

Investigating the Impact of Resilience Training on Social Adjustment and Emotional Self-Regulation in Veterans with Psychological Disorders

Amir Khakzadi¹, Mozhgan Moshtagh², Ali Meshkin Yazd³, Ali Akbari⁴, Simin Sharafi^{1*}

¹ Nursing and Midwifery School, Birjand University of Medical Sciences, Birjand, Iran

² Social Determinants of Health Research Center, Birjand University of Medical Sciences, Birjand, Iran

³ Nursing and Midwifery School, Mashhad University of Medical Sciences, Mashhad, Iran

⁴ Ebne-sina Hospital, Mashhad University of Medical Sciences, Mashhad, Iran

Received: 22 June 2025 Accepted: 22 October 2025

Abstract

Background and Aim: Resilience training, as an effective psychological intervention, can enhance coping mechanisms such as social adjustment and emotional self-regulation in veterans with psychological disorders. This study was designed and conducted to examine the impact of this training on improving the psychosocial capabilities of this vulnerable group.

Methods: This quasi-experimental study employed a pretest-posttest design with a control group. The statistical population consisted of veterans with psychological disorders covered by the Martyrs and Veterans Affairs Foundation in 2024. Among them, 40 individuals were selected through purposive sampling and randomly assigned to either the experimental group (n = 20) or the control group (n = 20). The experimental group underwent eight 90-minute resilience training sessions, while the control group received no intervention. One month after the training sessions, participants from both groups were reassessed. Research tools included Bell's Social Adjustment Questionnaire and Gross and John's (2003) Emotional Self-Regulation Questionnaire. Data were analyzed using SPSS version 26.

Results: The findings indicated that resilience training significantly improved social adjustment ($P < 0.001$) and enhanced emotional self-regulation ($P = 0.004$) in the intervention group compared to the control group. The results of the analysis of covariance showed that the intervention was effective regardless of the pre-test score.

Conclusion: These results suggest that resilience training can be used as an effective intervention to enhance the psychosocial abilities of veterans with psychological disorders. Given the high prevalence of emotional and social problems in this group of veterans, implementing resilience training programs in treatment and rehabilitation centers is recommended.

Keywords: Resilience, Adaptation, Emotional Self-Regulation, Veterans, Post-Traumatic Stress Disorder.

بررسی تاثیر آموزش تاب‌آوری بر سازگاری اجتماعی و خودتنظیمی هیجانی در جانبازان اعصاب و روان

امیر خاکزادی^۱، مژگان مشتاق^۲، علی مشکین یزد^۳، علی اکبری^۴، سیمین شرفی^{۱*}

^۱ دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی بیرجند، بیرجند، ایران

^۲ مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت، دانشگاه علوم پزشکی بیرجند، بیرجند، ایران

^۳ دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران

^۴ بیمارستان ابن سینا، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران

چکیده

زمینه و هدف: آموزش تاب‌آوری به عنوان یک مداخله روانشناختی مؤثر می‌تواند مکانیسم‌های مقابله‌ای مانند سازگاری اجتماعی و خودتنظیمی هیجانی را در جانبازان اعصاب و روان ارتقا دهد. این مطالعه با هدف بررسی تأثیر این آموزش بر ارتقای توانمندی‌های روانی-اجتماعی این گروه آسیب‌پذیر طراحی و اجرا شد.

روش‌ها: این پژوهش شبه تجربی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون و گروه کنترل انجام شد. جامعه آماری مطالعه، جانبازان اعصاب و روان تحت پوشش بنیاد شهید و امور ایثارگران در سال ۱۴۰۴ بودند که از میان آن‌ها ۴۰ نفر به روش نمونه‌گیری هدفمند انتخاب و به صورت تصادفی در گروه آزمایش (۲۰ نفر) و کنترل (۲۰ نفر) قرار گرفتند. گروه آزمایش طی ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای تحت آموزش تاب‌آوری قرار گرفت، در حالی که گروه کنترل، مداخله‌ای دریافت نکرد. یک ماه پس از پایان جلسات آموزشی، شرکت‌کنندگان هر دو گروه، مجدداً مورد ارزیابی قرار گرفتند. ابزارهای پژوهش شامل پرسشنامه سازگاری اجتماعی Bell و خودتنظیمی هیجانی Gross and John (۲۰۰۳) بود. داده‌ها توسط نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۶ تجزیه و تحلیل شد.

یافته‌ها: یافته‌های مطالعه نشان داد که آموزش تاب‌آوری به طور معناداری منجر به بهبود سازگاری اجتماعی ($P < 0.001$) و افزایش خودتنظیمی هیجانی ($P = 0.004$) در گروه مداخله نسبت به گروه کنترل شده است. نتایج تحلیل کوواریانس است نشان داد که مداخله انجام شده بدون توجه به نمره پیش‌آزمون، مؤثر بوده است.

نتیجه‌گیری: این نتایج حاکی از آن است که آموزش تاب‌آوری می‌تواند به عنوان یک مداخله مؤثر در ارتقای توانایی‌های روانی-اجتماعی جانبازان اعصاب و روان مورد استفاده قرار گیرد. با توجه به شیوع بالای مشکلات هیجانی و اجتماعی در این گروه از جانبازان، اجرای برنامه‌های آموزش تاب‌آوری در مراکز درمانی و توانبخشی پیشنهاد می‌شود.

کلیدواژه‌ها: تاب‌آوری، سازگاری، خودتنظیمی هیجانی، جانبازان، اختلال استرس پس از سانحه.

مقدمه

توانایی تنظیم هیجانی پیوند تنگاتنگی دارد (۱۳-۱۵)، به طوری که برخورداری از توانایی‌های خودتنظیمی هیجانی و آموزش این مهارت‌ها معمولاً با افزایش تاب‌آوری و سازگاری اجتماعی همراه هستند (۱۳،۱۶).

طبق این شواهد، افراد تاب‌آور، هیجانات مثبتی مثل قدردانی، علاقه و عشق را بیشتر از هیجانات منفی مثل خشم، ناراحتی و ترس تجربه می‌کنند و در ویژگی‌هایی مثل خوش‌بینی، آسودگی و آرامش رشد بیشتری دارند (۱۷). بر مبنای این شواهد، به نظر می‌رسد آموزش تاب‌آوری بتواند با تأثیرگذاری و افزایش کنترل افراد بر موقعیت‌های استرس‌زا و انعطاف‌پذیری در موقعیت‌های بحرانی زندگی، قدرت تحمل و سازگاری آنان را ارتقا دهد (۱۷).

ظرفیت‌هایی همچون شایستگی‌های اجتماعی، مهارت‌های ارتباطی و حل مسئله، احساس همدردی، کفایت و اعتماد به نفس، همچنین مسئولیت‌پذیری و کنترل خشم زمینه بازگشت به تعادل روانی (پس از شرایط آسیب‌زا) را فراهم می‌کند (۱۸). طبق شواهد موجود، آموزش و مداخلات روان‌شناختی می‌تواند با توسعه این ظرفیت‌ها در تقویت تاب‌آوری مؤثر باشد (۱۸)، بنابراین ممکن است برای جمعیت‌های نیازمند به حمایت‌های روان‌شناختی مانند جانبازان اعصاب و روان، مفید واقع شود.

بر اساس مطالب ذکر شده و یافته‌های مطالعات قبلی، با وجود این که ارتباط بین خودتنظیمی هیجانی و سازگاری اجتماعی با تاب‌آوری در مطالعات مختلف روشن شده ولی نقش مکانیسم‌ها و متغیرهای میانجی و جهت این رابطه در جمعیت‌های بالینی گوناگون هنوز نیاز به بررسی بیشتری دارد. ارزیابی میزان اثربخشی مهارت‌های تاب‌آوری بر هر یک از متغیرهای خودتنظیمی هیجانی و سازگاری اجتماعی در جمعیت خاصی مانند جانبازان اعصاب و روان می‌تواند با نتایج کاربردی و فواید بالینی همراه باشد. ارائه این خدمات ممکن است گام کوچکی در مدیریت مشکلات و کاستن از رنج این قشر فداکار باشد.

با وجود اهمیت این موضوع، اثربخشی مداخلات جامع بر افزایش تاب‌آوری و بهبود خودتنظیمی هیجانی و سازگاری اجتماعی در جانبازان اعصاب و روان، بندرت ارزیابی شده است. نظر به این که بیشتر مطالعات قبلی متمرکز بر جمعیت‌های خاص و نمونه‌های کوچک بوده (۱۱،۱۲،۱۴،۱۹)، ضرورت انجام پژوهش با نمونه‌های متنوع و یک زمینه فرهنگی، اجتماعی متفاوت مانند ایران احساس می‌شود. بنابراین، مطالعه حاضر با هدف بررسی تأثیر آموزش تاب‌آوری بر سازگاری اجتماعی و خودتنظیمی هیجانی در جانبازان اعصاب و روان انجام شد.

روش‌ها

پژوهش حاضر یک مطالعه شبه تجربی با گروه کنترل بود که بر روی جانبازان بستری در بیمارستان روانپزشکی این سینای شهر مشهد در بازه زمانی اردیبهشت تا تیر ماه در سال ۱۴۰۴ اجرا شد.

اختلال استرس پس از سانحه (PTSD) یکی از مهمترین پیامدهای روانی در افراد مواجهه یافته با جنگ است (۱،۲). طبق گزارش برخی یافته‌های پژوهشی، بیش از ۸۰ درصد جانبازان جنگی، علائم ضعیف تا بسیار شدیدی از این اختلال را تجربه می‌کنند (۳). بر اساس طبقه‌بندی DSM-5، این اختلال به دنبال تجربه رویدادهای شدید و تهدیدکننده به وجود می‌آید و با علائمی همچون بازگشت خاطرات تروماتیک، اجتناب از محرک‌های یادآور، تحریک‌پذیری، بیخوابی و اختلال در عملکرد اجتماعی همراه است (۴).

مواجهه با آسیب‌های روانی و جسمی دوران جنگ که یکی از انواع ترومای روانشناختی محسوب می‌شوند، می‌تواند خود تنظیمی هیجانی و سازگاری جانبازان با جامعه را کاهش دهد (۵). خود تنظیمی هیجانی، به معنی مدیریت هیجان‌ها و تکانه‌های روانی و حفظ آرامش ذهنی و جسمی فرد هنگام مواجهه با این شرایط است و در افرادی که از ترومای روانشناختی آسیب دیده‌اند و مبتلا به اختلال استرس پس از سانحه هستند این توانایی تضعیف گردیده یا مختل می‌شود (۶). از آن جایی که راهبردهای خودتنظیمی، به فرایندهای شناختی مؤثر در تنظیم واکنش‌های هیجانی کمک می‌کنند، بنابراین، ضعف یا فقدان این راهبردها می‌تواند احساسات روانشناختی منفی و پیامدهای اجتماعی (اختلال در ارتباطات و عملکرد اجتماعی) را به همراه داشته باشد (۷).

منظور از سازگاری اجتماعی، هماهنگی رفتار برای پاسخ به نیازهای محیطی است که به اصلاح نگرش‌ها، تکانه‌ها و هیجان‌ها احتیاج دارد (۸،۹). مهارت سازگاری اجتماعی، با پیش‌بینی رفتار دیگران به کنترل رفتار و تنظیم تعاملات اجتماعی فرد کمک می‌کند. طبق شواهد موجود، عدم سازگاری اجتماعی، یا اختلال در هماهنگی رفتارها و تعاملات محیطی و بین فردی نیز در میان جانبازان اعصاب و روان شیوع بالایی دارد (۸،۹).

چنین به نظر می‌رسد که برخورداری از این مهارت‌ها برای تعدیل هیجان‌ها و بهبود عملکرد در ارتباطات بین فردی به افزایش تاب‌آوری افراد مؤثر است. بر مبنای تعاریف موجود در متون، تاب‌آوری به معنی توانایی افراد و سیستم‌های اجتماعی (خانواده، جوامع، سازمان‌ها) برای انجام نقش و عملکرد موفقیت‌آمیز، سازگاری و کنار آمدن با انواع مختلف ناملایمات (روانی، اجتماعی، فرهنگی، جسمی) و چالش‌های زندگی فردی و اجتماعی است (۱۰). همچنین به نظر می‌رسد که آموزش مهارت‌های تاب‌آوری، ارتباط مستقیمی با بهبود سازگاری اجتماعی داشته باشد. بنابر گزارش برخی پژوهش‌ها، آموزش تاب‌آوری می‌تواند از طریق تعدیل و کنترل هیجانات، موجب بهبود عملکرد رفتاری و افزایش تعاملات بین فردی و سازگاری اجتماعی در گروه‌های آسیب‌دیده‌ای مانند جانبازان شود (۱۰-۱۲).

تنظیمات هیجانی، یکی از عوامل تسهیل‌کننده سازگاری اجتماعی شناخته می‌شود و شواهد موجود نشان می‌دهد که تاب‌آوری با

(۱۳۹۳)، ضریب آلفای کرونباخ برای خرده مقیاس ارزیابی مجدد شناختی ۰/۷۱ و برای بازداری هیجانی ۰/۸۱ گزارش شده‌اند. در پژوهش منشئی و قمرانی (۱۳۹۸)، ضریب آلفای کرونباخ برای دو خرده مقیاس بازداری هیجانی، ارزیابی مجدد شناختی و نمره کل پرسشنامه به ترتیب ۰/۷۲، ۰/۷۴ و ۰/۷۶ بوده است (۲۱).

پرسشنامه سازگاری اجتماعی، که در سال ۱۹۶۱ توسط Bell تدوین شده دارای ۳۲ سؤال با گزینه‌های بله (نمره ۱) و خیر (نمره ۰) و ۵ بعد یا خرده مقیاس سازگاری در خانه، سازگاری شغلی، سازگاری تندرستی، سازگاری عاطفی و سازگاری اجتماعی می‌باشد و دامنه نمرات برای کل مقیاس از ۰ تا ۳۲ می‌باشد. نمره بالاتر به معنی سازگاری اجتماعی پایین‌تر می‌باشد. Bell ضریب پایایی این ابزار را ۰/۸۸٪ گزارش کرده است. اعتبار این پرسشنامه در ایران توسط دکتر علی دل‌اور (روی جانبازان ورزشکار)، همچنین آقا محمدیان شهرباف (۱۳۷۴) مورد تأیید قرار گرفته (ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۹) است (۲۲).

اجرای مطالعه

بعد از تأیید کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی بیرجند (کد اخلاق IR.BUMS.REC.1403.357) و موافقت بیمارستان ابن سینای مشهد (همکاری با پژوهشگر در بخش جانبازان)، و دریافت رضایت کتبی مشارکت کنندگان، از بین جانبازانی که نمره تاب‌آوری ۵۰ و کمتر داشتند، تعداد ۴۰ نفر به روش در دسترس انتخاب گردیده و با روش تخصیص تصادفی (با استفاده از نرم‌افزار) به دو گروه مداخله و کنترل تقسیم شدند. مشارکت کنندگان وارد شده به مطالعه، پرسشنامه اطلاعات دموگرافیک، خودتنظیمی هیجانی (Gross and John) و پرسشنامه سازگاری اجتماعی (Bell) را تکمیل کردند. سپس گروه مداخله توسط پژوهشگر و روانشناس بالینی بیمارستان، طی ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای مهارت‌های تاب‌آوری را فرا گرفتند. برای گروه کنترل، مراقبت‌های روتین (ویزیت روزانه روانپزشکی، دادن پمفلت و روان‌درمانی و ...) انجام شد. یک ماه پس از پایان جلسات آموزشی، آزمودنی‌های هر دو گروه، مجدداً با ابزارهای پژوهش، مورد ارزیابی قرار گرفتند. مراحل تکمیل پرسشنامه‌ها جهت جلوگیری از سوگیری داده‌ها با همکاری یک کمک پژوهشگر انجام گرفت.

تجزیه و تحلیل آماری داده‌ها

همگنی داده‌ها با استفاده از آزمون شاپیروویک، مشخص گردید و بر اساس نتایج آن از تست‌های پارامتری و ناپارامتری استفاده شد. داده‌ها با آمار توصیفی (فراوانی، میانگین و انحراف معیار) و تحلیلی پارامتری (آزمون تی وابسته و مستقل)، و ناپارامتری (ویلکاکسون و من ویتنی یو) و استفاده از نرم‌افزار آماری SPSS نسخه ۲۶ مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

نتایج

بعد از تعیین همگنی داده‌ها، ویژگی‌های شرکت کنندگان هر

معیارهای ورود، داشتن نمره تاب‌آوری ۵۰ و کمتر، سن ۱۸ تا ۶۵ سال، تشخیص اختلال روانپزشکی PTSD بر اساس نظر روانپزشک، سواد خواندن و نوشتن، توانایی برقراری ارتباط کلامی و مشارکت در فعالیت‌های گروهی، تمایل فرد و خانواده برای شرکت وی در مطالعه و تکمیل فرم رضایت آگاهانه کتبی بود. همچنین نقص در تکمیل پرسشنامه‌ها، ایجاد مشکل در حین برگزاری جلسات، اعزام شدن به سایر بیمارستان‌ها جهت درمان و داشتن بحران عاطفی شدید حین اجرای مطالعه به عنوان معیارهای خروج در نظر گرفته شد. با توجه به میانگین و انحراف معیار گزارش شده در مطالعه بامداد شادی زواره و همکاران (۱۹)، با در نظر گرفتن توان ۰/۹۰ و خطای ۰/۰۵، و احتمال ریزش، حجم نمونه با استفاده از فرمول زیر برای هر گروه ۲۰ نفر تعیین شد.

$$n = \frac{(Z_{(1-\alpha/2)} + Z_{1-\beta})^2 \times [(S_1^2 + S_2^2)]}{(X_1 - X_2)^2}$$

از این‌رو، در مجموع ۴۰ جانباز به شیوه نمونه‌گیری غیرتصادفی انتخاب شدند، سپس با روش تخصیص تصادفی به کمک نرم‌افزار (random allocation) به دو گروه مداخله و کنترل اختصاص یافتند.

ابزار و روش گردآوری داده‌ها

مقیاس تاب‌آوری کانر-دیویدسون (CD-RISC) در سال ۲۰۰۳ و بر مبنای منابع گردآوری شده در حوزه تاب‌آوری بین سال‌های ۱۹۹۱-۱۹۷۹ طراحی شده است. ویژگی‌های روانسنجی این مقیاس در چندین گروه جمعیت عمومی از قبیل مراجعه‌کنندگان به بخش مراقبت‌های اولیه، بیماران سرپایی روانپزشکی، بیماران با مشکل اختلال اضطراب فراگیر، و دو گروه از بیماران مبتلا به اختلال استرس پس از سانحه بررسی شده است. این ابزار دارای پنج بعد شامل هدفمندی، توانایی حل مسئله، سرسختی، اعتماد و خوشبینی می‌باشد، و دارای ۲۵ سؤال و نمره لیکرت چهار نقطه‌ای (صفر: کاملاً نادرست تا چهار: کاملاً درست) است. نمره کلی پرسشنامه حاصل جمع همه سوالات (از ۰ تا ۱۰۰) یعنی امتیاز ۱۰۰ و نقطه برش آن نمره ۵۰ می‌باشد (نمره بالاتر از ۵۰ نشانگر تاب‌آوری بالاتر خواهد بود و بر عکس) (۱۸). در پژوهش بشارت و همکاران (۱۳۸۶)، روایی و پایایی این ابزار تأیید شده است (به نقل از حق رنجبر و همکاران، ۱۳۹۰). در پژوهش حق رنجبر و همکاران (۱۳۹۰) نیز پایایی مطلوبی (ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۴) داشته است (۲۰).

پرسشنامه خودتنظیمی هیجانی که توسط Gross and John در سال ۲۰۰۶ تهیه شده، ۱۰ سوال دارد و دو بعد ارزیابی مجدد شناختی و بازداری هیجانی را اندازه می‌گیرد. پاسخ‌ها در طیف لیکرت هفت درجه‌ای از کاملاً مخالف (نمره یک) تا کاملاً موافق (نمره ۷) نمره‌بندی می‌شود (دامنه ۱۰ تا ۷۰). نمره بالاتر نشان‌دهنده خودتنظیمی هیجانی بالاتر است. در پژوهش سلیمانی و حبیبی

جدول-۱. مقایسه توزیع فراوانی مشخصات جمعیت شناختی در بیماران دو گروه مورد مطالعه

P-value	کنترل		مداخله		گروه	متغیر	
	درصد	تعداد	درصد	تعداد			
۰/۶۴۸	۵۵	۱۱	۶۵	۱۳	آزاد	وضعیت اشتغال	
	۱۰	۲	۱۵	۳	بیکار		
	۱۰	۲	۱۰	۲	کارمند		
	۲۵	۵	۱۰	۲	بازنشسته		
۰/۸۹۶	۵	۱	۵	۱	بی سواد	تحصیلات	
	۶۵	۱۳	۵۰	۱۰	ابتدایی		
	۱۰	۲	۱۵	۳	سیکل		
	۱۵	۳	۲۵	۵	دیپلم		
>۰/۹۹۹	۷۵	۱۵	۸۰	۱۶	متاهل	تاهل	
	۲۵	۵	۲۰	۴	جدا شده به هر علت		
	۰/۱۵۷	۶۰	۱۲	۸۵	۱۷	بلی	سابقه اعتیاد
		۴۰	۸	۱۵	۳	خیر	
۰/۵۲۷	۴۰	۸	۵۵	۱۱	بلی	سابقه درگیری در اجتماع	
	۶۰	۱۲	۴۵	۹	خیر		
۰/۱۹۱	۱۵	۵	۵۰	۱۰	بله	سابقه زندان	
	۸۵	۱۵	۵۰	۱۰	خیر		
۰/۸۷۵	۳۵	۷	۴۰	۸	ضعیف	وضعیت اقتصادی	
	۵۰	۱۰	۵۰	۱۰	متوسط		
	۱۵	۳	۱۰	۲	خوب		
۰/۱۱۲	۰	۰	۰	۰	جسمی	نوع جانبازی	
	۷۰	۱۴	۴۰	۸	روانپزشکی		
	۳۰	۶	۶۰	۱۲	جسمی و روانپزشکی		
۰/۱۳۹	۱۵	۳	۴۵	۹	بدون فعالیت	تعداد دفعات ورزش در هفته	
	۵۵	۱۱	۴۵	۹	یک بار		
	۲۵	۵	۱۰	۲	سه بار		
	۵	۱	۰	۰	بیشتر از سه بار در هفته		
۰/۷۳۱	۴۵	۹	۴۰	۸	ضعیف	نظر فرد در رابطه با حمایت خانواده	
	۴۰	۸	۳۵	۷	متوسط		
	۱۵	۳	۲۵	۵	خوب		

جدول-۲. مقایسه سن، وضعیت درمان و درصد جانبازی بین دو گروه مداخله و کنترل

P-value	کنترل		مداخله		گروه
	Mean ± SD	Mean ± SD	Mean ± SD	Mean ± SD	
۰/۵۰۳ ^a	۵۸/۳۰ ± ۴/۲۵	۵۹/۱۵ ± ۳/۶۷			سن (سال)
۰/۴۹۵ ^b	۹/۵۰ ± ۹/۲۵	۱۱/۱۵ ± ۹/۳۵			سابقه درمان روانپزشکی (سال)
۰/۶۴۰ ^b	۶/۶۰ ± ۶/۹۱	۷/۶۵ ± ۸/۶۷			تعداد دفعات بستری (بار)
۰/۲۲۷ ^b	۱۶/۲۵ ± ۱۸/۰۵	۱۸/۸۵ ± ۱۵/۷۴			درصد جانبازی (درصد)

a: Independent T-test; b: Mann-Whitney U test

بیماران گروه کنترل بعد از مداخله اختلاف آماری معناداری نسبت به قبل آن دارد ($P < 0.001$). در مقایسه درون گروهی نیز، نمره سازگاری اجتماعی هر دو گروه مداخله و کنترل در مرحله بعد از مداخله کاهش معناداری را نسبت به قبل از مداخله نشان داد ($P < 0.001$).

طبق نتایج گزارش شده در جدول ۴، بعد از مداخله، میانگین نمره تنظیم هیجانی در گروه مداخله نسبت به گروه کنترل بالاتر

دو گروه مطالعه مورد مقایسه قرار گرفت. توزیع فراوانی متغیرهای دموگرافیک در گروه مداخله و کنترل، تفاوت آماری معناداری نداشت (جدول ۱).

همان گونه که جدول ۲ نشان می‌دهد، میانگین سن، سابقه درمان روانپزشکی، تعداد دفعات بستری و درصد جانبازی در بیماران دو گروه مداخله و کنترل تفاوت آماری معناداری نداشت ($P > 0.05$). جدول ۳ نشان می‌دهد که میانگین نمره سازگاری اجتماعی

جدول-۳. مقایسه میانگین نمره سازگاری اجتماعی دو گروه، قبل و بعد مداخله

P-value	مقایسه میانگین نمره سازگاری اجتماعی دو گروه، قبل و بعد مداخله		گروه
	قبل از مداخله Mean ± SD	بعد از مداخله Mean ± SD	
^a < .001	۱۷/۸۵ ± ۲/۶۶	۱۱/۸۵ ± ۲/۵۶	مداخله
^a < .001	۲۱/۲۵ ± ۱/۸۳	۱۹/۲۵ ± ۲/۳۸	کنترل
	^b < .001	^b < .001	P-value

a: Paired T-test, b: Independent T-test

جدول-۴. مقایسه میانگین نمره تنظیم هیجانی دو گروه، قبل و بعد مداخله

P-value	مقایسه میانگین نمره تنظیم هیجانی دو گروه، قبل و بعد مداخله		گروه
	قبل از مداخله Mean ± SD	بعد از مداخله Mean ± SD	
^a < .001	۳۴/۶۰ ± ۴/۴۱	۴۱/۲۵ ± ۳/۷۳	مداخله
^b < .001	۳۴/۳۶ ± ۶/۹۴	۳۷/۴۰ ± ۴/۱۹	کنترل
	۰/۵۳۱ ^c	۰/۰۰۴ ^d	P-value

a: Paired T-test; b: Wilcoxon signed-rank test; c: Mann-Whitney U test; d: Independent T-test

اجرای مداخله، با بهبود متغیرهای مورد نظر همراه بوده است. دو جدول ۶ و ۷ ارائه‌دهنده نتایج تحلیل کوواریانس هستند. این یافته‌ها نشان می‌دهد که مداخله انجام شده بدون توجه به نمره پیش آزمون، موثر بوده است (سطح معنی‌داری متغیر گروه در جداول کمتر از یک هزارم است). دلیل انجام این آزمون در پاسخ به تفاوت داشتن معنی‌دار نمرات سازگاری اجتماعی بین دو گروه در مرحله پیش از انجام مداخله بود.

بود ($P = 0.004$). همچنین در مقایسه درون گروهی، نمره تنظیم هیجانی در هر دو گروه مداخله و کنترل، بعد از مداخله نسبت به قبل آن افزایش معناداری را نشان داد ($P < 0.001$). بر مبنای نتایج ارائه شده در جدول ۵، تغییر نمره میانگین سازگاری اجتماعی و تنظیم هیجانی در گروه مداخله نسبت به گروه کنترل اختلاف آماری معناداری دارد ($P < 0.001$). بالاتر بودن نمره تغییرات متغیرهای فوق در گروه مداخله نسبت به گروه کنترل به این معناست که

جدول-۵. مقایسه تغییرات در نمره میانگین سازگاری اجتماعی و تنظیم هیجانی بین دو گروه بعد مداخله

P-value	میانگین تغییرات (Mean ± SD)		گروه
	گروه مداخله	گروه کنترل	
^A < .001	-۶/۰۰ ± ۱/۹۱	-۲/۰۰ ± ۱/۲۵	سازگاری اجتماعی
^B < .001	۶/۶۵ ± ۳/۳۴	۲/۹۴ ± ۵/۷۵	تنظیم هیجانی

A: Independent T-test, B: Mann-Whitney U test

جدول-۶. آزمون اثرات بین گروهی تنظیم هیجانی

منبع تغییرات	مجموع مجذورها	درجه آزادی	میانگین مجذورها	F	P-value	مجذور اتا (اندازه اثر)
مدل اصلاح شده	^a ۶۸۵/۳۹۲	۲	۳۴۲/۶۹۶	۱۳۴/۱۶۵	۰/۰۰۰۱	۰/۸۷۹
مقطع یا عرض از مبدا (intercept)	۰/۲۸۵	۱	۰/۲۸۵	۰/۱۱۲	۰/۷۴۰	۰/۰۰۳
سازگاری اجتماعی قبل مداخله	۱۳۷/۷۹۲	۱	۱۳۷/۷۹۲	۵۳/۹۴۵	۰/۰۰۰۱	۰/۵۹۳
گروه	۱۳۱/۶۹۴	۱	۱۳۱/۶۹۴	۵۱/۵۵۸	۰/۰۰۰۱	۰/۵۸۲
خطا	۹۴/۵۰۸	۳۷	۲/۵۵۴			
کل	۱۰۴۵۲	۴۰				
کل اصلاح شده	۷۷۹/۹۰۰	۳۹				

a: R Squared = .486 (Adjusted R Squared = .457)

جدول-۷. آزمون اثرات بین گروهی سازگاری اجتماعی

منبع تغییرات	مجموع مجذورها	درجه آزادی	میانگین مجذورها	F	P-value	مجذور اتا (اندازه اثر)
مدل اصلاح شده	۳۳۶۳/۸۳۲	۲	۱۸۱/۹۱۶	۱۷/۰۱۸	۰/۰۰۰۱	۰/۴۸۶
مقطع یا عرض از مبدا (intercept)	۶۳۳/۶۱۴	۱	۶۳۳/۶۱۴	۵۹/۲۷۲	۰/۰۰۰۱	۰/۶۲۲
تنظیم هیجانی قبل مداخله	۲۱۳/۰۲۱	۱	۲۱۳/۰۲۱	۱۹/۹۲۷	۰/۰۰۰۱	۰/۳۵۶
گروه	۱۴۳/۴۸۰	۱	۱۴۳/۴۸۰	۱۳/۴۲۲	۰/۰۰۱	۰/۲۷۲
خطا	۳۸۴/۸۳۵	۳۶	۱۰/۶۹۰			
کل	۶۱۰۸۶	۳۹				
کل اصلاح شده	۷۴۸/۶۶۷	۳۸				

متغیر وابسته: تنظیم هیجانی بعد مداخله
a: R Squared = .879 (Adjusted R Squared = .872)

بحث

این مطالعه با هدف بررسی تاثیر آموزش تاب‌آوری بر سازگاری اجتماعی و خود تنظیمی هیجانی در جانبازان اعصاب و روان انجام شد. یافته‌های مطالعه نشان داد که آموزش تاب‌آوری باعث بهبود خود تنظیمی هیجانی و سازگاری اجتماعی در گروه مداخله شده است.

در ارتباط با اولین پیامد مطالعه، یافته‌های پژوهش حاضر نشان داد که آموزش تاب‌آوری موجب بهبود خود تنظیمی هیجانی در گروه مداخله شده است. نتیجه به دست آمده را می‌توان بر اساس نظریه تنظیم هیجان (Gross, ۱۹۹۸)، این گونه تبیین کرد که آموزش تاب‌آوری به جانبازان کمک کرده تا راهبردهای سازگاران‌تری برای مقابله با هیجان و تنش‌های روانی انتخاب نموده و کنترل بهتری بر هیجانات منفی خود داشته باشند (۲۱).

این یافته مطالعه حاضر همسو با سایر مطالعات قبلی است، برای مثال، جلالی و همکاران (۱۴۰۲) نیز در پژوهش خود بر روی سربازان وظیفه، نشان دادند که آموزش مهارت‌های تنظیم هیجان مبتنی بر مدل خودکارآمدی بندورا، موجب افزایش توانمندی هیجانی آنان شده است (۱۶). شادی‌زواره و همکاران (۱۴۰۲) نیز گزارش کرده‌اند که آموزش تاب‌آوری می‌تواند خود تنظیمی هیجانی و تعامل والد-فرزند را بهبود بخشد (۱۴). در مطالعه McLarnon و همکاران (۲۰۲۱)، نیز مشخص شده که مؤلفه‌هایی نظیر کنترل هیجانی و بازنگری شناختی نقش مهمی در پیش‌بینی تاب‌آوری نظامیان دارند (۱۵). این یافته‌ها از نقش کلیدی خود تنظیمی هیجانی در سازگاری روان‌شناختی و ارتباط این دو مؤلفه با تاب‌آوری حمایت می‌کنند.

دومین یافته پژوهش فعلی که ارتقای سازگاری اجتماعی بود را نیز می‌توان بر اساس نظریه تنظیم هیجان Gross این گونه تبیین کرد که آموزش تاب‌آوری به جانبازان با ارتقای مهارت‌های شناختی، رفتاری در بهبود عملکرد روانی، اجتماعی یا سازگاری اجتماعی آنان مؤثر بوده است.

وطن‌دوست و همکاران (۱۴۰۲) نیز دریافته‌اند که آموزش تاب‌آوری می‌تواند از طریق تقویت عوامل میانجی مانند تاب‌آوری

روان‌شناختی بر رابطه بین هوش هیجانی و سازگاری اجتماعی تأثیر مثبتی بگذارد (۱۷). Baek و همکاران (۲۰۲۴) نیز به این نتیجه رسیدند که آموزش‌های مبتنی بر مدل تاب‌آوری اجتماعی، عملکرد رفتاری و اجتماعی جانبازان آمریکایی را بهبود بخشیده است (۱۲). Zueger و همکاران (۲۰۱۷) نیز پی بردند که آموزش تاب‌آوری می‌تواند به کاهش استرس و بهبود سازگاری روانی در دانشجویان افسری ارتش کمک کند (۱۹). چنین به نظر می‌رسد که نتایج همه این پژوهش‌ها هم جهت و تأییدکننده یافته‌های مطالعه ما هستند و بر اهمیت آموزش تاب‌آوری به عنوان یک مداخله اثربخش در ارتقای سلامت روان و سازگاری اجتماعی جانبازان تأکید دارند.

محققین تنها یک مطالعه ناهمسو با مطالعه حاضر یافتند که هیچ تفاوت معناداری در افسردگی یا رفاه عمومی بین گروه‌ها مشاهده نشده بود. احتمالاً علت ناهمسوئی نتایج این مطالعه، اجباری بودن برنامه و عدم انتخاب داوطلبانه، و پایین بودن مشارکت در تمرینات خانگی بوده است (۲۳).

نکته قابل تأملی که در نتایج مطالعه فعلی مشاهده شد، معنی‌دار بودن تفاوت نمره سازگاری اجتماعی بین دو گروه در مرحله قبل از اجرای مداخله بود. هرچند نتایج تحلیل کوواریانس، اثربخشی مداخله را پس از اجرای مطالعه و با تحت کنترل گرفتن نمره پیش آزمون نشان داد. سازگاری اجتماعی به معنای هماهنگی رفتار برای پاسخ به نیازهای محیطی از طریق پیش‌بینی رفتار دیگران و قدرت و توانایی کنترل رفتار و تعاملات اجتماعی فرد می‌باشد. بنابراین چنین به نظر می‌رسد که سازگاری اجتماعی نوعی مهارت شناختی، اجتماعی است که علاوه بر توانایی‌های فردی از ساختار فرهنگی، اجتماعی و محیط زندگی افراد نیز تأثیر می‌پذیرد (۲۴). به عبارت دیگر می‌توان چنین استدلال کرد که ارتقای سازگاری اجتماعی ممکن است به تمرین و زمان بیشتری نسبت به تنظیم هیجانات نیاز داشته باشد. مطالعات طولی و تحلیل عوامل واسطه‌ای می‌تواند به روشن شدن مکانیسم‌ها و عوامل مؤثر بر افزایش سازگاری اجتماعی کمک کند. برای مثال آیا تنظیم هیجانی به عنوان یک متغیر میانجی موجب بهبود سازگاری اجتماعی

با اثربخشی بیشتر و بیمارمحور مفید باشد.

می‌شود یا نقش تعدیل کننده ایفا می‌کند؟.

محدودیت‌های پژوهش

از جمله محدودیت‌های این پژوهش می‌توان به کوچکی حجم نمونه، تمرکز بر یک منطقه جغرافیایی و جمعیت خاص (جانبازان اعصاب و روان) و استفاده از ابزارهای خودگزارشی اشاره کرد. نمونه‌گیری در دسترس و آگاهی شرکت کنندگان از انجام مداخله نیز ممکن است بر نتایج آن تأثیر گذار باشد. همچنین، به دلیل عدم پیگیری بلندمدت، پایداری تأثیر مداخله در طول زمان مشخص نیست.

نتیجه‌گیری

نتایج پژوهش حاضر نشان داد که آموزش تاب‌آوری می‌تواند در بهبود مؤلفه‌های روان‌شناختی از قبیل سازگاری اجتماعی و خودتنظیمی هیجانی در جانبازان اعصاب و روان مبتلا به اختلال استرس پس از سانحه مؤثر باشد. بنابراین پیشنهاد می‌شود، مهارت‌های تاب‌آوری توسط تیم درمان فرا گرفته شود و در بسته‌های خدمات روان‌پزشکی به جانبازان و خانواده آنان ارائه گردد. اجرای مطالعات طولی و چندمرکزی با حجم نمونه بیشتر در مناطق مختلف کشور، همچنین بررسی نقش متغیرهای تعدیل‌گری نظیر حمایت اجتماعی، سطح تحصیلات، شدت بیماری، نوع مواجهه و مدت آن در مطالعات آینده می‌تواند در طراحی مداخلات

نکات بالینی کاربردی برای جوامع نظامی

- آموزش مهارت‌های تاب‌آوری برای مدیریت استرس‌های شغلی (تحمل و استقامت در شرایط دشواری مانند بحران‌های اجتماعی و جنگ)، و کنترل هیجان و خشم به افراد نظامی، ممکن است در پیشگیری از بروز اختلالات اعصاب و روان و پیامدهایی مانند استرس پس از سانحه مؤثر واقع شود. علاوه بر این، آشنایی با مهارت‌های تاب‌آوری و اهمیت آن در ارتقای سلامت روان می‌تواند به تعامل بهتر و سازگاری تیم ارائه دهنده خدمات درمانی و مراقبت از جانبازان اعصاب و روان (مراقبین رسمی و غیررسمی یا اعضای خانواده) کمک کند. ارائه خدمات روان‌شناختی و حمایتی به جانبازان و خانواده آنان و مشاوره در موارد خاص و شرایط حاد، با کاستن از فشارهای مراقبت آنان، در بهبود کیفیت زندگی مراقبین جانبازان و سلامت اجتماعی آنان مفید خواهد بود.

تضاد منافع: نویسندگان تصریح می‌کنند که هیچ‌گونه تضاد منافی در مطالعه حاضر وجود ندارد.

منابع

1. Johnson JS. The Impact of Military Lifestyle on the Careers of Military Spouse Educators: A Phenomenological Case Study: Baylor University; 2021.
2. Ahmadiyadeh MJ, Ahmady K, Anisi J. The effectiveness of problem solving and prolonged exposure therapy methods and a combination of both on the adjustment of veterans suffering from war-related post-traumatic stress disorder. *Journal of Military Medicine*. 2022;14(3):178-85.
3. Rahnejat AM, Ebrahimi M, Khoshdel A, Noorbala AA, Shahmiri Barzoki H, Avarzamani L, et al. The prevalence of depression among iran-iraq war veterans, combatants and former prisoners of war: A systematic review and meta-analysis. *International Journal of Psychology*. 2022;57(2):295-305. doi:10.1002/ijop.12813
4. Werner EE, Smith RS. Overcoming the odds: High risk children from birth to adulthood: Cornell University Press; 1992.
5. Taghvainiya A, MohamadEbrahimi Gahromi S. The Mediating Role of Coping Strategies in the Relationship between Emotional Dysregulation and Quality of Life in Disabled Veterans with Post-Traumatic Stress Disorder. *Military Psychology*. 2020;10(40):5-19.
6. Baweja R, Waxmonsky JG. Updates in pharmacologic strategies for emotional dysregulation in attention deficit hyperactivity disorder. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics*. 2022;31(3):479-98. doi:10.1016/j.chc.2022.02.003
7. Shadi Zavareh B, Azmoudeh M, Kashefimehr B, Mesrabadi J. Effectiveness of Positive Resilience Training on Emotional Self-Regulation, Psychological Distress and Parent-Child Interaction among Mothers of Mentally Retarded Children. *Tolooebehdasht*. 2023;22(5):89-106. doi:10.18502/tbj.v22i5.14756
8. Yusefi AR, Beigzadeh A, Nasabi NA, Bahmaei J, Davarani FR. Examining the Status of Work Adjustment and Resilience and Their Relationship with Moral and Emotional Intelligence: Evidence from Nurses' Perspectives. *Health Management & Information Science*. 2025;12(2):104-17. doi:10.30476/jhmi.2025.105248.1258
9. Sharifian M, Jandaghi F, Masjedi MN, Azizi S. Investigating the mediating role of spiritual health in the relationship between irrational beliefs and dysfunctional attitudes with psychological well-being in women with Multiple Sclerosis through a structural equation modeling approach. *Journal of The Ministry of Health and Medical Education Volume*. 2020;4(2):28-37.
10. Grygorenko Z, Naydonova G. The concept of "resilience": history of formation and approaches to definition. *Public administration and law review*. 2023(2):76-88. doi:10.36690/2674-5216-2023-2-76-88
11. Javanbakht S, Pourebrahimi M, Saatchi M, Tamizi

- Z, Ahmadi Jirandeh R, Sanaeipour M, et al. Clinical Competency and It's Dimensions among Psychiatric Nurses in Razi Psychiatric Hospital in 2024. *Iranian Journal of Psychiatric Nursing*. 2024;12(1):22-8. doi:10.22034/IJPN.12.1.22
12. Baek K, Freeman KR, Truong S, Bell C, Montgomery SB. Pilot study of a resiliency based and trauma informed intervention for veterans. *Trauma Care*. 2024;4(1):75-86. doi:10.3390/traumacare4010007
 13. Gruhn MA, Compas BE. Effects of maltreatment on coping and emotion regulation in childhood and adolescence: A meta-analytic review. *Child Abuse & Neglect*. 2020;103:104446. doi:10.1016/j.chiabu.2020.104446
 14. Shadi ZB, Azmoudeh M, Kashefimehr B, Mesrabadi J. Comparison of the effectiveness of positive resilience training with metalization-based training in improving emotional self-regulation and parent-child interaction among mothers of mentally retarded children. *Iranian Journal of Psychiatric Nursing*. 2023:87-100.
 15. McLarnon MJ, Rothstein MG, King GA. Resiliency to adversity in military personnel: The role of self-regulation. *Military Psychology*. 2021;33(2):104-14. doi:10.1080/08995605.2021.1897492
 16. Jalali H, Nazari M, Karimi M, Soltani E, Khoramaki Z. The effect of emotion regulation skills training on resilience of soldiers based on self-efficacy model. *Journal of Military Medicine*. 2022;24(1):1008-15. doi:10.30491/JMM.24.1.1008
 17. Vatandoust M, Bagherian F, Shokri O, Vatandoust M. The Mediating Role of Resilience and Health Behaviors on the Relationship of Emotional Intelligence and Social Adjustment. *Journal of Applied Psychological Research*. 2024;14(4):239-62. doi:10.22059/japr.2024.338448.644185
 18. Dumont H. Resilience: The Science of Mastering Life's Greatest Challenges. MBR Bookwatch. 2023.
 19. Zueger R, Niederhauser M, Utzinger C, Annen H, Ehler U. Effects of resilience training on mental, emotional, and physical stress outcomes in military officer cadets. *Military Psychology*. 2023;35(6):566-76. doi:10.1080/08995605.2022.2139948
 20. Connor KM, Davidson JR. Development of a new resilience scale: The Connor-Davidson resilience scale (CD-RISC). *Depression and Anxiety*. 2003;18(2):76-82. doi:10.1002/da.10113
 21. Gross JJ. *Handbook of Emotion Regulation*, Guilford Publications. The Guildford Press New York; 2013.
 22. Golestanibakht T, Babaie E, Karimi M, Ahmadi A. The Relationship between self-compassion and optimism in students: The Mediating role of social adjustment. *Social Psychology Research*. 2022;12(45):65-84. doi:10.22034/spr.2022.314005.1699
 23. Kuyken W, Ball S, Crane C, Ganguli P, Jones B, Montero-Marin J, et al. Effectiveness and cost-effectiveness of universal school-based mindfulness training compared with normal school provision in reducing risk of mental health problems and promoting well-being in adolescence: the MYRIAD cluster randomised controlled trial. *Evidence Based Mental Health*. 2022;25(3). doi:10.1136/ebmental-2021-300396
 24. Carriedo N, Rodríguez-Villagra OA, Moguilner S, Morales-Sepulveda JP, Huepe-Artigas D, Soto V, et al. Cognitive, emotional, and social factors promoting psychosocial adaptation: a study of latent profiles in people living in socially vulnerable contexts. *Frontiers in Psychology*. 2024;15:1321242. doi:10.3389/fpsyg.2024.1321242