The Mediating Role of Spiritual Intelligence Dimensions in the Relationship between Mindfulness and Expressed Emotion in Caregivers of Epileptic Patients

Fahimeh Dehghani[1], Faeze Ziyaei[1*], Neda Asemi Zavareh[2]

[1]Department of Psychology, Faculty of Psychology and Educational Sciences, Yazd University, Yazd, Iran

[2]Department of Psychology, Lorestan University, Khoramabad, Iran

Article Info:

Received: **29 Feb 2020** ***Revised:*** **31 May 2020** ***Accepted*****: 11 Nov 2020**

ABSTRACT

Introduction: Caregivers' emotions can affect the quality of life of patients with epilepsy. The purpose of this study was to investigate the mediating role of dimensions of spiritual intelligence in the relationship between mindfulness and expressed emotion in the caregivers of epileptic patients. ***Materials and Methods:*** This was a descriptive cross-sectional study. The study sample consisted of 90 epileptic patients and their caregivers that were selected by convenience sampling method and responded to the expressed emotion, Kentucky Mindfulness Skills, and Spiritual Intelligence questionnaires. The hypothesis of the research was investigated by hierarchical regression analysis using the proposed steps of Baron and Kenny. ***Results:*** The hierarchical multiple regression analysis showed that in the first step, mindfulness (beta=-0.39) can predict expressed emotion. In the second step, mindfulness (beta=-0.28) and only the ability to deal with problems dimension of spiritual intelligence (beta=-0.27) predict expressed emotion. Due to the decrease of the beta value of mindfulness in the second stage compared to the first stage, the partial mediating role of the ability to deal with problems in the relationship between mindfulness and the expressed emotion is confirmed. ***Conclusion:*** Mindfulness is associated with the expressed emotion of caregivers of patients with epilepsy, and the ability to deal with problems as one of the dimensions of spiritual intelligence plays a mediating role. Therefore, it is suggested to pay more attention to psychological training in promoting the mindfulness and spiritual intelligence of caregivers of epileptic patients.

Keywords:

1. Emotions
2. Mindfulness
3. Seizures
4. Epilepsy

***Corresponding Author:** Faeze Ziyaei

Email: f.ziaei20@yahoo.com

[Downloaded from shefayekhatam.ir on 2026-11-14]

[DOI: 10.52547/shefa.9.3.73]

نقش واسطه‌ای ابعاد هوش معنوی در رابطهٔ بین ذهن‌آگاهی و هیجان ابراز شده در مراقبین بیماران مبتلا به صرع

فهیمه دهقانی[۱]، فائزه ضیایی[۱*]، ندا عاصمی زواره[۲]

[۱]گروه روانشناسی، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی، دانشگاه یزد، یزد، ایران

[۲]گروه روانشناسی، دانشگاه لرستان، خرم‌آباد، ایران

اطلاعات مقاله:
دریافت: ۱۰ اسفند ۱۳۹۸ اصلاحیه: ۱۱ خرداد ۱۳۹۹ پذیرش: ۲۱ آبان ۱۳۹۹

چـــــکیده

مقدمه: هیجانات مراقبین می‌تواند بر کیفیت زندگی بیماران مبتلا به صرع اثرگذار باشد. هدف این پژوهش بررسی نقش واسطه‌ای ابعاد هوش معنوی در رابطهٔ بین ذهن‌آگاهی و هیجان ابراز شده در مراقبین بیماران مبتلا به صرع بود. **مواد و روش‌ها:** مطالعه حاضر از نوع توصیفی مقطعی بود. نمونه پژوهش شامل ۹۰ نفر از بیماران مبتلا به صرع و مراقبین آن‌ها بود که به صورت در دسترس انتخاب شدند و به پرسشنامه‌های هیجان ابراز شده، مهارت‌های ذهن‌آگاهی کنتاکی و هوش معنوی پاسخ دادند. فرضیه پژوهش با استفاده از تحلیل رگرسیون به روش سلسله مراتبی با بهره‌گیری از مراحل پیشنهادی بارون و کنی مورد بررسی قرار گرفت. **یافته‌ها:** تحلیل رگرسیون سلسله مراتبی نشان داد که در مرحلهٔ اول، ذهن‌آگاهی (β=-۰/۳۹) قادر به پیش بینی هیجان ابرازشده است. در مرحلهٔ دوم، ذهن‌آگاهی (β=-۰/۲۸) و تنها بعد توانایی مقابله با مشکلات هوش معنوی (β=-۰/۲۷) هیجان ابرازشده را پیش‌بینی می‌کنند. با توجه به کاهش میزان بتای ذهن‌آگاهی در مرحلهٔ دوم نسبت به مرحلهٔ اول نقش واسطه‌ای جزئی زیرمقیاس توانایی مقابله با مشکلات در رابطهٔ بین ذهن‌آگاهی و هیجان ابراز شده تایید می‌شود. **نتیجه‌گیری:** ذهن‌آگاهی با هیجان ابراز شده مراقبین بیماران مبتلا به صرع ارتباط دارد و توانایی مقابله با مشکلات به‌عنوان یکی از ابعاد هوش معنوی در این رابطه نقش میانجی دارد. لذا پیشنهاد می‌شود به آموزش‌های روانشناختی در زمینهٔ ارتقاء ذهن‌آگاهی و هوش معنوی مراقبین بیماران صرع توجه بیشتری شود.

واژه‌های کلیدی:

۱- هیجان
۲- ذهن‌آگاهی
۳- تشنج
۴- صرع

***نویسنده مسئول:** فائزه ضیایی

پست الکترونیک: f.ziaei20@yahoo.com

[Downloaded from shefayekhatam.ir on 2026-11-14]

[DOI: 10.52547/shefa.9.3.73]

مقدمه

صرع[1] یک بیماری شایع و مزمن نورولوژیک است که افراد در تمامی سنین ممکن است به آن مبتلا شوند (۱). صرع پس از سکته مغزی، دومین بیماری سیستم عصبی مرکزی می‌باشد که ۰/۵ تا ۱ درصد از افراد همه سنین در دنیا درگیر آن هستند (۲). صرع با بروز خود به خودی و غیرقابل پیش‌بینی تشنج مشخص می‌شود که در طی آن ادراک و یا رفتار بیماران مختل می‌شود که میزان فراوانی آن ۴ تا ۷ بیمار در ۱۰۰۰۰ نفر تخمین زده شده است (۴-۳). شیوع صرع در ایران تا سال ۱۳۸۹، ۵ درصد برآورد شده که نسبت به استاندارد جهانی، بالاتر بوده است (۵). صرع می‌تواند در هر سن، نژاد و طبقه اجتماعی رخ دهد. البته وضعیت اجتماعی اقتصادی پایین‌تر با شیوع بالاتر صرع در بزرگسالان همراه است و در کشورهای در حال توسعه، صرع عموماً در نوجوانی و اوایل بزرگسالی دارای بیشترین شیوع است (۶). زمانی که بیماری فرد مزمن شود و حملات تشنجی بطور تکرار شونده رخ دهند، حوزه های فردی و بین فردی زندگی اش تحت تاثیر قرار می‌گیرد (۷)، و ابعاد مختلف زندگی او را از جمله شغلی، اقتصادی، اجتماعی و خانوادگی با مشکل مواجه می‌کند (۸). خانواده و بیماری بر یکدیگر تاثیری متقابلی دارند؛ از یک سو خانواده مهمترین منبع کمک کننده به سازگاری فرد با بیماریش می‌باشد که در صورت عدم حمایت می تواند منجر به تشدید بیماری شود، از سوی دیگر بیماری به خودی خود می‌تواند یک عامل استرس‌زا برای کل ساختار خانواده محسوب شود، زیرا می‌تواند سیستم خانواده و کیفیت زندگی اعضای آن را به خطر اندازد (۹). در مورد مراقبین بیماران صرع، مهمترین منابع استرس‌زا شامل نظارت بر مصرف داروها، مقابله با پریشانی‌های روانی بیمار، برخورد با عود مکرر تشنج و نگرانی در مورد آسیب‌های احتمالی و حتی مرگ بیمار است (۱۰). در این شرایط مراقبین ممکن است نتوانند از شیوه‌های مقابله‌ای مناسب برای مدیریت هیجاناتشان بهره ببرند. استفاده از شیوه‌های ناکارآمد مقابله‌ای هیجان‌مدار در این شرایط می‌تواند منجر به افزایش هیجان ابراز شده مراقبین شود (۱۱). هیجان ابراز شده[2] نشان‌دهنده شرایط هیجانی خانواده است که کیفیت رابطهٔ اعضای خانواده با بیمار را نشان می‌دهد و به سازه‌ای اشاره دارد که نگرش‌های انتقادی[3]، خصمانه[4] یا بیش از حد درگیر شده هیجانی[5] را از جانب یک عضو خانواده نسبت به عضو بیمار منعکس می‌کند (۱۳-۱۲). این متغیر یکی از شاخص‌های روانشناختی است که منعکس‌کننده تاثیر خانواده بر عود اختلالات است (۱۴). ادراک بیمار از واکنش اطرافیان به خودش، از جمله انتقاد آن‌ها، در میزان سودمندی درمان موثر است. هر چند برخی از ابعاد این ادراک بازتاب نگرش‌های منفی بیمار است، با این وجود انتقادهای خانواده در تشدید نشانه‌ها، کاهش سودمندی درمان و عودهای مکرر بیمار نقش دارد (۱۸-۱۳). از آنجایی که نشان داده شده است هیجان ابراز شده مراقبین یکی از پیش‌بینی کننده‌های قوی کیفیت دوره‌های بیماری است، بررسی این مسئله ضروری است که چرا برخی از اعضای خانواده نسبت به سایرین کمتر انتقادکننده هستند و با هیجانات منفی کمتری واکنش نشان می‌دهند (۱۹). مطالعات نشان داده‌اند که بخشی از هیجانات منفی اعضای خانواده و بدنبال آن رفتارهای منفی از جمله انتقادگری بدلیل عدم پذیرش وجود مشکل و بیماری در عضو خانواده و تجربه هیجانات منفی ناشی از آن از جمله خشم است (۲۱-۲۰). در این خصوص یکی از متغیرهایی که در سال‌های اخیر مورد توجهٔ ویژه پژوهشگران و خصوصاً درمانگران قرار گرفته است، ذهن‌آگاهی[6] است. ذهن‌آگاهی، یک راه هدایت توجه است که از سنت‌های مراقبهٔ شرقی گرفته شده است (۲۲). ذهن‌آگاهی، به طور کلی به فرآیندهایی شناختی اطلاق می‌شود که طی آن‌ها فرد ذهن‌آگاه، تمرکز خود را روی تجربه احساسات و اتفاقاتی که در لحظهٔ حال در خود یا اطرافش رخ می‌دهد، متمرکز می‌سازد. این تمرکز و توجه، بصورت عدم قضاوت یا پذیرش تجربه‌ای است که در زمان حاضر رخ می‌دهد (۲۳). افراد ذهن‌آگاه واقعیات درونی و بیرونی را آزادانه و بدون تحریف ادراک می‌کنند و توانایی زیادی در مواجهه با دامنهٔ گسترده‌ای از تفکرات، هیجانات و تجربه ها (اعم از خوشایند و ناخوشایند) دارند (۲۵-۲۴). پرایسمن[7] و اندوبیسی[8] هر یک در تحقیقی نشان دادند که ذهن‌آگاهی به‌عنوان یک سازه شناختی فعال و پویا قادر است که پاسخدهی افراد به موقعیت‌های فشارزا و هیجانی را کاملاً تعدیل نماید (۲۶-۲۷). نقش ذهن‌آگاهی همچنین در کاهش واکنش پذیری و بهبود خود نظم‌بخشی هیجانی در برابر موقعیت‌های تنش زا تایید شده است (۲۸). ذهن‌آگاهی به مراقبین کمک می‌کند که افکار و هیجانات منفی خود نسبت به عضو بیمار را بپذیرند و نگرشی غیرقضاوتی نسبت به آن‌ها داشته باشند (۲۹). بدین شکل که ذهن‌آگاهی موجب می‌شود مراقبین تجارب هیجانی که در هنگام مراقبت از بیمار برایشان رخ می‌دهد را بدون قضاوت مشاهده کنند و واکنش‌های ناپخته هیجانی از جمله رفتارهای پرخاشگرانه نشان ندهند (۳۰). از این رو ذهن‌آگاهی با بهبود توجه، افزایش آستانهٔ

[1] Epilepsy
[2] Expressed emotion
[3] Criticism
[4] Hostility
[5] Emotional over-involvement
[6] Mindfulness skills
[7] Praissman
[8] Ndubisi

[Downloaded from shefayekhatam.ir on 2026-11-14]
[DOI: 10.52547/shefa.9.3.73]

تحمل هیجانات منفی و بهبود روش‌های مقابله به مراقبین بیماران کمک می‌کند تا بتوانند هیجانات ابراز شده خود را مدیریت کنند (۳۱). از سوی دیگر اخیراً در متون روانشناسی توجه به عوامل مرتبط با حوزه معنویت افزایش یافته است که در پژوهش حاضر به بررسی هوش معنوی[9] پرداخته شده است. هوش معنوی به‌عنوان یکی از مفاهیم جدید هوش، در بردارنده نوعی سازگاری و رفتار حل مساله است که بالاترین سطوح رشد را در حیطه‌های مختلف شناختی، اخلاقی، هیجانی، بین فردی و شامل می‌شود که فرد را در جهت هماهنگی با پدیده‌های اطراف و دستیابی به یکپارچگی درونی و بیرونی یاری می‌نماید. این هوش به فرد دیدی کلی در مورد زندگی و همه تجارب و رویدادها می‌دهد و او را قادر می‌سازد به چارچوب بندی و تفسیر مجدد تجارب خود پرداخته، شناخت و معرفت خویش را عمق بخشد (۳۲). افراد زمانی هوش معنوی را به کار میبرند که بخواهند از ظرفیت‌ها و منابع معنوی برای تصمیم‌گیری‌های مهم و اندیشه در مورد موضوعات وجودی یا تلاش در مسیر حل مسائل روزانه استفاده کنند (۳۳). اسمیت[10] معتقد است هوش معنوی عاملی برای سازگاری در محیط‌های پر فشار می‌باشد (۳۴). نیسیانی و همکارانش نیز نشان داده‌اند بین هوش معنوی و دشواری در تنظیم هیجان و ابعاد آن از جمله دسترسی محدود به راهبردهای تنظیم هیجان و دشواری کنترل تکانه رابطه معکوس وجود دارد (۳۵). نوروزی و سپهریان آذر در پژوهشی بیان کرده‌اند بین هوش معنوی و ابراز هیجانات منفی رابطه وجود دارد؛ چرا که هوش معنوی با تاثیر مثبت بر حل مساله، مهارت‌های تصمیم‌گیری و سازگاری بر ابرازگری هیجان موثر است (۳۶). از این رو این عامل به عنوان متغیر احتمالی تاثیرگذار بر میزان هیجان ابراز شدهٔ مراقبین بیماران مبتلا به صرع انتخاب شده است. از سوی دیگر مطالعات بسیاری نشان داده اند که بین ذهن‌آگاهی و هوش معنوی رابطه وجود دارد. ذهن‌آگاهی به افراد کمک می‌کند که تصویر کاملتری از واقعیت را ببینند در حالی که درصورت نیاز و با انتخاب خود بر جنبه‌ای از آن متمرکز شوند. این توانایی به آن‌ها کمک می‌کند تا به معنا و اهداف بزرگتری در زندگی توجه کنند (۳۷). ارتقای ذهن‌آگاهی باعث می‌شود افراد آگاهیشان گسترش یابد و به مرحله‌ای از صبوری و پذیرش واقعیات دست یابند که افراد به واسطه آن بتوانند در مسائلی همچون تفکر درباره مسائل وجودی با آگاهی بسیطتری به تحلیل برسند (۳۳). همچنین ذهن‌آگاهی از طریق عدم قضاوت، به پذیرش شرایط موجود کمک می‌کند و در نتیجه افراد با هوش معنوی بالا از ذهن‌آگاهی به‌عنوان ابزاری برای تعالی و رشد معنوی استفاده می‌کنند (۳۸). در همین راستا مطالعه‌ای که بر روی اساتید راهنما و مدیران گروه‌ها در دانشگاه مانیه انجام گرفت نتایج تایید کننده رابطه معنی‌دار مثبت بین ذهن‌آگاهی و هوش معنوی بود (۳۷). آگاروال و میشرا[11] (۳۹) نیز در مطالعه‌ای که بر روی کارمندان بانک انجام دادند گزارش کردند که بین ذهن‌آگاهی و هوش معنوی رابطه وجود دارد. از اینرو به نظر میرسد ذهن‌آگاهی از طریق ابزاری که در اختیار دارد احتمالا بتواند به افزایش هوش معنوی کمک کند. همان گونه که بیان شد هوش معنوی شامل باورها و اعتقادات فرد نسبت به امور اخلاقی و معنوی است و نشان‌دهنده میزان توانایی فرد در حل مشکلات، سازگاری و انطباق پذیری وی با تغییرات محیطی است. در نتیجه هوش معنوی بالا می‌تواند با کاهش واکنش‌های انتقادی، به کاهش هیجان ابراز شده کمک کند. از اینرو به نظر می‌رسد هوش معنوی می‌تواند نقش واسطه‌ای در رابطه بین ذهن‌آگاهی و هیجان ابراز شده داشته باشد. با توجه به اینکه به اعتقاد ایمونز هوش معنوی متشکل از ابعاد، مهارت‌ها و توانایی‌های مختلفی است که در فرهنگ‌های مختلف برخی از این مهارت‌ها اولویت بیشتری دارند و بیشتر مورد تاکید قرار می‌گیرند، نیاز است که با دقت بیشتری نقش ابعاد آن مورد بررسی قرار گیرد (۴۰). در نهایت با توجه به اهمیت نقش خانواده و مراقبین در بهبود و یا پسرفت بیماران، توجه بیشتر به شرایط هیجانی خانواده‌های بیماران مبتلا به بیماری مزمن و ناتوان کننده صرع، که شیوع نسبتاً بالایی نیز دارد، ضرورت دارد. در مطالعات پیشین این یافته حاصل شده است که درصد زیادی از افراد مراقبت کننده در حوزه‌ای قرار گرفته‌اند که اگر حمایت‌ها و مراقبت‌های پیشگیری کننده را دریافت نکنند، استرس‌ها و فشارهای ناشی از بار مراقبتی ممکن است زمینه بروز برخی از مشکلات روانشناختی را در آن‌ها فراهم کند (۴۱)؛ لذا شناسایی عوامل پیش‌بینی کننده میزان هیجان ابراز شده در خانواده‌های این بیماران می‌تواند به کاهش این مشکلات در مراقبین و بیماران کمک کند. براین اساس هدف اصلی این مطالعه بررسی نقش واسطه‌ای ابعاد هوش معنوی در رابطه بین ذهن‌آگاهی و هیجان ابراز شده در مراقبین بیماران مبتلا به صرع می‌باشد.

مواد و روش‌ها

پژوهش حاضر مطالعه‌ای توصیفی مقطعی بود. جامعهٔ آماری این پژوهش شامل کلیهٔ بیماران مبتلا به صرع و مراقبین آن‌ها بود که در فاصله زمانی خرداد تا شهریور ماه سال ۱۳۹۵ به مطب‌های خصوصی، بیمارستان

[9] Spiritual intelligence
[10] Smith
[11] Agarwal & Mishra

[Downloaded from shefayekhatam.ir on 2026-11-14]
[DOI: 10.52547/shefa.9.3.73]

امام خمینی (ره) و انجمن صرع ایران در شهر تهران مراجعه کرده بودند. با توجه به اینکه مک کینون[12] و همکاران بیان کرده اند زمانی که یک متغیر واسطه در تحلیل مورد بررسی قرار می گیرد، حداقل نمونه ۵۰ نفر کفایت می‌کند، نمونهٔ مورد مطالعه در این پژوهش شامل ۹۰ نفر از مراقبین بیماران مبتلا به صرع به همراه بیمارانشان می‌باشد که به صورت در دسترس از این مراکز انتخاب شدند (۴۲). شرکت‌کنندگان در صورت رضایت در پژوهش شرکت می‌کردند و به آن‌ها این اطمینان داده شد که نتایج بطور کلی منتشر خواهد شد. پرسشنامهٔ هیجان ابراز شده توسط بیمار و پرسشنامه‌های مهارت‌های ذهن‌آگاهی و هوش معنوی توسط مراقب بیمار تکمیل گردید. در این پژوهش ابزار گردآوری اطلاعات، پرسشنامه بود که عبارت بودند از: مقیاس هیجان ابرازشده: مقیاس هیجان ابراز شده کول و کازاریان[13] دارای ۶۰ عبارت است که دارای طیف لیکرت ۴ گزینه‌ای است که نمرات بدست آمده از آن در دامنهٔ ۶۰ تا ۲۴۰ قرار می‌گیرد (۴۳). پایایی این پرسشنامه در ایران توسط دهقانی مورد بررسی قرار گرفته است که ضریب آلفای کرونباخ محاسبه شده ۰/۹۳ گزارش شده است (۴۴). پرسشنامهٔ مهارت‌های ذهن‌آگاهی کنتاکی (KIMS) توسط بائر، اسمیت و آلن[14] تدوین شده است (۴۵). این پرسشنامه دارای ۳۹ آیتم می‌باشد و در یک طیف لیکرت پنج درجه‌ای از خیلی به ندرت تا اکثر اوقات نمره‌گذاری می‌شود و دامنه نمرات ۳۹ تا ۱۹۵ خواهد بود. دهقان منشادی و همکارانش در ایران خصوصیات روانسنجی این پرسشنامه را مورد بررسی قرار داده و نشان دادند که آلفای کرونباخ این پرسشنامهٔ ۰/۸۲ است (۴۶). پرسشنامهٔ هوش معنوی بدیع و همکاران (۱۳۸۹) دارای ۴۲ ماده است که چهار مولفهٔ تفکرکلی و بعد اعتقادی، توانایی مقابله با مشکلات، خودآگاهی و علاقه و پرداختن به سجایای اخلاقی را مورد سنجش قرار می‌دهد. تفکر کلی و بعد اعتقادی، باورهای و اعتقادات فرد نسبت به امور اخلاقی و معنوی را می‌سنجد، توانایی مقابله با مشکلات میزان توانایی فرد در حل مشکلات و سازگاری و انطباق پذیری وی با تغییرات محیطی را مورد بررسی قرار می‌دهد، خودآگاهی و علاقه، آگاهی فرد از توانمندی و ضعف‌های خود و میزان رضایت فرد از شرایط خود است و پرداختن به سجایای اخلاقی نشان‌دهنده توانایی فرد در عمل به امور اخلاقی است. بدیع و همکارانش برای محاسبهٔ پایایی پرسشنامهٔ هوش معنوی از دو روش آلفای کرونباخ و تنصیف استفاده نمودند که مقدار آن به ترتیب برای کل پرسشنامهٔ ۰/۸۵ و ۰/۷۸ و برای زیرمقیاس‌ها از ۰/۵۸ تا ۰/۷۲ بدست آمد (۴۷). به‌منظور تجزیه و تحلیل داده‌ها از نرم‌افزار SPSS 20 و برای آزمون نقش واسطه‌ای ذهن‌آگاهی در رابطهٔ بین هوش معنوی و هیجان ابراز شده از مراحل پیشنهادی بارون و کنی[15] به روش رگرسیون سلسله مراتبی استفاده شد (۴۸).

یافته‌ها

بررسی متغیرهای جمعیت شناختی نشان داد که ۱۹ نفر (۲۱ درصد) از مراقبین بیماران را مادران و ۷۱ نفر (۷۹ درصد) را همسران تشکیل می‌دادند. بیشترین فراوانی تحصیلات بیماران مربوط به دیپلم با ۵۵ نفر (۶۱ درصد) و کمترین فراوانی مربوط به فوق‌لیسانس با ۴ نفر (۴/۴ درصد) بود. بیشترین میزان درآمد خانواده‌ها شامل ۵ نفر (۵/۵ درصد) ضعیف، ۶۹ نفر (۷۶/۷ درصد) متوسط و ۱۶ نفر (۱۷/۸ درصد) خوب بود. جدول ۱ میانگین، انحراف معیار و ضریب آلفای کرونباخ متغیرهای هیجان ابراز شده، ذهن‌آگاهی و ابعاد هوش معنوی را نشان می‌دهد.

نتایج تحلیل رگرسیون نشان داد که از بین زیرمقیاس‌های هوش معنوی تنها زیرمقیاس توانایی مقابله با مشکلات، قادر بود که نقش واسطه‌ای را در رابطهٔ بین ذهن‌آگاهی و هیجان ابراز شده ایفا نماید (جدول ۲). مقادیر برآورد شده در جدول ۲ بیانگر این است که در

جدول ۱- میانگین، انحراف معیار و آلفای کرونباخ متغیرهای پژوهش

متغیرها		میانگین	انحراف معیار	آلفای کرونباخ در پژوهش حاضر
هیجان ابراز شده		۱۴۸/۳۲	۳۴/۷۵	۰/۹۶
ذهن‌آگاهی		۱۱۶/۶۵	۱۲/۷۸	۰/۸۱
ابعاد هوش معنوی	تفکرکلی و بعد اعتقادی	۳۷/۰۳	۱۵/۴۱	۰/۹۷
	توانایی مقابله با مشکلات	۴۴/۸۴	۱۰/۱۳	۰/۸۹
	خودآگاهی و علاقه	۲۴/۳۳	۴/۸۳	۰/۷۵
	پرداختن به سجایای اخلاقی	۲۱/۱۶	۵/۱۲	۰/۸۷

[12] MacKinnon
[13] Cole & Kazarian
[14] Baer, Smith & Allen
[15] Baron & Kenny

[Downloaded from shefayekhatam.ir on 2026-11-14]
[DOI: 10.52547/shefa.9.3.73]

جدول ۲- نتایج تحلیل رگرسیون سلسله مراتبی هیجان ابراز شده براساس مهارت‌های ذهن‌آگاهی و زیرمقیاس توانایی مقابله با مشکلات از هوش معنوی

مرحله	متغیرهای پیش‌بین	ضریب B	بتا	P-value	R	R^2	F	P-value
۱	ذهن‌آگاهی	-۱/۰۶	-۰/۳۹	۰/۰۰۱	۰/۳۹	۰/۱۵	۱۶/۰۱	۰/۰۰۱
۲	ذهن‌آگاهی	-۰/۷۶	-۰/۲۸	۰/۰۰۹	۰/۴۶	۰/۲۱	۱۱/۸۳	۰/۰۰۱
	توانایی مقابله با مشکلات	-۰/۹۲	-۰/۲۷	۰/۰۱۲				

مرحلۀ اول متغیر ذهن‌آگاهی در مجموع ۱۵ درصد از واریانس متغیر هیجان ابراز شده را پیش‌بینی می‌کند. همچنین مقدار بتا برابر با ۰/۳۹- و به لحاظ آماری معنی‌دار است (P<۰/۰۰۱). در مرحلۀ دوم متغیرهای ذهن‌آگاهی و زیر مقیاس توانایی مقابله با مشکلات در مجموع ۲۱ درصد از واریانس متغیر هیجان ابرازشده را پیش‌بینی می‌کنند. با توجه به معنی‌دار بودن رابطۀ ذهن‌آگاهی و هیجان ابرازشده (P<۰/۰۰۱) در مرحلۀ اول و کاهش میزان بتای ذهن آگاهی (β=۰/۲۸) در مرحلۀ دوم نسبت به مرحلۀ اول نقش واسطه‌ای جزئی زیر مقیاس توانایی مقابله با مشکلات در رابطه بین ذهن‌آگاهی و هیجان ابراز شده تایید می‌شود. برای سنجش معنی‌دار بودن اثر متغیر واسطه‌ای از آزمون سوبل استفاده شد. نتایج این آزمون نیز تایید کننده نقش واسطه‌ای بود (Sobel Test =۲/۲۰، P-Value=۰/۰۲).

بحث و نتیجه‌گیری

نتایج پژوهش حاضر نشان داد بین ذهن‌آگاهی و هیجان ابرازشده مراقبین بیماران مبتلا به صرع رابطۀ وجود دارد و از بین ابعاد هوش معنوی زیرمقیاس توانایی مقابله با مشکلات توانست نقش واسطه‌ای جزئی در این رابطه داشته باشد. هم‌راستا با نتیجه اول پژوهش حاضر که بین ذهن‌آگاهی و هیجان ابرازشده مراقبین بیماران مبتلا به صرع رابطه وجود دارد، مطالعه لو[16] و همکارانش نشان داد که آموزش روانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر کاهش هیجان ابرازشده خانواده بیماران دارای علائم سایکوز تاثیر دارد (۳۱). در تبیین نتیجه بدست آمده می‌توان به نقش ذهن‌آگاهی در کاهش واکنش‌پذیری و بهبود خود نظم‌بخشی هیجان در برابر موقعیت‌های تنش‌زا توجه کرد (۴۹). ذهن‌آگاهی، احساس بدون قضاوت و متعادلی از آگاهی است که به واضح دیدن و پذیرش هیجانات و پدیده‌های فیزیکی، همان‌طور که اتفاق می‌افتند کمک می‌کند. ذهن‌آگاهی علاوه بر اینکه به پذیرش هیجانات منفی کمک می‌کند، با کاهش نشخوار فکری منجر به کاهش ابراز هیجانات منفی می‌شود (۲۵). از جنبۀ دیگر ذهن‌آگاهی منجر به بهبود دیدگاه‌گیری اجتماعی می‌شود (۵۰). دیدگاه‌گیری اجتماعی به فرد این امکان را می‌دهد که با حفظ یگانگی خود، مسائل را از دید دیگران ببیند، که نتیجه آن افزایش همدلی است و ارتقاء ظرفیت همدلی منجر به پاسخ‌های غیرواکنشی و دلسوزانه می‌شود که حاصل آن کاهش هیجان ابرازشده و بهبود روابط بین فردی است (۵۲-۵۰). از اینرو مراقبین بیماران مزمنی چون صرع ممکن است به دلیل داشتن مشکلات فراوان و بار سنگین نگهداری از بیمارانشان که فشار زیادی بر آن‌ها تحمیل می‌کند درگیر افکار و هیجانات منفی شده و درصورت ذهن‌آگاهی پایین، هنگام قرار گرفتن در موقعیت‌های مختلف در مواجهه با بیمارشان نمی‌توانند آنها را درک کرده و به خوبی هیجانات خود را مدیریت کنند که این مساله احتمال ابراز منفی هیجانات را افزایش می‌دهد (۵۵-۵۳، ۳۰) . این اتفاق باعث می‌شود تا شرایط پیش آمده هم بر سلامت جسمی و روانی خود مراقب و هم بر جو هیجانی خانواده و محیط زندگی بیمار اثر سوء گذاشته و در نتیجه بر وضعیت جسمانی و روانی بیماران و روند درمان و بهبودی آنها اثرگذار باشد (۵۵). نتیجۀ دیگر پژوهش حاضر نشان داد از بین ابعاد هوش معنوی، زیرمقیاس توانایی مقابله با مشکلات توانست نقش واسطه‌ای جزئی در رابطه بین ذهن‌آگاهی و هیجان ابرازشده مراقبین بیماران مبتلا به صرع داشته باشد. دراین راستا پژوهشی یافت نشد که به بررسی نقش واسطه‌ای هوش معنوی در رابطه بین ذهن‌آگاهی و هیجان ابراز شده پرداخته باشد اما در مطالعه‌ای نسبتاً مشابه سلم آبادی و همکاران نشان دادند که هوش معنوی دارای نقش واسطه‌ای در رابطه بین ذهن‌آگاهی و تاب‌آوری است (۵۶). جهان و نوقابی و خسروی و همکاران نیز دریافتند که ذهن‌آگاهی قادر است تا هوش معنوی افراد را ارتقا ببخشد و همچنین اصغری ابراهیم آبادی و همکاران در پژوهش خود اشاره کردند افراد با هوش معنوی بالا قادرند تا هیجانات منفی خود را مدیریت کرده و ابرازگری منفی هیجان

[16] Lo

[Downloaded from shefayekhatam.ir on 2026-11-14]
[DOI: 10.52547/shefa.9.3.73]

را کاهش دهند (۵۷-۵۸). در تبیین نتیجه بدست آمده می‌توان بیان کرد هوش معنوی یکی از مولفه‌های روانشناختی موثر است که نقش مهمی در مدیریت و ابراز هیجانات دارد (۵۹). پژوهش‌های بسیاری نقش هوش معنوی را در زمینهٔ کاهش استرس و افزایش قدرت مقابله با مشکلات و مدیریت بهتر شرایط بحران دخیل دانسته‌اند، از جمله در مطالعات اسمیت، الکینز و کاوندش[17]، خسروی و نیکمنش (۶۱-۶۰، ۳۴). بعد توانایی مقابله با مشکلات که در مطالعه حاضر نقش معنی‌داری در میزان هیجان ابرازشده داشته است، توانایی فرد را در استفاده از منابع معنوی در جهت حل مسائل زندگی می‌سنجد (۶۲). افرادی که هوش معنوی بیشتری دارند توانایی بالاتری در تغییر چارچوب‌های ذهنی خود دارند؛ به این معنا که این توانایی را دارند که به مسائل از زوایای گوناگون نگاه کنند و معانی متفاوتی برای آن بیابند. در چنین شرایطی افراد می‌توانند با استفاده از ظرفیت‌ها و منابع معنوی، معنای کارآمدتری برای مشکلات‌شان بسازند و از این طریق به تنظیم هیجان کارآمدتر نائل شوند (۶۳). از این رو بعد توانایی مقابله با مشکلات هوش معنوی، سبک مثبت و مفیدی از مقابله با مشکلات زندگی ارائه می‌دهد که منجر به تنظیم و ابراز سالم هیجانات خواهد شد. هر چه سبک مقابله‌ای فرد و شیوه ابراز هیجاناتش سالم‌تر و مثبت‌تر باشد، کمتر نسبت به عضو بیمار واکنش های ناسازگارانه از جمله برخوردهای خصمانه و انتقادی نشان می‌دهد. برای اینکه افراد وقایع را از جنبه‌های مختلف و در سطحی گسترده‌تر مورد مشاهده قرار دهند، نیازمند ابزاری هستند که بتواند این امکان را به آن‌ها بدهد (۱۱). وجود برخی از ویژگی‌های فردی از جمله داشتن دیدگاه کل نگر، ذهن باز و انعطاف‌پذیر، به بهره‌مندی بیشتر فرد از هوش معنوی کمک می‌کند. چراکه این ویژگی‌ها، روش‌های متفاوتی را جهت دستیابی به سطوح عمیق‌تر معنا فراهم می‌کنند (۳۲). از اینرو ذهن‌آگاهی که شامل توجه بدون سوگیری و قضاوت است، می تواند هماهنگ‌کننده یا حتی گسترش‌دهنده توانایی‌های مرتبط با هوش معنوی باشد (۶۴). از آنجایی که بخشی از منابعی که افراد برای حل مسائلشان در اختیار دارند، شامل منابع معنوی است، ذهن‌آگاهی از طریق توجه آگاهانه و بسیط به وقایع، به افزایش هوش معنوی که همان توانایی استفاده از این منابع در حل مسائل زندگی و رسیدن به اهداف است، کمک می‌کند (۶۵). در تبیین عدم معنی‌داری سایر زیرمقیاس‌های هوش معنوی به‌عنوان متغیر واسطه، می‌توان به دلایل ایجاد کننده هیجان ابرازشده توجه کرد. سطح بالای هیجان ابراز شده در نتیجه مشکلات موجود در روابط بین مراقبت‌کنندگان و بیماران بوجود می‌آید از جمله اینکه مراقبین گزارش می‌دهند که بیمارشان توصیه‌های آنها را نادیده گرفته و یا رعایت نمی‌کند و یا مشکلاتی را برای آن‌ها بوجود آورده است که نتیجه آن ایجاد احساس خشم در مراقبین و برخورد خصمانه با بیمار است. از اینرو مداخلاتی که شامل آموزش‌های روانی اجتماعی به خانواده است از جمله مدیریت بحران و مهارت‌های حل مساله می‌تواند در جهت کاهش هیجان ابراز شده مراقبین کمک کننده باشد (۵۵). در مورد بیماران مبتلا به صرع نیز مراقبت از این بیماران، خانواده و مراقبین را با چالش‌ها و مسائل مختلفی روبرو می‌کند که نیازمند یافتن راه حل مناسب در برخورد با آن‌ها می‌باشد (۵۳). چنین به نظر می‌رسد توانایی مقابله با مشکلات نسبت به سه بعد تفکرکلی و بعد اعتقادی، خودآگاهی و علاقه هیجانی، به افراد کمک می‌کند که محدودیت‌ها را ببینند و با توجه به شرایط بهترین راه حل را انتخاب کنند. لذا تنها این بعد از هوش معنوی پیش‌بینی کننده منفی هیجان ابراز شده بود. در نهایت ضروری است تا با توجه به کمبودهای تحقیق حاضر از جمله عدم در نظر گرفتن برخی از اطلاعات مرتبط با بیماری و جمعیت شناختی از جمله شدت و نوع بیماری صرع، داشتن فرزند و بیماری‌های همایند روانی و جسمی، در تعمیم نتایج محتاطانه عمل نمود. همچنین در این پژوهش تنها به بررسی دو ویژگی مرتبط با مراقبین بیماران صرع پرداخته شد و سایر متغیرها از جمله ویژگی‌های روانشناختی مرتبط با بیماران در نظر گرفته نشده است. از آنجایی که دو متغیر ذهن‌آگاهی و هوش معنوی در مجموع ۲۱ درصد از تغییرات متغیر هیجان ابراز شده را پیش‌بینی می‌کردند، پیشنهاد می‌شود نقش احتمالی متغیرهای زمینه‌ای از جمله سبک‌های دلبستگی مورد بررسی قرار گیرد. همینطور پیشنهاد می‌گردد در پژوهش‌های آتی به مقایسه هیجان ابراز شده مراقبین بیماران صرع با سایر بیماری‌های مزمن پرداخته شود و با توجه به نقش معنی‌دار ذهن‌آگاهی و هوش معنوی پیشنهاد می‌شود که در تحقیقات آینده اثربخشی آموزش این دو متغیر بر کاهش هیجان ابراز شده مورد بررسی قرار گیرد.

منابع

1-Sirven JI. Epilepsy: a spectrum disorder. Cold Spring Harbor perspectives in medicine. 2015; 5(9): a022848.

2- Nonato DT, Vasconcelos SM, Mota MR, de Barros Silva PG, Cunha AP, Ricardo NM, Pereira MG, Assreuy AM, Chaves EM. The anticonvulsant effect of a polysaccharide-rich extract from Genipa americana leaves is mediated by GABA receptor. Biomedicine & Pharmacotherapy. 2018; 101: 181-7.

3- Chua KC, Chandran V, Acharya R, Lim CM. Automatic identification of epilepsy by HOS and power spectrum parameters using EEG signals: A comparative study. In2008 30th Annual International

[17] Elkins & Cavendish

[Downloaded from shefayekhatam.ir on 2026-11-14]

[DOI: 10.52547/shefa.9.3.73]

Conference of the IEEE Engineering in Medicine and Biology Society 2008 (pp. 3824-3827). IEEE.

4- Magalov SI, Hasanov NF, Azizova NX, Novruzov AN, Mustafayev ZB, Kazimov SA, et al. The prevalence of epilepsy in the Nakhichevan Autonomous Republic of Azerbaijan. CNS Neurol Disord Drug Targets. 2012; 11(2): 102-9.

5- Sayehmiri K, Tavan H, Sayehmire F, Mohamadi I. Prevalence of Epilepsy in Iran Using Meta-Analysis and Systematic Review. J Adv Med Biomed Res. 2015; 23 (97): 112-121.

6- Banerjee PN, Filippi D, Hauser WA. The descriptive epidemiology of epilepsy-a review. Epilepsy research. 2009; 85(1): 31-45.

7- O'Dell C, Wheless JW, Cloyd J. The personal and financial impact of repetitive or prolonged seizures on the patient and family. Journal of child neurology. 2007; 22(5_suppl): 61S-70S.

8- de Boer HM. Epilepsy stigma: moving from a global problem to global solutions. Seizure. 2010; 19(10): 630-6.

9- Mahrer-Imhof R, Jaggi S, Bonomo A, Hediger H, Eggenschwiler P, Krämer G, Oberholzer E. Quality of life in adult patients with epilepsy and their family members. Seizure. 2013; 22(2): 128-35.

10- Lai ST, Tan WY, Wo MC, Lim KS, Ahmad SB, Tan CT. Burden in caregivers of adults with epilepsy in Asian families. Seizure. 2019; 71: 132-9.

11- Wasserman S, Weisman A, Suro G. Nonreligious coping and religious coping as predictors of expressed emotion in relatives of patients with schizophrenia. Mental health, religion & culture. 2013; 16(1): 16-30.

12- Lobban F, Barrowclough C, Jones S. Does Expressed Emotion need to be understood within a more systemic framework? An examination of discrepancies in appraisals between patients diagnosed with schizophrenia and their relatives. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol. 2006; 41(1): 50-5.

13- Bressi C, Cornaggia CM, Beghi M, Porcellana M, Iandoli II, Invernizzi G. Epilepsy and family expressed emotion: Results of a prospective study. Seizure. 2007; 16(5): 417-23.

14- Khanipour H, Akbari M. The Relationship between Religious Coping Styles, Shame-Proneness, Guilt-Proneness and Expressed Emotion among Family Members of Individuals with Chronic Mental Disorder. Journal of Family Research. 2019; 15(57): 89-104. (Persian)

15- Van Noppen B, Steketee G. Testing a conceptual model of patient and family predictors of obsessive compulsive disorder (OCD) symptoms. Behav Res Ther. 2009; 47(1): 18-25.

16- Renshaw KD, Chambless DL, Steketee G. Perceived criticism predicts severity of anxiety symptoms after behavioral treatment in patients with obsessive-compulsive disorder and panic disorder with agoraphobia. J Clin Psychol. 2003; 59(4): 411-21.

17- Hooley JM, Parker HA. Measuring expressed emotion: an evaluation of the shortcuts. J Fam Psychol. 2006 ; 20(3): 386-96.

18- Peris TS, Miklowitz DJ. Parental Expressed Emotion and Youth Psychopathology: New Directions for an Old Construct. Child Psychiatry Hum Dev. 2015; 46(6): 863-73.

19- Hooley JM. Expressed emotion and relapse of psychopathology. Annu. Rev. Clin. Psychol.. 2007; 3: 329-52.

20- Sazvar S A, Nouri R, Saei R, Hatami M. Impact of acceptance and commitment-based psychoeducation on the adjustment of expressed emotion in families of patients with bipolar disorder. Feyz. 2017; 21 (3): 265-271.

21- Eisner LR, Johnson SL. An acceptance-based psychoeducation intervention to reduce expressed emotion in relatives of bipolar patients. Behavior therapy. 2008; 39(4): 375-85.

22- Kabat-Zinn J. Mindfulness-Based Interventions in Context: Past, Present, and Future. Clinical Psychology: Science and Practice. 2003; 10(2): 144-56.

23- Baer RA, Smith GT, Allen KB. Assessment of mindfulness by self-report: the Kentucky inventory of mindfulness skills. Assessment. 2004; 11(3): 191-206.

24- Ryan R, Brown K. Why We Don't Need Self-Esteem: On Fundamental Needs, Contingent Love, and Mindfulness. Psychological Inquiry. 2003; 14.

25- Brown KW, Ryan RM, Creswell JD. Addressing Fundamental Questions About Mindfulness. Psychological Inquiry. 2007; 18(4): 272-81.

26- Praissman S. Mindfulness-based stress reduction: a literature review and clinician's guide. J Am Acad Nurse Pract. 2008; 20(4): 212-6.

27- Ndubisi N. Mindfulness, reliability, pre-emptive conflict handling, customer orientation and outcomes in Malaysia's healthcare sector. Journal of Business Research. 2012; 65: 537-46.

[Downloaded from shefayekhatam.ir on 2026-11-14]

[DOI: 10.52547/shefa.9.3.73]

28- Babaei Nadinluye K, Mikaeli Manee F, Pezeshki H, Bafande H, Abdi H. Relationship between Mindfulness and Meta-Emotion on Predicting Emotional Adjustment of Novice Nurses. Iran Journal of Nursing. 2017; 30(105): 11-22. (Persian)

29- Kor PP, Liu JY, Chien WT. Effects on stress reduction of a modified mindfulness-based cognitive therapy for family caregivers of those with dementia: study protocol for a randomized controlled trial. Trials. 2019; 20(1): 303.

30- Singh NN, Lancioni GE, Karazsia BT, Chan J, Winton AS. Effectiveness of caregiver training in mindfulness-based positive behavior support (MBPBS) vs. training-as-usual (TAU): a randomized controlled trial. Frontiers in psychology. 2016; 7: 1549.

31- Lo HH, Ho WC, Lau EN, Lo CW, Mak WW, Ng SM, Wong SY, Wong JO, Lui SS, Lo CS, Lin EC. A Brief Mindfulness-Based Family Psychoeducation Intervention for Chinese Young Adults With First Episode Psychosis: A Study Protocol. Frontiers in psychology. 2019; 10: 516.

32- Ghobari Banab, B., Salimi M., Soleymani L, Noori Moghadam S. (2007). Spiritual intelligence. Innovate religious ideas; 3 (10): 125-147. (Persian)

33- Jahan F, Noghabi R. The Effect of Mindfulness Training on Moral Intelligence, Spiritual Intelligence and Wisdom in the Elderly. mejds. 2019; 9: 17 (Persian).

34- Smith S. Exploring the Interaction of Trauma and Spirituality. Traumatology.2004.

35- Mahdavi Neysiani Z, Asadi A, Asgari M, Ghale' Noei F. Relationship of religious orientation and spiritual intelligence with emotional self-regulation in women subject to violence. J Res Relig Health. 2019;5(2):101-114. (Persian)

36- Norouzi M, Sepehrian Azar F. Comparing spiritual intelligence and emotional expressiveness in psychosomatic patients. J Research Health. 2017; 7 (2) :745-753. (Persian)

37- Gieseke AR. The relationship between spiritual intelligence, mindfulness, and transformational leadership among public higher education leaders (Doctoral dissertation, Northeastern University).

38- Lazaridou A, Pentaris P. Mindfulness and spirituality: therapeutic perspectives. Person-Centered & Experiential Psychotherapies. 2016; 15(3): 235-44.

39- Agarwal S, Mishra PC. Relationship between mindfulness and spiritual intelligence among bank employees. Indian Journal of Positive Psychology. 2016; 7(3): 356.

40- Tabarsa G, Moeini M. the Relationship between Dimensions of Spiritual Intelligence and Reducing Job Burnout. ORMR. 2015; 4 (4): 109-135. (Persian)

41- Rahmani Anaraki H, Mahmoodi G R, Rouhi G, Asayesh H, Nasiri H, Rakhshani H. General Health Status of Neurologic Patients' Caregivers and The Related Factors. J Res Dev Nurs Midw. 2013; 9 (2): 49-55. (Persian)

42- MacKinnon DP, Fairchild AJ, Fritz MS. Mediation analysis. Annu. Rev. Psychol. 2007 Jan 10;58:593-614.

43- Cole JD, Kazarian SS. The level of expressed emotion scale: a new measure of expressed emotion. Journal of Clinical psychology. 1988; 44(3): 392-7.

44- Dehghani Sh. Expressed Emotion and Sexuality. Fundamentals of Mental Health 2003;6(19):84-91. (Persian)

45- Baer RA, Smith GT, Allen KB. Assessment of mindfulness by self-report: The Kentucky Inventory of Mindfulness Skills. Assessment. 2004; 11(3): 191-206.

46- Dehghan Manshadi Z, Taghavi MR, Dehghan Manshadi M. Psychometric characteristics of the Kentucky inventory of mindfulness skills. Journal of Clinical Psychology (Andishe va Raftar). 2012; 7(25): 27-36. (Persian)

47- Badie A, Savari E, Bagheri Dashtbozorg N, Latifiazadegan V. Development and reliability and validity of the spiritual intelligence scale. First National Psychology Conference Payamnour University, Tabriz.2010. (Persian)

48- Baron RM, Kenny DA. The moderator-mediator variable distinction in social psychological research: Conceptual, strategic, and statistical considerations. Journal of personality and social psychology. 1986 Dec; 51(6): 1173.

49- 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(Pt 2): 300-16.

50- Shokri A, Kazemi R, Narimani M, Taklavi S. Comparison of the Effectiveness of Mother's Mindfulness-based Cognitive Therapy and Cognitive Emotion Regulation Training on Externalizing Disorder and Self-efficacy of Aggressive Children. Practice in Clinical Psychology. 2020; 8(2): 85-98.

51- Saidi, S, Ahmadian, H, saffarinia, M. The Model

[Downloaded from shefayekhatam.ir on 2026-11-14]

[DOI: 10.52547/shefa.9.3.73]

Of Relationship Between Social Perspective Taking And Self-Control With Pro-social Personality Through Mediator Role Emotional Empathy. Social Cognition, 2019; 8(2): 80-90. (Persian)

52- Smith EL, Jones FW, Holttum S, Griffiths K. The process of engaging in mindfulness-based cognitive therapy as a partnership: a grounded theory study. Mindfulness. 2015; 6(3): 455-66.

53- Heidari M, Etemadi far S, Masoudi R, Kheyri S, Jivad N. The effect of family-centered care on the family caregivers' burden of patients with epilepsy . Journal of Clinical Nursing and Midwifery. 2018; 7(2): 146-157.

54- Wijma EM, Veerbeek MA, Prins M, Pot AM, Willemse BM. A virtual reality intervention to improve the understanding and empathy for people with dementia in informal caregivers: results of a pilot study. Aging & mental health. 2018; 22(9): 1121-9.

55- Amaresha AC, Venkatasubramanian G. Expressed emotion in schizophrenia: an overview. Indian journal of psychological medicine. 2012; 34(1): 12-20.

56- Salmabadi M, Khamesan A, Usefynezhad A, Sheikhipoor M. The Mediating Role of Spiritual Intelligent in Relationship of Mindfulness and Resilience. Health, Spirituality and Medical Ethics. 2016 Sep 10;3(3):18-24. (Persian)

57- Khosravi M, Tahmasebipour N, Jarrareh J. The Effectiveness of Mindfulness Group Training on Enhancing Students' Spiritual Intelligence. Second International Conference on Psychology, Counseling and Education. Mashhad, Shandiz Higher Education Institution. 2018. (Persian)

58- Asghari Ebrahimabad M J, Moshirian Farahi M M, Najmi M, Ghafari Moslemi H et al . Prediction of Difficulty in Emotional Adjustment Based on Spiritual Intelligence among Criminals at Mashhad Prison. JRH. 2015; 3(1): 39-48. (Persian)

59- Mahdavi Neysiani Z, Asadi A, Asgari M, Ghale' Noei F. Relationship of religious orientation and spiritual intelligence with emotional self-regulation in women subject to violence. J Res Relig Health.2019;5(2):101-114. (Persian)

60- Elkins M, Cavendish R. Developing a plan for pediatric spiritual care. Holistic Nursing Practice. 2004 Jul 1; 18(4): 179-84.

61- Khosravi M, Nikmanesh Z. Relationship of spiritual intelligence with resilience and perceived stress. Iranian journal of psychiatry and behavioral sciences. 2014; 8(4): 52.

62- Zarei Matin H, KheirAndish M, Jahani H. Conceptualization of Spiritual Intelligence in Organization (Case Study in Labbafi Nejad Hospital of Tehran). Management Researches. 2011; 4(12): 71-94.(Persian)

63- Mohammadi Kanjani B, Mazaheri MA, Heidari M, Moradi A. The Relationship of the Spiritual Intelligence and Adherence to Religious Beliefs with the Cognitive Emotion Regulation Among Pregnant Women. Ravanshenasi Va Din. 2017; 10(2): 125-142. (Persian)

64- Skrzypińska K. Does spiritual intelligence (SI) exist? A theoretical investigation of a tool useful for finding the meaning of life. Journal of Religion and Health. 2020; 1-7.

65- Zamiri, S, Azizi, S, Shakeri, A, HasanDoost, Z, Mohammaddost, M, Yosefi, H, Moslem, A, Akaberi, A. Predicting Self-Efficacy of Students Based on Spiritual Intelligence. Journal of Sabzevar University of Medical Sciences, 2016; 23(2): 196-203. (Persian)

[Downloaded from shefayekhatam.ir on 2026-11-14]

[DOI: 10.52547/shefa.9.3.73]