



The role of Metacognition and Emotion Regulation Components in Predicting Distress Tolerance in Nurses

Narges Rostamipoor¹, Mohtaram Nemattavousi^{2*}

1- MA Clinical Psychology, South Tehran Branch, Islamic Azad University, Tehran, Iran.

2-Associate Professor, Department of Psychology, South Tehran Branch, Islamic Azad University, Tehran, Iran.

Corresponding Author: Mohtaram Nemattavousi: Associate Professor, Department of Psychology, South Tehran Branch, Islamic Azad University, Tehran, Iran.

Email: M_nemattavousi@azad.ac.ir

Received: 2023/5/13

Accepted: 2023/11/21

Abstract

Introduction: It is important and necessary to examine the factors affecting nurses' distress tolerance, the present study was conducted with the aim of determining the role of metacognition and emotion regulation components in predicting the distress tolerance of nurses.

Methods: The present research method was descriptive-correlation. The research community included all the nurses of teaching hospitals in Tehran in the second six months of 2022, and 120 qualified people were selected as a sample using available sampling method. And they responded to Wells and Cartwright-Houghton metacognition questionnaires, Gross and John & emotion regulation, Simmons and Gaher distress tolerance questionnaires. To analyze the data, Pearson correlation and multiple regression were used with the help of SPSS version 22 software.

Results: The results showed that the correlation between metacognition ($r=0.570$) and emotion regulation components including reappraisal ($r=0.304$) and suppression ($r=0.569$) with distress tolerance was positive and significant ($01/01$. $0>p$). And the components of metacognition and emotion regulation had 32.8% ability to predict changes in distress tolerance.

Conclusions: It is necessary to pay attention to the role of metacognition and emotion regulation in order to improve and promote nurses' distress tolerance.

Keywords: Metacognition, Emotion regulation, Distress tolerance, Nurses.



نقش مؤلفه‌های فراشناخت و تنظیم هیجان در پیش‌بینی تحمل پریشانی پرستاران

نرگس رستمی پور^۱، محترم نعمت طاوسی^{۲*}

۱- کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی، واحد تهران جنوب، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران.

۲- دانشیار، گروه روانشناسی، واحد تهران جنوب، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران.

نویسنده مسئول: محترم نعمت طاوسی: دانشیار، گروه روانشناسی، واحد تهران جنوب، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران.
ایمیل: M_nemattavousi@azad.ac.ir

پذیرش مقاله: ۱۴۰۲/۸/۳۰

دریافت مقاله: ۱۴۰۲/۲/۲۳

چکیده

مقدمه: بررسی عوامل مؤثر بر تحمل پریشانی پرستاران مهم و ضروری است، مطالعه حاضر باهدف تعیین نقش مؤلفه‌های فراشناخت و تنظیم هیجان در پیش‌بینی تحمل پریشانی پرستاران انجام شد.

روش کار: روش پژوهش حاضر توصیفی-همبستگی بود. جامعه پژوهش شامل تمامی پرستاران بیمارستان های آموزشی شهر تهران در شش ماه دوم سال ۱۴۰۱ بودند که ۱۲۰ نفر واجد شرایط با روش نمونه‌گیری در دسترس به‌عنوان نمونه انتخاب شدند. و به پرسشنامه‌های فراشناخت ولز و کاتریت-هاتون، تنظیم هیجان گراس و جان و تحمل پریشانی سیمونز و گاهر پاسخ دادند. به منظور تحلیل داده‌ها از همبستگی پیرسون و رگرسیون چندگانه و با کمک نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۲ استفاده شد.

یافته‌ها: نتایج نشان داد همبستگی بین فراشناخت ($r=0/570$) و مؤلفه های تنظیم هیجان شامل ارزیابی مجدد ($r=0/304$) و سرکوبی ($r=0/569$) با تحمل پریشانی مثبت و معنی دار بود ($p<0/01$). و مؤلفه‌های فراشناخت و تنظیم هیجان ۳۲/۸ درصد توانایی پیش‌بینی تغییرات تحمل پریشانی را داشتند.

نتیجه‌گیری: توجه به نقش فراشناخت و تنظیم هیجان در جهت بهبود و ارتقای تحمل پریشانی پرستاران لازم و ضروری است.

کلیدواژه‌ها: فراشناخت، تنظیم هیجان، تحمل پریشانی، پرستاران.

مقدمه

نظر گرفته می‌شود که ماهیتی چندبعدی دارد و دارای ابعادی شامل توانایی تحمل، ارزیابی و ظرفیت پذیرش حالت عاطفی، شیوه تنظیم هیجان هست (۵). تحمل پریشانی ممکن است حاصل فرایندهای فیزیکی و شناختی باشد، ولی بازنمایی آن به‌صورت حالات هیجانی منفی است که اغلب با تمایل به واکنش جهت رهایی از تجربه هیجانی منفی آشکار می‌شود (۶). افراد با سطوح کمتر تحمل پریشانی ممکن است در معرض پاسخ غیر انطباقی به پریشانی و وضعیت‌های برانگیزاننده پریشانی باشند، در مقابل افراد با سطح بالاتر تحمل پریشانی ممکن است بیشتر قادر باشند به پریشانی یا وضعیت های برانگیزاننده‌ی پریشانی پاسخ

پرستاران نقش اساسی در تداوم مراقبت و ارتقاء نظام سلامت دارند (۱). و به دلیل ماهیت شغلی در معرض مشکلات متنوعی قرار دارند و چنانچه طرح ارتقاء سلامت این قشر در اولویت تعهد اجرایی قرار نگیرد ابتلای آن‌ها به بیماری‌های ناشی از شرایط فشارزای شغلی دور از انتظار نخواهد بود (۲). پرستاران در معرض آسیب‌های روانشناختی بسیاری ازجمله تحمل پریشانی (Distress Tolerance) هستند (۳). تحمل پریشانی به ظرفیت تجربه و مقاومت در برابر ناراحتی هیجانی اشاره می‌کند (۴). در واقع به‌عنوان توانایی فرد برای تحمل حالت‌های درونی ناخوشایند در

انطباقی بدهند (۷).

زمانی که صحبت از عوامل روان‌شناختی به میان می‌آید، بررسی پیشایندهای شناختی در رأس قرار می‌گیرند در این راستا متغیرهایی همچون فراشناخت (Metacognition) از حیث تأثیری که بر فرایند هیجانی و سلامت دارند، بسیار موردتوجه پژوهشگران است (۸). منظور از فراشناخت توانایی بازبینی و کنترل حالت‌های ذهنی و فعالیت‌های شخص است (۹). همچنین فراشناخت برای اشاره به ظرفیت ذهن‌خوانی فراگیر و توانایی درک و تأمل در حالات روانی به‌منظور مدیریت وظایف زندگی و تنظیم فرایندهای ذهنی و روابط بین فردی به کار رفته است (۱۰). باورهای فراشناختی ناکارآمد باعث تشدید تجربه‌ی هیجانی منفی می‌گردد و چون افراد در این شرایط توانایی کنترل بر روی هیجان‌های خود را ندارند در نتیجه تحمل آن‌ها در این شرایط ضعیف خواهد بود (۱۱). مرور پیشینه پژوهش نشان می‌دهد در زمینه رابطه فراشناخت با تحمل پریشانی در جامعه پرستاران مطالعه‌ای به صورت مستقیم انجام نشده است، اما در مطالعات رابطه بین فراشناخت با تحمل پریشانی دانشجویان (۱۲)، نقش فراشناخت در پیش بینی پریشانی هیجانی در دانشجویان (۱۳)، تأثیر مستقیم باورهای فراشناختی بر پریشانی روان شناختی دانشجویان (۱۴) تأیید شده است. از طرفی مطالعات اخیر نقش کنش وری هیجانی و نقص در عملکرد تنظیم هیجان را در اختلال‌های روانشناختی پرستاران مهم دانسته‌اند (۱۵، ۱۶). تنظیم هیجان (Emotional Regulation) وجه ذاتی گرایش‌های پاسخ هیجانی در پرستاران هست (۱۷). تنظیم هیجان، دامنه وسیعی از فرایندهای شناختی هشیار و ناهشیار، فیزیولوژیکی، اجتماعی و رفتاری را دربرمی‌گیرد و یک اصل اساسی در شروع، ارزیابی و سازمان‌دهی رفتار سازگارانه و نیز جلوگیری از هیجان‌های منفی و رفتار ناسازگارانه محسوب می‌گردد (۱۸). تنظیم هیجان، شامل راهبردهای رفتاری و شناختی برای تغییر در مدت‌زمان یا شدت تجربه یک هیجان است (۱۹). یکی از مدل‌های تنظیم هیجان، نظریه گراس هست که به دو خرده مؤلفه تنظیم هیجان اشاره دارد (۱۰، ارزیابی مجدد) راهبردهایی که پیش از ایجاد هیجان و یا در آغاز بروز آن فعال می‌شوند، که از بروز هیجانات شدید پیشگیری می‌کنند و باعث تعبیر و تفسیر موقعیت می‌گردند؛ به‌نحوی که پاسخ هیجانی مرتبط با آن موقعیت را کاهش می‌دهند، (۲) بازداری / سرکوبی / فرونشانی

(راهبردهایی که پس از پیدایی هیجان فعال شده و نمی‌توانند از ایجاد هیجانات شدید پیشگیری کنند) (۲۰). مطالعات از نقش تنظیم شناختی هیجان در تحمل پریشانی هیجانی در دانشجویان پرستاری (۲۱)، نقش تنظیم شناختی هیجان در پیش‌بینی تحمل پریشانی مادران دارای کودک مبتلا به سرطان (۲۲)، اثر مستقیم نظم جویی بر تحمل پریشانی دانشجویان (۲۳)، حکایت دارند.

پرستاران از جمله افرادی هستند که همواره در معرض آسیب‌های ناشی از استرس و اضطراب شغلی قرار دارند به‌گونه‌ای که به‌واسطه رویارویی مداوم این گروه شغلی با استرس و اضطراب، سازمان جهانی بهداشت این گرایش شغلی را در ردیف مشاغل سخت قرار داده است. محیط کار و فعالیت‌های مربوط به کارکنان از عوامل تهدیدکننده سلامت روان هستند (۲۴)، لذا بررسی عوامل مؤثر بر تحمل پریشانی این گروه از کادر درمان اهمیت و ضرورت دارد، بنابراین مطالعه حاضر با هدف تعیین نقش مؤلفه‌های فراشناخت و تنظیم هیجان در پیش‌بینی تحمل پریشانی پرستاران انجام شد و به دنبال پاسخ به این سؤال است که آیا مؤلفه‌های فراشناخت و تنظیم هیجان در پیش‌بینی تحمل پریشانی پرستاران، نقش دارند؟

روش کار

روش پژوهش حاضر توصیفی-همبستگی بود. جامعه پژوهش شامل تمامی پرستاران بیمارستان‌های آموزشی شهر تهران در شش ماه دوم سال ۱۴۰۱ بودند. برای تعیین حجم نمونه از فرمول تاباچینک و فیدل، یعنی $(m \leq n + 100)$ استفاده شد که در آن n حجم نمونه و m تعداد متغیرهای پیش‌بین است، استفاده شد (۲۵). در این پژوهش با توجه به وجود هفت متغیر پیش‌بین (پنج بعد فراشناخت و دو بعد تنظیم هیجان) حجم نمونه ۱۰۷ نفر برآورد. از آنجایی که معادله بالا حداقل حجم نمونه را محاسبه می‌کند، لذا برای اطمینان از حجم نمونه و ریزش‌های احتمالی تعداد ۱۲۰ نفر به روش نمونه‌گیری در دسترس به عنوان نمونه انتخاب شدند. ملاک‌های ورود شامل رضایت آگاهانه، حضور داوطلبانه و داشتن حداقل یک سال سابقه کاری بود؛ و ملاک خروج شامل عدم تمایل به همکاری و مخدوش بودن پرسش‌نامه‌ها بود (که در مطالعه حاضر پرسش‌نامه ناقص و مخدوش نداشتیم). ابزار جمع‌آوری اطلاعات پرسش‌نامه‌های زیر بودند:

خرده مقیاس ارزیابی مجدد و سرکوبی به ترتیب نیز ۰/۷۶ و ۰/۷۹ به دست آمد.

مقیاس تحمل پریشانی: سیمونز و گاهر (۲۰۰۵) این مقیاس ۱۵ سؤالی را ساختند که چهار مؤلفه تحمل (سؤالات ۱-۳ و ۵)، جذب (سؤالات ۲-۴ و ۱۵)، ارزیابی (سؤالات ۶-۷ و ۹-۱۰ و ۱۱ و ۱۲) و تنظیم (سؤالات ۸-۱۳ و ۱۴) را بر روی طیف لیکرت پنج‌درجه‌ای از یک (کاملاً موافق) تا پنج (کاملاً مخالف) می‌سنجد. لذا دامنه نمرات بین ۱۵ تا ۷۵ است و نمره بالاتر در این مقیاس، تحمل بالای پریشانی را نشان می‌دهد. سیمونز و گاهر، ضرایب آلفای کرونباخ خرده آزمون‌های تحمل، ارزیابی، جذب و تنظیم را به ترتیب ۰/۷۳، ۰/۶۶، ۰/۷۴ و ۰/۸۷ به دست آوردند، همچنین گزارش کردند که این مقیاس دارای روایی ملاکی و همگرایی اولیه خوبی است و ضریب روایی آن ۰/۶۱ گزارش شده است (۳۰). عزیزی و همکاران (۱۳۸۹)، روایی محتوایی آن را مطلوب و پایایی این پرسش‌نامه را به روش باز آزمایی ۰/۷۹ گزارش کردند و پایایی به روش ضریب آلفای کرونباخ برای کل مقیاس را ۰/۸۱ و برای خرده مقیاس‌های تحمل، جذب، ارزیابی و تنظیم به ترتیب ۰/۷۱، ۰/۷۳، ۰/۶۹ و ۰/۷۷ گزارش کردند (۳۱). در مطالعه حاضر پایایی به روش آلفای کرونباخ ۰/۷۶ به دست آمد.

در مرحله اجرا ابتدا قبل از توزیع پرسش‌نامه توضیحات مربوط به ملاک‌های ورود و اهداف پژوهش ذکر شد و از آزمودنی خواسته شد که صرفاً در صورت دارا بودن این شرایط پاسخگو باشند. ملاحظات اخلاقی شامل محرمانه بودن پاسخ‌ها نزد پژوهشگر، عدم اجبار برای شرکت در پژوهش و ارائه تفسیر پاسخ‌ها به شرکت‌کنندگان در صورت درخواست آزمودنی‌ها رعایت شد. داده‌های این پژوهش با استفاده از روش‌های همبستگی پیرسون و رگرسیون چندگانه و با کمک نرم‌افزار آماری SPSS نسخه ۲۲ تحلیل شدند.

یافته‌ها

از بین تمام پرستاران شرکت‌کننده در پژوهش، ۷۳ نفر (۶۰/۸۳ درصد) را زنان و تشکیل می‌دادند. همچنین ۵۷ نفر (۴۷/۵ درصد) سن داشتند. قبل از محاسبه ضرایب همبستگی نرمال بودن توزیع نمرات با استفاده از آزمون کولموگوروف - اسمیرنوف بررسی شد.

پرسشنامه فراشناخت: این پرسش‌نامه ۳۰ سؤالی توسط ولز و کاتریت-هاتون (۲۰۰۴) ساخته شده است که پنج خرده مقیاس اعتماد شناختی (سؤالات ۸، ۱۴، ۱۷، ۲۴، ۲۶ و ۲۹)، باورهای مثبت درباره نگرانی (سؤالات ۱، ۷، ۱۰، ۱۹، ۲۳ و ۲۸)، وقوف شناختی (سؤالات ۳، ۵، ۱۲، ۱۶، ۱۸ و ۳۰)، باورهای منفی درباره غیرقابل مهار بودن افکار (سؤالات ۲، ۴، ۹، ۱۱، ۱۵ و ۲۱) و باورهایی درباره نیاز به مهار افکار (سؤالات ۶، ۱۳، ۲۰، ۲۲، ۲۵ و ۲۷) را بر روی یک مقیاس چهاردرجه‌ای از ۱ (موافق نیستم) تا ۴ (کاملاً موافقم) می‌سنجد، دامنه نمرات بین ۱۲۰-۳۰ هست و نمرات بالاتر نشان‌دهنده میزان فراشناخت بیشتر هست. ولز و کاتریت-هاتون، روایی سازه این مقیاس را به روش تحلیل عاملی تأییدی و اکتشافی بررسی و تأیید و پایایی به روش آلفای کرونباخ برای زیرمقیاس‌ها ۰/۷۲ تا ۰/۹۳ و پایایی بازآزمایی برای نمره کل ۰/۷۵ و برای زیرمقیاس‌ها ۰/۵۹ تا ۰/۸۷ گزارش نمودند (۲۶). شیرین زاده و همکاران (۱۳۸۷) در مطالعه خود روایی سازه به روش تحلیل عاملی را تأیید و پایایی با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ برای کل مقیاس ۰/۹۱ و برای زیرمقیاس‌ها در دامنه ۰/۷۱ تا ۰/۸۷ و پایایی باز آزمایی در فاصله ۴ هفته‌ای نیز ۰/۷۳ به دست آوردند (۲۷). در پژوهش حاضر پایایی کل به روش آلفای کرونباخ ۰/۹۲ به‌دقت آمد.

پرسش‌نامه تنظیم هیجان: این پرسش‌نامه ۱۰ سؤالی توسط گراس و جان (۲۰۰۳) تدوین شده که دو خرده مقیاس ارزیابی مجدد (سؤالات ۱۰، ۱۳، ۱۵، ۱۷، ۲۰ و ۲۴) و سرکوبی (سؤالات ۲، ۴، ۶، ۹ و ۱۱) یک مقیاس لیکرت ۷ درجه‌ای از به‌شدت مخالفم (با نمره ۱) تا به‌شدت موافقم (با نمره ۷) می‌سنجد، لذا دامنه نمرات بین ۱۰ تا ۷۰ هست؛ و نمرات پایین نشان‌دهنده تنظیم هیجان پائین و نمرات بالا نشان‌دهنده تنظیم هیجان بالا می‌باشند. گراس و جان، روایی محتوایی این ابزار را مطلوب و ضریب آلفای کرونباخ برای ارزیابی مجدد ۰/۷۹ و برای سرکوبی ۰/۷۳ و پایایی باز آزمایی بعد از سه ماه برای کل مقیاس ۰/۶۹ گزارش شده است (۲۸). در پژوهش مشهودی و همکاران (۱۳۹۲)، پایایی مقیاس به روش همسانی درونی (با دامنه آلفای کرونباخ ۰/۶۰ تا ۰/۸۱) و روایی پرسش‌نامه مذکور از طریق تحلیل مؤلفه اصلی با استفاده از چرخش واریماکس، همبستگی بین دو خرده مقیاس (۱۳/۰ = r) و روایی ملاکی مطلوب گزارش شده است (۲۹). در مطالعه حاضر پایایی به روش آلفای کرونباخ برای

جدول ۱: نتایج آزمون کولموگروف-اسمیرنوف برای بررسی نرمال بودن توزیع نمرات

متغیر	Z کولموگروف اسمیرنوف	مقدار احتمال
اعتماد شناختی	۰/۹۵	۰/۲۸۸
باورهای مثبت درباره نگرانی	۱/۰۱	۰/۲۶۳
وقوف شناختی	۱/۱۱	۰/۲۰۹
باورهای منفی درباره غیرقابل مهار بودن افکار	۰/۸۷	۰/۳۵۷
نیاز به مهار افکار	۰/۹۲	۰/۳۲۲
ارزیابی مجدد	۱/۲۷	۰/۱۷۷
سرکوبی	۱/۳۴	۰/۰۹۲
تحمل پریشانی	۰/۹۰	۰/۳۰۱

بر اساس نتایج جدول ۱، مقدار احتمال آماره محاسبه شده برای تمامی متغیرها بزرگتر از ۰/۰۵ بود، بنابراین فرض نرمالیتی رد نشد ($P > 0.05$). در ادامه در جدول ۲ میانگین، انحراف و ضریب همبستگی پیرسون متغیرهای پژوهش گزارش شده است.

جدول ۲: شاخص‌های توصیفی و ضرایب همبستگی پیرسون بین فراشناخت و تنظیم شناختی هیجان با تحمل پریشانی

متغیرها	میانگین	انحراف معیار	۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷	۸	۹	۱۰
۱-اعتماد شناختی	۱۶/۰۳	۵/۶۵	۱									
۲-باورهای مثبت درباره نگرانی	۱۶/۱۱	۴/۶۱	۰/۶۶۵	۱								
۳-وقوف شناختی	۱۶/۶۹	۴/۶۷	۰/۶۱۰	۰/۵۸۰	۱							
۴-باور منفی غیر قابل مهار بودن افکار	۱۵/۷۲	۴/۲۴	۰/۴۵۴	۰/۴۷۰	۰/۴۴۲	۱						
۵-نیاز به مهار افکار	۱۶/۷۳	۳/۲۱	۰/۳۱۷	۰/۵۳۶	۰/۴۴۷	۰/۳۱۹	۱					
۶-فراشناخت	۸۱/۲۸	۱۷/۳۹	۰/۶۳۵	۰/۶۵۱	۰/۶۱۱	۰/۵۹۴	۰/۵۲۸	۱				
۷-ارزیابی مجدد	۲۴/۵۶	۴/۴۸	۰/۴۹۹	۰/۳۱۹	۰/۴۷۰	۰/۳۵۴	۰/۲۸۷	۰/۵۱۲	۱			
۸-سرکوبی	۱۶/۵۷	۴/۲۵	۰/۵۱۰	۰/۳۳۲	۰/۴۹۳	۰/۴۶۵	۰/۳۷۱	۰/۵۶۹	۰/۷۶۹	۱		
۹-تنظیم هیجان	۴۱/۱۳	۸/۴۳	۰/۵۲۲	۰/۳۳۷	۰/۴۹۸	۰/۴۲۲	۰/۳۳۹	۰/۵۵۸	۰/۸۶۸	۰/۸۶۵	۱	
۱۰-تحمل پریشانی	۵۰/۲۳	۷/۶۲	۰/۵۲۷	۰/۴۷۶	۰/۴۴۴	۰/۲۹۴	۰/۴۴۱	۰/۵۷۰	۰/۳۰۴	۰/۳۰۴	۰/۲۲۹	۱

فاصله ۱/۵ تا ۲/۵ قرار دارد، بنابراین می‌توان گفت پیش فرض استقلال باقی مانده‌ها رعایت شد. همچنین برای بررسی وجود همخطی چندگانه بین متغیرهای پیش‌بین از شاخص‌های تحمل و عامل تورم واریانس استفاده شد، طبق نتایج بدست آمده از جدول ۳، با توجه به اینکه مقدار آماره تحمل از مقدار برش ۰/۱ بیشتر است و عامل تورم واریانس که از مقدار برش ۱۰ کمتر است، بنابراین انحرافی از مفروضه همخطی چندگانه مشاهده نشد.

ضریب همبستگی چندگانه متغیرهای اعتماد شناختی، باورهای مثبت درباره نگرانی، وقوف شناختی، باور منفی غیرقابل مهار بودن افکار، نیاز به مهار افکار، ارزیابی مجدد و سرکوبی با تحمل پریشانی (۰/۶۰۶) بود. مقدار ضریب

بر اساس نتایج جدول ۲، همبستگی بین مؤلفه‌های فراشناخت با تحمل پریشانی مثبت بود. همچنین همبستگی بین ارزیابی مجدد ($r=0.304, P<0.01$) و سرکوبی ($r=0.569, P<0.01$) با تحمل پریشانی مثبت بود. با توجه به نتایج به‌دست آمده می‌توان گفت بین اعتماد شناختی، باورهای مثبت درباره نگرانی، وقوف شناختی، باور منفی غیرقابل مهار بودن افکار، نیاز به مهار افکار، ارزیابی مجدد و سرکوبی با تحمل پریشانی ارتباط مستقیم وجود داشت.

قبل از اجرای تحلیل رگرسیون چندگانه، پیش فرض‌های آماری بررسی شد که برای بررسی استقلال باقی مانده‌ها از آماره دوربین-واتسون استفاده شد که مقدار آماره دوربین-واتسون برابر با ۲/۲۷۲ بود، با توجه به اینکه مقدار آن در

نرگس رستمی پور و محترم نعمت طاوسی

پیش‌بین (اعتماد شناختی، باورهای مثبت درباره نگرانی، وقوف شناختی، باور منفی غیرقابل مهار بودن افکار، نیاز به مهار افکار، ارزیابی مجدد و سرکوبی) توانایی پیش‌بینی متغیر ملاک یعنی تحمل پریشانی را داشتند.

تعیین تعدیل شده برابر با $0/328$ بود که نشان می‌دهد این متغیرها در مجموع $32/8$ درصد توانایی پیش‌بینی تغییرات تحمل پریشانی را داشتند. مقدار آماره $F=9/301$ بود ($P<0/001$). بر این اساس نتیجه گرفته می‌شود متغیرهای

جدول ۳: ضرایب رگرسیون استاندارد نشده و استاندارد شده مدل پیش‌بینی تحمل پریشانی

مدل	ضرایب استاندارد نشده		ضرایب استاندارد شده		t	مقدار احتمال	آماره تحمل	VIF
	B	خطای معیار	Beta					
عدد ثابت a	29/564	4/369			6/767	$<0/001$		
اعتماد شناختی	0/526	0/158	0/390		3/324	0/001	0/410	2/437
باورهای مثبت درباره نگرانی	0/061	0/198	0/037		0/308	0/759	0/393	2/544
وقوف شناختی	0/148	0/172	0/091		0/859	0/392	0/505	1/979
باورهای منفی درباره غیرقابل مهار بودن افکار	0/011	0/168	0/006		0/064	0/949	0/644	1/553
نیاز به مهار افکار	0/656	0/226	0/277		2/902	0/004	0/621	1/610
ارزیابی مجدد	0/052	0/267	0/030		0/195	0/846	0/230	4/338
سرکوبی	0/508	0/165	0/369		3/150	0/001	0/201	4/969

در جدول ۳، مقدار ضریب رگرسیونی استاندارد شده (Beta) برای اعتماد شناختی ($\beta=0/390, P=0/001$)، نیاز به مهار افکار ($\beta=0/277, p=0/004$) و برای سرکوبی ($P=0/001$)، $\beta=0/369$ ، بود. لذا نتیجه گرفته شد که اعتماد شناختی، نیاز به مهار افکار و سرکوبی به شکل مثبت و معنی‌داری توانایی پیش‌بینی تحمل پریشانی را داشتند.

بحث

مطالعه حاضر باهدف تعیین نقش مؤلفه‌های فراشناخت و تنظیم هیجان در پیش‌بینی تحمل پریشانی پرستاران انجام شد. نتایج نشان داد همبستگی بین مؤلفه‌های فراشناخت باتحمل پریشانی مثبت و معنی‌دار بود؛ و مؤلفه‌های فراشناخت (اعتماد شناختی، نیاز به مهار افکار) به شکل مثبت و معنی‌داری توانایی پیش‌بینی تحمل پریشانی را داشتند. نتیجه به‌دست‌آمده با نتایج مطالعات پیشین در این زمینه همسو است. به عنوان مثال نتایج مطالعه پورفرج و محمودیان (۱۳۹۹) نشان داد رابطه بین هریک از سازه‌های فراشناخت و فرا هیجان باتحمل پریشانی با واسطه‌گری انعطاف‌پذیری روانی، بیشتر از رابطه مستقیم آن‌ها باتحمل پریشانی در دانشجویان بود (۱۲). در مطالعه‌ای دیگر نتایج نشان داد مؤلفه‌های فراشناخت (وقوف شناختی، کنترل ناپذیری، خطرناک بودن افکار و اعتماد شناختی) پیش‌بینی کننده تاب‌آوری در همسران شهدا بودند (۳۲). مطالعه قادری و

همکاران (۱۳۹۹) نشان داد که رابطه معنی‌داری بین باورهای فراشناختی با پریشانی روان‌شناختی در زنان نابارور وجود داشت (۳۳). یافته‌های پژوهش پور نامداریان و همکاران (۱۳۹۲) نشان می‌دهد باورهای فراشناختی مثبت و منفی در ایجاد وضعیت روانشناختی (علائم افسردگی، اضطراب و استرس) پرستاران مؤثرند (۳۴). در تبیین یافته فوق می‌توان گفت بر اساس دیدگاه سیمونز و گاهر، تحمل پریشانی به‌عنوان توانایی فرد برای تحمل حالت‌های هیجانی منفی در نظر گرفته شده است (۳۰)، از طرفی استفاده از فراشناخت به فرد کمک می‌کند در مواجهه با مشکلات بر مبنای پردازش اطلاعات با تمرکززدایی از مشکل و تبعات آن به سوی توجه به خود، روند فکری بهتری را طی نماید که خود منجر به رفتار مطلوب‌تر وی و پیشگیری از آسیب‌های بعدی می‌گردد؛ به عبارتی تغییر روند تفکر فرد کمک می‌کند تا نسبت به منابع سودمند موجود هوشیار باشد و آگاهی از خوش‌بینی را در فرد فرامی‌خواند و برای پرسش به وضعیت تعادل به یاری او می‌آید (۱۰)، همچنین می‌توان گفت تجارب فراشناختی، تفکر فرد را در مواجهه با مسئله و حل مشکل هدایت می‌کند. فرد در این وضعیت به تطبیق آن با اندوخته‌های حافظه خود می‌پردازد. به عبارت واضح‌تر اطلاعات از سطح عینی‌تر به سطح فزاتر منتقل می‌شود. این خود بازبینی و تطبیق شرایط فعلی با شرایط گذشته و پیامدهای آن فرد را وادار می‌کند تا از عملکردهایی

که منجر به وقایع ناخوشایند و شکست وی در زندگی می‌شوند، دوری گزیند. بدین ترتیب با فعال شدن فرآیند کنترل، عملکرد شخص در جهت هدف و در کنترل کاملاً شناختی قرار می‌گیرد (۹) و می‌تواند با ایجاد کنترل موجب تحمل مناسب شرایط آشفته ساز یا همان تحمل پریشانی شود.

نتایج نشان داد همبستگی بین مؤلفه‌های تنظیم هیجان (ارزیابی مجدد و سرکوبی) با تحمل پریشانی مثبت و معنی‌دار بود؛ و ارزیابی مجدد و سرکوبی به شکل مثبت و معنی‌داری توانایی پیش‌بینی تحمل پریشانی را داشتند. نتیجه به‌دست‌آمده با نتایج مطالعات پیشین در این زمینه همسو است، به‌عنوان مثال نتایج پژوهش تخیری و همکاران (۱۴۰۰) نشان داد که در دانشجویان پرستاری بین راهبردهای ناسازگار تنظیم شناختی هیجان و تحمل پریشانی هیجانی و نیز بین راهبردهای سازگار تنظیم شناختی هیجان و تحمل پریشانی هیجانی رابطه معناداری وجود دارد (۷). نتایج مطالعه‌ای دیگر در مادران دارای کودک مبتلا به سرطان نشان داد که ویژگی‌های شخصیتی و تنظیم شناختی هیجان به‌طور مستقیم و غیرمستقیم با تحمل پریشانی رابطه دارند (۲۲). نتایج مطالعه حضرت بگی و همکاران (۱۳۹۹) نشان داد راهبردهای نظم‌جویی فرآیند هیجان اثر مستقیمی با تحمل پریشانی در دانشجویان دانشگاه آزاد اسلامی دارند (۲۳). در تبیین نتیجه به‌دست‌آمده می‌توان گفت تنظیم هیجانی شامل استفاده انعطاف‌پذیر از راهبردهای تنظیم هیجان بر اساس موقعیت و باهدف تغییر و تعدیل شدت یا مدت هیجانی است که تجربه می‌شود. در نتیجه این فرایند، فرد قادر خواهد بود تا هنگام تجربه هیجانات منفی، به شکل مطلوب و در جهت دسترسی به اهداف خود رفتار کند و همچنین از رفتارهای نامطلوب اجتناب ورزد. به نظر می‌رسد که عدم پذیرش هیجانات و تلاش برای محدود کردن تجربه و ابراز هیجانات با افزایش برانگیختگی فیزیولوژیک، مانع از مدیریت موفقیت‌آمیز هیجانات می‌شود (۳۵). بنابراین تنظیمی هیجانی با آگاه نمودن فرد از هیجانات مثبت و منفی و پذیرش و ابراز به موقع آن‌ها، نقش مهمی در افزایش تحمل‌پذیری می‌تواند داشته باشد. همچنین می‌توان گفت افرادی که از راهبردهای تنظیم هیجانی سازگارانه همچون ارزیابی مجدد، به میزان بیشتری استفاده

می‌کنند و در مقابل از راهبردهای تنظیم هیجان ناسازگارانه همچون سرکوبی کمتر استفاده می‌کنند، به رویدادهای استرس‌زا به‌عنوان تهدید و فرصتی برای یادگیری می‌نگرند نه تهدیدی برای امنیت، در نتیجه، اختلال‌های فیزیولوژیکی و هیجانی کمتری را تجربه می‌کنند و به طبع تحمل پریشانی بالاتری دارند (۳۶).

از محدودیت‌های این پژوهش به خود گزارشی بودن ابزار پژوهش، تعداد کم نمونه و شیوه نمونه‌گیری در دسترس می‌توان اشاره نمود. لذا در تفسیر و تعمیم نتایج باید جانب احتیاط رعایت گردد. پیشنهاد می‌شود در مطالعات آینده از دیگر شیوه‌های جمع‌آوری اطلاعات از جمله مصاحبه استفاده شود، همچنین جهت تعمیم‌پذیری نتایج به انجام مطالعه در نمونه‌های بیشتر همراه با اجرا در گروه‌های مختلف پرستاری و شهرهای مختلف پرداخته شود. همچنین در بعد کاربردی پیشنهاد می‌شود برای ارتقای تحمل پریشانی پرستاران، کارگاه‌ها و دوره‌های آموزشی دانش‌افزایی آموزش فراشناخت و تنظیم هیجان برگزار شود.

نتیجه‌گیری

بر اساس یافته‌های مطالعه حاضر، با آگاهی از اهمیت فراشناخت و تنظیم هیجان می‌توان در جهت بهبود تحمل پریشانی پرستاران گام برداشت. همچنین با تقویت فراشناخت و تنظیم هیجان می‌توان تحمل پریشانی پرستاران را ارتقاء بخشید.

سپاسگزاری

بدین وسیله از تمامی پرستاران و کارکنان بیمارستان‌های آموزشی شهر تهران که در این پژوهش همکاری داشته‌اند، تشکر و قدردانی می‌شود. این پژوهش دارای کد اخلاق به شماره IR.IAU.CTB.REC.1401.071 از دانشگاه آزاد اسلامی - واحد تهران مرکزی (کمیته اخلاق در پژوهش) می‌باشد.

تعارض منافع

نویسندگان اعلام می‌نمایند که تضاد منافعی در این پژوهش وجود ندارد.

Reference

1. Mehrabian F, Baghizadeh K, Alizadeh I. The relationship between empowerment, occupational burnout, and job stress among nurses in Rasht Medical Education Centers: A dataset. Data in brief. 2018;20:1093-8. <https://doi.org/10.1016/j.dib.2018.08.176>
2. Gharibi S, Sharifi H, Khankeh H, Emamipour S. Comparison of distress tolerance and resilience of nurses working in the accident department with nurses working in the hospital. medical journal of mashhad university of medical sciences. 2022;65(2):569-77. <https://doi.org/10.22038/MJMS.2022.63674.3737>
3. Fasbender U, Van der Heijden BI, Grimshaw S. Job satisfaction, job stress and nurses' turnover intentions: The moderating roles of on the job and off the job embeddedness. Journal of advanced nursing. 2019;75(2):327-37. <https://doi.org/10.1111/jan.13842>
4. Berking M, Wirtz CM, Svaldi J, Hofmann SG. Emotion regulation predicts symptoms of depression over five years. Behaviour research and therapy. 2014;57:13-20. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2014.03.003>
5. Leyro TM, Zvolensky MJ, Bernstein A. Distress tolerance and psychopathological symptoms and disorders: a review of the empirical literature among adults. Psychological bulletin. 2010;136(4):576. <https://doi.org/10.1037/a0019712>
6. Banducci AN, Bujarski SJ, Bonn-Miller MO, Patel A, Connolly KM. The impact of intolerance of emotional distress and uncertainty on veterans with co-occurring PTSD and substance use disorders. Journal of anxiety disorders. 2016; 41:73-81. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2016.03.003>
7. Takhayori M, fakhri m, Hasanzadeh r. The Mediating Role of Perceived Social Support in the Relationship between Ego Strength and Emotional Distress Tolerance in Students of the Faculty of Nursing of Tehran University. Journal of Nursing Education. 2021;10(1):79-90.
8. Mahbod M, Yousefi F. Relationship between Metacognition and Academic Buoyancy: The Mediating Role of Motivational Regulation Strategies. Educational and Scholastic studies. 2022;11(1):477-504. <https://doi.org/10.1001.1.2423494.1401.11.1.19.1>
9. Kim S, Sodian B, Paulus M, Senju A, Okuno A, Ueno M, et al. Metacognition and mindreading in young children: A cross-cultural study. Consciousness and Cognition. 2020;85:103017. <https://doi.org/10.1016/j.concog.2020.103017>
10. D'Abate L, Delvecchio G, Ciappolino V, Ferro A, Brambilla P. Borderline personality disorder, metacognition and psychotherapy. Journal of Affective Disorders. 2020;276:1095-101. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.07.117>
11. Abbasi A, Aghaei A, Ebrahimi Moghadam H. Effectiveness of metacognitive therapy on resiliency in the people with generalized anxiety. Journal of Psychological Science. 2019; 18(78):691-8.
12. Pourfaraj M, Mahmoudian T. The Relationship Between Metacognition and Metaemotion with Distress Tolerance: The Mediating Role of Psychological Flexibility. 2020;16(63):333-41.
13. Ahadian fard P, Asgharnejad farid AA, Lavasani F, Ashoori A. Role of Cognitive, Metacognitive, and Meta-Emotional Components in Prediction of Emotional Distress in Students. Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology. 2017;23(2):178-91. <https://doi.org/10.29252/nirp.ijpcp.23.2.178>
14. Issazadegan A, Tajik F, Lajevardi SA, Movahednejhad S. Model of psychological distress based on metacognitive beliefs of students with the mediating role of mind-wandering. Rooyesh-e-Ravanshenasi Journal(RRJ). 2023;11(12):97-106. <https://doi.org/20.1001.1.2383353.1401.11.12.9.8>
15. Basharpour S, Taherifard M. Predicting the pregnancy anxiety in pregnant women basing on cognitive biases and emotion regulation strategies. Iranian Journal of Psychiatric Nursing. 2019;7(2):23-31. <https://doi.org/10.21859/ijpn.07204>
16. Helbig Lang S, Rusch S, Lincoln TM. Emotion regulation difficulties in social anxiety disorder and their specific contributions to anxious responding. Journal of clinical psychology. 2015;71(3):241-9. <https://doi.org/10.1002/jclp.22135>
17. Wilens TE, Martelon M, Anderson JP, Shelley-Abrahamson R, Biederman J. Difficulties in emotional regulation and substance use disorders: A controlled family study of bipolar adolescents. Drug and alcohol dependence. 2013;132(1-2):114-21. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2013.01.015>
18. Garnefski N, Kraaij V. Specificity of relations between adolescents' cognitive emotion regulation strategies and symptoms of depression and anxiety. Cognition and Emotion. 2018;32(7):1401-8. <https://doi.org/10.1080/02699931.2016.1232698>

19. Nazeri A, Ghamarani A, Darouei P, Ghasemi Tabatabaei G. The effect of expressive arts therapy on emotion regulation of primary school students. *Quarterly Journal of Child Mental Health*. 2020;7(2):132-43. <https://doi.org/10.29252/jcmh.7.2.12>
20. Gross JJ. The extended process model of emotion regulation: Elaborations, applications, and future directions. *Psychological Inquiry*. 2015;26(1):130-7. <https://doi.org/10.1080/1047840X.2015.989751>
21. Takhayori M, Fakhri M, Hasanzadeh R. The mediating role of cognitive emotion regulation in the relationship between object relationships and emotional distress tolerance in nursing students of Tehran University. *Iranian Journal of Medical Education*. 2021;21(0):297-307.
22. Khosravi N, Kooshki S, Oraki M, Nemattavousi M. Structural Patterns of Personality Characteristics and Cognitive Emotional Regulation with Distress Tolerance in Mothers with a Child with Cancer: Mediating Role of Coping Strategies. *Nurse and Physician within War*. 2019;7(24):72-81.
23. Hazrat Beigi F, Asgari P, Makvandi B, Keraei A. Causal Relationship Strategies for Emotion Processing and Spiritual Intelligence with Internet Addiction Tendency With the mediating role of imposing distress. *Iranian Journal of Nursing Research*. 2020;15(4):24-33.
24. Barati H, Hasani F, Ghanbari Panah A, Poushaneh K. The evaluation modeling distress tolerance based on unpleasant lifestyle with mediation of cognitive emotion regulation in in women nurses hospital in during Coronavirus disease. *Psychological Methods and Models*. 2022;13(49):31-42. <https://doi.org/10.30495/JPM.2023.31160.3726>
25. Tabachnick BG, Fidell LS, Ullman JB. Using multivariate statistics: pearson Boston, MA; 2013.
26. Wells A, Cartwright-Hatton S. A short form of the metacognitions questionnaire: properties of the MCQ-30. *Behaviour research and therapy*. 2004;42(4):385-96. [https://doi.org/10.1016/S0005-7967\(03\)00147-5](https://doi.org/10.1016/S0005-7967(03)00147-5)
27. Rasouli Khorshidi F, Bahrami M, Hoseini N. Study of factor structure and validity Metacognition scale. *Psychometry*. 2016;5(17):45-54.
28. Gross JJ, John OP. Individual differences in two emotion regulation processes: implications for affect, relationships, and well-being. *Journal of personality and social psychology*. 2003;85(2):348. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.85.2.348>
29. Mashhadi A, Ghasempour A, Akbari E, Ilbaygi R, Hassanzadeh S. The Role of Anxiety Sensitivity and Emotion Regulation in Prediction of Social Anxiety Disorder in Students. *Knowledge & Research in Applied Psychology*. 2013;14(2):89-99.
30. Simons JS, Gaher RM. The Distress Tolerance Scale: Development and validation of a self-report measure. *Motivation and emotion*. 2005;29(2):83-102. <https://doi.org/10.1007/s11031-005-7955-3>
31. Azizi A, Mirzaei A, Shams J. Correlation between Distress Tolerance and Emotional Regulation With Students Smoking Dependence. *Hakim Health System Research Journal*. 2010;13(1):11-8.
32. Syied Mirzaei SZ, Hatami M, Hobbi MB, Hasani j. The role of metacognition, tolerance of ambiguity and psychological flexibility in predicting resilience. *Journal of Psychological Science*. 2022;21(117):1799-814. <https://doi.org/10.52547/JPS.21.117.1799>
33. Ghaderi M, Dokaneeifard F, Jahangir PA, VosoghTaghi dizej A. The Role of Metacognitive Beliefs and Experiential Avoidance in Predicting Psychological Distress with the Mediation of Adaptation to Infertility in Infertile Women. *medical journal of mashhad university of medical sciences*. 2021;63(6):2972-80. <https://doi.org/10.22038/MJMS.2020.17722>
34. Pournamdarian S, Birashk B, Asgharnejad Farid A. The role of meta-cognitive Beliefs in depression - anxiety – stress Symptoms in nurses of Beast Hospital in Hamedan at 1389-90. *Avicenna Journal of Nursing and Midwifery Care*. 2013;21(2):12-22.
35. Riahi F, Golzari M, Mootabi F. The Relationship Between Emotion Regulation and Marital Satisfaction Using the Actor-partner Interdependence Model. *Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology*. 2020;26(1):44-63. <https://doi.org/10.32598/ijpcp.26.1.3038.1>
36. Amini M, Shiasy y, Motallebi Z, lotfi m. The role of emotion regulation and Personality traits as predictors of Quality of life and General health in mothers of children with autism spectrum disorders. *Journal of Sabzevar University of Medical Sciences*. 2020;27(3):424-30.