

رابطه ذهن آگاهی و فراهیجان در پیش بینی تنظیم هیجانی - شناختی پرستاران تازه کار

*کریم بابایی نادینلویی^۱

فرزانه میکاییلی منیع^۲

هانا پزشکی^۳

حسن بافنده^۴

حنانه عبدی^۵

چکیده

زمینه و هدف: پرستاران تازه کار تنش زیادی متحمل می‌شوند که می‌تواند آثار ناخوشایندی را در ابعاد فردی و حرفه‌ای بر جای گذارد. هدف این پژوهش بررسی رابطه‌ی ذهن آگاهی و فراهیجان در پیش بینی تنظیم هیجانی - شناختی پرستاران تازه کار بود.

روش بررسی: طرح پژوهش حاضر توصیفی و از نوع پژوهش‌های همبستگی می‌باشد. جامعه‌ی آماری شامل کلیه پرستاران شهرستان تبریز می‌باشد. از این جامعه نمونه‌ای به حجم ۱۲۰ پرستار (۶۰ زن و ۶۰ مرد) به صورت تصادفی خوشه‌ای چند مرحله‌ای انتخاب شدند. برای جمع‌آوری اطلاعات از پرسشنامه‌ی هیجانی-شناختی (Emotional Adjustment)، پرسشنامه‌ی ذهن آگاهی (Mindfulness) و پرسشنامه‌ی فراهیجان (Meta-Emotion) استفاده شد. داده‌های بدست آمده با استفاده از همبستگی پیرسون و رگرسیون چندگانه به روش همزمان مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. برای تحلیل داده‌ها از طریق نرم افزار SPSS نسخه ۱۹ استفاده شد.

یافته‌ها: نتایج نشان داد که بین ذهن آگاهی و فراهیجان، بین تنظیم هیجانی - شناختی مثبت و فراهیجان و تنظیم هیجانی - شناختی مثبت و ذهن آگاهی همبستگی مثبت و معنی‌داری وجود دارد ($P < 0/01$). همچنین بین تنظیم هیجانی - شناختی منفی و ذهن آگاهی همبستگی منفی وجود داشت ($P < 0/01$). با در دست داشتن نمرات مؤلفه‌های ذهن آگاهی و فراهیجان پرستاران تازه کار، می‌توان میزان تنظیم هیجانی شناختی آنها را پیش‌بینی کرد ($P < 0/01$).

نتیجه‌گیری کلی: باتوجه به نتایج بدست آمده می‌توان با آموزش مهارت‌های ذهن آگاهی و فراهیجان، مهارت تنظیم هیجانی شناختی پرستاران تازه کار را بهبود بخشید تا از طریق آگاهی از هیجان‌ات، از آنها بهتر استفاده کنند و عملکردشان بهبود یابد.

کلیدواژه‌ها: ذهن آگاهی، فراهیجان، تنظیم هیجانی شناختی، پرستاران

تاریخ دریافت: ۹۵/۱۰/۱۵

تاریخ پذیرش: ۹۶/۱/۱۹

شماره تماس:

۱. دانشجوی دکتری روانشناسی، دانشکده ادبیات و روانشناسی، دانشگاه ارومیه، ارومیه، ایران. (*نویسنده مسئول)
E mail: k.babayi66@yahoo.com ۰۹۱۴۱۱۰۲۸۳۸

۲. دانشیار گروه علوم تربیتی، دانشکده ادبیات و روانشناسی، دانشگاه ارومیه، ارومیه، ایران.

۳. کارشناسی ارشد روانشناسی، دانشکده روانشناسی، دانشگاه پیام نور سنج، بیجار، ایران.

۴. استادیار گروه روانشناسی، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه شهید مدنی آذربایجان، تبریز، ایران.

۵. کارشناسی ارشد روانشناسی، دانشکده روانشناسی، دانشگاه ارومیه، ارومیه، ایران.

مقدمه

برای پرستارانی که تازه فارغ التحصیل شده‌اند انتقال از تجارب کلاسی و دانشگاهی به تجارب واقعی بیمارستان‌ها می‌تواند بسیار تنش‌زا باشد^(۱). بیشتر پرستاران در طی اوایل ورود به موقعیت‌های واقعی (از ابتدای شروع طرح کارورزی تا کسب توانمندی) به علت داشتن نقایص آموزشی، دچار تنیدگی شغلی، استرس محیطی و کاهش رضایت از حرفه خود می‌شوند^(۲). کارکنان پرستاری بنا به ماهیت شغلی خود در معرض تنش‌های فراوانی قرار دارند که از آن جمله می‌توان به ارتباط طولانی و مستمر با بیماران بد حال، درخواست‌های شخصی بیش از حد از طرف بیمار و اطرافیان، پیشرفت‌های سریع تکنولوژی، رویارویی مکرر با واقعیت مرگ و غیره اشاره کرد^(۳) و متعاقب آن آثار مخرب فیزیولوژیکی و روانی منجر به پیامدهای منفی دیگری همچون بیماری، غیبت، کاهش عملکرد شغلی^(۴)، اختلال در تنظیم هیجانات، کاهش بهره‌وری و به خطر افتادن جان انسانها می‌شود.

مدیریت و تنظیم مناسب هیجان‌ها یکی از بنیادهای بهزیستی و سلامت روانشناختی بشمار می‌رود^(۵). تنظیم هیجانی فرایندهای هشیار یا ناهشیار (خودکار یا کنترل شده) را در بر می‌گیرد که برای افزایش، نگهداری یا کاهش یک یا چند مؤلفه پاسخ هیجانی مورد استفاده قرار می‌گیرد^(۶). هنگامی که فرد با یک موقعیت هیجانی روبرو می‌شود، احساس خوب و خوش بینی برای کنترل هیجان کافی نیست بلکه وی نیاز دارد که در این موقعیت‌ها بهترین کارکرد شناختی را نیز داشته باشد^(۷) در اصل در تنظیم هیجان به تعامل بهینه‌ای از شناخت و هیجان جهت مقابله با شرایط منفی نیاز است^(۸).

تنظیم هیجان نقش برجسته‌ای در تحول و حفظ اختلالات هیجانی دارد و حیطه‌ی گسترده‌ای از هوشیار و ناهوشیار فیزیولوژیکی و رفتاری و فرایندهای شناختی را شامل می‌شود^(۹). در این راستا، پژوهش‌های مختلفی برای بررسی رابطه‌ی مشکلات تنظیم هیجانی با آسیب شناسی

روانی انجام شده است. نتایج بدست آمده نشان داده‌اند فرسودگی شغلی^(۱۰)، افسردگی^(۱۱)، اضطراب و اختلالات خلقی^(۱۲)، اختلال اضطراب منتشر^(۱۳) و اختلال استرس پس از ضربه^(۱۴) با مشکلات تنظیم هیجانی و راهبردهای ناسازگارانه مثل نشخوار فکری و سرکوبی همبستگی دارند. اما از آنجایی که تنظیم هیجانی فرایندی است که طی رشد آموخته می‌شود ممکن است به دلیل محیط نامناسب خانوادگی، نبود الگوهای یادگیری مناسب، بدرفتاری‌های جسمی و جنسی یا ابتلا به اختلال‌هایی مانند اسپرگر، فرد در مدیریت و سازمان‌دهی هیجان‌های خود با مشکل مواجه شود^(۱۴) پس می‌توان این مهارت را آموزش داد و در جهت ارتقاء آن کوشید. متغیرهای شخصیتی مختلفی در تعیین توانایی‌ها و مهارت‌های تنظیم هیجانی نقش دارند. یکی از این متغیرها به نظر می‌رسد ذهن آگاهی است.

در برخی از رویکردهای درمانی، آموزش راهبردهای تنظیم هیجانی بخشی از مداخله در مشکلات هیجانی را به خود اختصاص داده است از جمله می‌توان به رفتار درمانی دیالکتیک اشاره نمود که توسط Linehan ارائه گردیده است^(۱۵) و از آنجایی که هسته اصلی رفتار درمانی دیالکتیکی (Dialectical Behavior Therapy) ذهن آگاهی است در این پژوهش به عنوان یکی از متغیرهای مؤثر بر تنظیم هیجان مورد توجه قرار گرفته است.

ذهن آگاهی، احساس بدون قضاوت و متعادلی از آگاهی است که به واضح دیدن و پذیرش هیجانات و پدیده‌های فیزیکی، همان طور که اتفاق می‌افتند، کمک می‌کند^(۱۶).

Praissman و Ndubisi هر یک در تحقیقی نشان دادند که ذهن آگاهی به عنوان یک سازه شناختی فعال و پویا قادر است که پاسخ‌دهی افراد به موقعیت‌های فشارزا و هیجانی را کاملاً تعدیل نماید^(۱۷،۱۸). نقش ذهن آگاهی همچنین در کاهش واکنش‌پذیری و بهبود خود نظم بخشی هیجانی در برابر موقعیت‌های تنش‌زا تأیید شده است^(۱۹). پژوهش‌های ذهن آگاهی در محیط‌های کاری و سازمانی نیز نتایج امید بخش را رقم زده است^(۲۰). در

اینکه، هیجان‌شناخت را تحت تأثیر خود قرار می‌دهند. به این معنی که باعث می‌شود فرد عمل اشتباه خود را با منطق و افکار تحت تأثیر قرار گرفته‌ی فراهیجان‌ها (بویژه فراهیجان‌های منفی از قبیل خشم، اضطراب و عدم پذیرش) توجیه کند.

همانطور که ذکر شد هر چه نمود هیجان‌ها در رفتار بیشتر باشد، قدرت تصمیم‌گیری درست فرد را مختل می‌کند و از آنجایی که شغل پرستاری مستلزم تصمیم‌گیری‌های فوری و حساس است^(۳۱)، پس در این راستا به نظر می‌رسد باید به کنترل هیجان‌ها پرداخته و تنظیم هیجان‌شناخت مورد توجه قرار گیرد. ولی پژوهشی که متغیرهایی را بررسی کند که نقش کاربردی در افزایش کنترل هیجان‌ها و تنظیم شناختی هیجان داشته باشد یافت نشد تا بتوان با استناد به آن در جهت ارتقاء این مهارت تلاش کرد، بر اساس مطالب ذکر شده ذهن آگاهی به دلیل ارتباط عمیق ذهنی با عواطف و هیجان‌ها و قابل آموزش بودن آن می‌تواند در کاهش و کنترل هیجان‌ها مؤثر باشد و از طرف دیگر به دلیل تأثیر فراهیجان بر شناخت می‌توانیم از طریق آموزش فراهیجان در راستای بهبود شناخت پرستاران اقدام کنیم. با این توضیحات پژوهش حاضر به بررسی رابطه‌ی ذهن آگاهی و فراهیجان در پیش بینی تنظیم هیجانی شناختی پرستاران تازه کار پرداخته است.

روش بررسی

طرح پژوهش حاضر توصیفی و از نوع همبستگی می‌باشد. جامعه‌ی آماری این پژوهش شامل تمامی پرستاران تازه کار (۱۲۰ نفر که ۶۰ نفر مرد و ۶۰ نفر زن) شاغل در بیمارستان‌های وابسته به دانشگاه علوم پزشکی تبریز می‌باشد. معیارهای ورود به پژوهش عبارتند از: سابقه‌ی کار کمتر از یک سال، مدرک تحصیلی کارشناسی، پرستار مشمول طرح نیروی انسانی، باشند و سمت پرستاری داشته باشند. این پژوهش در سال ۱۳۹۴ انجام شد. نمونه‌ی آماری پژوهش شامل ۱۲۰ پرستار (۶۰

همین زمینه Valentine و همکاران دریافتند که ذهن آگاهی با کاهش تعارض رابطه دارد^(۳۱). Ndubisi نیز نشان داد که الگوی ذهن آگاهی به خوبی در محیط‌های کاری، مدیریت پیشگراانه تعارض و مشتری‌مداری به منظور حفظ و افزایش رضایتمندی را تضمین می‌کند^(۳۸). شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی، نشانه‌های اضطراب و افسردگی را کاهش می‌دهد^(۳۲) و در بهبود بهزیستی جسمانی، روانی، هیجانی و معنوی^(۳۳)، و بهبود کیفیت خواب^(۳۴) مؤثر بوده است و تحمل درد را بیشتر می‌کند^(۳۵).

از طرف دیگر اخیراً از مهم‌ترین متغیرهایی که در مورد هیجان‌ها بکار برده شده، فراشناخت، فراعاطفه و فراهیجان (Meta-emotion) است. مفهوم فراهیجان اصطلاحی است که برای توصیف هیجان‌ها فرد توسط خود و برانگیختگی وی نسبت به آن بکار می‌رود^(۳۶). فراهیجان می‌تواند به عنوان زیر مجموعه‌ی هیجان‌ها ثانوی درک شود^(۳۷) که یک مفهوم زمانی است. فراهیجان اطلاعاتی در فرایند تنظیم هدف هیجان، تولید می‌کند برای مثال خشمگین شدن درباره‌ی اضطراب خود بر تجربه‌ای که اضطرابی است تأثیر می‌گذارد و این فرایند متفاوت از تجربه‌ی دلسوزی یا شفقت درباره‌ی مضطرب شدن است. اضطراب در مورد هیجان خود خطر یا تهدید و اطمینان نداشتن همراه با شرکت فعال را شرح می‌دهد^(۳۸). نتایج پژوهش‌ها نشان می‌دهد که هر چه فرد دارای فراهیجان‌های منفی بیشتری باشد و تمایل به سرکوب فکر از خود نشان دهد، احتمال اینکه در آینده به سمت وابستگی به مواد گرایش پیدا کند یا به این اختلال دچار شود، بالاتر است^(۳۹،۴۰). فراهیجان به طور مستقیم و غیر مستقیم بر فراشناخت تأثیر دارد. این مسئله به عنوان یک اصل در روانشناسی پذیرفته شده است که هر چه نمود هیجان‌ها در رفتار بیشتر باشد، قدرت تصمیم‌گیری درست فرد را مختل می‌کند. این امر به دو طریق اتفاق می‌افتد. نخست اینکه رفتار و واکنش هیجانی باعث می‌شود فرد کمتر از منطق و شناخت استفاده کند. دوم

آزمون Garnefski و همکاران پایایی آزمون با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ برای مقیاس‌های این پرسشنامه در دامنه ۰/۷۱ تا ۰/۸۱ گزارش شده است^(۳۲). در سال ۱۳۸۲ پایایی پرسشنامه در فرهنگ ایرانی توسط یوسفی با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ برای کل مقیاس‌های شناختی برابر با ۰/۸۲ گزارش شده است^(۳۳).

پرسشنامه‌ی ذهن آگاهی (Five Facet): Mindfulness Questionnaire مقیاس خودسنجی ۳۹ آیتمی است که توسط Baer و همکاران از طریق تلفیق گویه‌هایی از پرسشنامه‌ی ذهن آگاهی Freberg^(۳۴)، مقیاس هوشیاری و توجه ذهن آگاه^(۳۵)، مقیاس ذهن آگاهی Kanchuki^(۳۶)، مقیاس تجدید نظر شده‌ی ذهن آگاهی شناختی و عاطفی^(۳۷) و پرسشنامه‌ی ذهن آگاهی Southampton^(۳۸)، با استفاده از رویکرد تحلیل عاملی تحول یافته است. آزمودنی باید در یک مقیاس لیکرت پنج درجه‌ای از یک (هرگز و یا بسیار به ندرت) تا پنج (اغلب یا همیشه) میزان موافقت یا مخالفت خود با هر یک از عبارات را بیان کند. دامنه نمرات در این مقیاس ۱۹۵-۳۹ می‌باشد. از جمع نمرات هر زیر مقیاس یک نمره کلی به دست می‌آید که نشان می‌دهد که هر چه نمره بالاتر باشد ذهن آگاهی هم بیشتر است. همسانی درونی عامل‌های پرسشنامه خوب بوده است و ضریب آلفا برای غیر واکنشی بودن ۰/۷۵، توصیف ۰/۹۱، مشاهده ۰/۸۳، عمل با هوشیاری ۰/۸۷ و غیر قضاوتی بودن ۰/۸۷ محاسبه گردید^(۳۹). همبستگی بین عامل‌ها متوسط بود هر چند بطور آماری معنی‌دار بود و در طیفی بین ۰/۱۵ تا ۰/۳۴ قرار داشت^(۴۰).

پرسشنامه‌ی فراهیجان (Meta-emotion): پرسشنامه‌ی فراهیجان در سال ۲۰۰۹ توسط Mitmansgruber و همکاران تدوین شده است^(۴۱). این پرسشنامه توسط رضایی، پارسایی، نجاتی، نیک آمال و هاشمی رزینی ترجمه شده است^(۴۲)، دارای ۲۸ آیتم می‌باشد که سوال ۲۰ به صورت معکوس نمره گذاری می‌شود، و آزمودنی باید در یک مقیاس لیکرت شش درجه‌ای از یک (این در

زن، ۶۰ مرد) است، که به صورت روش نمونه گیری خوشه‌ای چند مرحله‌ای انتخاب شدند. روال کار به این صورت بود که از بین پنج بیمارستان دولتی شهر تبریز به طور تصادفی دو بیمارستان انتخاب و در مرحله بعدی چند بخش از بخش‌های مختلف این دو بیمارستان انتخاب شدند و ضمن هماهنگی با مسئولین این بیمارستان‌ها در هر سه شیفت بطور تصادفی ۴۰ نفر (۲۰ زن، ۲۰ مرد) از پرستاران و در جمع ۱۲۰ پرستار (۶۰ زن، ۶۰ مرد) با محدوده سنی ۲۵ الی ۳۵ سال مورد مطالعه قرار گرفتند. در این پژوهش با توجه به احتمال همکاری نکردن تعدادی از پرستاران و کامل نبودن پرسشنامه‌ها، ۱۴۰ نفر انتخاب شد و به خاطر معیوب بودن تعدادی از پرسشنامه‌ها در انتها ۱۲۰ نفر در مطالعه باقی ماند. داده‌های بدست آمده با استفاده از همبستگی پیرسون و مدل رگرسیون‌های چندگانه‌ی استاندارد (روش هم‌زمان) تحلیل گردید. برای تحلیل اطلاعات از نرم افزار SPSS نسخه ۲۱ استفاده شد.

ابزارهای مورد استفاده در این پژوهش شامل موارد زیر بود:

پرسشنامه‌ی هیجانی- شناختی: پرسشنامه‌ی هیجانی- شناختی که توسط Garnefski و همکاران^(۳۲) ابداع شده است، شامل ۳۶ عبارت است که نحوه‌ی پاسخ به آن بر اساس مقیاس لیکرت درجه بندی شده و در دامنه‌ای از یک (هرگز) تا پنج (همیشه) قرار دارد. این مقیاس شامل ۹ راهبرد شناختی است، این راهبردها عبارتند از: مقصر دانستن خود، مقصر دانستن دیگران، پذیرش، نشخوار فکری و مصیبت بار تلقی کردن که در زیر مقیاس تنظیم هیجان شناختی منفی ارزیابی می‌شوند و همچنین توجه مجدد برنامه‌ریزی برای چگونگی برخورد با رخداد، توجه مثبت مجدد به مسائل خوشایند به جای تفکر درباره آن رخداد واقعی، توجه مجدد برنامه ریزی، رسیدن به یک دور نما (افکار مربوط به نسبی بودن آن رخداد در مقایسه با سایر رخدادها) در زیر مقیاس تنظیم هیجان شناختی مثبت ارزیابی می‌شوند. در بررسی مشخصات روان سنجی

ملاحظات اخلاقی: با دریافت مجوز انجام پژوهش از معاونت درمان علوم پزشکی تبریز و پس از موافقت کمیته‌ی اخلاق در مرکز سیاست گذاری سلامت به بیمارستان مراجعه شد و پرسشنامه‌ها در بین شرکت کنندگان در پژوهش با دادن توضیحات لازم و با اعلام رضایت آنان، توزیع گردید. به شرکت کنندگان اطمینان داده شد که از داده‌ها به بدون ذکر نام استفاده خواهد شد.

یافته‌ها

تحقیق حاضر با مشارکت ۱۲۰ پرستار تازه کار، با محدوده سنی ۲۵ الی ۳۵ سال اجرا شد. نمونه‌ی انتخاب شده از تحصیلات کارشناسی برخوردار بودند. میانگین کلی نمرات تنظیم شناختی مثبت $22/99 \pm$ و $47/19$ و تنظیم شناختی هیجانی منفی $14/28 \pm$ $37/51 \pm$ بود. جدول شماره یک اطلاعات تفصیلی در مورد میانگین‌های حیطه‌های مختلف متغیرها را نشان می‌دهد.

مورد من درست نیست) تا شش (این کاملاً در مورد من درست است) میزان موافقت یا مخالفت خود را بیان کند. این مقیاس شش زیر متغیر فراهیجان را می‌سنجد که شامل: خشم، ترحم و دلسوزی، علاقه، شرم، کنترل خشونت و فرونشانی می‌باشد. دامنه نمرات بین ۲۸-۱۶۸ می‌باشد که در زیر مقیاس‌های خشم، شرم و سرکوبی نمرات کمتر مناسب می‌باشد و در زیر مقیاس‌های دلسوزی، علاقه و کنترل خشونت نمرات بالاتر مناسب می‌باشد. مقیاس مذکور در پژوهش رضایی و همکاران از پایایی قابل قبولی برخوردار بود ($\alpha = 0/87$). تحلیل عاملی تأییدی صورت گرفته در این پژوهش نشان داد که این مقیاس در نمونه‌ی حاضر نیز دارای شش متغیر می‌باشد^(۴۲) و در پژوهش حاضر نیز آلفای کرونباخ ($0/86$) بدست آمد.

جدول شماره ۱: شاخص‌های توصیفی تنظیم هیجانی-شناختی و مؤلفه‌های ذهن آگاهی و فراهیجان

متغیر	حداقل	حداکثر	M	SD
تنظیم هیجانی - شناختی مثبت	۱۶	۶۴	۴۷/۱۹	۲۲/۹۹
تنظیم هیجانی شناختی منفی	۵	۸۲	۳۷/۵۱	۱۴/۲۸
مشاهده	۱۱	۳۰	۲۴/۶۱	۵/۵۷
توصیف	۸	۳۱	۲۰/۲۸	۵/۶۴
عمل همراه با آگاهی	۸	۳۰	۲۲/۶۱	۶/۶۰
قضاوت نکردن	۱۲	۳۰	۲۴/۰۳	۶/۳۵
واکنش نشان ندادن	۱۰	۳۰	۲۰/۵۵	۴/۳۳
خشم	۵	۲۵	۱۳/۹۸	۵/۰۸
ترحم	۱۰	۳۵	۲۳/۸۹	۶/۶۱
علاقه	۷	۳۰	۱۶/۴۸	۴/۸۳
شرم	۶	۲۵	۱۵	۴/۴۹
کنترل خشونت	۶	۲۵	۱۵/۸۷	۴/۶۰
سرکوبی	۳	۱۰	۷/۶۶	۲/۱۰

بین متغیرها را در کل نمونه نشان می‌دهد. با توجه به نتایج جدول دو اغلب متغیرها با یکدیگر رابطه‌ی معنی داری ($P < 0/05$, $P < 0/01$) دارند. همانطور که ماتریس

برای بررسی رابطه‌ی بین متغیرهای ذهن آگاهی، فراهیجان و تنظیم هیجانی-شناختی از ضریب همبستگی پیرسون استفاده شد. جدول شماره دو ماتریس همبستگی

وجود دارد ($r = 0.209$, $P < 0.05$)؛ و بین دو متغیر تنظیم شناختی-هیجانی منفی و ذهن آگاهی همبستگی معکوس و معنی داری وجود دارد ($r = -0.310$, $P < 0.01$).

همبستگی نشان می‌دهد فراهیجان همبستگی مثبت معنی داری با تنظیم هیجانی- شناختی مثبت دارد ($r = 0.581$, $P < 0.01$). همچنین بین دو متغیر ذهن آگاهی و تنظیم هیجانی- شناختی مثبت همبستگی مثبت و معنی داری

جدول شماره ۲: ماتریس ضریب همبستگی متغیرهای مورد مطالعه

متغیر	فراهیجان	ذهن آگاهی	تنظیم هیجانی شناختی مثبت	تنظیم هیجانی شناختی منفی
فراهیجان	۱			
ذهن آگاهی	**۰/۲۸۰	۱		
تنظیم هیجانی- شناختی مثبت	**۰/۵۸۱	*۰/۲۰۹	۱	
تنظیم هیجانی- شناختی منفی	۰/۴۰۱	**۰/۳۱۰	**۰/۹۰۸	۱

** $p < 0.01$ * $P < 0.05$

آزمون استقلال خطاها از طریق آزمون دوربین- واتسون برابر با ۲/۰۵ محاسبه گردید و کمتر از ۲/۵۰ بوده و پیش فرض رعایت شد. (ج) آزمون هم خطی بین متغیرهای پیش بین که در جدول شماره سه Tolerance و Vif گزارش شده است.

برای پیش‌بینی تنظیم شناختی- هیجانی از روی متغیرهای فراهیجان و ذهن آگاهی از مدل رگرسیون (ورود همزمان) استفاده شده است. قبل از آزمون، پیش فرض‌ها بررسی و با توجه به نتایج به دست آمده همه‌ی پیش فرض‌ها رعایت گردید: الف) نرمال بودن توزیع خطاها که با توجه به نمودار هیستوگرام رعایت گردید. ب)

جدول شماره ۳: تحلیل رگرسیون چندگانه میزان تنظیم هیجانی- شناختی بر مؤلفه‌های فراهیجان و ذهن آگاهی

مدل	متغیر پیش‌بین	B	SE	Beta	T	P	R	R ²	TOLERANC	VIF
مشاهده		۳/۸۶	۱/۰۷	۰/۵۸	*۳/۵۹	۰/۰۰۰	۰/۶۵۹	۰/۴۳	۰/۶۰۸	۱/۶۴
توصیف		-۲/۳۹	۰/۷۳	-۰/۳۵	*-۳/۲۶	۰/۰۰۱			۰/۸۵۹	۱/۱۶
عمل همراه با آگاهی		-۲/۱۷	۰/۶۵	۰/۳۸	*-۳/۳۱	۰/۰۰۱			۰/۹۲۴	۱/۰۸
قضاوت نکردن		۰/۳۳	۰/۵۵	۰/۰۵۷	۰/۵۹	۰/۵۵۱			۰/۸۰۰	۱/۲۵
واکنش نشان ندادن		۲/۱۸	۱/۱۵	۰/۲۵	۱/۸۹	۰/۰۶۱			۰/۴۵۶	۲/۰۰
خشم		۲/۶۶	۰/۷۳	۰/۳۶	*۳/۶۲	۰/۰۰۰			۰/۴۹۶	۱/۸۵
ترحم		-۱/۳۷	۰/۹۶	۰/۲۴	-۱/۴۲	۰/۱۵۸			۰/۸۵۰	۱/۱۷
علاقه		۰/۶۰	۰/۸۷	۰/۰۷	۰/۶۹	۰/۴۸۹			۰/۶۸۵	۱/۵۶
شرم		-۳/۱۰	۱/۰۲	۰/۳۷	*-۳/۰۴	۰/۰۰۳			۰/۸۴۸	۱/۳۷
کنترل خشونت		۰/۶۸	۰/۷۴	۰/۰۸۶	۰/۹۲	۰/۳۵۶			۰/۷۵۶	۱/۶۲
سرکوبی		-۲/۵۶	۱/۷۷	-۰/۱۴	-۱/۴۴	۰/۱۵۱			۰/۸۶۷	۱/۵۴

ANOVA روی همین مدل حاکی از معنی داری مدل کلی بود: ($F(11, 108) = 7.53$ و $P < 0.01$). برای اطلاع از سهم هر یک از متغیرهای پیش‌بین در تبیین واریانس متغیر تنظیم هیجانی- شناختی، ضرایب Beta بررسی شد.

نتایج تحلیل رگرسیون چندگانه تنظیم هیجانی- شناختی به طرف متغیرهای پیش‌بین (جدول شماره سه) نشان داد، که ۴۳ درصد واریانس کل تنظیم هیجانی- شناختی توسط متغیرهای وارد شده در مدل، تبیین گردیده است. تحلیل

نتایج نشان داد که سهم یگانه سه مؤلفه‌ی ذهن آگاهی (مشاهده، توصیف و عمل همراه با آگاهی) و مؤلفه‌های فراهیجان (خشم و شرم) از نظر آماری معنی‌دار است ($P < 0/01$). یعنی مؤلفه‌های مشاهده، توصیف، عمل همراه با آگاهی، خشم و شرم بیشترین سهم را در تبیین واریانس به خود اختصاص داده بودند ($P < 0/01$). نتایج نشان داد که با در دست داشتن نمرات مؤلفه‌های ذهن آگاهی و فراهیجان پرستاران تازه کار، می‌توان میزان تنظیم هیجانی شناختی آنها را پیش‌بینی کرد.

بحث و نتیجه گیری

هدف از پژوهش حاضر بررسی رابطه ذهن آگاهی و فراهیجان در پیش بینی تنظیم هیجانی- شناختی پرستاران تازه کار بود. نتایج پژوهش نشان داد که رابطه‌ی مثبت و معنی‌داری بین ذهن آگاهی و تنظیم هیجانی شناختی وجود دارد. این یافته با پژوهش Mitmansgruber و همکاران مشابه بود^(۴۱). آنها در بررسی نقش ذهن آگاهی در تنظیم هیجان بیان کردند، نشانه‌های روانشناختی سلامت روانی به میزان زیادی توسط ذهن آگاهی پیش‌بینی می‌شود و مؤلفه فوق در تنظیم هیجان نیز نقش عمده‌ای دارد، همچنین Branstrom و همکاران و Anicha و همکاران نقش ذهن آگاهی در بهبود خود نظم بخشی هیجانی در برابر موقعیت‌های تنش‌زا را گزارش کرده‌اند^(۱۹).

در تبیین این یافته می‌توان گفت، به نظر می‌رسد ذهن آگاهی به دلیل ساختار شناختی و در عین حال انعطاف پذیر و غیر قضاوتی که از آن برخوردار است نه تنها توانایی لازم برای تبیین عمیق‌تر رابطه‌ی شناخت و هیجان را دارد بلکه ابعاد جدیدی از پیوند بین ذهن- بدن را مشخص می‌کند^(۴۳). Britune و همکاران نشان دادند که چنانچه افراد در حالت ذهن آگاهی مطلوبی قرار گیرند به واسطه‌ی افزایش ظرفیت‌های پذیرش افکار و عواطف، دیگر فرصت زیادی برای جذب افکار و نگرش‌های منفی

و ناکارآمد باقی نمی‌ماند و از این طریق پردازش‌های هیجانی و نگرش‌های ناکارآمد آنان کاهش می‌یابد^(۴۴). از سوی دیگر همان طور که الگوی زیرساخت‌های شناختی متعامل بیان کرده‌اند در الگوهای شناختی سستی ارتباط شناخت و عاطفه یک ارتباط عمیق نیست و بیشتر در لایه‌های سطح ذهن اتفاق می‌افتد^(۱۹). در حالی که رابطه‌ی ذهن آگاهی با هیجان‌ات و عواطف در سطح عمیق صورت می‌گیرد^(۳۳). نقش ذهن آگاهی همچنین در کاهش واکنش پذیری و بهبود خود نظم بخشی هیجانی در برابر موقعیت‌های تنش‌زا تأیید شده است^(۱۹)، به این صورت که ذهن آگاهی با استفاده از توجه آگاهانه و انعطاف پذیر موجب می‌شود که افراد از واکنش‌های هیجانی و عادت‌های فاصله بگیرند و به جای واکنش به موقعیت، پاسخ مناسبی را طرح ریزی کنند^(۱۷،۱۸). افراد دارای مهارت ذهن آگاهی بالا در حالتی بدون قضاوت و متعادلی از آگاهی هستند که به واضح دیدن و پذیرش هیجان‌ات و پدیده‌های فیزیکی، ذهنی، رفتاری و احساسی، همان‌طور که اتفاق می‌افتند، کمک می‌کند^(۳۵) و علاوه بر سعی در پذیرش وجود هیجان‌ات منفی و تحمل آن که جزئی از مهارت‌های تنظیم هیجان هست، مکانیزم گذار از این وضعیت را می‌آموزند و با انجام تمرینات ذهن آگاهی آن را به سبک خودکار ذهن خود تبدیل می‌کنند که در نهایت منجر به فاصله‌گیری از هیجان‌ات، کاهش نشخوار فکری و ایجاد هیجان مثبت می‌شود.

پرستاران تازه کار ممکن است به دلیل مشکلات فراوان و بی‌تجربگی که فشار زیادی برای آنها تحمیل می‌کند از وجود هیجان‌ات مثبت و منفی خویش آگاهی نداشته باشند و هنگام قرار گرفتن در موقعیت‌های واقعی نتوانند به خوبی از هیجان‌ات خود استفاده کنند و این باعث می‌شود تا در موقعیت‌های واقعی خود را به صورت منفی ارزیابی کنند، کمتر خود را در موقعیت‌های واقعی درگیر کنند که آثار منفی آن می‌تواند به صورت مشکلات جسمانی، مثل سردرد، مشکلات قلبی عروقی و مشکلات مربوط به سیستم ایمنی و مشکلات روانی همچون مشکلات تنظیم

هیجانی، فرسودگی شغلی، افسردگی و اضطراب ظاهر شود. پس می‌توان نتیجه گرفت پرستاران تازه کار از هر دو بعد جسمانی و روانی مستعد آسیب هستند و چون ذهن آگاهی علاوه بر مؤثر بودن در رابطه‌ی بین شناخت و هیجان در زمینه‌ی بهبود وضعیت جسمانی از طریق تمرینات ذهن آگاهی مؤثر است، می‌تواند مؤلفه‌ی قابل توجهی برای کاهش و پیشگیری از این مشکلات باشد. در تأیید این یافته Dekeyser و همکاران گزارش کردند، مؤلفه‌های ذهن آگاهی با توصیف و تشخیص بهتر احساسات بدنی و اضطراب و آشفتگی کمتر همراه هستند^(۴۵). در نهایت همان طور که گفته شد در تنظیم هیجان به تعامل بهینه‌ای از شناخت و هیجان جهت مقابله با شرایط منفی نیاز است زیرا انسان با هر چه مواجهه می‌شود آنرا تفسیر شناختی می‌کند که تعیین کننده‌ی واکنش‌های افراد است^(۷). افرادی که از ذهن آگاهی بالایی برخوردارند از دانش و بینش مناسبی در مورد فرایندهای شناختی و توانمندی‌های خود برخوردارند و به خاطر رابطه‌ی عمیق ذهن آگاهی با هیجان‌ات و همچنین راهبردهای مؤثر برخورد با تکالیف، ذهن آگاهی موجب افزایش آگاهی فرد نسبت به خود و دیگران، هیجان‌ات و موقعیت در زمان کنونی می‌شود^(۴۵) و این افزایش آگاهی بر هر دو بعد هیجان و شناخت تأثیر مثبتی دارد. یعنی می‌توان استنباط کرد که از طریق آموزش مهارت‌های ذهن آگاهی می‌توان مهارت در توانایی تنظیم هیجانی شناختی را بهبود داد و این خود نیز تأثیر متقابل در افزایش سطح ذهن آگاهی می‌تواند داشته باشد.

همچنین نتایج پژوهش نشان داد که رابطه‌ی مثبت و معنی‌داری بین فرایه‌جان و تنظیم هیجانی شناختی وجود دارد که این یافته با Mitmansgruber و همکاران مشابه بود که نشان داد رابطه‌ی مثبت و معنی‌داری بین فرایه‌جان با تنظیم هیجانی شناختی وجود دارد^(۴۱).

Mitmansgruber و همکاران دریافتند که امداد گران تازه کار هنگام مواجهه با حوادث استرس‌زا دچار کاهش مهارت فرایه‌جان، هم منفی و هم مثبت می‌شوند^(۴۱).

مفهوم فرایه‌جان اصطلاحی است که برای توصیف هیجان‌ات فرد توسط خود و برانگیختگی وی نسبت به آن بکار می‌رود^(۳۹) که در این پژوهش به عنوان متغیری که می‌تواند در پیش‌بینی تنظیم هیجان نقش داشته باشد در نظر گرفته شده است. نتایج نشان دادند همبستگی مثبت و معنی‌داری بین فرایه‌جان و تنظیم هیجانی شناختی وجود دارد یعنی با افزایش سطح فرایه‌جان سطح تنظیم هیجان شناختی نیز افزایش پیدا کرد. فرایه‌جان شامل دو جنبه فرایه‌جان منفی (خشم، اضطراب بازتاب، اجتناب تجربی و عدم پذیرش) و فرایه‌جان مثبت که از پذیرش هیجان خود حمایت می‌کند و تأثیر مثبت در سلامتی روانشناختی دارد^(۴۰). فرایه‌جان به طور مستقیم و غیر مستقیم بر فرایه‌جان تأثیر دارد. این مسئله به عنوان یک اصل در روانشناسی پذیرفته شده است که هر چه نمود هیجان‌ات در رفتار بیشتر باشد، قدرت تصمیم‌گیری درست فرد را مختل می‌کند این امر به دو طریق اتفاق می‌افتد، نخست اینکه رفتار و واکنش هیجانی باعث می‌شود فرد کمتر از منطقی و شناخت استفاده کند، دوم اینکه، هیجان‌ات شناخت را تحت تأثیر خود قرار می‌دهند، به این معنی که باعث می‌شود فرد عمل اشتباه خود را با منطقی و افکار تحت تأثیر قرار گرفته فرایه‌جان‌ات (بویژه فرایه‌جان‌ات منفی از قبیل خشم، اضطراب و عدم پذیرش) توجیه کند^(۴۱). کیفیت فرایه‌جان اطلاعاتی در فرایند عملیاتی تنظیم اهداف هیجان تولید می‌کند، برای مثال خشمگین شدن درباره‌ی اضطراب خود بر تجربه‌ای که اضطرابی است تأثیر می‌گذارد و این فرایند متفاوت از تجربه‌ی دلسوزی یا شفقت درباره مضطرب شدن است^(۴۱).

Mitmansgruber و همکاران نشان دادند که بازتاب فرایه‌جان بازگشت‌کننده یک بخش مهمی از تنظیم هیجان فرد با تأثیر زیاد بر سلامت روانی فرد است و افرادی که از فرایه‌جان کمتری برخوردارند آگاهی پایینی نسبت به عواطف و هیجان‌ات خود دارند این افراد هیجان‌ات را به عنوان چیزی که باید آن را نادیده گرفت تلقی می‌کنند از نظر آنان تجربیات ناراحت‌کننده آنقدر

پژوهش حاضر از محدودیت‌هایی برخوردار بود که در تفسیر و تعمیم نتایج باید آنها را مورد توجه قرار داد. از جمله اینکه این پژوهش روی پرستاران اجرا شده است بنابراین از تعمیم نتایج بدست آمده به سایر اقشار باید اجتناب شود. با توجه به حساس بودن کار پرستاران و نبود وقت کافی برای پر کردن پرسشنامه‌ها، بیشتر پرسشنامه‌ها در هنگام تعویض شیفت تکمیل شد و بنابراین احتمالاً عامل خستگی و تعجیل می‌تواند در نتایج بدست آمده تأثیر داشته باشد.

از آنجا که تنظیم هیجان یک متغیر چند علیتی است توصیه می‌شود برای تبیین بهتر واریانس آن، نقش سایر متغیرهای روان‌شناختی مثل نیاز به پیشرفت، وظیفه‌شناسی و تعهد سازمانی پرستاران مورد آزمون قرار گیرد. با در دست داشتن این نتایج می‌توان برنامه‌ای اندیشید تا پرستاران قبل از ورود به موقعیت‌های واقعی آموزش داده شوند و برای افزایش تنظیم شناختی هیجانی از طریق افزایش مهارت‌های ذهن آگاهی و فراهیجان در راستای بهبود عکس‌العمل‌های پرستاران در موقعیت‌های پرفشار بهره‌جست. همچنین علاوه بر تنظیم شناختی هیجانی در رابطه با مدیریت استرس و کاهش اضطراب و افسردگی پرستاران از آموزش‌های ذهن آگاهی و فراهیجان استفاده کرد تا از مشکل ترک شغل پرستاران پیشگیری کرد.

تقدیر و تشکر

نویسندگان از همکاری پرستاران شرکت کننده در این پژوهش و مسئولان بیمارستان امام رضا (ع) و بیمارستان شهید مدنی تشکر و قدردانی می‌نماییم.

مهم نیستند که باعث نگرانی شود و ابراز هیجان را نشانه‌ی ضعف می‌دانند^(۴۱).

در نهایت نتایج پژوهش نشان داد که می‌توان از طریق ذهن آگاهی و فراهیجان به خوبی تنظیم هیجان شناختی را پیش‌بینی کرد، همچنین مشخص شد که ذهن آگاهی بهتر از فراهیجان پیش‌بینی کننده تنظیم هیجان شناختی است که مغایر با یافته‌های پژوهش Mitmansgruber و همکاران است که حاکی از آن بود که فراهیجان بهتر از ذهن آگاهی پیش‌بینی کننده تنظیم هیجان شناختی است^(۴۱). در تبیین این یافته می‌توان گفت ذهن آگاهی به تکنیک‌های مهمی از جمله تن آرامی، تکنیک پوشش بدن و ذهن آگاهی تنفس مجهز است، که در صورت داشتن این مهارت‌ها پرستاران می‌توانند تنش‌های ماهیچه‌ای و بدنی خود را کاهش دهند زیرا آنان با آگاه شدن از احساسات بدنی و جسمانی خویش در طی این تکنیک‌ها میزان آگاهی خویش را نسبت به مشکلات فیزیکی و جسمانی بالا برده و این منجر به کاهش گزارش نشانه‌های جسمانی در آنان در دراز مدت می‌شود در تأیید موارد ذکر شده، نریمانی و همکاران در طی پژوهشی نتایج مشابهی بدست آوردند و با آموزش ذهن آگاهی توانستند میزان سلامتی جسمانی و روانشناختی جانبازان را بهبود ببخشند. ولی چون فراهیجان بیشتر روی هیجان‌ات و پذیرش و آگاهی از هیجان‌ات و ابراز آنها متمرکز است و کمتر مسایل جسمانی را درگیر می‌کند بنابراین ماندگاری اثر آن در علایم جسمانی کم‌تر از ذهن آگاهی بوده است^(۴۵).

فهرست منابع

1. de Vos JA, Brouwers A, Schoot T, Pat-El R, Verboon P, Näring G. Early career burnout among Dutch nurses: A process captured in a Rasch model. *Burnout Research*. 2016;3(3):55-62.
2. Rhéaume A, Clément L, Lebel N, Robichaud K. Workplace experiences of new graduate nurses. *Nurs Leadersh (Tor Ont)*. 2011;24(2):80-98.
3. Peiman PF, Mansour L, Sadeghi M, Purebraham T. [The relationship of job stress with marital satisfaction and mental health in nurses of Tehran hospitals]. *Quarterly Journal of Career & Organizational Counseling*. 2012; 4(13): 27-54. Persian

4. Mostaghni S, Sarvghad S. [Relationship of personality characteristics and psychological hardiness with job stress of nurses of public sector hospitals in Shiraz]. *Knowl Res Appl Psychol*. 2012;13(4):124-32. Persian.
5. Aldao A, Nolen-Hoeksema S, Schweizer S. Emotion-regulation strategies across psychopathology: A meta-analytic review. *Clin Psychol Rev*. 2010;30(2):217-37.
6. Eftekhari A, Zoellner LA, Vigil SA. Patterns of emotion regulation and psychopathology. *Anxiety, Stress, & Coping*. 2009;22(5):571-86.
7. Rezvan S, Bahrami F, Abedi M. [The Effect of Emotional Regulation on Happiness and Mental Rumination of Students]. *Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology*. 2006;12(3):251-7. Persian
8. Ochsner KN, Gross JJ. The cognitive control of emotion. *Trends Cogn Sci*. 2005;9(5):242-9.
9. Salehi A, Mazaheri Z, Aghajani Z, Jahanbazi B. [The Role of Cognitive Emotion Regulation Strategies in the Prediction of Depression]. *Knowledge & Research in Applied Psychology*. 2015;16(1): 108-17. Persian.
10. Brackett MA, Palomera R, Mojsa-Kaja J, Reyes MR, Salovey P. Emotion-regulation ability, burnout, and job satisfaction among British secondary-school teachers. *Psychol Sch*. 2010;47(4):406-17.
11. Liverant GI, Brown TA, Barlow DH, Roemer L. Emotion regulation in unipolar depression: The effects of acceptance and suppression of subjective emotional experience on the intensity and duration of sadness and negative affect. *Behav Res Ther*. 2008;46(11):1201-9.
12. Trost SE, Buzzella BA, Bennett SM, Ehrenreich JT. Emotion regulation in youth with emotional disorders: Implications for a unified treatment approach. *Clin Child Fam Psychol Rev*. 2009;12(3):234-54.
13. Roemer L, Lee JK, Salters-Pedneault K, Erisman SM, Orsillo SM, Mennin DS. Mindfulness and emotion regulation difficulties in generalized anxiety disorder: Preliminary evidence for independent and overlapping contributions. *Behav Ther*. 2009;40(2):142-54.
14. Ghasemi E.H, Vanaki Z, Me'marian R, Sadat. [The Impact of using In-service Training Nurses on the quality of nursing care in the surgical ward]. *Iranian Journal of Medical Education* 2004; 4 (12): 13-21. Persian
15. Linehan M. Cognitive-behavioral treatment of borderline personality disorder: Guilford press; 1993.
16. Myers RE. Cultivating Mindfulness to Promote Self-Care and Well-Being in Perioperative Nurses. *AORN J*. 2017;105(3):259-66.
17. Praissman S. Mindfulness-based stress reduction: A literature review and clinician's guide. *J Am Acad Nurse Pract*. 2008;20(4):212-6.
18. Ndubisi NO. Mindfulness, reliability, pre-emptive conflict handling, customer orientation and outcomes in Malaysia's healthcare sector. *J Bus Res*. 2012;65(4):537-46.
19. Bränström R, Duncan LG, Moskowitz JT. The association between dispositional mindfulness, psychological well-being, and perceived health in a Swedish population-based sample. *Br J Health Psychol*. 2011;16(2):300-16.
20. Anicha CL, Ode S, Moeller SK, Robinson MD. Toward a cognitive view of trait mindfulness: distinct cognitive skills predict its observing and nonreactivity facets. *J Pers*. 2012;80(2):255-85.
21. Cunningham T, Bartels J, Grant C, Ralph M. Mindfulness and medical review: A grassroots approach to improving work/life balance and nursing retention in a level I trauma center emergency department. *J Emerg Nurs*. 2013;39(2):200-2.
22. Valentine S, Godkin L, Varca PE. Role conflict, mindfulness, and organizational ethics in an education-based healthcare institution. *J Bus Ethics*. 2010;94(3):455-69.
23. Zeidan F, Johnson SK, Diamond BJ, David Z, Goolkasian P. Mindfulness meditation improves cognition: Evidence of brief mental training. *Conscious Cogn*. 2010;19(2):597-605.
24. Colle KFF, Vincent A, Cha SS, Loehrer LL, Bauer BA, Wahner-Roedler DL. Measurement of quality of life and participant experience with the mindfulness-based stress reduction program. *Complement Ther Clin Pract*. 2010;16(1):36-40.
25. Kieviet-Stijnen A, Visser A, Garssen B, Hudig W. Mindfulness-based stress reduction training for oncology patients: Patients' appraisal and changes in well-being. *Patient Educ Couns*. 2008; 72(3):436-42.

26. Jadhav N, Manthalkar R, Joshi Y. Effect of meditation on emotional response: An EEG-based study. *Biomed Signal Process Control*. 2017;34:101-13.
27. Mitmansgruber H, Beck TN, Höfer S, Schüßler G. When you don't like what you feel: Experiential avoidance, mindfulness and meta-emotion in emotion regulation. *Pers Individ Dif*. 2009;46(4):448-53.
28. Ciuhan C G. Emotion Focused Therapy in Posttraumatic Stress Disorder: A Clinical Case: Social and Behavioral Sciences, 2015:13-7
29. Spada MM, Nikčević AV, Moneta GB, Wells A. Metacognition as a mediator of the relationship between emotion and smoking dependence. *Addict Behav*. 2007; 32(10):2120-9.
30. Wells A. Meta-Cognitive Therapy for Anxiety and Depression. 2009. New York: Guilford Press Google Scholar.
31. Torshizi L, Ahmadi F. [Job Stressors from Clinical Nurses'perspective]. *Iran Journal of Nursing*. 2011;24(70):49-60. Persian
32. Breslau N, Novak SP, Kessler RC. Psychiatric disorders and stages of smoking. *Biol Psychiatry*. 2004;55(1):69-76.
33. Garnefski N, Kraaij V, Spinhoven P. Negative life events, cognitive emotion regulation and emotional problems. *Pers Individ Dif*. 2001;30(8):1311-27.
34. Toneatto T. Metacognition and substance use. *Addict Behav*. 1999;24(2):167-74.
35. Walach H, Buchheld N, Buttenmüller V, Kleinknecht N, Schmidt S. Measuring mindfulness—the Freiburg mindfulness inventory (FMI). *Pers Individ Dif*. 2006;40(8):1543-55.
36. McConville J, McAleer R, Hahne A. Mindfulness Training for Health Profession Students—The Effect of Mindfulness Training on Psychological Well-Being, Learning and Clinical Performance of Health Professional Students: A Systematic Review of Randomized and Non-randomized Controlled Trials. *Explore: The Journal of Science and Healing*. 2017;13(1):26-45.
37. Feldman G, Hayes A, Kumar S, Greeson J, Laurenceau J-P. Mindfulness and emotion regulation: The development and initial validation of the Cognitive and Affective Mindfulness Scale-Revised (CAMS-R). *J Psychopathol Behav Assess*. 2007;29(3):177-90.
38. Chadwick P, Hember M, Symes J, Peters E, Kuipers E, Dagnan D. Responding mindfully to unpleasant thoughts and images: reliability and validity of the Southampton mindfulness questionnaire (SMQ). *Br J Clin Psychol*. 2008;47(4):451-5.
39. Baer RA, Smith GT, Hopkins J, Krietemeyer J, Toney L. Using self-report assessment methods to explore facets of mindfulness. *Assessment*. 2006;13(1):27-45.
40. Neuser NJ. Examining the factors of mindfulness: A confirmatory factor analysis of the five facet mindfulness questionnaire. 2010.
41. Mitmansgruber H, Beck TN, Höfer S, Schüßler G. When you don't like what you feel: Experiential avoidance, mindfulness and meta-emotion in emotion regulation. *Pers Individ Dif*. 2009;46(4):448-53.
42. Rezaei N, parsaei E, Nejati E, Nicamal M, Hashemi rezini s. [Psychometric evaluation of student's meta-emotion scales]. *Psychological Research*. 2014;6(23): 111-24. Persian
43. Shonin E, Van Gordon W, Slade K, Griffiths MD. Mindfulness and other Buddhist-derived interventions in correctional settings: A systematic review. *Aggress Violent Behav*. 2013;18(3):365-72.
44. Dekeyser M, Raes F, Leijssen M. Mindfulness skills and interpersonal behavior. *Personal Individ Dif*. 2008;44(5):1235-45.
45. Britton WB, Shahar B, Szepsenwol O, Jacobs WJ. Mindfulness-based cognitive therapy improves emotional reactivity to social stress: results from a randomized controlled trial. *Behav Ther*. 2012;43(2):365-80.

