳۵ (احساس انسجام پایین) و حداکثر نمره، ۱۰۵ (احساس انسجام بالا) می باشد. پایایی پرسشنامه طبق گزارش فلنسبرگ و همکاران (۲۰۰۶) با روش آلفای کرونباخ ۰/۸۷ گزارش شده است (۲۴). میزان همسانی درونی این مقیاس در پژوهش احتشام زاده و همکاران (۲۰۱۳)، با روش آلفای کرونباخ ۰/۸۷ و پایایی آن با روش تنصیف و دونیمه سازی ۰/۸۹ به دست آمد (۲۵). در پژوهش حاضر، پایایی کل این مقیاس توسط ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۶ به دست آمد.

پژوهشگر پس از کسب کد اخلاق با شماره IR.IAU.LKHUISF.REC.1401.024 و مجوز از معاونت

دوره ای به مرکز مراجعه می نمایند؛ تبادل نظر و تعاملی بین اعضای گروه آزمون و کنترل صورت نگرفت. همچنین به دلیل ماهیت مداخله، امکان کورسازی شرکت کننده و پژوهشگر فراهم نشد. بعد از اتمام جلسات، اعضای هر دو گروه (آزمون و کنترل) پرسشنامه انسجام روانی را تکمیل نمودند. اجرای پس آزمون به دلیل بررسی اثربخشی متغیر مستقل روایت درمانی بر متغیر وابسته (انسجام روانی) انجام گرفت. لازم به ذکر است ریزش نمونه ها در حین انجام پژوهش رخ نداد.

درمانی) و استاد راهنمای اول ایشان (دکتر رویا ترکاشوند) کارشناس ارشد روانپرستاری می باشند؛ تخصص لازم را در زمینه اجرا و نظارت بر جلسات روایت درمانی داشته اند. همچنین در جلسات مداخله از حضور یک روانشناس بالینی جهت ارتقای سطح کیفی جلسات بهره برده شد. اعضای گروه کنترل هیچ نوع مداخله ای را از پژوهشگر دریافت نکردند. با توجه به این که مشارکت کنندگان در مرکز بهزیستی شهر تبریز (محیط پژوهش) بستری نبوده و صرفاً جهت دریافت خدمات مراقبتی و درمانی لازم به صورت

جدول ۱: جلسات روایت درمانی طبق برنامه درمانی White and Epston (۲۶)

جلسه	هدف	محتوا
اول	معارفه، آشنایی افراد با قوانین جلسات	ارائه برنامه زمان بندی شده مداخله، تعیین تعداد جلسات، فاصله زمانی جلسات، انتظارات از گروه، معرفی مهارت ها، ارزیابی جامع، ایجاد رابطه حسنه، آشنایی با روایت درمانی، تشویق اعضا برای توصیف داستان های مسلط و روایت زندگی خود
دوم	برون سازی	برونی سازی مشکل، نام گذاری مشکل، مشخص کردن واژه های مشکل دار و آغاز استعاره سازی (چگونگی ساخت داستان ها)
سوم	استعاره سازی	بررسی استعاره های مشکل دار و ارتباط آن ها با روایت زندگی و اتخاذ موضع نسبت به مشکل
چهارم	ساخت شکنی	ساخت شکنی (از قدرت انداختن مشکل) توسط استثنائات زندگی، تحلیل روایت، نگرش نسبت به مشکل و بحث گروهی راجع به نگرش نسبت به مشکل
پنجم	بازسازی	استعاره های جدید، بازنمایی های ذهنی موقعیت های زندگی با استعاره جدید، خلق واقعیت توسط فرد و آغاز روایت سازی
ششم	غنی سازی	غنی سازی داستان جدید با استفاده از راهبردهای بی همتا، بررسی داستان و معنادگی آن به آینده
هفتم	تثبیت	زندگی در داستان جدید، پاسخ گویی به سوالات و بازنویسی داستان های گذشته
هشتم	جمع بندی	بررسی معنای زندگی، مستندات بیرونی، غنی سازی و تشویق فرد به پیمودن ادامه داستان، پس آزمون و پایان درمان.

سطح معنی داری ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

یافته ها

در این مطالعه، ۳۲ بیمار با آسیب تروماتیک طناب نخاعی مورد مطالعه قرار گرفتند. بیشتر مشارکت کنندگان (۲۵ نفر، ۷۸/۱ درصد) مرد بودند. میانگین سنی بیماران در گروه آزمون، ۴۵/۶۹±۱۲/۵۳ سال و در گروه کنترل، ۴۴/۶۳±۱۲/۹۸ سال بود. نتایج آزمون تی مستقل و دقیق فیشر، اختلاف معناداری را بین دو گروه از نظر مشخصات جمعیت شناختی و بالینی نشان نداد ($p>0/05$) (جدول ۲).

جهت رعایت اخلاق در پژوهش، از کلیه شرکت کنندگان جهت شرکت در پژوهش رضایت نامه آگاهانه اخذ شد. هیچ گونه هزینه ای برای شرکت در مطالعه از شرکت کنندگان دریافت نشد. اطلاعات شخصی افراد به صورت کاملاً محرمانه حفظ شد و مشارکت کنندگان برای شرکت در مطالعه و یا انصراف از آن کاملاً آزاد بودند. تجزیه و تحلیل آماری با استفاده از نسخه ۲۴ نرم افزار SPSS انجام گردید. جهت بررسی فرضیه پژوهش از آزمون تحلیل واریانس با اندازه های تکراری و برای مقایسه یافته های توصیفی متغیرهای جمعیت شناختی آزمودنی ها از آزمون تی مستقل و فیشر استفاده شد. در این پژوهش

جدول ۲: مشخصات جمعیت شناختی و بالینی بیماران در دو گروه کنترل و آزمون

متغیر	دسته	گروه آزمون		گروه کنترل		مقدار P
		تعداد	درصد	تعداد	درصد	
جنس	مرد	۱۲	۷۵/۰	۱۳	۸۱/۲	۱
	زن	۴	۲۵/۰	۳	۱۸/۸	
سن (میانگین/انحراف معیار)	----	۴۵/۶۹	۱۲/۵۳	۴۴/۶۳	۱۲/۹۸	۰/۸۱۵
وضعیت تأهل	متاهل	۱۴	۸۷/۵	۱۱	۶۸/۸	۰/۳۹۴
	مجرد	۲	۱۲/۵	۵	۳۱/۲	
سطح تحصیلات	زیردیپلم	۹	۵۶/۲	۵	۳۱/۲	۰/۴۳۷
	دیپلم و بالاتر	۷	۴۳/۸	۱۱	۶۸/۸	
وضعیت اشتغال	کارمند	۲	۱۲/۵	۳	۱۸/۸	۰/۷۸۵
	آزاد	۹	۵۶/۳	۱۰	۶۲/۴	
وضعیت اقتصادی	بیکار	۵	۳۱/۲	۳	۱۸/۸	۰/۴۷۲
	پایین	۴	۲۵/۰	۱	۶/۲	
	متوسط	۹	۵۶/۲	۱۱	۶۸/۸	۰/۴۷۲
	خوب	۳	۱۸/۸	۴	۲۵/۰	
مدت زمان ابتلا به آسیب (میانگین/انحراف معیار)	----	۴/۴۸	۲/۶۵	۳/۹۹	۲/۴۸	۰/۵۹۷
	حوادث ترافیکی	۳	۱۸/۸	۴	۲۵/۰	
علت آسیب	حوادث ورزشی	۱	۶/۲	۲	۱۲/۵	۰/۹۰۸
	سقوط	۶	۳۷/۵	۴	۲۵/۰	
	حوادث محل کار	۲	۱۲/۵	۳	۱۸/۸	۰/۷۰۳
	سایر	۴	۲۵/۰	۳	۱۸/۸	
نوع آسیب	پاراپلژی کامل	۴	۲۵/۰	۳	۱۸/۸	۰/۷۰۳
	پاراپلژی ناقص	۷	۴۳/۸	۱۰	۶۲/۴	
	کوادریتی پلژی کامل	۱	۶/۲	۰	۰/۰	۰/۴۷۳
	کوادریتی پلژی ناقص	۴	۲۵/۰	۳	۱۸/۸	
استفاده از صندلی چرخدار	بله	۸	۵۰/۰	۵	۳۱/۲	۰/۴۷۳
	خیر	۸	۵۰/۰	۱۱	۶۸/۸	

آزمون و کنترل (اثر متقابل) تفاوت معناداری دارد. لذا آزمون تعقیبی بونفرونی مربوط به اثر متقابل برای مقایسه میانگین امتیاز بین قبل و بعد از مداخله در هر یک از دو گروه و همچنین برای مقایسه دو گروه در هر یک از مراحل انجام شد.

بر اساس نتایج آزمون آنالیز واریانس با اندازه‌های تکراری، اثر گروه آزمایشی ($p=0/889$) در سطح خطای پنج درصد معنادار نبود ولی اثر زمان اندازه‌گیری ($p<0/001$) و متقابل گروه*زمان (تغییر در سطوح مختلف زمان بین دو گروه) ($p=0/001$) معنادار مشاهده شد. بنابراین تغییرات میانگین امتیاز انسجام روانی طی دو مرتبه اندازه‌گیری بین دو گروه

جدول ۳: مقایسه میانگین امتیاز انسجام روانی آزمودنی ها قبل و بعد از مداخله در دو گروه آزمون و کنترل

گروه	میانگین امتیاز انسجام روانی		اختلاف میانگین	مقدار P
	قبل از مداخله	بعد از مداخله		
آزمون	۷۳/۰۶	۸۸/۶۹	۱۵/۶۲۵	۰/۰۰۰
کنترل	۷۸/۵۶	۸۲/۲۵	۳/۶۸۸	۰/۱۰۱

بر اساس نتایج جدول ۲، آزمون تعقیبی به روش بونفرونی نشان داد که میانگین امتیاز انسجام روانی در گروه آزمون بعد از مداخله بطور معناداری بیشتر از قبل از مداخله بود ($p < 0/001$). ولی در گروه کنترل تفاوت معناداری در میانگین امتیاز انسجام روانی بین قبل و بعد از مداخله مشاهده نشد ($p = 0/101$).

بر اساس نتایج جدول ۲، آزمون تعقیبی به روش بونفرونی نشان داد که میانگین امتیاز انسجام روانی در گروه آزمون بعد از مداخله بطور معناداری بیشتر از قبل از مداخله بود ($p < 0/001$). ولی در گروه کنترل تفاوت معناداری در میانگین امتیاز انسجام روانی بین قبل و بعد از مداخله مشاهده نشد ($p = 0/101$).

جدول ۴: مقایسه میانگین امتیاز انسجام روانی نمونه ها قبل و بعد از مداخله بین دو گروه آزمون و کنترل

زمان	میانگین امتیاز انسجام روانی		اختلاف میانگین	مقدار P
	گروه آزمون	گروه کنترل		
پیش آزمون	۷۳/۰۶	۷۸/۵۶	-۵/۵۰۰	۰/۲۲۳
پس آزمون	۸۸/۶۹	۸۲/۲۵	۶/۴۳۸	۰/۰۲۶

در سایر مطالعات صورت گرفته همانند مطالعه حسن‌شاهی و همکاران (۲۰۱۸) و مقیمی و حقیقت (۲۰۱۷) نیز نتایج نشان دادند که روایت‌درمانی به ترتیب بر امید به زندگی افراد مبتلا به ضایعه نخاعی و کاهش علائم افسردگی و اضطراب در بیماران مبتلا به اختلال استرس پس از سانحه؛ اثربخش بوده است (۲۰، ۲۱). در مطالعه کیفی خانجانی و همکاران (۲۰۱۹)، بر طبق تجارب مشارکت‌کنندگان، عواملی همانند حمایت‌های صحیح، ارتباط با هموعان، مشارکت اجتماعی، باور معنوی، نگرش مثبت، انگیزاننده‌ها و دسترسی به امکانات به‌عنوان تسهیل‌گرهای پذیرش و سازگاری در بیماران با ضایعه نخاعی مطرح شده بودند (۲۹).

اقدسی و عیدی (۲۰۱۲) در مطالعه خود بیان می‌دارند که منابع و توانمندی‌های روانی و جسمانی فرد مبتلا به ضایعه نخاعی می‌تواند نقش مهمی را در نحوه و میزان سازگاری این گروه از بیماران ایفا نماید (۳۰). از طرف دیگر سازگاری با ناتوانایی‌های ناشی از آسیب‌های تروماتیک طناب نخاعی، فرایندی است که در طول زمان صورت می‌گیرد و بر همین اساس نیازمند برنامه‌ریزی و استفاده از راهبردهای مقابله‌ای مناسب است. ادراک و باورهای فرد در برخورد با شرایط استرس‌زای بیماری و چگونگی ادراک بیماری (مولفه اول احساس انسجام روانی)، مدیریت (مولفه دوم احساس انسجام روانی) و معناداری بیماری (مولفه سوم احساس انسجام روانی) در میزان سازگاری با بیماری موثر است. در حقیقت انسجام روانی نقش پررنگی در تعبیر و نگرش

بر اساس نتایج جدول ۳، آزمون تعقیبی به روش بونفرونی نشان داد که در پیش آزمون تفاوت معناداری بین میانگین امتیاز انسجام روانی آزمودنی ها در دو گروه آزمون و کنترل وجود نداشت ($p = 0/223$). ولی در پس آزمون میانگین امتیاز انسجام روانی بیماران در گروه آزمون بطور معناداری بیشتر از گروه کنترل بود ($p = 0/026$).

بحث

در این مطالعه مداخله روایت‌درمانی گروهی باعث افزایش انسجام روانی بیماران در گروه آزمون گردید. همچنین اختلاف میانگین نمرات انسجام روانی بین دو گروه آزمون و کنترل، معنی‌دار بود که می‌تواند نشان‌دهنده تأثیر روایت‌درمانی گروهی بر افزایش انسجام روانی بیماران با آسیب تروماتیک طناب نخاعی باشد.

عباسی و همکاران (۲۰۱۷) در پژوهش خود با هدف مقایسه اثربخشی روایت‌درمانی و درمان هیجان‌محور بر انسجام خانوادگی همسران جانباز، نشان دادند که در مرحله پس‌آزمون و پیگیری تفاوت معنی‌داری بین امتیاز انسجام گروه آزمایش روایت‌درمانی و کنترل وجود داشت؛ در حالی که مقایسه دو گروه آزمایش تفاوت معنی‌داری را نشان نداد (۲۷). نتایج مطالعه فاضلی و همکاران (۲۰۲۲) نیز گویای این مطلب می‌باشد که روایت‌درمانی بر بهبود سرمایه روان‌شناختی و حس انسجام در همسران افراد در حال ترک اعتیاد تأثیر معناداری داشته است (۲۸).

کورسازی اشاره نمود. همچنین استفاده از پرسشنامه برای جمع‌آوری داده‌ها از دیگر محدودیت‌های مطالعه حاضر است که می‌تواند پاسخ دقیق به سوالات تحت تاثیر شرایط روانی بیماران در زمان پاسخگویی قرار گرفته باشد. با توجه به این که نمونه‌ها شامل معلولین ضایعه نخاعی هستند در تعمیم نتایج به سایر معلولیت‌ها نیز محدودیت وجود دارد. لذا پیشنهاد می‌شود تا مطالعات آینده با حجم نمونه بیشتر و بر روی بیماران با سایر معلولیت‌ها صورت گیرد.

نتیجه گیری

نتایج پژوهش حاضر نشان داد که روایت‌درمانی گروهی بر انسجام روانی بیماران با آسیب تروماتیک طناب نخاعی اثربخش است. به نظر می‌رسد روایت‌درمانی با کاربرد فرآیندهای خود، سبب رهایی از فشار کلان روایت‌ها می‌شود، که این امر منجر به افزایش انسجام روانی شده است، در نتیجه می‌توان از روایت‌درمانی به عنوان یک مداخله بالینی مؤثر در این بیماران استفاده کرد.

سیاسگزار

مقاله حاضر حاصل بخشی از پایان نامه کارشناسی ارشد پرستاری است که با کد اخلاق به شماره IR.IAU.LKHUISF.REC.1401.024 مورد تایید کمیته اخلاق در پژوهش دانشگاه آزاد اسلامی واحد اصفهان (خوراسگان) قرار گرفته است. همچنین با کد IRCT202206190552114N در مرکز مطالعات کارازمایی بالینی به ثبت رسیده است. نویسندگان مقاله مراتب تقدیر و تشکر خود را از مسئولین محترم محیط پژوهش و کلیه بیماران شرکت کننده در پژوهش که در انجام این مطالعه ما را یاری دادند؛ اعلام می‌دارند.

از جهان به عنوان قابل درک، قابل اداره و با معنا بودن دارد که همین معنابخشی می‌تواند سازگاری با مشکلات را تسهیل نماید (۳۱).

احتشام زاده و همکاران (۱۳۹۲) در مطالعه خود نشان دادند که انسجام روانی می‌تواند بهزیستی جسمی و روانی بهتری را برای بیماران به ارمغان آورد (۲۵). به طور کلی احساس انسجام، یک دیدگاه کلی مبنی بر معنی دار بودن و قابل مدیریت بودن اتفاقات در فرایند زندگی می‌باشد که با سلامت روان مرتبط بوده و افزایش احساس انسجام، بهبود سلامت روان را در پی دارد (۳۲). از آنجایی که موضوع اصلی در روایت‌درمانی این است که شخص مشکل نیست؛ این رویکرد می‌تواند در توجه به باورهای ناکارآمد و تغییر آن‌ها، برونی‌سازی و از توان انداختن مشکل، ایجاد توان نگاه بیرونی به مشکل از زاویه‌های مختلف و در نهایت خلق تفسیری متفاوت و تالیفی دوباره برای داستان زندگی، بی‌نهایت سودمند و تاثیرگذار باشد (۲۸).

در تبیین نتایج مطالعه حاضر نیز می‌توان گفت که در جلسات روایت‌درمانی، زمانی که به واسطه فنون تغییر روایت، بیماران با آسیب طناب نخاعی تمرکز خود را از مشکلات به سمت روایت‌های شخصی تغییر دادند، توانستند با کمک درمانگر راه‌حل‌های مناسبی جهت حل مشکلات‌شان پیدا کنند. هنگامی که مراجعان به راه‌حل‌های گوناگونی برای حل مشکلات‌شان دست پیدا کردند و تغییرات کوچک را در پی به کارگیری این راه‌حل‌ها در زندگی و روابط‌شان ملاحظه نمودند، امیدواری برای ایجاد تغییرات بزرگ‌تری در آن‌ها ایجاد گردید. در مجموع، جلسات روایت‌درمانی به بیماران کمک نمود تا خود برای مشکلات شخصی و روابط بین فردی خود روایت‌های جدیدی پیدا کنند و با این احساس که خود قادر به کاهش مشکلات‌شان هستند؛ احساس انسجام آن‌ها افزایش پیدا کند.

از محدودیت‌های پژوهش حاضر می‌توان به عدم امکان

References

1. Wengel PV, De Haan Y, Feller RE, Oner FC, Vandertop WP. Complete traumatic spinal cord injury: current insights regarding timing of surgery and level of injury. *Global spine journal*, 2020; 10 (3): 324-31. <https://doi.org/10.1177/2192568219844990>
2. Waddell O, McCombie A, Frizelle F. Colostomy and quality of life after spinal cord injury: systematic review. *BJS open*, 2020; 4(6): 1054-61. <https://doi.org/10.1002/bjs5.50339>
3. Adhikari SP, Gurung G, Khadka B, Rana C. Factors influencing depression in individuals with traumatic spinal cord injury and caregivers' perceived burden in a low-income country: a cross-sectional study. *Spinal Cord*, 2020; 58 (10): 1112-8. <https://doi.org/10.1038/s41393-020-0451-5>
4. Craig A, Guest R, Tran Y, Perry KN, Middleton J. Pain catastrophizing and negative mood states after spinal cord injury: transitioning from inpatient rehabilitation into the community. *The Journal of Pain*, 2017; 18 (7): 800-10. <https://doi.org/10.1016/j.jpain.2017.02.431>
5. Jørgensen S, Lennman E, Lexell J. Sense of coherence and changes over six years among older adults aging with long-term spinal cord injury. *Spinal Cord*, 2021; 59 (12): 1278-84. <https://doi.org/10.1038/s41393-021-00713-6>
6. Carrard V, Kunz S, Peter C. Mental health, quality of life, self-efficacy, and social support of individuals living with spinal cord injury in Switzerland compared to that of the general population. *Spinal Cord*, 2021; 59 (4): 398-409. <https://doi.org/10.1038/s41393-020-00582-5>
7. Geyh S, Nick E, Stirnimann D, Ehrat S, Müller R, Michel F. Biopsychosocial outcomes in individuals with and without spinal cord injury: a Swiss comparative study. *Spinal Cord*, 2012; 50 (8): 614-22. <https://doi.org/10.1038/sc.2012.21>
8. Kennedy P, Lude P, Elfström ML, Smithson E. Cognitive appraisals, coping and quality of life outcomes: a multi-centre study of spinal cord injury rehabilitation. *Spinal Cord*. 2010 Oct;48(10):762-9. <https://doi.org/10.1038/sc.2010.20>
9. Kaźmierczak M, Gebuza G, Czajkowska N, Bannach M, Gierszewska M, Dombrowska-Pali A, et al. Assessment of the level of the sense of coherence and its relationship with the acceptance of illness in women treated for breast cancer. *Med Ogólna Nauk Zdr*, 2019; 25: 266-73. <https://doi.org/10.26444/monz/113018>
10. Krok D, Kleszczewska-Albańska A. Sense of coherence and psychological well-being in cardiac patients: is the association mediated by self-efficacy. *Archives of psychiatry and psychotherapy*, 2019; 3: 15-24. <https://doi.org/10.12740/APP/109754>
11. Jørgensen S, Martin Ginis KA, Lexell J. Leisure time physical activity among older adults with long-term spinal cord injury. *Spinal Cord*, 2017; 55 (9): 848-56. <https://doi.org/10.1038/sc.2017.26>
12. Moyers SA, Hagger MS. Physical activity and sense of coherence: a meta-analysis. *International Review of Sport and Exercise Psychology*, 2020: 1-29. <https://doi.org/10.1080/1750984X.2020.1846068>
13. Li Y, Bressington D, Chien WT. Systematic review of psychosocial interventions for people with spinal cord injury during inpatient rehabilitation: Implications for evidence-based practice. *Worldviews on Evidence-Based Nursing*, 2017; 14 (6): 499-506. <https://doi.org/10.1111/wvn.12238>
14. Smkhani Akbarinejad H, Zulfali Pourmalek S. Postmodern/ Post-structuralism counseling and psychotherapy theories, Tehran: Savalan, 2021.
15. SeyedMohammadi Y. Theories of Psychotherapy (Psychotherapy Systems): An Interdisciplinary Analysis. Prochaska J, Norcross, J (Authors), Tehran: Ravan Publications, 2016.
16. Ismailinasab M. Narrative Therapy: For acquaintance with counseling and psychotherapy specialists. Payne M (Author), Tehran: Roshd Publications, 2022.
17. Abbasi Garavand T, Zahedi F, Mohebbi P. An analytical study of narrative therapy in Brian Friel's narrative plays. *Honar-Ha-Ye-Ziba: Honar-Ha-Ye-Namayeshi Va Mosighi*, 2022; 27 (1): 39-50. (Persian)
18. Hosseinsahi Baravati HR, Naghshbandi S, Arjmand E. Family Therapy. Goldberg I, Goldberg H (Authors), Tehran: Ravan, 2022.
19. Ismailinesab M. Narrative therapy. Payne M (Author), Tehran: Roshd, 2015.
20. Hassanshahi Raviz A. Investigating the effect of narrative therapy on life expectancy in

- people with spinal cord injury in Bam city in 2018. Master Dissertation in nursing, Kerman: Razi Nursing and Midwifery Faculty, Kerman University of Medical Sciences, 2018.
21. Moghimi P HS. The effectiveness of group narrative therapy on reducing symptoms of depression and anxiety in patients with post-traumatic stress disorder. *The Journal of New Advances in Behavioral Sciences*, 2017; 2 (7): 10-1. (Persian).
 22. Aboutalebi H, Yazdchi N, Smkhani Akbarinejad. Effect of Narrative Therapy on Happiness and Quality of Life in Women with Breast Surgery Experience: A Quasi-Experimental Study. *Iranian Journal of Breast Diseases*, 2021; 14 (3): 57-66. (Persian) <https://doi.org/10.30699/ijbd.14.3.57>
 23. Ghodsi M, Ahmad Barabadi H, Heidarnia A. The effectiveness of narrative therapy on reducing the tendency to divorce and its components in women with early marriage. *Quarterly of Counseling Culture and Psychotherapy*, 2018; 9 (33): 73-98. (Persian).
 24. Flensburg-Madsen T, Ventegodt S, Merrick J. Sense of coherence and physical health. A cross-sectional study using a new scale (SOC II). *ScientificWorldJournal*, 2006; 6: 2200-11. <https://doi.org/10.1100/tsw.2006.350>
 25. Ehteshamzadeh P, Sabrinazarzadeh R, Memarbashi Avval M. The Relationship between Sense of Coherence and Job Performance with Mediating Mental Health and Coping Strategies. *Journal of Psychological Methods and Models*, 2013; 3 (13): 83-95. (Persian)
 26. White M, Epston D. Narrative means to therapeutic ends. 1st edition, England: WW Norton & Company; 1990.
 27. Abbasi S, Dokaneifard F, Shafiabadi A. Comparing the effectiveness of narrative therapy and emotion-oriented therapy on family cohesion of veterans' wives. *Scientific-Research Quarterly of Veteran Medicine*, 2017; 10 (4): 179-173. (Persian) <https://doi.org/10.29252/ijwph.10.4.173>
 28. Fazeli N, Soleimani Farsani S, farmani F, Vakili Y, Ilanloo H. The effectiveness of narrative therapy on psychological capital and a sense of coherence among spouses of individuals undergoing withdrawal. *Etiadpajohi*, 2022; 16 (64) : 197-218. (Persian) <https://doi.org/10.52547/etiadpajohi.16.64.197>
 29. Khanjani MS, Khankeh HR, Younesi SJ, Azkhosh M. The main factors affecting the acceptance and adaptation with spinal cord injury: A qualitative study. *Archives of Rehabilitation*, 2019; 19 (4): 276-291. (Persian) <https://doi.org/10.32598/rj.19.4.276>
 30. Aghdasi AN, Eydi RA. A study of the relationship between mental health and confronting procedures among the spinal cord. *Journal of Education Sciences*, 2012; 4 (16): 51-67. (Persian).
 31. Azimzadeh Tehrani N, Bayazi MH, Shakerinasab M. The relationship between islamic coping methods and psychological well-being with adaptation and pain tolerance in patients with breast cancer. *Quarterly Journal of Health Psychology*, 2020; 9 (1): 145-60. (Persian).
 32. Sabri Nazarzadeh R, Abdkhodaei MS, Tabibi Z. Study of causal relationship between sense of coherence, psychological hardiness, coping strategies and mental health. *Journal of Research in Psychological Health*, 2012; 6 (1): 26-35. (Persian).