

# Modeling Anger Management Based on Mindfulness with the Mediating Role of Experiential Avoidance in Nurses

1. Niloofar Alimohammadi<sup>✉</sup>: Department of Psychology, NT.C., Islamic Azad University, Tehran, Iran

2. Sagha Afrakhteh<sup>✉\*</sup>: Department of Psychology, Imam Hossein University, Tehran, Iran

3. Fereshteh Afkari<sup>✉</sup>: Department of Educational Studies and Curriculum Planning, NT.C., Islamic Azad University, Tehran, Iran

\*Corresponding Author's Email: S.afrakhte@ihuo.ac.ir

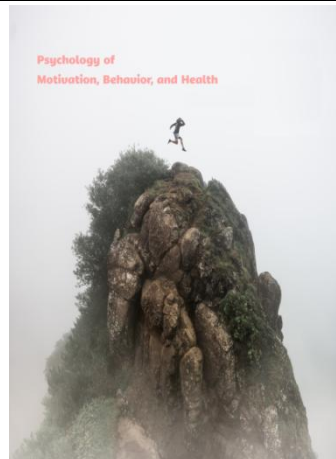
Received: 2026-05-26

Revised: 2026-08-15

Accepted: 2026-08-23

Initial Publish: 2026-08-23

Final Publish: 2027-12-22



## Abstract

**Introduction and Aim:** Effective anger management is particularly important for nurses because they are continuously exposed to high-pressure clinical situations, interpersonal conflicts, and demanding professional responsibilities that may affect both their psychological well-being and the quality of patient care. This study aimed to develop and test a model of anger management based on mindfulness, considering the mediating role of experiential avoidance among nurses.

**Methodology:** This applied study employed a descriptive-correlational design based on structural equation modeling. The statistical population comprised all nurses working in Qom, Iran, during 2024–2025, estimated at at least 3,000 individuals. A sample of 200 nurses was selected through purposive sampling according to predetermined inclusion and exclusion criteria. Data were collected using the State-Trait Anger Expression Inventory, the Mindful Attention Awareness Scale, and the Acceptance and Action Questionnaire-II. Pearson correlation analysis, regression analysis, and structural equation modeling were performed using SPSS and AMOS, with the significance level set at 0.05.

**Findings:** Inferential analyses indicated a significant positive association between mindfulness and anger management and significant negative associations involving experiential avoidance. Mindfulness directly and significantly accounted for 33% of the variance in anger management. Structural equation modeling showed a significant positive direct effect of mindfulness on anger management ( $\beta=0.33$ ,  $P=0.001$ ), a significant negative direct effect of mindfulness on experiential avoidance ( $\beta=-0.49$ ,  $P=0.001$ ), and a significant negative direct effect of experiential avoidance on anger management ( $\beta=-0.53$ ,  $P=0.001$ ). The indirect effect of mindfulness on anger management through experiential avoidance was also significant ( $\beta=-0.11$ ,  $P=0.001$ ). Model-fit indices indicated an acceptable fit of the proposed structural model to the observed data.

**Conclusion:** Mindfulness appears to contribute to nurses' anger management both directly and indirectly through reduced experiential avoidance. Accordingly, interventions designed to strengthen mindful awareness and decrease avoidance of unpleasant internal experiences may improve emotional regulation and anger management in nurses, with potential benefits for their psychological well-being, professional interactions, and quality of patient care.

**Keywords:** Anger Management, Mindfulness, Experiential Avoidance, Nurses, Structural Equation Modeling

**How to Cite:** Alimohammadi, N., Afrakhteh, S., & Afkari, F. (2026). Modeling Anger Management Based on Mindfulness with the Mediating Role of Experiential Avoidance in Nurses. *Psychology of Motivation, Behavior, and Health*, 4(5), 1-19.



**Copyright:** © 2026 by the authors. Published under the terms and conditions of Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0 International (CC BY-NC 4.0) License.

## Extended Abstract

### Introduction and Aim

Nurses represent one of the most essential professional groups within healthcare systems because they are continuously responsible for providing direct care, supporting patients and families, and making critical decisions in complex clinical environments. However, the nature of nursing work exposes professionals to considerable psychological pressures, including high workload, emotional demands, occupational stress, interpersonal conflicts, and repeated exposure to suffering and critical health conditions. These occupational challenges can negatively influence nurses' psychological well-being and professional functioning. Previous evidence has indicated that hospital nurses experience multiple sources of occupational stress, including organizational pressures, demanding work conditions, and emotional burdens associated with patient care, highlighting the importance of identifying psychological factors that contribute to emotional regulation and occupational adaptation among nurses (Lim et al., 2022). Furthermore, studies conducted among healthcare professionals have demonstrated that nurses are frequently exposed to workplace violence and aggressive behaviors, which may increase emotional distress and negatively affect mental health outcomes (Cezar & Marziale, 2006; Soheili et al., 2014; Yang et al., 2018). In this context, anger management has become an important psychological competence for nurses because ineffective regulation of anger may impair communication, reduce professional effectiveness, and negatively influence the quality of patient care.

Anger is a complex emotional response that emerges in reaction to perceived threats, frustration, injustice, or stressful circumstances. Although anger is a natural human emotion, difficulties in regulating and expressing anger appropriately may lead to maladaptive behavioral outcomes. In nursing environments, uncontrolled anger may emerge due to continuous exposure to stressful situations, conflicts with patients and colleagues, excessive responsibilities, and emotional exhaustion. Research has shown that anger among nurses is associated with important psychological and occupational outcomes. For example, anger has been linked with moral distress and self-esteem among nurses, suggesting that emotional regulation difficulties may influence both personal and professional functioning (Heidari et al., 2022). Similarly, anger expression has been associated with job satisfaction and burnout among nurses,

emphasizing the importance of developing effective strategies for managing emotional responses in healthcare settings (La & Yun, 2019). In addition, evidence indicates that anger expression may contribute to the relationship between occupational stress and burnout among hospital nurses, demonstrating the central role of anger regulation in occupational health (Lee et al., 2021).

Given the consequences of unmanaged anger, several interventions have been developed to enhance nurses' ability to regulate emotional responses. Previous studies have shown that anger management programs and communication-based interventions can improve nurses' ability to cope with aggressive situations and control emotional reactions. Training programs focusing on interaction skills and anger control have been effective in reducing nurses' exposure to aggressive behaviors from hospitalized patients (Jafari Samie et al., 2019). Moreover, structured anger management programs have demonstrated beneficial effects on nurses' anger regulation abilities and emotional functioning (Yun & Yoo, 2021). However, understanding the psychological mechanisms underlying anger management remains necessary because individual differences in emotional awareness, cognitive processing, and coping styles may determine how nurses respond to stressful situations.

One psychological construct that has received increasing attention in explaining emotional regulation is mindfulness. Mindfulness refers to intentional awareness of present-moment experiences accompanied by an attitude of acceptance, openness, and nonjudgment toward thoughts, emotions, and bodily sensations. Mindfulness-based approaches have been incorporated into psychological interventions because of their potential effects on stress reduction, emotional regulation, and psychological well-being (Kabat-Zinn, 2003). Bishop and colleagues proposed that mindfulness involves two primary components: self-regulation of attention and an orientation toward present experiences characterized by curiosity, openness, and acceptance (Bishop et al., 2004). Additionally, mindfulness assessment research has emphasized that mindfulness represents a multidimensional psychological capacity associated with awareness, attention regulation, and reduced automatic emotional reactions (Baer, 2019).

Theoretically, mindfulness may influence anger management by increasing individuals' ability to recognize emotional experiences before engaging in automatic reactions. Through mindful awareness,

individuals can observe anger-related thoughts and physiological responses without immediately responding to them, thereby creating psychological distance between emotional triggers and behavioral reactions. Previous studies support the beneficial role of mindfulness in emotional regulation. Research has demonstrated that mindfulness-based practices can contribute to stress reduction and improved anger management in everyday life (Sulianta, 2024). Similarly, mindfulness-based stress reduction interventions have been associated with reductions in anger-related beliefs and emotional difficulties among individuals experiencing chronic health problems (Gholami & Kiamarsi, 2024). In clinical populations, mindfulness interventions have also demonstrated effectiveness in reducing anger expression and improving emotional control (Felix-Junior et al., 2025).

The relevance of mindfulness for nursing populations has also been increasingly recognized. Studies among healthcare professionals have suggested that mindfulness may enhance emotional awareness and improve the capacity to manage difficult interpersonal situations. For example, mindfulness has been found to play an important role in the relationship between communication skills and anger management among emergency healthcare professionals (Dil & Çam, 2024). Among nursing students, mindfulness programs have been associated with reductions in anxiety and anger and improvements in self-esteem (Khalifa et al., 2024). Moreover, mindfulness-based interventions have demonstrated promising effects on burnout reduction, resilience enhancement, and sleep quality improvement among nurses, indicating their broader relevance for occupational health promotion (Dou et al., 2025). However, the mechanism through which mindfulness contributes to anger management requires further investigation.

One possible mechanism explaining the relationship between mindfulness and anger management is experiential avoidance. Experiential avoidance refers to attempts to avoid, suppress, control, or escape from unpleasant internal experiences, including negative thoughts, emotions, memories, and bodily sensations. Although experiential avoidance may provide temporary relief from distress, excessive reliance on avoidance strategies may reduce psychological flexibility and contribute to emotional difficulties (Hayes-Skelton & Eustis, 2020). Contemporary models of experiential avoidance emphasize that avoidance processes may maintain psychological problems by preventing individuals from effectively processing and adapting to uncomfortable experiences (Wang et al., 2024). Therefore, individuals who frequently avoid

unpleasant emotions may have greater difficulty tolerating anger-related experiences and may be more likely to respond through maladaptive emotional reactions.

Experiential avoidance is particularly relevant among nurses because their professional responsibilities require continuous exposure to emotionally challenging situations. Nurses cannot always remove stressful circumstances; instead, they must remain engaged while managing difficult emotions. When nurses attempt to suppress or avoid distressing internal experiences, unresolved emotional reactions may accumulate and increase vulnerability to anger responses. Previous research has shown that experiential avoidance is associated with psychological difficulties and emotional symptoms, demonstrating its importance as a transdiagnostic process influencing emotional regulation (Cookson et al., 2020). Conversely, mindfulness may reduce experiential avoidance by encouraging individuals to observe and accept internal experiences rather than attempting to eliminate them. Research among clinical nurses has also highlighted the importance of experiential acceptance and self-acceptance in supporting professional flexibility and adaptive functioning (Park & Shin, 2023).

Although previous studies have separately examined mindfulness, anger management, and experiential avoidance, limited research has investigated whether experiential avoidance explains the relationship between mindfulness and anger management among nurses. Examining this mediating mechanism may provide a more comprehensive understanding of how mindfulness contributes to emotional regulation in demanding healthcare environments. Such knowledge can support the development of targeted psychological interventions that move beyond controlling anger behaviors and address underlying emotional processes. Therefore, the present study aimed to model anger management based on mindfulness with the mediating role of experiential avoidance among nurses.

## Methodology

This study employed a descriptive-correlational design using structural equation modeling. The statistical population consisted of all nurses working in hospitals in Qom, Iran, during 2024–2025. Based on available statistics, the target population included at least 3,000 nurses. A sample of 200 nurses was selected through purposive sampling based on predetermined inclusion and exclusion criteria.

Inclusion criteria included being between 20 and 45 years of age, willingness to participate, absence of psychiatric medication use, and absence of major recent stressful life events such as divorce or bereavement. Participants who did not complete the study procedures were excluded.

Data were collected using three standardized instruments: the State-Trait Anger Expression Inventory for assessing anger management, the Mindful Attention Awareness Scale for measuring mindfulness, and the Acceptance and Action Questionnaire-II for evaluating experiential avoidance. Data analysis was conducted using Pearson correlation analysis, regression analysis, and structural equation modeling. SPSS and AMOS software were used for statistical analyses. Model assumptions, including normality, multicollinearity, and model fit indices, were examined before testing the proposed structural model.

### Findings

The results demonstrated significant relationships among the study variables. Pearson correlation analyses indicated a significant positive relationship between mindfulness and anger management, whereas experiential avoidance showed a significant negative relationship with anger management. Regression analysis revealed that mindfulness significantly predicted anger management and accounted for 33% of its variance.

Structural equation modeling results confirmed the proposed model. Mindfulness had a significant positive direct effect on anger management ( $\beta=0.33$ ,  $p=0.001$ ). Mindfulness also had a significant negative effect on experiential avoidance ( $\beta=-0.49$ ,  $p=0.001$ ), indicating that higher mindfulness was associated with lower experiential avoidance. Furthermore, experiential avoidance had a significant negative direct effect on anger management ( $\beta=-0.53$ ,  $p=0.001$ ). The indirect effect of mindfulness on anger management through experiential avoidance was significant ( $\beta=-0.11$ ,  $p=0.001$ ), confirming the mediating role of experiential avoidance. The structural model demonstrated acceptable fit indices, indicating that the proposed model adequately explained the relationships among mindfulness, experiential avoidance, and anger management.

### Discussion and Conclusion

The findings of this study demonstrated that mindfulness is an important psychological predictor of anger management among nurses. Nurses with higher levels of mindfulness appeared to have greater capacity to regulate anger and respond to stressful clinical situations more effectively. This finding suggests that mindfulness may enhance emotional awareness, reduce automatic reactions, and facilitate more adaptive responses to anger-provoking events.

The findings also revealed that experiential avoidance plays a significant mediating role in the relationship between mindfulness and anger management. This indicates that mindfulness does not influence anger management solely through direct emotional regulation processes but also by reducing individuals' tendency to avoid unpleasant internal experiences. Nurses who are able to accept difficult emotions rather than suppress or escape from them may develop greater emotional flexibility and improved anger regulation.

The results highlight the importance of considering underlying psychological mechanisms when designing interventions for nurses. Programs focusing only on behavioral control of anger may have limited effectiveness if they do not address how individuals relate to their internal experiences. Integrating mindfulness training and strategies aimed at reducing experiential avoidance may provide a more comprehensive approach to improving emotional regulation among healthcare professionals.

In conclusion, mindfulness represents a valuable psychological resource for improving anger management among nurses, while experiential avoidance functions as an important mechanism influencing this relationship. Enhancing mindfulness and reducing avoidance-based coping patterns may contribute to improved psychological well-being, healthier professional interactions, and better clinical functioning among nurses. These findings support the development of evidence-based psychological programs aimed at strengthening emotional regulation skills in healthcare environments.

## مدل‌یابی مدیریت خشم براساس بهشیاری با نقش واسطه‌ای اجتناب تجربی در پرستاران

۱. نیلوفر علیمحمدی<sup>1D</sup>: گروه روان‌شناسی، واحد تهران شمال، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران
۲. سقا افراخته<sup>2D</sup>: گروه روانشناسی، دانشگاه امام حسین(ع)، تهران، ایران
۳. فرشته افکاری<sup>3D</sup>: گروه مطالعات تربیتی و برنامه ریزی درسی، واحد تهران شمال، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران

\*ایمیل نویسنده مسئول: S.afrahkte@ihuo.ac.ir

انتشار نهایی: ۱۴۰۵/۱۰/۰۱

انتشار اولیه: ۱۴۰۵/۰۶/۰۱

پذیرش: ۱۴۰۵/۰۶/۰۱

بازنگری: ۱۴۰۵/۰۵/۲۴

دریافت: ۱۴۰۵/۰۳/۰۵

### چکیده

**مقدمه و هدف:** مدیریت مؤثر خشم در پرستاران، به دلیل مواجهه مستمر آنان با موقعیت‌های پرفشار، تعارض‌های بین‌فردی و مسئولیت‌های حساس بالینی، برای حفظ سلامت روان و کیفیت مراقبت از بیماران اهمیت ویژه‌ای دارد. پژوهش حاضر با هدف ارائه و آزمون مدل مدیریت خشم براساس بهشیاری با نقش واسطه‌ای اجتناب تجربی در پرستاران انجام شد.

**روش‌شناسی:** پژوهش حاضر از نظر هدف کاربردی و از نظر روش، توصیفی-همبستگی مبتنی بر مدل‌یابی معادلات ساختاری بود. جامعه آماری شامل کلیه پرستاران شاغل در شهر قم در سال‌های ۱۴۰۳-۱۴۰۴ بود که تعداد آنان حداقل ۳۰۰ نفر برآورد شد. از میان آنان، ۲۰۰ نفر براساس معیارهای ورود و خروج و به روش نمونه‌گیری هدفمند انتخاب شدند. ابزارهای گردآوری داده‌ها شامل پرسشنامه خشم اسپیلبرگر، مقیاس توجه و آگاهی بهشیارانه براون و رایان و پرسشنامه پذیرش و عمل-نسخه دوم بود. داده‌ها با استفاده از ضریب همبستگی پیرسون، تحلیل رگرسیون و مدل‌یابی معادلات ساختاری در نرم‌افزارهای SPSS و AMOS و در سطح معناداری ۰.۰۵ تحلیل شدند.

**یافته‌ها:** نتایج استنباطی نشان داد بین بهشیاری و مدیریت خشم رابطه مثبت و معنادار و بین اجتناب تجربی و مدیریت خشم رابطه منفی و معنادار وجود داشت. بهشیاری به‌طور مستقیم و معنادار ۳۳ درصد از تغییرات مدیریت خشم را پیش‌بینی کرد. نتایج مدل‌یابی معادلات ساختاری نشان داد اثر مستقیم بهشیاری بر مدیریت خشم مثبت و معنادار ( $\beta=0.33$ ,  $P=0.001$ )، اثر مستقیم بهشیاری بر اجتناب تجربی منفی و معنادار ( $\beta=-0.49$ ,  $P=0.001$ ) و اثر مستقیم اجتناب تجربی بر مدیریت خشم نیز منفی و معنادار بود ( $\beta=-0.53$ ,  $P=0.001$ ). همچنین اثر غیرمستقیم بهشیاری بر مدیریت خشم از مسیر اجتناب تجربی معنادار بود ( $\beta=-0.11$ ,  $P=0.001$ ) و شاخص‌های برازش، برازش مطلوب مدل پیشنهادی را تأیید کردند.

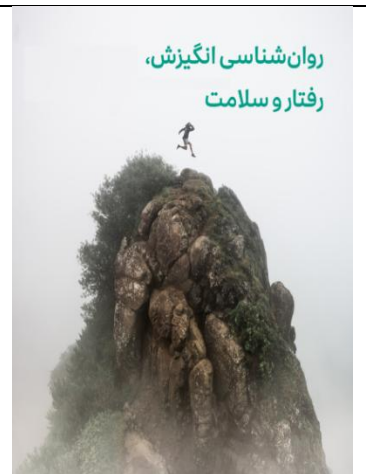
**نتیجه‌گیری:** یافته‌ها نشان می‌دهد بهشیاری می‌تواند هم به‌طور مستقیم و هم از طریق کاهش اجتناب تجربی، مدیریت خشم پرستاران را بهبود بخشد. بنابراین، تقویت بهشیاری و کاهش گرایش به اجتناب از تجربه‌های هیجانی ناخوشایند می‌تواند به‌عنوان دو مؤلفه مهم در طراحی برنامه‌های آموزشی و مداخلات روان‌شناختی با هدف ارتقای تنظیم هیجان، سلامت روان و عملکرد حرفه‌ای پرستاران مورد توجه قرار گیرد.

**کلیدواژه‌گان:** مدیریت خشم، بهشیاری، اجتناب تجربی، پرستاران، مدل‌یابی معادلات ساختاری.



مجوز و حق نشر: © ۱۴۰۵ تمامی حقوق انتشار این مقاله متعلق به نویسنده است. انتشار این مقاله به‌صورت دسترسی آزاد مطابق با گواهی (CC BY-NC 4.0) صورت گرفته است.

روان‌شناسی انگیزش،  
رفتار و سلامت



**نحوه استناددهی:** علیمحمدی، نیلوفر، افراخته، سقا، و افکاری، فرشته. (۱۴۰۵). مدل‌یابی مدیریت خشم براساس بهشیاری با نقش واسطه‌ای اجتناب تجربی در پرستاران. *روان‌شناسی انگیزش، رفتار و سلامت*، ۴(۵)، ۱۹-۱.



## مقدمه

نظام سلامت یکی از مهم‌ترین و پیچیده‌ترین نظام‌های اجتماعی است که کیفیت عملکرد آن تا حد زیادی به توانمندی، سلامت روان و عملکرد حرفه‌ای نیروی انسانی وابسته است. در این میان، پرستاران به دلیل حضور مستمر در خط مقدم مراقبت، تعامل مستقیم با بیماران و خانواده‌های آنان، مواجهه با موقعیت‌های بحرانی، مسئولیت‌پذیری در قبال سلامت و حیات بیماران و ضرورت تصمیم‌گیری سریع در شرایط حساس، یکی از گروه‌های شغلی در معرض فشارهای روان‌شناختی محسوب می‌شوند. ماهیت حرفه پرستاری به گونه‌ای است که عواملی نظیر حجم بالای کار، کمبود نیروی انسانی، شیفت‌های طولانی و نامنظم، تعارض نقش، مسئولیت‌های چندگانه، محدودیت منابع، مواجهه با درد و مرگ بیماران و انتظارات گاه نامتناسب بیماران و همراهان می‌تواند سطح تنیدگی شغلی را افزایش دهد. فراتحلیل مطالعات مرتبط با استرس شغلی در پرستاران بیمارستانی نیز نشان داده است که مجموعه‌ای از عوامل فردی، سازمانی و محیطی در شکل‌گیری و تشدید فشار روانی این گروه حرفه‌ای نقش دارند (Lim et al., 2022). افزون بر این، پژوهش‌های انجام‌شده در محیط‌های بالینی نشان داده‌اند که حتی عواملی مانند اضطراب، خستگی و اختلال در کیفیت خواب نیز می‌توانند تحت تأثیر شرایط شغلی پرستاران قرار گیرند و مداخلات مبتنی بر کاهش تنش می‌تواند بخشی از این پیامدها را تعدیل کنند (Bahadori et al., 2022; Karimi et al., 2024). بنابراین، بررسی سازوکارهای روان‌شناختی مؤثر بر تنظیم هیجان و به‌ویژه مدیریت خشم در پرستاران نه تنها از منظر سلامت فردی، بلکه از حیث کیفیت ارائه خدمات درمانی و ایمنی بیمار نیز اهمیت اساسی دارد.

یکی از مهم‌ترین چالش‌های هیجانی در حرفه پرستاری، مواجهه مستمر با خشم، تعارض و رفتارهای پرخاشگرانه است. پرستاران ممکن است خشم را هم در نتیجه فشارهای درونی ناشی از شغل تجربه کنند و هم در تعامل با بیماران، همراهان و سایر کارکنان در معرض رفتارهای خشم‌آلود و خشونت‌آمیز قرار گیرند. مطالعات اولیه در محیط‌های اورژانسی نشان داده‌اند که خشونت شغلی علیه کارکنان درمانی پدیده‌ای قابل توجه است و می‌تواند پیامدهای روانی و حرفه‌ای قابل ملاحظه‌ای به همراه داشته باشد (Cezar & Marziale,

2006). در ایران نیز میزان قابل توجهی از خشونت کلامی و جسمانی علیه پرستاران بخش‌های اورژانس گزارش شده است (Esmaeili & Soheili et al., 2014; Lamah Jouybari, 2020). یافته‌های مربوط به پرستاران حوزه سلامت روان نیز نشان داده‌اند که قرار گرفتن در معرض خشونت محیط کار می‌تواند با پیامدهای نامطلوب روان‌شناختی همراه باشد (Yang et al., 2018). در چنین شرایطی، خشم می‌تواند به عنوان واکنشی طبیعی نسبت به فشار، تهدید، بی‌عدالتی ادراک‌شده، ناکامی یا تعارض بروز کند؛ اما زمانی که این هیجان به درستی شناسایی، پردازش و تنظیم نشود، ممکن است به رفتارهای تکانشی، تعارض بین فردی، فرسودگی، کاهش رضایت شغلی و افت کیفیت عملکرد حرفه‌ای منجر شود. از این رو، مدیریت خشم یکی از مؤلفه‌های ضروری صلاحیت هیجانی و حرفه‌ای پرستاران محسوب می‌شود.

مدیریت خشم به مجموعه‌ای از فرایندهای شناختی، هیجانی و رفتاری اشاره دارد که فرد از طریق آنها شدت خشم، نحوه ابراز آن و واکنش خود نسبت به محرک‌های خشم‌برانگیز را تنظیم می‌کند. در محیط پرستاری، مدیریت مؤثر خشم به معنای حذف یا سرکوب کامل این هیجان نیست، بلکه مستلزم شناسایی به موقع خشم، درک محرک‌های آن، ارزیابی پیامدهای واکنش، تعدیل برانگیختگی و انتخاب پاسخی سازگارانه است. اهمیت این موضوع زمانی بیشتر آشکار می‌شود که یافته‌ها رابطه خشم با سایر جنبه‌های عملکرد روان‌شناختی پرستاران را نشان می‌دهند. برای مثال، رابطه میان خشم، پریشانی اخلاقی و عزت نفس در پرستاران گزارش شده است (Heidari et al., 2022) و در پژوهشی دیگر، هوش اخلاقی با میزان خشم پرستاران بخش‌های اورژانس ارتباط داشته است (Asgari Tarazoj et al., 2018). همچنین، نحوه تجربه و ابراز خشم می‌تواند با رضایت شغلی و فرسودگی حرفه‌ای در پرستاران ارتباط داشته باشد (La & Yun, 2019). شواهد نشان داده‌اند که ابراز خشم می‌تواند حتی در رابطه میان استرس کاری و فرسودگی شغلی نقش واسطه‌ای ایفا کند و این رابطه بر حسب میزان تجربه حرفه‌ای پرستاران تفاوت‌هایی داشته باشد (Lee et al., 2021). این یافته‌ها نشان می‌دهند که خشم یک پدیده منفرد و مستقل نیست، بلکه در شبکه‌ای از فرایندهای شناختی، هیجانی و شغلی عمل می‌کند.

بر همین اساس، توسعه برنامه‌های آموزشی و روان‌شناختی برای ارتقای مهارت مدیریت خشم در پرستاران مورد توجه قرار گرفته است. نتایج مداخلات آموزشی نشان داده است که آموزش مهارت‌های تعامل و کنترل خشم می‌تواند نحوه مواجهه پرستاران با رفتارهای پرخطر بیمار را بهبود بخشد (Jafari Samie et al., 2019). همچنین، برنامه‌های اختصاصی مدیریت خشم برای پرستاران توانسته‌اند به بهبود شاخص‌های مرتبط با کنترل و تنظیم این هیجان کمک کنند (Yun & Yoo, 2021). با این حال، از دیدگاهی فرایندی، صرف آموزش راهبردهای رفتاری برای کنترل خشم ممکن است برای تبیین تفاوت‌های فردی در توانایی مدیریت آن کافی نباشد؛ زیرا نحوه توجه فرد به تجربه‌های درونی، شیوه برخورد با افکار و هیجان‌های ناخوشایند و میزان پذیرش یا اجتناب از آنها نیز می‌تواند کیفیت واکنش هیجانی را تعیین کند. در سال‌های اخیر، در میان سازهایی که می‌توانند چنین سازوکارهایی را توضیح دهند، «بهشیاری» جایگاه برجسته‌ای یافته است.

بهشیاری مفهومی است که در ادبیات معاصر روان‌شناسی به حضور آگاهانه و هدفمند در تجربه لحظه حال، همراه با نگرشی پذیرا و غیرقضاوتی نسبت به افکار، هیجان‌ها و احساسات بدنی اشاره دارد. Kabat-Zinn از مهم‌ترین افرادی است که بهشیاری را وارد چارچوب مداخلات روان‌شناختی و سلامت کرد و بر کاربرد آن در مواجهه آگاهانه با تجربه‌های درونی و کاهش واکنش‌پذیری خودکار تأکید نمود (Kabat-Zinn, 2003). در تعریف عملیاتی پیشنهادشده برای بهشیاری نیز دو مؤلفه اساسی مورد توجه قرار گرفته است: نخست، تنظیم توجه به گونه‌ای که فرد بتواند تجربه جاری را به صورت پیوسته مشاهده کند و دوم، اتخاذ جهت‌گیری خاصی نسبت به تجربه که با کنجکاوی، پذیرش و عدم قضاوت مشخص می‌شود (Bishop et al., 2004). بهشیاری از منظر سنجش روان‌شناختی نیز سازهایی چندبعدی تلقی شده و ابزارهای خودگزارشی مختلفی برای اندازه‌گیری ابعاد آن توسعه یافته‌اند (Baer, 2019). بنابراین، بهشیاری را می‌توان نه صرفاً یک تکنیک آرام‌سازی، بلکه نوعی شیوه تنظیم توجه و رابطه فرد با تجربه‌های درونی دانست که می‌تواند بر نحوه پردازش هیجان‌های شدید، از جمله خشم، اثرگذار باشد.

در موقعیت‌های خشم‌برانگیز، افراد معمولاً با افزایش برانگیختگی فیزیولوژیک، افکار منفی، ارزیابی تهدید یا بی‌عدالتی و آمادگی برای واکنش سریع مواجه می‌شوند. بهشیاری می‌تواند از طریق ایجاد فاصله میان تجربه هیجانی و واکنش رفتاری، به فرد امکان دهد خشم را پیش از تبدیل شدن به رفتاری تکانشی شناسایی و پردازش کند. از این منظر، فرد بهشیار به جای آنکه به صورت خودکار با محرک خشم‌برانگیز همانندسازی کند، افکار و احساسات خود را به عنوان رویدادهای گذرای روان‌شناختی مشاهده می‌کند. پژوهش‌های جدید نیز از ارتباط بهشیاری با مدیریت خشم حمایت کرده‌اند. برای نمونه، بررسی بهشیاری در زندگی معاصر نشان داده است که تمرین‌های مراقبه‌ای و بهشیارانه می‌توانند در کاهش استرس و مدیریت خشم نقش داشته باشند (Sulianta, 2024). همچنین، مداخلات کاهش استرس مبتنی بر بهشیاری با کاهش باورهای ناسازگار مرتبط با درد و خشم همراه بوده‌اند (Gholami & Kiamarsi, 2024). در یک کارآزمایی تصادفی نیز مداخلات بهشیاری توانستند مؤلفه‌های مرتبط با ابراز خشم را در افراد تحت درمان اختلال مصرف مواد بهبود بخشند (Felix-Junior et al., 2025). هرچند جمعیت‌های مورد مطالعه در این پژوهش‌ها متفاوت بوده‌اند، مجموعه این شواهد نشان می‌دهد که بهشیاری می‌تواند سازوکاری مهم در کاهش واکنش‌پذیری هیجانی و ارتقای کنترل خشم باشد.

اهمیت بهشیاری در محیط‌های پرستاری نیز به طور فزاینده‌ای مورد توجه قرار گرفته است. نتایج پژوهشی در کارکنان خدمات اورژانس نشان داده است که بهشیاری در رابطه میان مهارت گوش‌دادن و مهارت مدیریت خشم نقش میانجی دارد؛ یافته‌ای که نشان می‌دهد کیفیت توجه و حضور ذهن می‌تواند نحوه تبدیل مهارت‌های ارتباطی به تنظیم بهتر هیجانات را توضیح دهد (Dil & Çam, 2024). در دانشجویان پرستاری نیز برنامه‌های مبتنی بر بهشیاری با کاهش اضطراب و خشم و افزایش عزت نفس همراه بوده‌اند (Khalifa et al., 2024). افزون بر این، آموزش ترکیبی بهشیاری تأملی و تنظیم هیجان می‌تواند خودآگاهی، درک هیجان و توانایی تنظیم هیجانی دانشجویان پرستاری را تقویت کند (Salem et al., 2025). در سطح شغلی نیز مرور نظام‌مند و فراتحلیل کارآزمایی‌های تصادفی نشان داده است که مداخلات مبتنی بر بهشیاری می‌توانند در پرستاران با پیامدهایی مانند کاهش فرسودگی و بهبود تاب‌آوری و کیفیت

خواب همراه باشند (Dou et al., 2025). همچنین، مرور مداخلات مبتنی بر بهشیاری و پذیرش در متخصصان سلامت روان نشان داده است که این رویکردها ظرفیت قابل توجهی برای ارتقای خودمراقبتی و کاهش تنیدگی حرفه‌ای دارند (Rudaz et al., 2017). در مجموع، چنین یافته‌هایی نشان می‌دهند که بهشیاری می‌تواند برای مشاغل مراقبتی که با سطح بالایی از فشار هیجانی همراه‌اند، یک منبع تنظیمی مهم باشد.

با وجود این، رابطه بهشیاری و مدیریت خشم ممکن است صرفاً یک رابطه مستقیم نباشد و متغیرهای فرایندی دیگری بتوانند سازوکار این ارتباط را توضیح دهند. یکی از مهم‌ترین این متغیرها «اجتناب تجربی» است. اجتناب تجربی به تمایل فرد برای نپذیرفتن، تغییر دادن، کنترل کردن یا فرار از افکار، احساسات، خاطرات، تصاویر ذهنی و احساسات بدنی ناخوشایند اشاره دارد، حتی زمانی که این تلاش‌ها در بلندمدت به پیامدهای منفی منجر شوند (Hayes-Skelton & Eustis, 2020). در الگوهای فرایندی جدید نیز اجتناب تجربی به‌عنوان سازوکاری پویا توصیف شده است که در آن تلاش برای کاهش فوری ناراحتی درونی ممکن است به تقویت و تداوم رفتارهای اجتنابی منجر شود و در نتیجه ظرفیت سازگارانۀ فرد برای مواجهه با محرک‌های هیجانی کاهش یابد (Wang et al., 2024). بنابراین، آنچه در کوتاه‌مدت به‌عنوان راهبردی برای رهایی از ناراحتی ادراک می‌شود، در بلندمدت ممکن است موجب محدودشدن انعطاف‌پذیری روان‌شناختی و افزایش آسیب‌پذیری هیجانی شود.

اجتناب تجربی از این جهت برای فهم مدیریت خشم اهمیت دارد که خشم اغلب با مجموعه‌ای از احساسات، افکار و برانگیختگی‌های بدنی ناخوشایند همراه است. فردی که تحمل تماس با چنین تجربه‌هایی را ندارد ممکن است برای حذف یا کنترل سریع آنها به سرکوب، انکار، اجتناب رفتاری یا واکنش‌های تکانشی متوسل شود. در نتیجه، اجتناب از تجربه درونی الزاماً به کاهش پایدار هیجان منجر نمی‌شود و حتی ممکن است شدت و تداوم آن را افزایش دهد. شواهد نشان داده‌اند که اجتناب تجربی و فرایندهای مرتبط، نظیر همجوشی شناختی، می‌تواند در پیش‌بینی نشانه‌های اضطراب و افسردگی نقش مهمی داشته باشند (Cookson et al., 2020). این یافته‌ها اهمیت گسترده‌تر اجتناب تجربی را به‌عنوان یک فرایند

فراشخصی در آسیب‌شناسی و تنظیم هیجان نشان می‌دهند. از سوی دیگر، در حرفه پرستاری که فرد ناگزیر است بارها با رنج، نگرانی، تعارض، اضطراب و محرک‌های ناخوشایند مواجه شود، اتکای بیش از حد به اجتناب تجربی ممکن است به یک الگوی ناکارآمد تنظیم هیجان تبدیل شود.

مفهوم مقابل اجتناب تجربی، پذیرش تجربه درونی است؛ یعنی توانایی فرد برای حفظ تماس با افکار و هیجان‌های ناخوشایند بدون تلاش افراطی برای حذف یا کنترل آنها. این توانایی می‌تواند در محیط بالینی برای پرستاران اهمیت ویژه‌ای داشته باشد، زیرا آنان در بسیاری از موقعیت‌ها امکان حذف منبع تنش را ندارند و باید ضمن حضور در همان شرایط، واکنش هیجانی خود را تنظیم کنند. پژوهش درباره پرستاران بالینی نشان داده است که خودپذیری و پذیرش تجربی با جنبه‌هایی از عملکرد و انعطاف‌پذیری رهبری آنان ارتباط دارد (Park & Shin, 2023). از این منظر، پذیرش تجربه‌های درونی می‌تواند زمینه‌ای برای انتخاب پاسخ‌های انعطاف‌پذیرتر در شرایط پیچیده فراهم کند. بهشیاری نیز دقیقاً از طریق تقویت مشاهده غیرقضاوتی و پذیرش تجربه جاری می‌تواند گرایش به اجتناب تجربی را کاهش دهد؛ بنابراین، می‌توان انتظار داشت بخشی از اثر بهشیاری بر مدیریت خشم از مسیر کاهش اجتناب از هیجان‌ها و افکار ناخوشایند عمل کند.

این سازوکار به‌ویژه زمانی اهمیت می‌یابد که شرایط حرفه‌ای پرستاران پس از دوره‌های بحران و فشارهای گسترده سلامت عمومی در نظر گرفته شود. شواهد جدید نشان داده‌اند که حتی پس از پایان بحران همه‌گیری، متغیرهایی نظیر تاب‌آوری، خشم و بی‌خوابی همچنان از مسائل مهم سلامت روان در پرستاران به شمار می‌روند (Pachi et al., 2024). این امر بیانگر آن است که فشارهای شغلی ممکن است پیامدهایی فراتر از دوره‌های بحران حاد داشته باشند و الگوهای مزمن واکنش هیجانی را شکل دهند. در چنین بستری، تمرکز صرف بر کاهش محرک‌های محیطی برای مدیریت خشم کافی نیست و شناسایی فرایندهای درونی که پرستاران از طریق آنها با فشارهای شغلی مواجه می‌شوند ضرورت دارد. بهشیاری و اجتناب تجربی دو سازه مکمل برای تبیین این فرایند به شمار می‌روند: بهشیاری بر کیفیت آگاهی و پذیرش تجربه جاری تأکید دارد،



درحالی‌که اجتناب تجربی بیانگر تلاش برای فاصله گرفتن، سرکوب یا کنترل تجارب ناخوشایند است.

بررسی همزمان این دو سازه همچنین می‌تواند خلأ موجود میان مطالعات مداخله‌ای مدیریت خشم و پژوهش‌های فرایندی تنظیم هیجان را کاهش دهد. پژوهش‌های پیشین نشان داده‌اند که مدیریت خشم قابل آموزش است و برنامه‌های اختصاصی می‌توانند نتایج مطلوبی برای پرستاران ایجاد کنند (Yun & Yoo, 2021). از سوی دیگر، شواهد درباره ارتباط خشم با فرسودگی، استرس و روابط حرفه‌ای نشان می‌دهد که مدیریت خشم تحت تأثیر مجموعه‌ای از فرایندهای روان‌شناختی قرار دارد (Heidari et al., 2022; Lee et al., 2021). همچنین یافته‌های جدیدتر درباره تأثیر به‌شیاری بر خشم، تنظیم هیجان و سلامت روانی در جمعیت‌های پرستاری و سایر گروه‌ها، جایگاه این سازه را به‌عنوان یک عامل بالقوه محافظتی برجسته ساخته‌اند (Dil & Çam, 2024; Felix-Junior et al., 2025; Salem et al., 2025). بااین‌حال، دانستن اینکه به‌شیاری با مدیریت بهتر خشم همراه است، به‌تنهایی توضیح نمی‌دهد که این اثر از چه مسیر روان‌شناختی ایجاد می‌شود. وارد کردن اجتناب تجربی به مدل می‌تواند از سطح توصیف همبستگی فراتر رفته و سازوکاری احتمالی را برای ارتباط میان حضور آگاهانه و مدیریت هیجان مشخص کند.

از منظر کاربردی نیز بررسی چنین مدلی می‌تواند برای نظام سلامت حائز اهمیت باشد. اگر مشخص شود که به‌شیاری نه‌تنها مستقیماً با مدیریت خشم مرتبط است، بلکه از طریق کاهش اجتناب تجربی نیز بر آن اثر می‌گذارد، برنامه‌های ارتقای سلامت روان پرستاران می‌توانند به جای تمرکز انحصاری بر مهار رفتار خشم‌آلود، به آموزش مشاهده هیجان، پذیرش تجربه‌های ناخوشایند، کاهش واکنش‌های خودکار و افزایش انعطاف‌پذیری روان‌شناختی بپردازند. چنین رویکردی با شواهد مربوط به اثربخشی مداخلات به‌شیاری در ارتقای تنظیم هیجان و کاهش پیامدهای فشار شغلی سازگار است (Dou et al., 2025; Khalifa et al., 2024). همچنین، با توجه به اینکه مداخلات مدیریت خشم و آموزش مهارت‌های ارتباطی نیز در پرستاران نتایج مطلوبی نشان داده‌اند (Jafari Samie et al., 2019; Yun & Yoo, 2021)، ترکیب این حوزه‌ها می‌تواند مبنایی برای

طراحی برنامه‌های جامع‌تر باشد که هم رفتار آشکار و هم فرایندهای زیربنایی تنظیم هیجان را هدف قرار دهند.

با وجود گسترش پژوهش‌ها درباره استرس شغلی پرستاران، خشونت محیط کار، مدیریت خشم، به‌شیاری و فرایندهای پذیرش و اجتناب، هنوز بررسی یکپارچه رابطه این متغیرها، به‌ویژه نقش واسطه‌ای اجتناب تجربی در ارتباط بین به‌شیاری و مدیریت خشم، نیازمند شواهد بیشتری است. مطالعات موجود هر یک بخشی از این شبکه مفهومی را بررسی کرده‌اند: برخی بر عوامل شغلی و فشارهای محیطی تأکید داشته‌اند (Lim et al., 2022; Pachi et al., 2024)، برخی پیامدها و همبسته‌های خشم را در پرستاران بررسی کرده‌اند (Asgari Tarazoj et al., 2018; La & Yun, 2019)، گروهی اثربخشی برنامه‌های کنترل خشم را ارزیابی کرده‌اند (Jafari Samie et al., 2019; Yun & Yoo, 2021) و مطالعات دیگری ظرفیت به‌شیاری و پذیرش را برای ارتقای سلامت روان و تنظیم هیجان نشان داده‌اند (Rudaz et al., 2017; Salem et al., 2025; Sulianta, 2024). در مقابل، مطالعه فرایندهای میانجی می‌تواند توضیح دهد که چرا برخی پرستاران باوجود مواجهه با فشارهای مشابه، کنترل هیجانی بیشتری دارند و برخی دیگر در برابر خشم و واکنش‌های ناسازگارانه آسیب‌پذیرتر هستند؛ ازاین‌رو، آزمون یک مدل ساختاری می‌تواند شناخت دقیق‌تری از روابط مستقیم و غیرمستقیم میان این سازه‌ها فراهم کند و مبنایی برای طراحی مداخلات مبتنی بر شواهد در محیط‌های درمانی باشد.

بنابراین، هدف پژوهش حاضر مدلیابی مدیریت خشم براساس به‌شیاری با نقش واسطه‌ای اجتناب تجربی در پرستاران بود.

## روش‌شناسی

تحقیق حاضر از نظر هدف کاربردی و روش توصیفی - همبستگی و از نظر جمع‌آوری و تحلیل اطلاعات کمی است که براساس مدل معادلات ساختاری خواهد بود. جامعه آماری تحقیق کلیه پرستاران شهر قم بود که در سال ۱۴۰۳-۱۴۰۴ در این بیمارستان‌های این شهر مشغول به کار بودند. براساس آمار به دست آمده تعداد این افراد دست کم ۳۰۰۰ نفر است. با توجه به اینکه بسیاری از محققان توصیه می‌کنند در معادلات ساختاری حجم نمونه آماری حداقل ۱۰۰ تا ۲۰۰

نفر باشد، حجم نمونه در این پژوهش ۲۰۰ نفر براساس معیارهای ورود و خروج مشخص و روش نمونه‌گیری هدفمند در نظر گرفته شد. از جمله معیارهای ورود داشتن سن ۲۰ تا ۴۵ سال، عدم رخداد مرگ عزیزان یا طلاق، عدم داشتن سابقه مصرف داروهای روان-پزشکی و موافقت فرد برای شرکت در مطالعه بود. همچنین معیار خروج از تحقیق نیز عدم همکاری افراد بود. جهت آزمون فرضیات و بررسی هدف تحقیق، از روش میدانی استفاده شد و بدین منظور ابزار گردآوری اطلاعات، پرسش‌نامه بود.

**پرسشنامه مدیریت خشم:** پرسشنامه خشم اسپیلبرگر، توسط اسپیلیگر ساخته شده و ۵۷ گویه دارد. پرسشنامه به‌صورت طیف لیکرت تنظیم گردیده است که آزمودنی‌ها شدت احساس خود را براساس مقیاس چهار گزینه‌ای از «به هیچ وجه» (۱) تا «خیلی زیاد» (۴) درجه‌بندی می‌کند و مجموع نمرات کسب شده بیانگر خشم کلی فرد می‌باشد. برای هنجاریابی و بررسی ویژگی‌ها روان‌سنجی، این پرسشنامه توسط اسپیلبرگر و بیمار روان‌پزشکی اجرا شد و بر مبنای داده‌های جمع‌آوری‌شده، میانگین، انحراف استاندارد، ضریب آلفا کرونباخ، رتبه‌های درصدی و نمره‌های استاندارد T برای مقیاس‌ها و خرده مقیاس‌ها محاسبه و در راهنمای عملی آن گزارش شده است.

**پرسشنامه بهشیاری:** براون و رایان این مقیاس را در سال ۲۰۰۳ که شامل ۱۵ سؤال و ۳ خرده مقیاس تمرکز، غیرواکنشی بودن و هشیار بودن است، به‌منظور سنجش بهشیاری تدوین کردند. این مقیاس دامنه پاسخ ۶ درجه‌ای دارد که حداقل نمره و حداکثر نمره آن به ترتیب ۱۵ و ۹۰ است. نمرات بالا در این مقیاس نشان‌دهنده بهشیاری بالاتر است. همسانی درونی سؤال‌های آزمون براساس ضریب آلفای کرونباخ از ۰/۸۰ تا ۰/۸۷ گزارش شده است. آلفای کرونباخ برای پرسش‌های نسخه فارسی این مقیاس درباره یک نمونه ۷۲۳ نفری از دانشجویان ۰/۸۱ محاسبه شده است.

**پرسشنامه عمل و پذیرش ویرایش ۲ (AAQ-II):** این پرسشنامه توسط باند و همکاران تدوین شده است و یک نسخه ۱۰ سؤالی از پرسشنامه اصلی (AAQ-I) که به‌وسیله هیز و همکاران ساخته شده بود. پرسشنامه پذیرش و عمل - نسخه دوم، همسو با نظریه

زیربنایی‌اش، برای سنجش انعطاف‌پذیری روان‌شناختی، به‌ویژه در ارتباط با اجتناب تجربه‌ای و تمایل به درگیری در عمل با وجود افکار و احساس‌های ناخواسته تدوین شده و براساس میزان توافق در یک مقیاس لیکرت ۷ درجه‌ای نمره‌گذاری می‌شود. نمرات بالاتر در یک مقیاس نشان‌دهنده انعطاف‌پذیری روان‌شناختی پایین‌تر و اجتناب تجربی بالاتر است.

به‌منظور اجرای پژوهش، ابتدا افراد واجد شرایط و مرتبط با موضوع تحقیق شناسایی شدند و پرسشنامه‌ها در میان این افراد توزیع گردید. پس از تکمیل پرسشنامه‌ها توسط شرکت‌کنندگان، فرآیند جمع‌آوری داده‌ها انجام شد و اطلاعات به‌دست‌آمده برای تحلیل و تفسیر آماده گردید. در مرحله تجزیه و تحلیل، از رویکردهای آماری توصیفی و استنباطی بهره گرفته شد تا ویژگی‌های جمعیت مورد مطالعه و روابط بین متغیرها به‌صورت دقیق ارزیابی شود. ابزارهای آماری مورد استفاده شامل آزمون همبستگی پیرسون برای بررسی ارتباطات خطی، تحلیل رگرسیون برای پیش‌بینی اثر متغیرهای مستقل بر متغیر وابسته و مدل‌سازی معادلات ساختاری جهت آزمون مدل‌های مفهومی چندمتغیره با متغیر واسطه‌ای بودند. برای انجام محاسبات و تحلیل‌های آماری، از نرم‌افزارهای تخصصی SPSS و AMOS استفاده گردید که امکان پردازش دقیق داده‌ها و اعتبارسنجی مدل‌های پیشنهادی را فراهم می‌آوردند. این مجموعه روش‌ها و ابزارها به محقق کمک کرد تا یافته‌ها را به‌صورت دقیق، علمی و قابل‌اتکا استخراج کرده و فرضیه‌های تحقیق را مورد آزمون قرار دهد. لازم به ذکر است که سطح معناداری در آزمون‌ها ۵ درصد در نظر گرفته شد.

#### یافته‌ها

براساس یافته‌های توصیفی، میانگین سن پرستاران مورد بررسی ۳۲/۸۳±۳۲ سال بود. همچنین ۱۴۶ نفر معادل ۷۳ درصد شرکت‌کنندگان زن و بقیه را مردان تشکیل می‌دادند. بیشتر شرکت‌کنندگان (۲۸/۵ درصد معادل ۵۷ نفر) دارای بازه سنی ۲۵ تا ۳۰ سال بودند. ادامه به بررسی توصیفی متغیرهای تحقیق پرداخته شد. در جدول (۱) می‌توان نتایج مربوط به شاخص‌های توصیفی متغیرهای مورد مطالعه را مشاهده نمود.

جدول ۱: شاخص‌های توصیفی متغیرهای مورد مطالعه

| متغیر           | حداقل | حداکثر | میانگین | انحراف معیار |
|-----------------|-------|--------|---------|--------------|
| مدیریت خشم      | ۱۲۴   | ۱۶۱    | ۱۴۲/۲۷  | ۶/۱۰         |
| بهشیاری         | ۴۰    | ۶۳     | ۵۲/۱۷   | ۱/۱۲         |
| اجتناب تجربه‌ای | ۱۳    | ۶۲     | ۴۰/۴۵   | ۱/۵۹         |

بود. در ادامه به‌منظور مشخص نمودن ارتباط متغیرهای تحقیق با یکدیگر از آزمون همبستگی پیرسون استفاده گردید. نتایج آزمون همبستگی پیرسون را می‌توان در جدول (۲) مشاهده نمود.

به‌منظور بررسی نرمال بودن متغیرهای تحقیق از آزمون کولموگروف-اسمیرنوف و برای بررسی کفایت حجم نمونه از آزمون KMO استفاده شد. نتایج هر دو آزمون نشان از معناداری نتایج

جدول ۲: نتایج آنالیز همبستگی پیرسون

| متغیر              | ۱        | ۲        | ۳ |
|--------------------|----------|----------|---|
| ۱- مدیریت خشم      | ۱        |          |   |
| ۲- بهشیاری         | ۰/۶۲۵**  | ۱        |   |
| ۴- اجتناب تجربه‌ای | -۰/۵۸۹** | -۰/۶۰۶** | ۱ |

آزمون وایف استفاده شد. آزمون وایف با استفاده از بررسی عامل تورم واریانس شدت همخطی چندگانه را در تحلیل رگرسیون کمترین مربعات معمولی ارزیابی می‌کند. همچنین برای بررسی مفروضه عدم خطای همبستگی‌ها از آماره دوربین-واتسون استفاده شد. نتایج مربوط به این آزمون‌ها را می‌توان در جدول (۳) مشاهده نمود.

بر اساس نتایج جدول فوق رابطه مثبت و معناداری بین متغیر مدیریت خشم با متغیر بهشیاری و رابطه منفی و معناداری بین مدیریت خشم و اجتناب تجربه‌ای وجود داشت.

به‌منظور بررسی رابطه بین مدیریت خشم با بهشیاری از آزمون تحلیل رگرسیون استفاده گردید. اما این آزمون دارای پیش‌فرض‌هایی چون نرمال بودن متغیرهای تحقیق، پیش‌فرض استقلال خطاها و... است. به‌منظور بررسی نرمال بودن متغیرها از آزمون کولموگروف-اسمیرنوف استفاده شد. برای بررسی شدت همخطی چندگانه از

جدول ۳: نتایج مربوط به آزمون کولموگروف-اسمیرنوف، عامل تورم و آماره دوربین واتسون برای متغیرهای تحقیق

| متغیرهای تحقیق  | آزمون کولموگروف-اسمیرنوف |       | عامل تورم | آماره دوربین-واتسون |
|-----------------|--------------------------|-------|-----------|---------------------|
|                 | آماره                    | P     |           |                     |
| مدیریت خشم      | ۰/۱۵۳                    | ۰/۰۵۲ | --        | --                  |
| بهشیاری         | ۰/۲۹۴                    | ۰/۰۶۲ | ۱/۱۷      | ۲/۰۵                |
| اجتناب تجربه‌ای | ۰/۱۰۷                    | ۰/۰۷۴ | ---       | --                  |

خلاصه مدل پیش‌بینی مدیریت خشم براساس متغیر بهشیاری را مشاهده نمود.

پس از تأیید پیش‌فرض‌های آزمون رگرسیون می‌توان از این آزمون استفاده کرد. متغیر پیش‌بین در این تحقیق متغیر بهشیاری است. همچنین متغیر ملاک نیز مدیریت خشم است. در جدول (۴) می‌توان

جدول ۴: خلاصه نتایج آزمون رگرسیون

| متغیر پیش‌بین | R     | R <sup>۲</sup> | F      | Beta  | t     | خطای استاندارد | P    |
|---------------|-------|----------------|--------|-------|-------|----------------|------|
| بهشیاری       | ۰/۳۷۴ | ۰/۳۳۶          | ۲۴/۷۴۲ | ۰/۳۲۴ | ۱۱/۳۵ | ۰/۰۹۲۱         | ۰/۰۱ |

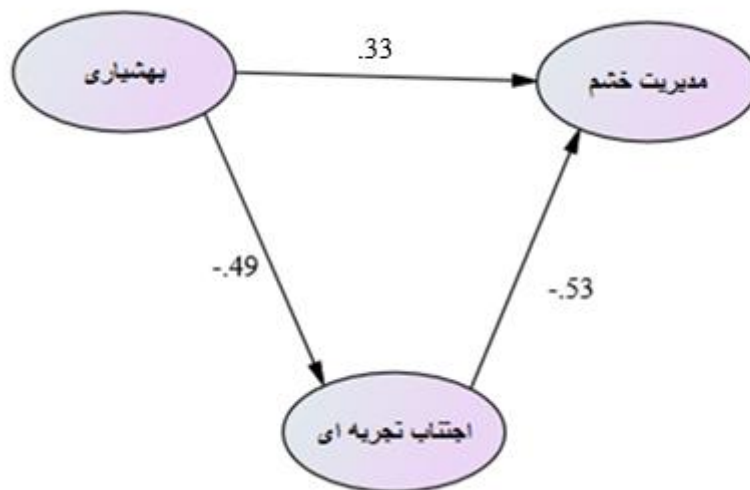
براساس نتایج جدول (۴) می‌توان گفت که با توجه به سطح معناداری به دست آمده ( $P < ۰/۰۵$ )، مقدار آماره F و در نتیجه مدل رگرسیون معنادار است. همچنین مقدار R<sup>۲</sup> نشان‌دهنده ضریب تعیین تعدیل شده است. ضریب تعیین تعدیل شده نشان‌دهنده این است که چه مقدار از تغییرات متغیر ملاک تحت تأثیر متغیر پیش‌بین است. ضریب تعیین تعدیل شده تخمینی از قدرت رابطه بین مدل و متغیر پاسخ فراهم می‌کند. براساس مقدار ضریب تعیین تعدیل شده، می‌توان چنین گفت که بهشیاری توانسته است ۳۳ درصد از تغییرات مدیریت خشم در جامعه آماری را به‌صورت مستقیم و معنادار پیش‌بینی کند ( $P \leq ۰/۰۵$ ).

در ادامه به‌منظور بررسی نقش واسطه‌ای متغیر اجتناب تجربه‌ای از معادلات ساختاری در نرم‌افزار AMOS استفاده شد. مدل معادلات ساختاری ترکیبی از مدل‌های مسیر (روابط ساختاری) و مدل‌های عاملی تأییدی (روابط اندازه‌گیری) است. در مدل‌های مسیر پژوهشگر تلاش می‌کند تا با مجموعه‌ای از روابط یک‌سویه و دوسویه پدیده یا پدیده‌هایی را تبیین کند درحالی‌که متغیرهای حاضر در مدل مسیر از نوع مشاهده‌شده هستند. در مدل‌های عاملی تأییدی نیز پژوهشگر به دنبال تعریف سازه یا سازه‌هایی پنهان بر مبنای مجموعه‌ای از معرف‌هاست. در یک مدل معادله ساختاری به معنای عام، پژوهشگر از طرفی به دنبال آن است که مجموعه‌ای از متغیرهای پنهان را با مجموعه‌ای از معرف‌ها اندازه‌گیری کرده و از طرف دیگر روابط ساختاری بین متغیرهای پنهان را مورد تجزیه و تحلیل قرار دهد، هرچند ممکن است در این میان برخی از متغیرهای حاضر در مدل ساختاری از نوع متغیرهای مشاهده‌شده باشند. پس می‌توان این‌گونه بیان کرد

که یک مدل معادله ساختاری به‌طور معمول ترکیبی از مدل‌های اندازه‌گیری و مدل‌های ساختاری‌اند. تا حد زیادی می‌توان مدل‌های اندازه‌گیری را برگرفته از مبانی نظری درباره پدیده‌های مورد مطالعه و مدل‌های ساختاری را برگرفته از چارچوب نظری پژوهش دانست.

در مرحله نخست به بررسی پیش‌فرض‌های معادلات ساختاری پرداخته شد. نرمال بودن متغیرها توسط آزمون کولموگروف-اسمیرنوف تأیید شد. همچنین نرمال بودن چند متغیره نیز براساس ضریب مردیا محاسبه گردید. مقدار آماره Z ضریب مردیا برابر با ۱/۷۶۸ محاسبه شد که کوچک‌تر از ۲/۵۷ است و این مطلب فرض صفر مبنی بر نرمال بودن چند متغیره در سطح اطمینان ۹۵ درصد را تأیید کرد. به‌منظور ارزیابی مفروضه هم خطی بودن متغیرهای اصلی پژوهش عامل تورم واریانس (VIF) و ضریب تحمل آن‌ها مورد بررسی قرار گرفت که نتایج نشان‌دهنده این بود که پدیده هم خطی بودن در متغیرهای پژوهش رخ نداده است. در نهایت داده‌های پرت و نامعتبر براساس فاصله ماهالانوبیس مورد بررسی قرار گرفتند که نتایج نشان داد توزیع متغیرها تقریباً یکنواخت دارند و داده‌های پرت کمی مشاهده می‌شود (جدول ۳).

براساس مدل معادلات ساختاری، مدل تحقیق ترسیم گردید. در این مدل فرض گردید که بهشیاری از طریق اجتناب تجربه‌ای بر مدیریت خشم اثرگذار است. بعد از اثبات پیش‌فرض‌های لازم به‌منظور بررسی تحلیل مسیر، برای آزمون مدل فرضی پژوهش از ماتریس واریانس-کواریانس به‌عنوان داده‌های ورودی استفاده گردید. همچنین براساس نرمال بودن داده‌ها از روش بزرگ‌ترین درست‌نمایی استفاده گردید. بر این اساس مدل نهایی تحقیق مطابق شکل (۱) حاصل شد.



شکل ۱: مدل نهایی تحقیق

مقادیر شاخص‌های برازش مدل، مقدار شاخص  $X^2/df$  کمتر از ۳ و مقادیر شاخص‌های CFI، NFI، IFI، RFI و TLI همه بالاتر از ۰/۹۰ هستند. از طرفی مقدار شاخص RMSEA نیز از ۰/۰۸ کمتر است. از این رو می‌توان گفت که برازش مدل مورد استفاده مطلوب است.

با توجه به شکل (۱) می‌توان گفت که نتایج تحلیل عاملی تأییدی نشان می‌دهد که سازه‌های مورد مطالعه از جهت روایی دارای اعتبار بالایی هستند و بارهای عاملی در سطح اطمینان ۹۵ درصد معنادار هستند.

در مرحله بعد شاخص‌های برازش مدل ساختاری محاسبه شدند. نتایج مربوط به این شاخص‌ها را می‌توان در جدول (۵) مشاهده نمود.

جدول ۵: شاخص‌های برازش مدل ساختاری

| شاخص  | $X^2/df$ | P    | CFI  | NFI  | IFI  | RFI  | TLI  | RMSEA |
|-------|----------|------|------|------|------|------|------|-------|
| مقدار | ۲/۳۴     | ۰/۰۳ | ۰/۹۱ | ۰/۹۵ | ۰/۹۷ | ۰/۹۱ | ۰/۹۰ | ۰/۰۷  |

جدول ۶: نتایج مربوط به اثرات مستقیم و غیرمستقیم

| مسیر                                   | اثر       | مقدار استاندارد | t      | سطح معناداری |
|----------------------------------------|-----------|-----------------|--------|--------------|
| بهشپاری - مدیریت خشم                   | مستقیم    | ۰/۳۳            | ۱۸/۲۴  | ۰/۰۰۱        |
| اجتناب تجربه‌ای - مدیریت خشم           | مستقیم    | -۰/۵۳           | -۲۷/۰۳ | ۰/۰۰۱        |
| بهشپاری - اجتناب تجربه‌ای              | مستقیم    | -۰/۴۹           | -۱۰/۸۳ | ۰/۰۰۱        |
| بهشپاری - اجتناب تجربه‌ای - مدیریت خشم | غیرمستقیم | -۰/۱۱           | -۸/۸۷  | ۰/۰۰۱        |

نشان می‌دهند که ساختار پیشنهادی به‌خوبی با داده‌ها هم‌خوانی دارد و می‌توان آن را به‌عنوان مدل مفهومی قابل اتکا در پژوهش‌های مشابه به کار برد.

براساس نتایج جدول (۶) می‌توان گفت که اثرات مستقیم و غیرمستقیم بین متغیرها معنادار است. نتایج نشان می‌دهند که بهشپاری هم به‌صورت مستقیم و هم از طریق کاهش اجتناب تجربه‌ای، نقش مؤثری در مدیریت خشم پرستاران دارد. شاخص‌های برازش مدل نیز



## بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر با هدف مدل‌یابی مدیریت خشم بر اساس بهشیاری با نقش واسطه‌ای اجتناب تجربی در پرستاران انجام شد. یافته‌های پژوهش نشان داد که بهشیاری با مدیریت خشم رابطه مثبت و معناداری دارد و به صورت مستقیم می‌تواند ۳۳ درصد از تغییرات مدیریت خشم را در پرستاران پیش‌بینی کند. همچنین، نتایج مدل‌یابی معادلات ساختاری نشان داد که اثر مستقیم بهشیاری بر مدیریت خشم مثبت و معنادار بود ( $P=0.001$ ,  $\beta=0.33$ ). از سوی دیگر، بهشیاری اثر مستقیم منفی و معناداری بر اجتناب تجربی داشت ( $\beta=-0.49$ ,  $P=0.001$ ) و اجتناب تجربی نیز به طور مستقیم و منفی مدیریت خشم را پیش‌بینی کرد ( $\beta=-0.53$ ,  $P=0.001$ ). افزون بر این، اثر غیرمستقیم بهشیاری بر مدیریت خشم از مسیر اجتناب تجربی معنادار بود ( $\beta=-0.11$ ,  $P=0.001$ ) که نقش واسطه‌ای اجتناب تجربی را در رابطه میان بهشیاری و مدیریت خشم تأیید می‌کند. شاخص‌های برازش مدل نیز نشان دادند که مدل پیشنهادی از برازش مطلوبی با داده‌های مشاهده شده برخوردار است. بنابراین، مجموعه یافته‌ها حاکی از آن است که بهشیاری نه تنها به طور مستقیم با مدیریت بهتر خشم در پرستاران همراه است، بلکه از طریق کاهش گرایش آنان به اجتناب از تجربه‌های ناخوشایند درونی نیز می‌تواند به تنظیم مؤثرتر خشم کمک کند.

نخستین یافته پژوهش مبنی بر اثر مثبت و معنادار بهشیاری بر مدیریت خشم با بخش مهمی از مطالعات پیشین همسو است. در پژوهش Dil و Çam مشخص شد که بهشیاری در میان کارکنان خدمات سلامت اورژانس با مهارت‌های مدیریت خشم ارتباط دارد و حتی می‌تواند در رابطه میان مهارت گوش‌دادن و مدیریت خشم نقش واسطه‌ای ایفا کند (Dil & Çam, 2024). همچنین Sulianta نشان داد که تمرین‌های مبتنی بر بهشیاری و مراقبه ویپاسانا می‌تواند با کاهش تنیدگی و بهبود مدیریت خشم همراه باشند (Sulianta, 2024). یافته‌های Gholami و Kiamarsi نیز حاکی از آن بود که آموزش کاهش استرس مبتنی بر بهشیاری می‌تواند خشم را در افراد دارای مشکلات جسمانی مزمن کاهش دهد (Gholami & Kiamarsi, 2024). افزون بر این، Felix-Junior و همکاران در یک کارآزمایی تصادفی شده نشان دادند که مداخلات بهشیاری می‌تواند ابعاد

مختلف ابراز خشم را تعدیل کرده و کنترل خشم را افزایش دهند (Felix-Junior et al., 2025). در جمعیت دانشجویان پرستاری نیز نتایج نشان داده است که برنامه‌های مبتنی بر بهشیاری می‌توانند به کاهش خشم و اضطراب و ارتقای عزت نفس منجر شوند (Khalifa et al., 2024). بنابراین، یافته حاضر را می‌توان در امتداد شواهدی دانست که بهشیاری را به عنوان یکی از عوامل مهم در کاهش واکنش‌پذیری هیجانی و ارتقای تنظیم هیجان معرفی می‌کنند.

در تبیین این یافته می‌توان گفت که بهشیاری موجب افزایش آگاهی فرد از تجربه لحظه حال و کاهش واکنش‌های خودکار نسبت به محرک‌های هیجانی می‌شود. بر اساس دیدگاه‌های نظری مربوط به بهشیاری، فرد بهشیار می‌تواند افکار، هیجان‌ها و احساسات بدنی خود را بدون قضاوت فوری مشاهده کند و به جای هسمان‌شدن با محتوای ذهنی، آن را به عنوان تجربه‌ای موقتی در نظر بگیرد (Bishop et al., 2003; Kabat-Zinn, 2004). این ویژگی به پرستار اجازه می‌دهد هنگام مواجهه با رفتارهای تحریک کننده بیمار، همراهان یا همکاران، میان محرک و پاسخ فاصله ایجاد کند و پیش از ابراز واکنش‌های تکانشی، شرایط را ارزیابی نماید. به این ترتیب، افزایش آگاهی از نشانه‌های اولیه خشم، از جمله تنش بدنی، افکار تهدیدآمیز یا قضاوت‌های منفی، فرصت بیشتری برای کنترل پاسخ فراهم می‌کند. Baer نیز در بحث سنجش و ابعاد بهشیاری بر نقش مؤلفه‌هایی مانند مشاهده، آگاهی و عدم واکنش‌گری نسبت به تجربه‌های درونی تأکید می‌کند (Baer, 2019). از این منظر، اثر مثبت بهشیاری بر مدیریت خشم را می‌توان حاصل افزایش ظرفیت خودتنظیمی و کاهش پاسخ‌دهی خودکار به موقعیت‌های خشم‌برانگیز دانست.

این تبیین در بافت حرفه‌ای پرستاری اهمیت بیشتری پیدا می‌کند. پرستاران به طور مداوم با شرایطی روبه‌رو هستند که قابلیت تحریک خشم و تنش را دارند. استرس شغلی بالا، حجم کار، مسئولیت‌های درمانی، کمبود منابع و روابط پیچیده بین فردی می‌تواند فشار روانی مستمری ایجاد کنند (Lim et al., 2022). افزون بر این، مطالعات متعدد نشان داده‌اند که پرستاران در معرض انواع خشونت کلامی و جسمانی از سوی بیماران و همراهان قرار دارند (Cezar & Marziale, 2006; Esmaeili & Lameh Jouybari, 2020; Soheili et al., 2018; Yang et al., 2014). در چنین شرایطی، بهشیاری می‌تواند به عنوان یک منبع درونی برای حفظ تمرکز و کاهش رفتارهای

واکنشی عمل کند. پرستاری که می‌تواند احساس خشم خود را در لحظه شناسایی کند، بدون آنکه فوراً به آن واکنش نشان دهد، احتمال بیشتری دارد که پاسخ حرفه‌ای، سنجیده و متناسب با موقعیت ارائه دهد. این امر می‌تواند از تشدید تعارض جلوگیری کند و در عین حال از سلامت روان خود پرستار نیز محافظت نماید.

یافته مربوط به نقش به‌شیاری در مدیریت خشم همچنین با نتایج مطالعات مربوط به تنظیم هیجان و سلامت روان در پرستاران سازگار است. Salem و همکاران نشان دادند که آموزش به‌شیاری تأملی همراه با تنظیم هیجان می‌تواند خودآگاهی و توانایی شناخت و مدیریت هیجان‌ها را در دانشجویان پرستاری افزایش دهد (Salem et al., 2025). Dou و همکاران نیز در مرور نظام‌مند و فراتحلیل خود نشان دادند که مداخلات مبتنی بر به‌شیاری در پرستاران با کاهش فرسودگی و بهبود تاب‌آوری و کیفیت خواب همراه هستند (Dou et al., 2025). همچنین Rudaz و همکاران در مرور مطالعات مربوط به متخصصان سلامت روان نتیجه گرفتند که آموزش‌های مبتنی بر به‌شیاری و پذیرش می‌تواند به کاهش استرس و افزایش خودمراقبتی کمک کنند (Rudaz et al., 2017). این یافته‌ها نشان می‌دهند که اثر به‌شیاری به یک هیجان خاص محدود نمی‌شود، بلکه می‌تواند از طریق ارتقای ظرفیت کلی تنظیم هیجان، خودآگاهی و تحمل فشار روانی به بهبود مدیریت خشم نیز منجر شود.

دومین یافته مهم پژوهش نشان داد که اجتناب تجربی اثر منفی و معناداری بر مدیریت خشم دارد. به عبارت دیگر، هرچه پرستاران بیشتر تمایل داشته باشند از افکار، احساسات و تجربه‌های درونی ناخوشایند خود دوری کنند، توانایی آنان برای مدیریت سازگاران خشم کاهش می‌یابد. این یافته از دیدگاه نظری با مفهوم اجتناب تجربی در رویکردهای مبتنی بر پذیرش هماهنگ است. اجتناب تجربی زمانی رخ می‌دهد که فرد تلاش می‌کند تجربه‌های درونی ناخوشایند را حذف، سرکوب یا کنترل کند، حتی زمانی که چنین تلاش‌هایی در بلندمدت به پیامدهای ناسازگارانه منجر شوند (Hayes-Wang, 2020). Skelton & Eustis و همکاران نیز در مدل فرایندی اجتناب تجربی بیان کرده‌اند که رفتارهای اجتنابی ممکن است به دلیل کاهش کوتاه‌مدت ناراحتی تقویت شوند، اما در بلندمدت موجب

تداوم آسیب‌پذیری روان‌شناختی و کاهش انعطاف در مواجهه با تجربه‌های منفی شوند (Wang et al., 2024).

در تبیین این نتیجه می‌توان گفت که خشم خود یک تجربه هیجانی ناخوشایند است که با برانگیختگی فیزیولوژیک، افکار منفی، احساس تهدید و تمایل به واکنش همراه می‌شود. زمانی که فرد تلاش می‌کند به‌جای شناخت و پردازش خشم، آن را نادیده بگیرد یا سرکوب کند، احتمال دارد هیجان به شکل کنترل‌نشده‌تری بازگردد. پرستاری که در مواجهه با تنش‌های شغلی به‌طور مکرر از احساسات خود اجتناب می‌کند، ممکن است در کوتاه‌مدت ظاهراً آرام بماند، اما انباشت هیجانی می‌تواند زمینه را برای واکنش‌های شدیدتر در موقعیت‌های بعدی فراهم کند. نتایج Cookson و همکاران نیز نشان داده است که اجتناب تجربی همراه با همجوشی شناختی می‌تواند با نشانه‌های بیشتر اضطراب و افسردگی ارتباط داشته باشد (Cookson et al., 2020). هرچند این مطالعه مستقیماً خشم را بررسی نکرده است، اما از این دیدگاه حمایت می‌کند که اجتناب از تجربه‌های درونی یک فرایند ناسازگارانه گسترده است که می‌تواند تنظیم هیجان را مختل کند.

نتایج پژوهش حاضر همچنین نشان داد که به‌شیاری به‌طور منفی و معنادار اجتناب تجربی را پیش‌بینی می‌کند. این یافته از لحاظ نظری قابل انتظار است، زیرا به‌شیاری و اجتناب تجربی از نظر نحوه مواجهه فرد با تجربه‌های درونی در دو جهت متفاوت عمل می‌کنند. در به‌شیاری، فرد می‌آموزد افکار، احساسات و حالات جسمانی را با پذیرش و بدون قضاوت مشاهده کند، درحالی‌که در اجتناب تجربی تلاش اصلی بر حذف، سرکوب یا فرار از همین تجربه‌ها متمرکز است. بنابراین، هرچه میزان حضور آگاهانه و پذیرش تجربه‌های درونی افزایش یابد، نیاز فرد به استفاده از راهبردهای اجتنابی کاهش پیدا می‌کند. در همین راستا، Park و Shin نشان دادند که پذیرش تجربی در پرستاران بالینی با ویژگی‌های مثبت مرتبط با انعطاف‌پذیری و عملکرد حرفه‌ای ارتباط دارد (Park & Shin, 2023). این نتیجه نشان می‌دهد که توانایی پذیرش تجربه‌ها بدون تلاش افراطی برای کنترل آنها، می‌تواند برای سازگاری حرفه‌ای پرستاران اهمیت داشته باشد.

مهم‌ترین یافته پژوهش حاضر تأیید نقش واسطه‌ای اجتناب تجربی در رابطه میان بهشیاری و مدیریت خشم بود. این نتیجه نشان می‌دهد که بهشیاری از دو مسیر می‌تواند مدیریت خشم را بهبود بخشد: نخست، یک مسیر مستقیم که از طریق افزایش آگاهی، کاهش واکنش‌پذیری و بهبود کنترل هیجان عمل می‌کند؛ و دوم، یک مسیر غیرمستقیم که در آن بهشیاری با کاهش اجتناب تجربی، ظرفیت فرد برای مواجهه سازگانه با هیجان خشم را افزایش می‌دهد. به بیان دیگر، فرد بهشیار نه تنها خشم را زودتر و دقیق‌تر شناسایی می‌کند، بلکه نیاز کمتری به فرار، سرکوب یا کنترل افراطی آن احساس می‌کند. این پذیرش امکان می‌دهد که خشم بدون تبدیل شدن به رفتارهای تکانشی پردازش شود. چنین تبیینی با چارچوب‌های مبتنی بر پذیرش و بهشیاری سازگار است و یافته‌های مربوط به ارتباط بهشیاری، پذیرش و تنظیم هیجان را تکمیل می‌کند (Hayes-Skelton & Eustis, 2020; Rudaz et al., 2017).

این مدل می‌تواند به‌ویژه در پرستاران اهمیت بالایی داشته باشد، زیرا آنان در بسیاری از موقعیت‌های کاری امکان حذف منبع استرس را ندارند. بیمار پرخاشگر، مرگ بیمار، فشار کاری، کمبود نیروی انسانی یا تصمیم‌های دشوار بالینی ممکن است موقعیت‌هایی باشند که فرد ناچار است در آنها باقی بماند و عملکرد حرفه‌ای خود را ادامه دهد. در چنین شرایطی، اجتناب از تجربه هیجانی ممکن است امکان‌پذیر یا سازگانه نباشد. در مقابل، توانایی پذیرش هیجان و ماندن در تماس با تجربه لحظه حال می‌تواند به انتخاب واکنش‌های مؤثرتر منجر شود. یافته‌های مربوط به خشم در پرستاران نیز نشان داده‌اند که نحوه تجربه و ابراز خشم با متغیرهایی مانند فرسودگی شغلی، رضایت شغلی، عزت‌نفس و پریشانی اخلاقی ارتباط دارد (Heidari et al., 2022; La & Yun, 2019; Lee et al., 2021). از این‌رو، سازوکاری که بتواند کیفیت پردازش و تنظیم خشم را بهبود بخشد، احتمالاً پیامدهای گسترده‌تری برای سلامت روان و عملکرد شغلی پرستاران خواهد داشت.

یافته‌های پژوهش حاضر با شواهد مربوط به اثربخشی برنامه‌های مدیریت خشم نیز همخوانی دارد. آموزش مهارت‌های کنترل خشم در پرستاران می‌تواند نحوه مواجهه با رفتارهای پرخاشگرانه بیماران را بهبود بخشد (Jafari Samie et al., 2019) و برنامه‌های اختصاصی

مدیریت خشم نیز در بهبود پاسخ‌های هیجانی پرستاران مؤثر گزارش شده‌اند (Yun & Yoo, 2021). با این حال، یافته حاضر نشان می‌دهد که برای تقویت اثربخشی چنین برنامه‌هایی، توجه به فرایندهای زیربنایی مانند بهشیاری و اجتناب تجربی نیز ضروری است. اگر آموزش مدیریت خشم صرفاً بر مهار رفتار آشکار یا کنترل بیرونی واکنش تمرکز کند، ممکن است بدون تغییر شیوه مواجهه فرد با تجربه‌های درونی، تأثیر محدودی داشته باشد. در مقابل، تقویت آگاهی از هیجان، پذیرش احساسات ناخوشایند و کاهش اجتناب می‌تواند تنظیم خشم را در سطحی عمیق‌تر و پایدارتر تسهیل کند.

همچنین باید توجه داشت که مدیریت خشم در پرستاران در خلأ رخ نمی‌دهد و با شرایط روانی و شغلی آنان ارتباط متقابل دارد. Pachi و همکاران نشان دادند که خشم در پرستاران حتی پس از پایان بحران همه‌گیری با متغیرهایی مانند تاب‌آوری و بی‌خوابی ارتباط دارد (Pachi et al., 2024). از سوی دیگر، مداخلاتی که تنیدگی، اضطراب یا خستگی پرستاران را کاهش می‌دهند می‌توانند به‌طور غیرمستقیم زمینه مناسب‌تری برای کنترل هیجان فراهم آورند (Bahadori et al., 2022; Karimi et al., 2024). بنابراین، نتایج پژوهش حاضر را می‌توان در چارچوبی گسترده‌تر از سلامت شغلی پرستاران تفسیر کرد؛ چارچوبی که در آن بهشیاری می‌تواند یک عامل محافظتی و اجتناب تجربی یک عامل خطر برای تنظیم خشم باشد. توجه همزمان به این دو متغیر می‌تواند به فهم دقیق‌تری از تفاوت‌های فردی پرستاران در پاسخ به فشارهای مشابه منجر شود.

در مجموع، یافته‌های پژوهش حاضر مدل پیشنهادی را تأیید کردند و نشان دادند که بهشیاری دارای اثر مستقیم مثبت بر مدیریت خشم و اثر مستقیم منفی بر اجتناب تجربی است، درحالی‌که اجتناب تجربی نیز مدیریت خشم را به‌طور منفی پیش‌بینی می‌کند. همچنین، معناداری اثر غیرمستقیم بیانگر آن بود که بخشی از رابطه بهشیاری با مدیریت خشم از طریق کاهش اجتناب تجربی تبیین می‌شود. بر این اساس، می‌توان نتیجه گرفت که توانایی حضور آگاهانه در لحظه و مواجهه پذیرا با تجربه‌های درونی به پرستاران کمک می‌کند به جای سرکوب یا اجتناب از هیجان‌های ناخوشایند، آنها را شناسایی و پردازش کرده و پاسخ‌های سنجیده‌تری به موقعیت‌های خشم‌برانگیز ارائه دهند. این نتیجه ضمن همسویی با شواهد مرتبط با بهشیاری،

بررسی متغیرهای میانجی یا تعدیل‌گر دیگری مانند انعطاف‌پذیری روان‌شناختی، خودشفقتی، تنظیم شناختی هیجان، تاب‌آوری، حمایت اجتماعی، فرسودگی شغلی و پریشانی اخلاقی نیز می‌تواند به توسعه مدل جامع‌تری از مدیریت خشم در پرستاران منجر شود.

براساس یافته‌های پژوهش، پیشنهاد می‌شود مدیران بیمارستان‌ها و مسئولان سلامت روان کارکنان، آموزش به‌شیاری، پذیرش هیجانی و مدیریت خشم را در برنامه‌های توانمندسازی حرفه‌ای پرستاران قرار دهند. برگزاری کارگاه‌های کوتاه‌مدت و مستمر برای آموزش شناسایی نشانه‌های اولیه خشم، مشاهده غیرقضاوتی افکار و هیجان‌ها، تمرکز بر تنفس، افزایش تحمل تجربه‌های ناخوشایند و کاهش راهبردهای اجتنابی می‌تواند مفید باشد. همچنین حضور روان‌شناس یا مشاور سازمانی در مراکز درمانی و ایجاد امکان دریافت خدمات محرمانه سلامت روان برای پرستاران می‌تواند به پیشگیری از انباشت فشارهای هیجانی کمک کند. پیشنهاد می‌شود مدیران علاوه بر آموزش مهارت‌های فردی، شرایط سازمانی ایجادکننده خشم مانند حجم کار نامتناسب، کمبود نیروی انسانی، تعارضات شغلی و ضعف حمایت مدیریتی را نیز مورد توجه قرار دهند. طراحی بسته‌های آموزشی مبتنی بر به‌شیاری و پذیرش، تدوین دستورالعمل‌های مدیریت تعارض، ایجاد جلسات حمایتی برای کارکنان بخش‌های پر تنش و گنجاندن مهارت‌های تنظیم هیجان در آموزش‌های ضمن خدمت می‌تواند به ارتقای سلامت روان پرستاران، بهبود تعاملات حرفه‌ای و در نهایت افزایش کیفیت و ایمنی مراقبت از بیماران کمک کند.

#### تعارض منافع

بین نویسندگان هیچ تعارض منافع وجود نداشت.

#### حامی مالی

این پژوهش بدون هیچ حمایت مالی و با هزینه شخصی انجام شد.

#### ملاحظات اخلاقی

در این مطالعه، اهمیت و ضرورت پژوهش برای نمونه‌ها تشریح و درباره رعایت ملاحظات اخلاقی مانند رازداری، محرمانگی، حفظ حریم نمونه‌ها، آزادی جهت شرکت در پژوهش و انصراف از آن و غیره به آنان اطمینان داده شد.

پذیرش و مدیریت خشم، بر ضرورت حرکت از رویکردهای صرفاً رفتاری کنترل خشم به سمت مدل‌های فرایندی‌تر تنظیم هیجان تأکید دارد (Dil & Çam, 2024; Dou et al., 2025; Salem et al., 2025).

پژوهش حاضر با محدودیت‌هایی همراه بود که باید هنگام تفسیر و تعمیم یافته‌ها مورد توجه قرار گیرد. نخست، جامعه پژوهش به پرستاران شاغل در شهر قم محدود بود و تفاوت‌های فرهنگی، سازمانی، اقتصادی و ساختاری میان مراکز درمانی و مناطق مختلف می‌تواند الگوی روابط میان متغیرهای مورد بررسی را تحت تأثیر قرار دهد؛ ازاین‌رو، تعمیم مستقیم نتایج به همه پرستاران باید با احتیاط صورت گیرد. دوم، روش نمونه‌گیری هدفمند می‌تواند امکان تعمیم آماری یافته‌ها را محدود کند. سوم، داده‌های پژوهش با استفاده از ابزارهای خودگزارشی گردآوری شدند و بنابراین احتمال تأثیر سوگیری مطلوبیت اجتماعی، خطای یادآوری و تمایل شرکت‌کنندگان به ارائه تصویری مطلوب‌تر از وضعیت هیجانی خود وجود دارد. چهارم، ماهیت مقطعی و همبستگی پژوهش امکان استنباط قطعی روابط علی را محدود می‌کند و اگرچه مدل معادلات ساختاری می‌تواند روابط نظری میان متغیرها را آزمون کند، ترتیب علی آنها را به‌طور قطعی اثبات نمی‌کند. همچنین برخی عوامل بالقوه مؤثر بر مدیریت خشم، از جمله نوع بخش محل خدمت، سابقه کاری، تعداد شیفت‌ها، شدت فشار کاری، حمایت سازمانی، کیفیت خواب و شرایط خانوادگی، در مدل حاضر کنترل نشدند.

پیشنهاد می‌شود پژوهش‌های آینده این مدل را در نمونه‌های بزرگ‌تر و متنوع‌تر از پرستاران مناطق مختلف و نیز در بخش‌های تخصصی مانند اورژانس، مراقبت‌های ویژه، روان‌پزشکی و انکولوژی بررسی کنند تا میزان پایداری مدل در شرایط شغلی متفاوت مشخص شود. استفاده از نمونه‌گیری تصادفی و مطالعات چندمرکزی نیز می‌تواند قدرت تعمیم یافته‌ها را افزایش دهد. انجام مطالعات طولی برای بررسی جهت زمانی روابط میان به‌شیاری، اجتناب تجربی و مدیریت خشم و نیز اجرای پژوهش‌های مداخله‌ای برای آزمون این موضوع که آیا افزایش به‌شیاری و کاهش اجتناب تجربی واقعاً موجب بهبود مدیریت خشم می‌شود، ضروری است. همچنین پیشنهاد می‌شود در کنار ابزارهای خودگزارشی از مصاحبه بالینی، ارزیابی همکاران، شاخص‌های رفتاری و اندازه‌گیری‌های فیزیولوژیک استفاده شود.

## مشارکت نویسندگان

نویسندگان این مقاله با یکدیگر مشارکت داشتند.

## تشکر و قدردانی

بدین وسیله از تمامی افرادی که در مراحل پژوهش همکاری و یاری نمودند تقدیر و تشکر می‌شود.

## References

- Distress, and Self-Esteem in Nurses. *Journal of Holistic Nursing And Midwifery*, 32(4), 243-253. <https://doi.org/10.32598/jhnm.32.4.2216>
- Jafari Samie, M., Farsi, Z., & Azizi, M. (2019). Effect of Training Interaction and Anger Controlling Skill on Nurses' Exposure to Aggressive Behaviors in Hospitalized Patients in Psychiatric Departments of Selected Military Hospitals. *Military Caring Sciences*, 6(2), 93-104. <https://doi.org/10.29252/mcs.6.2.93>
- Kabat-Zinn, J. (2003). Mindfulness-Based Interventions in Context: Past, Present, and Future.
- Karimi, N., Hasanvand, S., Beiranvand, A., Gholami, M., & Birjandi, M. (2024). The Effect of Aromatherapy with Pelargonium graveolens (P. graveolens) on the Fatigue and Sleep Quality of Critical Care Nurses During the COVID-19 Pandemic: A Randomized Controlled Trial. *Explore (NY)*, 20(1), 82-88. <https://doi.org/10.1016/j.explore.2023.06.006>
- Khalifa, S. M., Abu Almakarem, A. S., Elnabawey, M. G., & Salama, E. S. (2024). Effectiveness of Mindfulness Program on Anxiety, Anger, and Self-Esteem Among Academic Nursing Student. *Sohag Journal of Nursing Science*, 3(4), 42-52.
- La, I. S., & Yun, E. K. (2019). Effects of Trait Anger and Anger Expression on Job Satisfaction and Burnout in Preceptor Nurses and Newly Graduated Nurses: A Dyadic Analysis. *Asian Nursing Research*, 13(4), 242-248. <https://doi.org/10.1016/j.anr.2019.09.002>
- Lee, H. Y., Jang, M. H., Jeong, Y. M., Sok, S. R., & Kim, A. S. (2021). Mediating Effects of Anger Expression in the Relationship of Work Stress with Burnout Among Hospital Nurses Depending on Career Experience. *Journal of Nursing Scholarship*, 53(2), 227-236. <https://doi.org/10.1111/jnu.12627>
- Lim, J. Y., Kim, G. M., & Kim, E. J. (2022). Factors Associated with Job Stress Among Hospital Nurses: A Meta-Correlation Analysis. *International journal of environmental research and public health*, 19(10), 5792. <https://doi.org/10.3390/ijerph19105792>
- Pachi, A., Panagiotou, A., Soultanis, N., Ivanidou, M., Manta, M., & Sikaras, C. (2024). Resilience, Anger, and Insomnia in Nurses After the End of the Pandemic Crisis. *Epidemiologia*, 5(4), 643-657. <https://doi.org/10.3390/epidemiologia5040045>
- Park, J., & Shin, N. (2023). Influence of the Clinical Nurse's Self-Acceptance and Experiential Acceptance on Leadership Versatility. *Sage Open Nursing*, 9, 23779608231175329. <https://doi.org/10.1177/23779608231175329>
- Rudaz, M., Twohig, M. P., Ong, C. W., & Levin, M. E. (2017). Mindfulness and Acceptance-Based Trainings for Fostering Self-Care and Reducing Stress in Mental Health Professionals: A Systematic Review. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 6(4), 380-390. <https://doi.org/10.1016/j.jcbs.2017.10.001>
- Salem, G. M., Hashimi, W., & El-Ashry, A. M. (2025). Reflective Mindfulness and Emotional Regulation Training to Enhance Nursing Students' Self-Awareness, Understanding, and Regulation: A Mixed Method Randomized Controlled Trial. *BMC Nursing*, 24(1), 478. <https://doi.org/10.1186/s12912-025-03086-w>
- Soheili, A., Mohammadpour, Y., Jafarizadeh, H., Habibzadeh, H., & Mehryar, H. (2014). Violence Against Nurses in Emergency Departments of Urmia University Hospitals in 2013. *Nursing and Midwifery Journal*, 12(9), 874-882.
- Sulianta, F. (2024, 2024/12/27). *Mindfulness in Modern Life-the Impact of Vipassana Meditation on Stress and Anger Management* 1st Widyatama International Conference on Management, Social Science and Humanities (ICMSSH
- Asgari Tarazoj, A., Ali Mohammadzadeh, K., & Hejazi, S. (2018). Relationship Between Moral Intelligence and Anger Among Nurses in Emergency Units of Hospitals Affiliated to Kashan University of Medical Sciences. *Journal of Health Care*, 19(4), 262-271.
- Baer, R. (2019). Assessment of Mindfulness by Self-Report. *Current opinion in psychology*, 28, 42-48. <https://doi.org/10.1016/j.copsyc.2018.10.015>
- Bahadori, H., Hosseini Amiri, M., Sharafi, H., & Entezari, A. (2022). The Effect of Aromatherapy with Damask Rose on Anxiety, Accuracy and Job Stress in Operating Room Nurses. *Evidence Based Care*, 12(1), 56-62.
- Bishop, S. R., Lau, M., Shapiro, S., Carlson, L., Anderson, N. D., & Carmody, J. (2004). Mindfulness: A Proposed Operational Definition. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 11(3), 230. <https://doi.org/10.1093/clipsy.bph077>
- Cezar, E. S., & Marziale, M. H. (2006). Occupational Violence Problems in an Emergency Hospital in Londrina, Paraná, Brazil. *Cadernos de Saúde Pública*, 22, 217-221. <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2006000100024>
- Cookson, C., Luzon, O., Newland, J., & Kingston, J. (2020). Examining the Role of Cognitive Fusion and Experiential Avoidance in Predicting Anxiety and Depression. *Psychology and Psychotherapy*, 93(3), 456-473. <https://doi.org/10.1111/papt.12233>
- Dil, S., & Çam, M. (2024). The Mediator Role of Mindfulness in the Relationship Between the Listening Skills and Anger Management Skills of Emergency Health Care Professionals. *International Emergency Nursing*, 75, 101475. <https://doi.org/10.1016/j.ienj.2024.101475>
- Dou, J., Lian, Y., Lin, L., Asmuri, S. N., Wang, P., & Rajen Durai, R. A. (2025). Effectiveness of Mindfulness-Based Interventions on Burnout, Resilience and Sleep Quality Among Nurses: A Systematic Review and Meta-Analysis of Randomized Controlled Trials. *BMC Nursing*, 24(1), 739. <https://doi.org/10.1186/s12912-025-03101-0>
- Esmaili, R., & Lameh Jouybari, A. (2020). Violence Against Emergency Nurses and Some Related Factors. *Clinical Excellence*, 9(4), 34-44.
- Felix-Junior, I. J., Opaleye, E. S., Donate, A. P., Bedendo, A., Machado, M. P., & Galduroz, J. C. (2025). Effectiveness of Mindfulness for Anger Expression on Men in Treatment for Substance Use Disorders: A Randomized Controlled Trial. *International journal of mental health and addiction*, 23(1), 281-299. <https://doi.org/10.1007/s11469-023-01113-y>
- Gholami, M. R., & Kiamarsi, A. (2024). The Effectiveness of Mindfulness-Based Stress Reduction Training on the Beliefs Related to Pain and Anger in Women with Rheumatoid Arthritis. *Iranian Journal of Health Psychology*, 7(3).
- Hayes-Skelton, S. A., & Eustis, E. H. (2020). Experiential Avoidance. In. <https://doi.org/10.1037/0000150-007>
- Heidari, T., Shafipour, V., Shamshiri, S., Mousavinasab, S. N., & Jannati, Y. (2022). The Relationship Between Anger, Moral

- 2024), [https://doi.org/10.2991/978-94-6463-608-6\\_21](https://doi.org/10.2991/978-94-6463-608-6_21)  
[https://doi.org/10.2991/978-94-6463-608-6\\_21](https://doi.org/10.2991/978-94-6463-608-6_21)
- Wang, Y., Tian, J., & Yang, Q. (2024). Experiential Avoidance Process Model: A Review of the Mechanism for the Generation and Maintenance of Avoidance Behavior. *Psychiatry and Clinical Psychopharmacology*, 34(2), 179. <https://doi.org/10.5152/pcp.2024.23777>
- Yang, B. X., Stone, T. E., Petrini, M. A., & Morris, D. L. (2018). Incidence, Type, Related Factors, and Effect of Workplace Violence on Mental Health Nurses: A Cross-Sectional Survey. *Archives of Psychiatric Nursing*, 32(1), 31-38. <https://doi.org/10.1016/j.apnu.2017.09.013>
- Yun, K., & Yoo, Y. S. (2021). Effects of the Anger Management Program for Nurses. *Asian Nursing Research*, 15(4), 247-254. <https://doi.org/10.1016/j.anr.2021.07.004>