

# Effectiveness of Berking's Emotional Competence Intervention in Emotional Self-Regulation of Veterans with Spinal Cord Injury in Isfahan Province

## ARTICLE INFO

### Article Type

Original Research

### Authors

Abed M.<sup>1</sup> MSc,  
Raeisi Z.<sup>1</sup> PhD,  
Rezaei-Jamalouei H.\*<sup>1</sup> PhD,  
Ansari Shahidi M.<sup>1</sup> PhD

### How to cite this article

Abed M, Raeisi Z, Rezaei-Jamalouei H, Ansari Shahidi M. Effectiveness of Berking's Emotional Competence Intervention in Emotional Self-Regulation of Veterans with Spinal Cord Injury in Isfahan Province. *Iranian Journal of War & Public Health*. 2020;12(3):141-147.

<sup>1</sup>Department of Psychology, Najafabad Branch, Islamic Azad University, Najafabad, Iran

### \*Correspondence

Address: Najafabad Branch, Islamic Azad University, Daneshgah Square, Najafabad, Isfahan, Iran. Postal Code: 8514143131.  
Phone: +98 (913) 3327112  
Fax: +98 (31) 42292929  
h.rezayi2@yahoo.com

### Article History

Received: November 04, 2020  
Accepted: January 05, 2021  
ePublished: March 03, 2021

## ABSTRACT

**Aims** Spinal cord injury widely affects the physical and mental health of individuals. The present study aimed to investigate the effectiveness of Berking's emotional competence intervention in the emotional self-regulation of several veterans with spinal cord injury.

**Materials & Methods** This quasi-experimental study was conducted on all veterans with spinal cord injury in Isfahan in November and December 2019 (whose number was 264 according to the statistics provided by Treatment Deputy of the Martyr and Veterans Affairs Foundation of Isfahan Province). Initially, through purposive sampling and using the Emotion Regulation Skills Questionnaire as a screening instrument and a pre-test, 31 veterans with a deficit in this skill were identified and randomly assigned to experimental (16 individuals) and control (15 individuals) groups. Berking's Emotion Regulation Skills Questionnaire and demographic information questionnaire were used. The intervention was performed using integrated emotional competence training in 7 one-hour sessions as separate groups. Post-test and one-month follow-up was conducted at the end of the intervention. The data were analyzed by SPSS23 using MANCOVA and repeated-measures analysis of variance (ANOVA).

**Findings** The difference between pre-test and post-test scores was significant in all components of the Emotional Regulation Skills Questionnaire ( $p \leq 0.05$ ), which implies the effectiveness of emotion regulation intervention in improving the emotional self-regulation of the veterans with spinal cord injury; however, no significant difference was found between the post-test and follow-up scores which indicates the continuity and stability of the findings up to the follow-up stage ( $p \geq 0.05$ ).

**Conclusion** Berking's emotional competence intervention can be an effective intervention for improving veterans' emotional self-regulation with spinal cord injury.

**Keywords** Spinal Cord Injury; Berking's Emotional; Emotional Self-Regulation

## CITATION LINKS

[1] The effectiveness of mindfulness training on psychological ... [2] Psychosocial factors associated with pressure ... [3] Quality of life of people with spinal ... [4] Translation and Australian validation of the spinal ... [5] Prospective study of the occurrence of ... [6] Advances in the management of acute spinal ... [7] Holistic health and people with spinal ... [8] Predictors of psychosocial adaptation among ... [9] Dimensions of oppression: Theorising ... [10] Incidental emotions in moral dilemmas ... [11] Emotion regulation promotes persistence ... [12] Multidimensional assessment of beliefs about ... [13] Experiential avoidance and behavioral disorders ... [14] Antecedent-and response-focused ... [15] Distinctions between emotion ... [16] Appraisals of emotion-eliciting events ... [17] Becoming popular: Interpersonal ... [18] Top ten pressing questions about ... [19] Culture, emotion suppression and disclosure ... [20] Psychological morbidity and spinal ... [21] A longitudinal analysis of emotional ... [22] Psychological adjustment to spinal ... [23] Adjustment and coping in spousal ... [24] A longitudinal study of sexuality ... [25] Emotional and autonomic consequences ... [26] The psychological effects of spinal ... [27] Individualizing relaxation training ... [28] Coping effectiveness training for ... [29] Coping effectiveness training during ... [30] Coping effectiveness training reduces ... [31] Development and validation of ... [32] Compare the efficacy of interpersonal ... [33] Emotion-regulation skills as a treatment ... [34] Adjustment following spinal ...

## اثربخشی مداخله شایستگی هیجانی برکینگ بر خودتنظیمی هیجانی در جانبازان دچار آسیب نخاعی استان اصفهان

محمدرضا عابد MSc

گروه روان‌شناسی، واحد نجف‌آباد، دانشگاه آزاد اسلامی، نجف‌آباد، ایران

زهره رئیسی PhD

گروه روان‌شناسی، واحد نجف‌آباد، دانشگاه آزاد اسلامی، نجف‌آباد، ایران

حسن رضایی جمالویی\* PhD

گروه روان‌شناسی، واحد نجف‌آباد، دانشگاه آزاد اسلامی، نجف‌آباد، ایران

مجتبی انصاری شهیدی PhD

گروه روان‌شناسی، واحد نجف‌آباد، دانشگاه آزاد اسلامی، نجف‌آباد، ایران

### چکیده

**اهداف:** آسیب نخاعی تأثیرات گسترده‌ای بر سلامت جسمی و روانی افراد دارد. هدف این پژوهش، بررسی اثربخشی مداخله شایستگی هیجانی برکینگ بر خودتنظیمی هیجانی در شماری از جانبازان دچار آسیب نخاعی بود.

**مواد و روش‌ها:** پژوهش نیمه‌تجربی حاضر در در ماه‌های آذر و دی سال ۱۳۹۸ روی کل جانبازان مرد دچار آسیب نخاعی استان اصفهان (۲۶۴ نفر)، انجام شد. در ابتدا به‌صورت نمونه‌گیری هدفمند و با استفاده از پرسش‌نامه مهارت‌های تنظیم هیجانی به‌عنوان ابزار غربالگری و همچنین به‌عنوان پیش‌آزمون، ۳۱ جانباز دچار ضعف در این مولفه مشخص شدند و به‌صورت تصادفی در دو گروه آزمایش (۱۶ نفر) و کنترل (۱۵ نفر) قرار گرفتند. از پرسش‌نامه مهارت‌های تنظیم هیجانی برکینگ استفاده شد. مداخله با استفاده از روش آموزش یکپارچه شایستگی هیجانی در ۷ جلسه یک‌ساعته به‌صورت گروه‌های مجزا انجام شد. پس از پایان مداخله، پس‌آزمون گرفته شد و پیگیری نیز یک بعد از پس‌آزمون انجام شد. اطلاعات به‌دست‌آمده با استفاده از نرم‌افزار SPSS 23 و با روش مانکوا و تحلیل واریانس اندازه‌گیری مکرر بررسی شدند.

**یافته‌ها:** در تمامی مولفه‌های پرسش‌نامه مهارت‌های تنظیم هیجانی، تفاوت میان نمرات پیش‌آزمون و پس‌آزمون معنادار بود ( $p \leq 0.05$ ) که این یافته بیانگر اثربخشی مداخله تنظیم هیجانی بر بهبود خودتنظیمی هیجانی جانبازان دچار آسیب نخاعی بود و همچنین تفاوت معناداری میان نمره پس‌آزمون و پیگیری مشاهده نشد ( $p \geq 0.05$ )، این نتیجه نیز بیانگر استمرار و ثبات یافته‌ها تا مرحله پیگیری بود.

**نتیجه‌گیری:** مداخله شایستگی هیجانی برکینگ، می‌تواند مداخله‌ای اثربخش در بهبود خودتنظیمی هیجانی جانبازان دچار آسیب نخاعی باشد.

**کلیدواژه‌ها:** آسیب نخاعی، مداخله شایستگی هیجانی برکینگ، خودتنظیمی هیجانی

تاریخ دریافت: ۱۳۹۹/۰۸/۱۴

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۹/۱۰/۱۶

\*نویسنده مسئول: h.rezayi2@yahoo.com

### مقدمه

بروز آسیب نخاعی در گروهی از جانبازان، یکی از عوارض دوران جنگ بوده است که تأثیرات ژرف و گسترده‌ای بر سلامت جسمی، روانی و شیوه زندگی فرد می‌گذارد [1, 2]. پژوهش‌ها نشان داده است که افراد دچار آسیب نخاعی ممکن است با مشکلات بسیاری در زمینه‌های زیستی، روانی و اجتماعی روبه‌رو شوند [3, 4]. در افراد دچار آسیب نخاعی، سازگاری با مشکلات ناشی از این آسیب، چالشی بزرگ

محسوب می‌شود [5]. لی و گرین [6]، شروف و ساهوتا [7] و مارتز و همکاران [8] بیان می‌دارند که سازگاری با آسیب نخاعی در مقایسه با کسانی که عملکرد جسمی آنها پس از یک رویداد آسیب‌زننده دوباره به حالت طبیعی بازمی‌گردد، به تلاش روان‌شناختی بیشتری نیاز دارد. این آسیب می‌تواند منجر به برانگیخته‌شدن هیجانات منفی و اضطراب شود؛ زیرا ناتوانی یک حس آسیب‌پذیری و وابستگی را در فرد ایجاد می‌کند [9].

بررسی متون و مطالعات روان‌شناختی، نشان می‌دهد که تنظیم هیجانات، عامل مهمی در تعیین سلامتی و عملکرد موفق در تعاملات اجتماعی است [10, 11] و فقدان تنظیم هیجانی بر راهبردهای انطباقی، بهزیستی و رضایت از زندگی فرد تأثیر منفی می‌گذارد [12]. خودتنظیمی هیجانی به‌معنای چگونگی کنترل و جهت‌دهی رفتارها و هیجان‌ها است تا بتوان به اهداف دلخواه دست یافت [13]. مدل فرآیند توافقی تنظیم هیجان (Consensual process model of emotion regulation) و مدل فرآیندی تنظیم هیجان (Process model of emotion regulation) دو مدل اصلی در زمینه تنظیم هیجان هستند [14]. هیجان با ارزیابی از نشانه‌های بیرونی و درونی شروع می‌شود و این ارزیابی به هماهنگی مجموعه‌ای از پاسخ‌های رفتاری، تجربی، فیزیولوژیکی و هیجانی می‌انجامد. چارچوب مدل فرآیندی تنظیم هیجان بر اساس ۳ فرض پایه‌ریزی شده است؛ فرض اول این است که هیجان‌ها از نظر شدت، مدت و علت با خلق متفاوت هستند [15]؛ فرض دوم این است که هیجان‌ها به‌وسیله ارزیابی از رویدادهای هیجانی به‌وجود می‌آیند [16] و سومین فرض این است که تقریباً همه هیجان‌ها در تعامل با دیگران به‌وجود می‌آیند [17]. مهارت خودتنظیمی هیجانی شامل مدیریت برانگیختگی و هیجانات است و نقش برجسته‌ای را در سازگاری ایفا می‌کند [18]. کوشش فعالانه برای ابراز فشار هیجانی از راه واژه‌ها نیز یک عنصر مهم در تنظیم هیجان‌ها است تا فرد بتواند رخداد استرس‌زا را با سیستم معنایی خود یکپارچه سازد [19].

برخی پژوهش‌ها به آثار آسیب نخاعی بر هیجانات پرداخته‌اند، از آن جمله می‌توان به پژوهش درباره سلامت هیجانی [20]، چگونگی راهکارهای مقابله‌ای [21] و چگونگی سازگاری روان‌شناختی [22] افراد دچار آسیب نخاعی اشاره نمود. نتایج برخی پژوهش‌ها نشان داده است که افزایش تنظیم هیجان‌ها، موجب قابلیت عملکرد مناسب در زندگی و توان رویارویی مثبت با آسیب‌های پیش‌آمده و عملکرد انعطاف‌پذیر فرد آسیب‌دیده می‌شود [23, 24]. نیکوتر و همکاران [25] بیان می‌دارند که آسیب نخاعی منجر به کاهش ابراز هیجانات می‌شود و آسیب نخاعی شدیدتر منجر به افول هیجانی شدیدتر می‌شود. این باور که افراد دچار آسیب نخاعی دچار افول هیجانی می‌شوند، می‌تواند موجب کمتر پرداختن به نیازهای هیجانی افراد پس از وقوع آسیب نخاعی شود. آسیب نخاعی حتی با سپری‌شدن سال‌ها از بروز آن، ممکن است که انواع گوناگونی از واکنش‌های هیجانی از جمله اندوه، ناامیدی، احساس گناه، ترس از دست‌دادن کنترل، سست‌شدن باورهای مثبت، بی‌کفایتی، زودرنجی،

و توجه به روند طبیعی بالارفتن سن و نیازهای روزافزون جانبازان گران قدر دچار آسیب نخاعی ایران، مدنظر قراردادن پیامدهای مزمن آسیب‌ها و کمک به ارتقای سلامت جانبازان، لازم است. با توجه به اهمیت تنظیم هیجان‌ها در افراد دچار ناتوانی‌های جسمی و مزایای فراوان تقویت این موضوع در زندگی این افراد، هدف این پژوهش، بررسی اثربخشی مداخله شایستگی هیجانی برکینگ بر تنظیم هیجانی در جانبازان دچار آسیب نخاعی بود تا از این طریق به افزایش سلامت روان‌شناختی این جانبازان گرامی و افراد دیگر دچار آسیب نخاعی کمک شود.

### مواد و روش‌ها

پژوهش نیمه‌تجربی حاضر در آذر و دی‌ماه ۱۳۹۸ روی کل جانبازان مرد دچار آسیب نخاعی استان اصفهان (که طبق آمار مستقیماً دریافت‌شده از معاونت درمان بنیاد شهید و امور ایثارگران استان اصفهان، ۲۶۴ نفر بودند)، انجام شد. در ابتدا به‌صورت نمونه‌گیری هدفمند و با استفاده از پرسش‌نامه مهارت‌های تنظیم هیجانی<sup>[31]</sup> به‌عنوان ابزار غربالگری و همچنین به‌عنوان پیش‌آزمون، ۳۱ جانباز دچار ضعف در این مولفه (با توجه به جدول مورگان و معیارهای ورود و خروج)، مشخص شدند و به‌صورت تصادفی در دو گروه آزمایش (۱۶ نفر) و کنترل (۱۵ نفر) قرار گرفتند. برای تقسیم تصادفی افراد به گروه‌های آزمایش و کنترل، از روش قرعه‌کشی استفاده شد، یعنی اسامی افراد روی کاغذ نوشته شد و در داخل جعبه قرار گرفت، سپس کاغذها تا زمانی که حجم نمونه مورد نظر کامل شد، به‌طور تک تک خارج شدند. افرادی که تمایل به شرکت در پژوهش و پاسخ‌گویی به پرسش‌نامه داشتند، ضعف در مولفه تنظیم هیجانی با توجه به نمرات برش پرسش‌نامه داشتند، به اختلالات روانی، شرایط نامطلوب جسمانی و بیماری‌های مزمن جسمی به‌جز آسیب نخاعی که وضعیت جسمانی، خلق و بینش جانبازان را تحت تاثیر قرار داده باشد (به تشخیص پزشک و با استناد به پرونده درمانی جانبازان)، دچار نبودند و حداقل سواد پایان مقطع راهنمایی داشتند، وارد تحقیق شدند و افرادی که غیبت بیش از دو جلسه در طول انجام مداخلات داشتند یا مایل به انجام تکالیف نبودند از تحقیق کنار گذاشته شدند.

از پرسش‌نامه مهارت‌های تنظیم هیجانی برکینگ و *زئوج*<sup>[31]</sup> استفاده شد. این پرسش‌نامه دارای ۲۷ آیتم است که مهارت‌های تنظیم هیجانی را به‌صورت لیکرت ۵ درجه‌ای (همیشه تا هرگز) می‌سنجد و دامنه نمرات بین ۰ تا ۱۰۸ است و نمرات بالاتر بیانگر مهارت بیشتر در تنظیم هیجانی است. پرسش‌نامه دارای ۹ زیرمقیاس پردازش هوشیار هیجان‌ها و آگاهی به آنها، شناسایی و نام‌گذاری صحیح هیجان‌ها، تفسیر صحیح هیجان‌ها بر پایه احساسات جسمانی، درک صحیح از افزایش شدت هیجان‌ها، خویش‌ن‌داری در موقعیت‌های آشفته هیجانی، تعدیل هیجان‌های منفی در راستای دستیابی به شرایط بهتر، پذیرش هیجانی، انعطاف‌پذیری و تحمل هیجان‌های منفی و روبه‌روشدن با

از دست‌دادن علاقه، احساس خستگی فراوان، بی‌حوصلگی و گوشه‌گیری را ایجاد نماید<sup>[26]</sup>.

تاکنون پژوهشی در داخل و خارج از کشور با استفاده از مداخله شایستگی هیجانی برکینگ روی افراد دچار آسیب نخاعی انجام نشده است؛ اما مطالعاتی با توجه به محتواهای این مداخله (آموزش تن‌آرامی، آموزش در زمینه ارزیابی‌های شناختی و آموزش مهارت‌های مقابله‌ای)، انجام شده است؛ برای مثال، هو و کلینگینا<sup>[27]</sup> در پژوهشی با عنوان آموزش انفرادی تن‌آرامی در آسیب نخاعی، ۶ کهنه سرباز دچار آسیب نخاعی را تحت آموزش انفرادی تن‌آرامی قرار دادند. نتایج پژوهش نشان داد که تکنیک‌های تن‌آرامی مانند تن‌آرامی همراه با موسیقی، تمرین تنفس و تن‌آرامی پیش‌رونده عضلانی موجب بهبود سازگاری هیجانی، کنترل اضطراب، کاهش درد، مدیریت استرس و کاهش افسردگی از سطح متوسط به خفیف شد.

کینگ و کندی<sup>[28]</sup> در پژوهشی با عنوان آموزش مهارت‌های مقابله‌ای برای افراد دچار آسیب نخاعی، ۳۸ فرد دچار آسیب نخاعی را در دو گروه آزمایش و کنترل قرار دادند و گروه آزمایش ۷ جلسه آموزشی در زمینه ارزیابی‌های شناختی و آموزش‌های مهارت‌های مقابله‌ای دریافت کردند. نتایج پژوهش بیانگر کاهش افسردگی و اضطراب، افزایش امید و کاهش هیجان‌ات منفی نسبت به خود شد.

دچینیک و همکاران<sup>[29]</sup> تاثیر دو سبک مداخله آموزش مهارت‌های مقابله‌ای و گروه‌درمانی حمایتی را در افراد دچار آسیب نخاعی بررسی کردند و بدین منظور ۴۰ فرد دچار آسیب نخاعی را به دو گروه درمانی تقسیم کردند. آموزش‌های مربوط به مهارت‌های مقابله‌ای شامل ارزیابی موقعیت‌ها، افکار، هیجان‌ات، رفتارها، تن‌آرامی و غیره می‌شد. جلسات آموزشی در گروه‌درمانی حمایتی نیز مبتنی بر حمایت هیجانی بود و به موضوعاتی مانند شناخت واکنش‌های هیجانی و اشتراک‌گذاری اطلاعات مربوط به آسیب نخاعی پرداخته شد. نتایج نشان داد که هر دو نوع درمان موجب کاهش پریشانی هیجانی شد ولی مداخله مهارت‌های مقابله‌ای در مقایسه با گروه‌درمانی حمایتی، موجب کاهش بیشتر اضطراب و سازگاری بهتر با ناتوانی شد.

کندی و همکاران<sup>[30]</sup> تاثیر آموزش‌های مهارت‌های مقابله‌ای در کاهش اضطراب و افسردگی پس از آسیب نخاعی را بررسی کردند. بدین منظور، ۸۵ فرد دچار آسیب نخاعی به دو گروه آزمایش و کنترل تقسیم شدند و گروه آزمایش ۶ جلسه مداخله در حوزه‌هایی مانند حمایت هیجانی، پذیرش، تمرکز بر هیجان‌ات و شوخ‌طبعی دریافت کردند. نتایج تحلیل داده‌ها نشان‌دهنده کاهش اضطراب و افسردگی، افزایش خودارزیابی مثبت و افزایش امید شرکت‌کنندگان شد.

به‌دلیل پیامدهای منفی گوناگون آسیب نخاعی، لازم است که افراد دچار این آسیب بتوانند هیجان‌ها و واکنش‌های خود را تنظیم کنند تا به سازگاری پایدار و مثبتی در برابر این سختی‌ها برسند. اکنون با گذشت سال‌ها از پایان جنگ تحمیلی و به‌دنبال ادامه‌یافتن مشکلات جسمانی و روان‌شناختی ناشی از آن در برخی از جانبازان

۶- تحلیل: شناختن نشانه‌های هیجان کنونی با استفاده از طرح‌واره‌هایی که به موارد زیر می‌پردازد: موقعیت عینی، نیازها، آرزوها، اهداف و انتظارات کنونی؛ ارزیابی‌های شناختی؛ طرح‌واره‌های قدیمی که بر این ارزیابی‌ها اثرگذار هستند؛ هیجانات اولیه؛ هیجانات ثانویه؛ تمایلات رفتاری و کارهای انجام‌شده.

۷- تغییر: تغییر کمیت و کیفیت یک واکنش هیجانی با کمک یک برنامه ۵ مرحله‌ای تغییر هیجان که بر مبنای الگوی کلی حل مساله شامل الف) مشخص نمودن یک هدف ویژه و واقع‌گرایانه درباره اینکه فرد می‌خواهد چه هیجانی داشته باشد؛ ب) بارش فکری برای یافتن راه‌های احتمالی تغییر دادن پیش‌زمینه‌های هیجانات؛ ج) انتخاب یک راهکار؛ د) طرح‌ریزی یک نقشه ویژه و ه) ارزیابی پیشرفت از جمله تقویت تلاش‌های موفق یا تغییر دادن یک نقشه/هدف در صورت لزوم.

به منظور بررسی اثربخشی مداخله پژوهش حاضر، با استفاده از نرم‌افزار SPSS 23 ابتدا با استفاده از روش مانکوا، تاثیر پیش‌آزمون و تفاوت‌های احتمالی در آن مرحله کنترل شد و سپس از تحلیل واریانس اندازه‌گیری مکرر برای بررسی تفاوت میان پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری گروه‌های آزمایش استفاده شد. پیش از انجام تحلیل مانکوا، پیش‌فرض‌های لازم مانند نرمال بودن توزیع داده‌ها، همسانی ماتریکس کوواریانس و همگنی واریانس متغیرها بررسی شدند.

### یافته‌ها

سن شرکت‌کنندگان بین ۶۵-۵۰ سال بود که اکثر آنها (۷۷/۴۱٪) بین ۵۰-۵۸ سال بودند. علاوه بر این، ۱۱ شرکت‌کننده (۳۵/۴۸٪) مدرک سیکل، ۱۵ نفر (۴۸/۳۸٪) مدرک دیپلم و ۵ نفر (۱۶/۱۲٪) مدرک کارشناسی داشتند.

میانگین نمرات مولفه‌های پرسش‌نامه مهارت‌های تنظیم هیجانی هر دو گروه در مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری در جدول ۱ نشان داده شد. در مرحله پس‌آزمون و پیگیری تفاوت بین دو گروه نسبت به پیش‌آزمون افزایش داشت و معنادار بود ( $p=0/00$ ) و بین گروه‌های آزمایش و کنترل نیز از لحاظ حداقل یکی از متغیرهای وابسته، تفاوت معناداری وجود داشت ( $p=0/00$ ).

با در نظر گرفتن نمرات پیش‌آزمون به عنوان متغیرهای همپراش، تفاوت بین عملکرد دو گروه آزمایش و کنترل در مرحله پیش‌آزمون و پس‌آزمون و در تمامی مولفه‌های پرسش‌نامه مهارت‌های تنظیم هیجانی، مثبت و معنی‌دار بود و توان آماری نیز بیانگر کفایت حجم نمونه بود (جدول ۲). به منظور بررسی استمرار و ثبات تاثیر مداخله در تنظیم هیجانی در جانبازان دچار آسیب نخاعی، نتایج آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر روی نمرات پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری گروه آزمایش نشان داد که در حداقل یکی از متغیرها، تفاوت معناداری وجود داشت ( $p=0/04$ ).

موقعیت‌های هیجانی آشفته به منظور توجه به اهداف والاتر است. نمره برش پرسش‌نامه ۵۴، همسانی درونی نسخه اصلی این پرسش‌نامه ۹۰٪ و پایایی بازآزمایی آن ۷۵٪ است. پایلوت و همسانی درونی نسخه فارسی پرسش‌نامه در پژوهش زبردست و همکاران [32]، انجام شد و آلفای کرونباخ و ضریب پایایی پرسش‌نامه در آن به ترتیب ۸۶٪ و ۸۸٪ بود.

پس از اخذ مصوبه لازم از سوی کمیته اخلاق در پژوهش بنیاد شهید و امور ایثارگران، با در نظر گرفتن ملاحظات اخلاقی پژوهش، مداخله در ۴ مرکز توان‌بخشی وابسته به بنیاد شهید و امور ایثارگران واقع در استان اصفهان که عبارت‌اند از: بیمارستان تخصصی و توان‌بخشی شهید رجایی گلدشت، مرکز توان‌بخشی شهید مطهری اصفهان، مرکز توان‌بخشی امام حسین<sup>(ع)</sup> خمینی‌شهر و مرکز توان‌بخشی خاتم‌الانبیاء<sup>(ص)</sup> کاشان روی جانبازان گروه آزمایش، در ۷ جلسه یک‌ساعته به صورت گروه‌های مجزا انجام شد. پس از پایان مداخله، پس‌آزمون گرفته شد و پیگیری نیز بعد از یک ماه بعد از پس‌آزمون انجام شد. لازم به ذکر است که پس از پایان پیگیری، گروه کنترل نیز تحت مداخله تنظیم هیجانی قرار گرفتند. به منظور مداخله در مولفه تنظیم هیجانی در جانبازان دچار آسیب نخاعی، از روش آموزش یکپارچه شایستگی هیجانی ارائه شده توسط برکینگ و همکاران [33]، استفاده شد. برای تعیین روایی آن با چند تن از اساتید صاحب نظر در زمینه آموزش تنظیم هیجانی مشورت شد و مورد تایید آنها قرار گرفت و چک‌لیستی از اهداف هر جلسه طراحی شد و در انتهای هر جلسه، فرآیند اجرای مداخله بررسی شد. شیوه مداخله در این پژوهش به شرح ذیل بود:

۱- آموزش روانی: الف) معرفی ریشه‌های بیولوژیکی و روانی، کارکردها، سازوکارها و خطرات و مزایای احتمالی واکنش‌های هیجانی؛ ب) استخراج مهارت‌های پایه عصب روان‌شناختی و ج) بیان اهمیت تمرین منظم.

۲- تن‌آرامی عضلانی و آرام‌سازی تنفسی: معرفی تن‌آرامی تدریجی عضلانی و با زدم آرام به منظور کاهش برانگیختگی روانی-فیزیولوژیک

۳- عدم پیش‌داوری آگاهانه: آگاهی از هیجانات و عوامل برانگیزاننده آنها (حواس جسمی، شناخت‌ها و تکانه‌ها) و همچنین نام‌گذاری هیجانات بدون تسلیم شدن در برابر تمایل برای بروز واکنش‌های مبتنی بر هیجانات.

۴- پذیرش و تحمل: الف) تلقی پذیرش به عنوان یک هدف؛ ب) ارائه توجیهی برای این هدف؛ ج) در نظر گرفتن هیجانات به عنوان عوامل کمک‌کننده برای انتقال پیام‌های مهم و القاکننده انجام اقدامات سودمند؛ د) آگاهی از قابلیت خود در تحمل هیجانات منفی و ه) پی‌ریدن به اینکه هیجانات پایدار نیستند.

۵- خودحمایتی کارآمد: الف) مجسم‌نمودن خود در یک شرایط پریشان‌کننده؛ ب) فعال‌سازی یک ذهنیت همدلانه نسبت به خود و ج) قوت قلب دادن، تشویق نمودن و آرام‌سازی خود در یک صحنه خیالی.

ادامه جدول ۲) نتایج تحلیل کواریانس تفاوت نمرات پس‌آزمون و پیگیری مولفه‌ها و نمره کل تنظیم هیجانی

متغیر	مجموع مجزورات	df	میانگین مجزورات	F	p-value	اندازه اثر آماری
<b>تعدیل هیجان‌های منفی</b>						
پس‌آزمون	۳۴/۷۳	۱	۳۴/۷۳	۱۱/۱۳	۰/۰۰	۰/۲۹
پیگیری	۳۰/۴۳	۱	۳۰/۴۳	۱۰/۹۲	۰/۰۰	۰/۲۸
<b>پذیرش هیجانی</b>						
پس‌آزمون	۲۳/۳	۱	۲۳/۳	۱۱/۴۳	۰/۰۰	۰/۲۹
پیگیری	۱۸/۳۷	۱	۱۸/۳۷	۹/۰۵	۰/۰۰	۰/۲۵
<b>انعطاف‌پذیری و تحمل هیجان‌های منفی</b>						
پس‌آزمون	۲۷/۴۲	۱	۲۷/۴۲	۱۶/۶۶	۰/۰۰	۰/۳۸
پیگیری	۲۹/۶۴	۱	۲۹/۶۴	۲۳/۶۶	۰/۰۰	۰/۴۶
<b>روبروشدن با موقعیت‌های هیجانی</b>						
پس‌آزمون	۲۶/۶۰	۱	۲۶/۶۰	۱۶/۷۵	۰/۰۰	۰/۳۸
پیگیری	۳۸/۷۲	۱	۳۸/۷۲	۱۸/۶۹	۰/۰۰	۰/۴
<b>نمره کل تنظیم هیجانی</b>						
پس‌آزمون	۲۱۹۷/۱۶	۱	۲۱۹۷/۱۶	۱۶۸/۳۷	۰/۰۰	۰/۸۶
پیگیری	۲۲۳۸/۵۶	۱	۲۲۳۸/۵۶	۱۵۴/۲۵	۰/۰۰	۰/۸۵

در همه مولفه‌های پرسش‌نامه مهارت‌های تنظیم هیجانی، تفاوت میان نمرات پیش‌آزمون و پس‌آزمون معنادار بود ( $p \leq 0/05$ ) که این یافته بیانگر اثربخشی مداخله تنظیم هیجانی بر بهبود مهارت خودتنظیمی هیجانی جانبازان دچار آسیب نخاعی بود؛ در حالی که تفاوت معناداری میان نمره پس‌آزمون و پیگیری مشاهده نشد ( $p \geq 0/05$ ) و این نتیجه، بیانگر استمرار و ثبات مداخله تا مرحله پیگیری بود (جدول ۳).

جدول ۳) نتایج مقایسه‌های جفتی مولفه‌ها و نمره کل تنظیم هیجانی در گروه آزمایش و کنترل

گروه	مراحل	خطای استاندارد	سطح معنی‌داری
<b>پردازش هوشیار هیجان‌ها و آگاهی به آنها</b>			
پس‌آزمون-پیش‌آزمون	پس‌آزمون-پیگیری	۲/۵۶±۰/۲۵	۰/۰۰
پس‌آزمون-پیگیری	پس‌آزمون-پیگیری	۰/۲۵±۰/۱۴	۱
پس‌آزمون-پیش‌آزمون	پس‌آزمون-پیش‌آزمون	۰/۲±۰/۱۷	۰/۲۷
پس‌آزمون-پیگیری	پس‌آزمون-پیگیری	۰/۱۳±۰/۷۱	۰/۸۵
<b>شناسایی و نام‌گذاری صحیح هیجان‌ها</b>			
پس‌آزمون-پیش‌آزمون	پس‌آزمون-پیگیری	۱/۸۷±۰/۲	۰/۰۰
پس‌آزمون-پیگیری	پس‌آزمون-پیگیری	۰/۰۶±۰/۰۶	۱
پس‌آزمون-پیش‌آزمون	پس‌آزمون-پیش‌آزمون	۰/۰۶±۰/۱۸	۰/۷۱
پس‌آزمون-پیگیری	پس‌آزمون-پیگیری	۰/۳۳±۰/۴۷	۰/۴۹
<b>تفسیر صحیح هیجان‌ها بر پایه احساسات جسمانی</b>			
پس‌آزمون-پیش‌آزمون	پس‌آزمون-پیگیری	۲/۰۶±۰/۲۶	۰/۰۰
پس‌آزمون-پیگیری	پس‌آزمون-پیگیری	۰/۰۶±۰/۱۱	۱
پس‌آزمون-پیش‌آزمون	پس‌آزمون-پیش‌آزمون	۰/۰۶±۰/۲۴	۰/۷۹
پس‌آزمون-پیگیری	پس‌آزمون-پیگیری	۰/۵۳±۰/۴	۰/۲
<b>درک صحیح از افزایش شدت هیجان‌ها</b>			
پس‌آزمون-پیش‌آزمون	پس‌آزمون-پیگیری	۱/۸۱±۰/۱۸	۰/۰۰
پس‌آزمون-پیگیری	پس‌آزمون-پیگیری	۰/۱۸±۰/۱۳	۱
پس‌آزمون-پیش‌آزمون	پس‌آزمون-پیش‌آزمون	۰/۲±۰/۱۴	۰/۱۸
پس‌آزمون-پیگیری	پس‌آزمون-پیگیری	۰/۲±۰/۴۴	۰/۶۶

جدول ۱) نتایج میانگین نمرات مولفه‌های پرسش‌نامه مهارت‌های تنظیم هیجانی در مراحل پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری گروه‌های آزمایش و کنترل

گروه	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	پیگیری
<b>پردازش هوشیار هیجان‌ها و آگاهی به آنها</b>			
آزمایش	۳/۰±۱/۷۳	۵/۶۲±۲/۱۵	۵/۳۷±۱/۹۶
کنترل	۳/۲±۱/۷۸	۳/۴±۱/۳۵	۳/۲۶±۱/۵۷
<b>شناسایی و نام‌گذاری صحیح هیجان‌ها</b>			
آزمایش	۳/۳۷±۱/۶۲	۵/۲۵±۱/۸۴	۵/۱۸±۱/۸۶
کنترل	۲/۸۶±۱/۴۵	۲/۹۳±۱/۳۳	۳/۰±۱/۳۶
<b>تفسیر صحیح هیجان‌ها بر پایه احساسات جسمانی</b>			
آزمایش	۳/۰±۱/۴۳	۵/۱۲±۱/۹۶	۵/۰۶±۱/۹۴
کنترل	۳/۶۶±۱/۲۳	۳/۷۳±۱/۰۳	۳/۰±۱/۱۹
<b>درک صحیح از افزایش شدت هیجان‌ها</b>			
آزمایش	۳/۳۷±۱/۷	۵/۱۸±۱/۹۷	۵/۰±۲/۰۰
کنترل	۳/۴±۱/۴۰	۳/۴±۱/۵۶	۳/۶±۱/۰۵
<b>خویشتن‌داری در موقعیت‌های آشفته هیجانی</b>			
آزمایش	۳/۵±۱/۶۳	۵/۰±۱/۹۸	۵/۱۲±۲/۰۶
کنترل	۳/۲±۱/۴۳	۳/۰±۱/۳۸	۳/۴±۱/۳۵
<b>تعدیل هیجان‌های منفی</b>			
آزمایش	۳/۵۶±۱/۷۱	۵/۳۷±۱/۹۲	۵/۳۱±۲/۰۲
کنترل	۳/۴±۱/۵۹	۳/۲۶±۱/۶۶	۳/۳۳±۱/۲۳
<b>پذیرش هیجانی</b>			
آزمایش	۳/۱۲±۱/۷۰	۴/۸۷±۱/۵۰	۴/۷۵±۱/۲۹
کنترل	۳/۰±۱/۴۳	۳/۱۳±۱/۳۵	۳/۲±۱/۵۶
<b>انعطاف‌پذیری و تحمل هیجان‌های منفی</b>			
آزمایش	۳/۳۷±۱/۱۴	۴/۸۷±۱/۵۰	۴/۹۳±۱/۴۳
کنترل	۳/۰±۱/۲۲	۳/۰±۱/۰۰	۳/۰±۱/۰۰
<b>روبروشدن با موقعیت‌های هیجانی</b>			
آزمایش	۳/۵±۱/۷۱	۵/۰±۱/۶۱	۵/۱۸±۱/۷۵
کنترل	۳/۳۳±۱/۳۹	۳/۲±۱/۲۶	۲/۹۳±۱/۳۸
<b>نمره کل تنظیم هیجانی</b>			
آزمایش	۳۰/۵۶±۴/۶۳	۴۶/۴۳±۵/۴۵	۴۵/۸۷±۵/۸۰
کنترل	۲۹/۸±۴/۲۲	۲۹/۶±۳/۸۱	۲۸/۸۶±۳/۳۵

جدول ۲) نتایج تحلیل کواریانس تفاوت نمرات پس‌آزمون و پیگیری مولفه‌ها و نمره کل تنظیم هیجانی

متغیر	مجموع مجزورات	df	میانگین مجزورات	F	p-value	اندازه اثر آماری
<b>پردازش هوشیار هیجان‌ها و آگاهی به آنها</b>						
پس‌آزمون	۳۸/۶۲	۱	۳۸/۶۲	۱۱/۴۹	۰/۰۰	۰/۲۹
پیگیری	۳۴/۵۶	۱	۳۴/۵۶	۱۰/۶۵	۰/۰۰	۰/۲۸
<b>شناسایی و نام‌گذاری صحیح هیجان‌ها</b>						
پس‌آزمون	۴۱/۶۶	۱	۴۱/۶۶	۱۵/۶۵	۰/۰۰	۰/۳۶
پیگیری	۳۷/۲۱	۱	۳۷/۲۱	۱۳/۹۶	۰/۰۰	۰/۳۴
<b>تفسیر صحیح هیجان‌ها بر پایه احساسات جسمانی</b>						
پس‌آزمون	۱۵/۰۸	۱	۱۵/۰۸	۶/۱۸	۰/۰۱	۰/۱۸
پیگیری	۳۳/۰۳	۱	۳۳/۰۳	۱۲/۳۹	۰/۰۰	۰/۳۱
<b>درک صحیح از افزایش شدت هیجان‌ها</b>						
پس‌آزمون	۳۰/۴۶	۱	۳۰/۴۶	۹/۰۶	۰/۰۰	۰/۲۵
پیگیری	۱۴/۹۳	۱	۱۴/۹۳	۵/۴۹	۰/۰۲	۰/۱۶
<b>خویشتن‌داری در موقعیت‌های آشفته هیجانی</b>						
پس‌آزمون	۳۰/۹	۱	۳۰/۹	۱۰/۳	۰/۰۰	۰/۲۷
پیگیری	۲۱/۳۱	۱	۲۱/۳۱	۷	۰/۰۱	۰/۲

ادامه جدول ۳) نتایج مقایسه‌های جفتی مولفه‌ها و نمره کل تنظیم هیجانی در گروه آزمایش و کنترل

گروه	مراحل	خطای استاندارد	سطح معنی‌داری
<b>خویشن‌داری در موقعیت‌های آشفته هیجانی</b>			
آزمایش	پس‌آزمون-پیش‌آزمون	۱/۵۶±۰/۲۵	۰/۰۰
	پس‌آزمون-پیگیری	-۰/۰۶±۰/۰۶	۱
کنترل	پس‌آزمون-پیش‌آزمون	۰/۲±۰/۰۱	۰/۰۸
	پس‌آزمون-پیگیری	۰/۴±۰/۰۳	۰/۲۱
<b>تعدیل هیجان‌های منفی</b>			
آزمایش	پس‌آزمون-پیش‌آزمون	۱/۸۱±۰/۱۶	۰/۰۰
	پس‌آزمون-پیگیری	۰/۰۶±۰/۰۴۴	۱
کنترل	پس‌آزمون-پیش‌آزمون	۰/۱۳±۰/۰۲۷	۰/۶۳
	پس‌آزمون-پیگیری	۰/۰۶±۰/۰۲۴	۰/۷۹
<b>پذیرش هیجانی</b>			
آزمایش	پس‌آزمون-پیش‌آزمون	۱/۷۵±۰/۲۱	۰/۰۰
	پس‌آزمون-پیگیری	۰/۱۲±۰/۰۱۲	۱
کنترل	پس‌آزمون-پیش‌آزمون	۰/۰۶±۰/۰۱۵	۰/۶۷
	پس‌آزمون-پیگیری	۰/۰۶±۰/۰۲۸	۰/۸۱
<b>انعطاف‌پذیری و تحمل هیجان‌های منفی</b>			
آزمایش	پس‌آزمون-پیش‌آزمون	۱/۵±۰/۰۲۲	۰/۰۰
	پس‌آزمون-پیگیری	-۰/۰۶±۰/۰۰۶	۱
کنترل	پس‌آزمون-پیش‌آزمون	۰/۰۶±۰/۰۱۸	۰/۷۱
	پس‌آزمون-پیگیری	۰/۰۰±۰/۰۲۳	۱
<b>روبروشدن با موقعیت‌های هیجانی</b>			
آزمایش	پس‌آزمون-پیش‌آزمون	۱/۵۶±۰/۰۲۸	۰/۰۳
	پس‌آزمون-پیگیری	-۰/۱۲±۰/۰۰۸	۱
کنترل	پس‌آزمون-پیش‌آزمون	۰/۱۳±۰/۰۱۶	۰/۴۳
	پس‌آزمون-پیگیری	۰/۲۶±۰/۰۱۸	۰/۱۶
<b>نمره کل تنظیم هیجانی</b>			
آزمایش	پس‌آزمون-پیش‌آزمون	۱۵/۸۷±۱/۲	۰/۰۰
	پس‌آزمون-پیگیری	۰/۵۶±۰/۰۳۶	۱
کنترل	پس‌آزمون-پیش‌آزمون	۰/۲±۰/۰۳۴	۰/۵۶
	پس‌آزمون-پیگیری	۰/۷۳±۰/۰۰۷	۰/۳۱

## بحث

مداخله شایستگی هیجانی برکینگ، برای نخستین بار در جامعه ایرانی و برای جانبازان دچار آسیب نخاعی به‌کاربرده شد. این مداخله موجب بهبود خودتنظیمی هیجانی در جانبازان مرد دچار آسیب نخاعی استان اصفهان شد. بالکو و همکاران<sup>[34]</sup> بیان می‌دارند سطوح بالاتر پریشانی در افراد دچار آسیب نخاعی به‌دلیل افکار بیهوده، ابرازگری هیجانی و خودسرزنشگری بیشتر است؛ بنابراین مداخله موثر در ساختار خودتنظیمی هیجانی در افراد دچار آسیب نخاعی می‌تواند به مدیریت بهتر این هیجان‌ات منجر شود.

هرچند پژوهش‌های مشابه دیگری در حوزه آسیب نخاعی یافت نشد، اما یافته‌های پژوهش کنونی می‌تواند از نظر پرداختن به ابعاد گوناگون هیجان‌ها در افراد دچار آسیب نخاعی هم‌راستا با پژوهش‌های کریگ و همکاران<sup>[5]</sup>، پولارد و کندلی<sup>[21]</sup>، نورس<sup>[26]</sup>، هو و کلینگینا<sup>[27]</sup>، کینگ و کندلی<sup>[28]</sup>، دچنییک و همکاران<sup>[29]</sup> و کندلی و همکاران<sup>[30]</sup> باشد.

آسیب نخاعی موجب پیامدهای منفی فراوانی برای فرد می‌شود و می‌تواند یک عامل خطرناک برای بروز اختلالات جسمی و روان‌شناختی در او باشد. پیامدهای منفی آسیب نخاعی ممکن است منجر به حس تردید و شرمساری در فرد آسیب‌دیده شود؛ زیرا برای مراقبت‌های جسمی به‌طور چشمگیری دیگران وابسته می‌شود. اختلالات جسمی بر رابطه فرد با اطرافیان تأثیر می‌گذارد؛ زیرا روابط اولیه تغییر می‌کند. اطرافیان باید در انجام کارهای روزمره مانند لباس پوشیدن و حمام‌کردن به او کمک کنند که در نتیجه فشار روانی بیشتری بر رابطه بین فردی آنها وارد می‌شود و بنابراین هر دو طرف نیاز دارند که مهارت تنظیم هیجانی و سازش را فراگیرند تا موفقیت بیشتری در سازگاری مناسب با این آسیب و سختی‌های پیش رو داشته باشند.

از جمله محدودیت‌های این پژوهش، می‌توان به تک‌جنسیتی بودن شرکت‌کنندگان در پژوهش اشاره نمود. همچنین پژوهش حاضر تأثیر مداخلات را در کوتاه‌مدت بررسی کرد. مورد دیگر اینکه در انجام پژوهش با به‌کارگیری ابزارهای خودگزارشی در قیاس با محیط آزمایشگاهی، متغیرهای کنترل‌نشده زیادی وجود دارند و این پژوهش با وجود هم‌تاسازی آزمودنی‌ها در برخی متغیرها، امکان کنترل کامل را نداشت. شرکت‌کنندگان پژوهش کنونی را افرادی تشکیل می‌دادند (جانبازان جنگ) که در فاز مزمن آسیب نخاعی بودند یا به‌عبارت دیگر، بیش از ۳۰ سال از وقوع آسیب نخاعی در آنها گذشته بود، بنابراین خودتنظیمی هیجانی آنها ممکن است، متفاوت از کسانی باشد که به‌تازگی به این آسیب دچار شده‌اند.

پیشنهاد می‌شود این پژوهش روی جانبازان دچار آسیب نخاعی سایر استان‌های کشور و همچنین روی زنان دچار آسیب نخاعی و در گروه‌های سنی دیگر نیز اجرا شود. همچنین با توجه به اهمیت خانواده در تنظیم هیجانی بیماران دچار آسیب نخاعی، توصیه می‌شود تا پژوهشگران و درمانگران، در کنار آموزش به افراد دچار آسیب نخاعی، مداخلات و آموزش‌هایی را نیز برای خانواده‌های آنها فراهم کنند. علاوه بر این، توصیه می‌شود تا این مداخله در دوره‌های طولانی‌تری بررسی شوند تا از اثربخشی طولانی‌مدت آنها نیز اطمینان حاصل شود و نیاز است در پژوهش‌های آینده، جمعیت بیشتری حتی از میان بیماران دچار ناتوانی‌های جسمی دیگر بررسی شوند تا در نهایت بتوان این مداخله را به‌عنوان یک مداخله کارآمد برای بهبود خودتنظیمی هیجانی افراد دچار ناتوانی در ایران استفاده نمود.

## نتیجه‌گیری

مداخله شایستگی هیجانی برکینگ، می‌تواند مداخله‌ای اثربخش در بهبود خودتنظیمی هیجانی جانبازان دچار آسیب نخاعی باشد.

**تشکر و قدردانی:** نویسندگان مراتب سپاسگزاری خود را از تمامی جانبازان شرکت‌کننده در پژوهش و کمیته اخلاق در پژوهش بنیاد شهید و امور ایثارگران اعلام می‌دارند.

**تأییدیه اخلاقی:** کد اخلاق از سوی کمیته اخلاق در پژوهش بنیاد شهید و امور ایثارگران به شماره شناسه IR.ISAAR.REC.1398.007 بود.

16- Roseman IJ, Spindel MS, Jose PE. Appraisals of emotion-eliciting events: Testing a theory of discrete emotions. *J Pers Soc Psychol.* 1990;59(5):899-915.

17- Niven K, Garcia D, van der Löwe I, Holman D, Mansell W. Becoming popular: Interpersonal emotion regulation predicts relationship formation in real life social networks. *Front Psychol.* 2015;6:1452-63.

18- Underwood, M.K. Top ten pressing questions about the development of emotion regulation. *Motiv Emot.* 1997;21:127-46.

19- Tsai W, Lu Q. Culture, emotion suppression and disclosure, and health. *Soc Personal Psychol Compass.* 2018;12(3):e12373.

20- Craig A, Tran Y, Middleton J. Psychological morbidity and spinal cord injury: A systematic review. *Spinal Cord.* 2009;47(2):108-14.

21- Pollard C, Kennedy P. A longitudinal analysis of emotional impact, coping strategies and post-traumatic psychological growth following spinal cord injury: A 10-year review. *Br J Health Psychol.* 2007;12(Pt 3):347-62.

22- Kennedy P, Evans M, Sandhu N. Psychological adjustment to spinal cord injury: The contribution of coping, hope and cognitive appraisals. *Psychol Health Med.* 2009;14(1):17-33.

23- Dickson A, O'Brien G, Ward R, Flowers P, Allan D, O'Carroll R. Adjustment and coping in spousal caregivers following a traumatic spinal cord injury: An interpretative phenomenological analysis. *J Health Psychol.* 2012;17(2):247-57.

24- Fronek P, Kendall M, Booth S, Eugarde E, Geraghty T. A longitudinal study of sexuality training for the interdisciplinary rehabilitation team. *Sex Disabil.* 2011;29:87-100.

25- Nicotra A, Critchley HD, Mathias CJ, Dolan RJ. Emotional and autonomic consequences of spinal cord injury explored using functional brain imaging. *Brain.* 2006;129(3):718-28.

26- North NT. The psychological effects of spinal cord injury: A review. *Spinal Cord.* 1999;37(10):671-9.

27- Hough S, Kleinginna C. Individualizing relaxation training in spinal cord injury: Importance of injury level and person factors. *Rehabil Psychol.* 2002;47(4):415-25.

28- King C, Kennedy P. Coping effectiveness training for people with spinal cord injury: Preliminary results of a controlled trial. *Br J Clin Psychol.* 1999;38(1):5-14.

29- Duchnick JJ, Letsch EA, Curtiss G. Coping effectiveness training during acute rehabilitation of spinal cord injury/dysfunction: A randomized clinical trial. *Rehab Psychol.* 2009;54(2):123-32.

30- Kennedy P, Duff J, Evans M, Beedie A. Coping effectiveness training reduces depression and anxiety following traumatic spinal cord injuries. *Br J Clin Psychol.* 2003;42(Pt 1):41-52.

31- Berking M, Znoj H. Development and validation of a self-report measure for the assessment of emotion-regulation skills. *Zeitschrift für Psychiatrie Psychol Psychotherap.* 2008;56(2):141-53. [German]

32- Zebardast A, Besharat M, Bahrami Ahsan H. Compare the efficacy of interpersonal therapy and emotional management on weight loss in obese and overweight women. *Health Psychol.* 2015;4(15):49-74. [Persian]

33- Berking M, Wupperman P, Reichardt A, Pejic T, Dippel A, Znoj H. Emotion-regulation skills as a treatment target in psychotherapy. *Behav Res Ther.* 2008;46(11):1230-7.

34- Buckelew SP, Baumstark KE, Frank RG, Hewett JE. Adjustment following spinal cord injury. *Rehab Psychol.* 1990;35(2):101-9.

**تعارض منافع:** این پژوهش برگرفته از رساله دکتری نویسنده اول مقاله است.

**سهم نویسندگان:** محمدرضا عابد (نویسنده اول)، نگارنده مقدمه/پژوهشگر اصلی (۴۰٪)؛ زهره رئیسی (نویسنده دوم)، روش‌شناس/نگارنده بحث (۲۰٪)؛ حسن رضایی جمالویی (نویسنده سوم)، روش‌شناس (۲۰٪)؛ مجتبی انصاری شهیدی (نویسنده چهارم)، نگارنده مقدمه/روش‌شناس (۲۰٪).

**منابع مالی:** هزینه‌ها توسط اداره بنیاد شهید و امور ایثارگران استان اصفهان تأمین شده است.

## منابع

1- Azad-Marzabadi E, Moqtadaee K, Arya-Pouran S. The effectiveness of mindfulness training on psychological symptoms of veterans with post-traumatic stress disorder. *J Behav Sci.* 2013;7(1):67-74. [Persian]

2- Anderson TP, Andberg MM. Psychosocial factors associated with pressure sores. *Arch Phys Med Rehabil.* 1979;60(8):341-6.

3- Singh R, Dhankar SS, Rohilla R. Quality of life of people with spinal cord injury in Northern India. *Int J Rehabil Res.* 2008;31(3):247-51.

4- Migliorini CE, Elfström ML, Tonge BJ. Translation and Australian validation of the spinal cord lesion-related coping strategies and emotional wellbeing questionnaires. *Spinal Cord.* 2008;46(10):690-5.

5- Craig A, Perry KN, Guest R, Tran Y, Dezarnaulds A, Hales A, et al. Prospective study of the occurrence of psychological disorders and comorbidities after spinal cord injury. *Arch Phys Med Rehabil.* 2015;96(8):1426-34.

6- Lee TT, Green BA. Advances in the management of acute spinal cord injury. *Orthop Clin North Am.* 2002;33(2):311-5.

7- Shroff FM, Sahota IS. Holistic health and people with spinal cord injuries: Results of a pilot study With Canadian rehabilitation health care providers. *Home Health Care Manag Pract.* 2013;25(2):64-72.

8- Martz E, Livneh H, Priebe M, Wuermser LA, Ottomanelli L. Predictors of psychosocial adaptation among people with spinal cord injury or disorder. *Arch Phys Med Rehabil.* 2005;86(6):1182-92.

9- Marks D. Dimensions of oppression: Theorising the embodied subject. *Disabil Soc.* 1999;14(5):611-26.

10- Szekely RD, Miu AC. Incidental emotions in moral dilemmas: The influence of emotion regulation. *Cogn Emot.* 2015; 29(1):64-75.

11- Hopwood CJ, Schade N, Matusiewicz A, Daughters SB, Lejuez CW. Emotion regulation promotes persistence in a residential substance abuse treatment. *Subst Use Misuse.* 2015;50(2):251-6.

12- Veilleux JC, Salomaa AC, Shaver JA, Zielinski MJ, Pollert GA. Multidimensional assessment of beliefs about emotion: Development and validation of the emotion and regulation beliefs scale. *Assessment.* 2015;22(1):86-100.

13- Hayes SC, Wilson KG, Gifford EV, Follette VM, Strosahl K. Experiential avoidance and behavioral disorders: A functional dimensional approach to diagnosis and treatment. *J Consult Clin Psychol.* 1996;64(6):1152-68.

14- Gross JJ. Antecedent-and response-focused emotion regulation: Divergent consequences for experience, expression, and physiology. *J Pers Soc Psycho.* 1998;74(1):224-37.

15- Beedie C, Terry P, Lane A. Distinctions between emotion and mood. *Cogn Emot.* 2005;19(6):847-78.