

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

Fahimeh Dehghani¹, Faeze Ziyaei^{1*}, Neda Asemi Zavareh²

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

²Department of Psychology, Lorestan University, Khorramabad, 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.ziae20@yahoo.com

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

فهیمه دهقانی^۱، فائزه ضیایی^{۲*}، ندا عاصمی زواره^۲

^۱گروه روانشناسی، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی، دانشگاه یزد، یزد، ایران

^۲گروه روانشناسی، دانشگاه لرستان، خرم‌آباد، ایران

اطلاعات مقاله:

پذیرش: ۱۳۹۹ ۲۱ آبان

اصلاحیه: ۱۳۹۹ ۱۱ خرداد

دریافت: ۱۳۹۸ ۱۰ اسفند

چکیده

مقدمه: هیجانات مراقبین می‌تواند بر کیفیت زندگی بیماران مبتلا به صرع اثرگذار باشد. هدف این پژوهش بررسی نقش واسطه‌ای ابعاد هوش معنوی در رابطه 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 سلسه مراتبی با بهره‌گیری از مراحل پیشنهادی بارون و کنی مورد بررسی قرار گرفت. **یافته‌ها:** تحلیل رگرسیون سلسه مراتبی نشان داد که در مرحله اول، ذهن‌آگاهی ($\beta = -0.39$) قادر به پیش‌بینی هیجان ابراز شده است. در مرحله دوم، ذهن‌آگاهی ($\beta = -0.28$) و تنها بعد توانایی مقابله با مشکلات هوش معنوی ($\beta = -0.27$) هیجان ابراز شده را پیش‌بینی می‌کنند. با توجه به کاهش میزان بتای ذهن‌آگاهی در مرحله دوم نسبت به مرحله اول نقش واسطه‌ای جزئی زیرمقیاس توانایی مقابله با مشکلات در رابطه 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 به عنوان یکی از ابعاد هوش معنوی در این رابطه نقش میانجی دارد. لذا پیشنهاد می‌شود به آموزش‌های روانشناسی در زمینه 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.ziae20@yahoo.com

مقدمه

(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 تشديد نشانه‌ها، کاهش سودمندی درمان و عودهای مکرر بیمار نقش دارد (۱۳-۱۸). 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 بدنیان آن رفتارهای منفی از جمله انتقادگری بدليل عدم پذیرش وجود مشکل و بیماری در عضو خانواده و تجربه هیجانات منفی ناشی از آن از جمله خشم است (۲۰-۲۱). در این خصوص یکی از متغیرهایی که در سال‌های اخیر مورد توجه ویژه پژوهشگران و خصوصاً درمانگران قرار گرفته است، ذهن‌آگاهی^۱ است. ذهن‌آگاهی، یک راه هدایت توجه است که از سنت‌های مراقبه 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 لحظه حال در خود یا اطرافش رخ می‌دهد، تمرکز 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 دامنه گسترده‌ای از تفکرات، هیجانات و تجربه‌ها (اعم از خوشایند و ناخوشایند) دارند (۲۴-۲۵). پرایسمن^۲ و اندویسی^۳ هر یک در تحقیقی نشان دادند که ذهن‌آگاهی به عنوان یک سازه شناختی فعل 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 تنفس زا تایید شده است (۲۸). ذهن‌آگاهی به مراقبین کمک می‌کند که افکار و هیجانات منفی خود نسبت به عضو بیمار را پذیرنند و نگرشی غیرقضایی 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 ناپاخته هیجانی از جمله رفتارهای پرخاشگرانه نشان ندهند (۳۰). از این رو ذهن‌آگاهی با بهبود توجه، افزایش آستانه

صرع^۴ یک بیماری شایع و مزمون 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 مختلف می‌شود که میزان فراوانی آن ۴ تا ۷ بیمار در ۱۰۰۰ نفر تخمین زده شده است (۳-۴). 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 مزمون شود و حملات تشنجی بطور تکرار شونده رخ دهد، حوزه‌های 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 می‌تواند منجر به تشديد 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 هیجان مدار در این شرایط می‌تواند منجر به افزایش هیجان ابراز شده مراقبین شود (۱۱). هیجان ابراز شده^۵ نشان‌دهنده شرایط هیجانی خانواده است که کیفیت رابطه اعضای خانواده با بیمار را نشان می‌دهد و به سازه‌ای اشاره دارد که نگرش‌های انتقادی^۶، خصمانه^۷ یا بیش از حد درگیر شده هیجانی^۸ را از جانب یک عضو خانواده نسبت به عضو بیمار منعکس می‌کند (۱۲-۱۳). این متغیر یکی از شاخص‌های روانشناسی است که منعکس‌کننده تاثیر خانواده بر عود اختلالات است

¹ Epilepsy
² Expressed emotion
³ Criticism
⁴ Hostility

⁵ Emotional over-involvement
⁶ Mindfulness skills
⁷ Praissman
⁸ Ndubisi

به عنوان ابزاری برای تعالی و رشد معنوی استفاده می‌کند (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^{۱۱} (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 احتمالاً بتواند به افزایش هوش معنوی کمک کند. همان‌گونه 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 باشد. با توجه به اینکه به اعتقاد ایمونز هوش معنوی مشکل از ابعاد، مهارت‌ها و توانایی‌های مختلفی است که در فرهنگ‌های مختلف برخی از این مهارت‌ها اولویت بیشتری دارند و بیشتر مورد تأکید 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 موقبت 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. جامعه آماری این پژوهش شامل کلیه بیماران مبتلا به صرع و مراقبین آن‌ها بود که در فاصله زمانی خرداد تا شهریور ماه سال ۱۳۹۵ به مطبهای خصوصی، بیمارستان

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^۹ پرداخته شده است. هوش معنوی به عنوان 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، بین‌فردی 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 تضمیم گیری‌های مهم و اندیشه در مورد موضوعات وجودی یا تلاش در مسیر حل مسائل روزانه استفاده کنند (۳۳). اسمیت^{۱۰} معتقد است هوش معنوی عاملی برای سازگاری در محیط‌های پر فشار می‌باشد (۳۴). نیسانی 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 تضمیم گیری و سازگاری بر ابراز‌گری هیجان موثر است (۳۶). از این‌رو این عامل به عنوان متغیر احتمالی تاثیرگذار بر میزان هیجان ابراز شده مراقبین بیماران مبتلا به صرع انتخاب شده است. از سوی دیگر مطالعات بسیاری نشان داده‌اند که بین ذهن‌آگاهی و هوش معنوی رابطه وجود دارد. ذهن‌آگاهی به افراد کمک می‌کند که تصویر کاملتری از واقعیت را ببینند در حالی که در صورت نیاز و با انتخاب خود بر جنبه‌های 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 واقعیت دست یابند که افراد به واسطه آن بتوانند در مسائلی همچون تفکر درباره مسائل وجودی با آگاهی بسیطتری به تحلیل برسند (۳۸). همچنین ذهن‌آگاهی از طریق عدم قضاؤت، به پذیرش شرایط موجود کمک می‌کند و در نتیجه افراد با هوش معنوی بالا از ذهن‌آگاهی

⁹ Spiritual intelligence

¹⁰ Smith

¹¹ Agarwal & Mishra

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 محاسبه پایایی پرسشنامه هوش معنوی از دو روش آلفای کرونباخ و تنصیف استفاده نمودند که مقدار آن به ترتیب برای کل پرسشنامه ۰/۸۵ و ۰/۷۸ و برای زیرمقیاس‌ها از ۰/۵۸ تا ۰/۷۲ بودت آمد (۴۷). به‌منظور تجزیه و تحلیل داده‌ها از نرمافزار SPSS و برای آزمون نقش واسطه‌ای ذهن آگاهی در رابطه بین هوش معنوی و هیجان ابراز شده از مراحل پیشنهادی بارون و کنی (۱۵) به روش رگرسیون سلسه 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، ذهن آگاهی 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 رابطه بین ذهن آگاهی و هیجان ابراز شده ایفا نماید (جدول ۲). مقادیر برآورده شده در جدول ۲ بیان‌گر این است که در

امام خمینی (ره) و انجمن صرع ایران در شهر تهران مراجعه کرده بودند. با توجه به اینکه مک‌کینون^{۱۲} و همکاران بیان کرده اند زمانی که یک متغیر واسطه در تحلیل مورد بررسی قرار می‌گیرد، حداقل نمونه ۵۰ نفر کفایت می‌کند، نمونه 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). شرکت کنندگان در صورت رضایت در پژوهش شرکت می‌کردند و به آن‌ها این اطمینان داده شد که نتایج بطور کلی منتشر خواهد شد. پرسشنامه هیجان ابراز شده توسط بیمار و پرسشنامه‌های مهارت‌های ذهن آگاهی 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 که و کازاریان^{۱۳} دارای ۶۰ عبارت است که دارای طیف لیکرت ۴ گزینه‌ای است که نمرات بدست آمده از آن در دامنه 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). پرسشنامه مهارت‌های ذهن آگاهی کنتاکی (KIMS) توسط بائر، اسمیت و الن^{۱۴} تدوین شده است (۴۵). این پرسشنامه دارای ۳۹ آیتم می‌باشد و در یک طیف لیکرت پنج درجه‌ای از خیلی به ندرت تا اکثر اوقات نمره گذاری 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 پرسشنامه ۰/۸۲ است (۴۶). پرسشنامه هوش معنوی بدیع و همکاران (۱۳۸۹) دارای ۴۲ ماده است که چهار مولفه تفکر کلی 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

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

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

¹² MacKinnon¹³ Cole & Kazarian¹⁴ Baer, Smith & Allen¹⁵ Baron & Kenny

شناخت

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

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

منفی می‌شود (۲۵). از جنبه 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 بینند، 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 (۵۰-۵۲). 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 در صورت 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 (۵۳-۵۵)، این اتفاق باعث می‌شود تا شرایط پیش‌آمده 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 بهبود آنها اثرگذار باشد (۵۵). نتیجه 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 رابطه وجود دارد. 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

مرحله اول متغیر ذهن‌آگاهی در مجموع ۱۵ درصد از واریانس متغیر هیجان ابراز شده را پیش‌بینی می‌کند. همچنین مقدار بتا برابر با $-0/39$ و به لحاظ آماری معنی‌دار است ($P<0/001$). در مرحله دوم متغیرهای ذهن‌آگاهی و زیر مقیاس توانایی مقابله با مشکلات در مجموع ۲۱ درصد از واریانس متغیر هیجان ابراز شده را پیش‌بینی می‌کنند. با توجه به معنی‌دار بودن رابطه ذهن‌آگاهی و هیجان ابرازشده ($P=0/28$) در مرحله اول و کاهش میزان بتای ذهن‌آگاهی ($\beta=0/28$) در مرحله دوم نسبت به مرحله 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 سوبول استفاده شد. نتایج این آزمون نیز تایید کننده نقش واسطه‌ای بود ($P\text{-Value}=0/02$, Sobel Test = $2/20$).

بحث و نتیجه‌گیری

نتایج پژوهش حاضر نشان داد بین ذهن‌آگاهی و هیجان ابرازشده مراقبین بیماران مبتلا به صرع رابطه 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 L^{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 تنفس را توجه کرد (۴۹). ذهن‌آگاهی، احساس بدون قضاؤت و متعادلی از آگاهی است که به واضح دیدن و پذیرش هیجانات و پدیده‌های فیزیکی، همان‌طور که اتفاق می‌افتد کمک می‌کند. ذهن‌آگاهی علاوه بر اینکه به پذیرش هیجانات منفی کمک می‌کند، با کاهش نشخوار فکری منجر به کاهش ابراز هیجانات

¹⁶ Lo

(۶۵). در تبیین عدم معنی داری سایر زیر مقیاس های هوش معنوی به عنوان متغیر واسطه، می توان به دلایل ایجاد کننده هیجان ابراز شده توجه کرد. سطح بالای هیجان ابراز شده در نتیجه مشکلات موجود در روابط بین مراقبت کنندگان و بیماران بوجود می آید از جمله اینکه مراقبین گزارش می دهند که بیمارشان توصیه های آنها را نادیده گرفته و یا رعایت نمی کند و یا مشکلاتی را برای آنها بوجود آورده است که نتیجه آن ایجاد احساس خشم در مراقبین و برخورد خصماني با بیمار است. از اینرو مداخلاتی که شامل آموزش های روانی اجتماعی به خانواده است از جمله مدیریت بحران و مهارت های حل مساله می تواند 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 چالش ها و مسائل مختلفی روپردازی کند که نیازمند یافتن راه حل مناسب در برخورد با آنها می باشد (۵۳). چنین به نظر می رسد توانایی مقابله با مشکلات نسبت به سه بعد تفکر کلی و بعد اعتقادی، خودآگاهی و علاقه هیجانی، به افراد کمک می کند که محدودیت ها را بینند و با توجه به شرایط بهترین راه حل را انتخاب کنند. لذا تنها این بعد از هوش معنوی پیش بینی 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 بیماری های هماین روانی و جسمی، در تعیین 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 ویژگی های روانشناسی مرتبط با بیماران در نظر گرفته نشده است. از آنجایی که ۲۱ درصد از تغییرات متغیر هیجان ابراز شده را پیش بینی می کرند، پیشنهاد می شود نقش احتمالی متغیرهای زمینه ای از جمله سبک های دلستگی مورد بررسی قرار گیرد. همینطور پیشنهاد می گردد در پژوهش های آتی به مقایسه هیجان ابراز شده مراقبین بیماران صرع با سایر بیماری های مزمن پرداخته شود و با توجه به نقش معنی دار ذهن آگاهی و هوش معنوی پیشنهاد می شود که در تحقیقات آینده اثربخشی آموزش این دو متغیر بر کاهش هیجان ابراز شده مورد بررسی قرار گیرد.

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

را کاهش دهنده (۵۸-۵۷). در تبیین نتیجه بدست آمده می توان بیان کرد هوش معنوی یکی از مولفه های روانشناسی موثر است که نقش مهمی در مدیریت و ابراز هیجانات دارد (۵۹). پژوهش های بسیاری نقش هوش معنوی را در زمینه کاهش استرس و افزایش قدرت مقابله با مشکلات و مدیریت بهتر شرایط بحران دخیل دانسته اند، از جمله در مطالعات اسمیت، الکینز و کاوندش^{۱۷}، خسروی و نیکمنش (۳۴، ۶۰-۶۱). بعد توانایی مقابله با مشکلات که در مطالعه حاضر نقص معنی داری در میزان هیجان ابراز شده داشته است، توانایی فرد را در استفاده از منابع معنوی در جهت حل مسائل زندگی می سنجد (۶۲). افرادی که هوش معنوی بیشتری دارند توانایی بالاتری در تغییر چارچوب های 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 می توانند با استفاده از ظرفیت ها و منابع معنوی، معنای کارآمدتری برای مشکلات شان 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 می دهد که منجر به تنظیم و ابراز سالم هیجانات خواهد شد. هر چه سبک مقابله ای فرد و شیوه ابراز هیجاناتش سالمتر و مثبت تر باشد، کمتر نسبت به عضو بیمار واکنش های ناسازگارانه از جمله برخوردهای خصماني و انتقادی نشان می دهد. برای اینکه افراد واقیع را از جنبه های مختلف و در سطحی گستردگرتر مورد مشاهده قرار دهند، نیازمند ابرازی هستند که بتواند این امکان را به آنها بدهد (۱۱). وجود برخی از ویژگی های فردی از جمله داشتن دیدگاه کل نگر، ذهن باز و انعطاف پذیر، به بهرمندی بیشتر فرد از هوش معنوی کمک می کند. چراکه این ویژگی ها، روش های متفاوتی را جهت دستیابی به سطوح عمیق تر معا فراهم می کنند (۳۲). از اینرو ذهن آگاهی که شامل توجه بدون سوگیری و قضاوت است، می تواند هماهنگ کننده یا حتی گسترش دهنده توانایی های مرتبط با هوش معنوی باشد (۶۴). از آنجایی که بخشی از منابعی که افراد برای حل مسائلشان در اختیار دارند، شامل منابع معنوی است، ذهن آگاهی 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 می کند

منابع

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. In 2008 30th Annual International

^{۱۷} Elkins & Cavendish

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, Chambliss 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.

- 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. *JResDevNursMidw.* 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 (Andisheva 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

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, Usefnezhad 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. ConceptualizationofSpiritualIntelligenceinOrganization (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)