

# The Effectiveness of Mindfulness-Based Cognitive Therapy on Anxiety, Happiness and Mindfulness in Nurses

Maryam Talebi

Assistant Professor, Department of Psychology, Rah-e Danesh Babol Institute of Higher Education, Mazandaran, Iran

## Article Info

Received: 2020/07/23;  
Accepted: 2020/09/06;  
Published Online: 2020/11/28

 [10.30699/ajnmc.29.2.126](https://doi.org/10.30699/ajnmc.29.2.126)

Original Article

Use your device to scan  
and read the article online



## ABSTRACT

**Introduction:** Psychological health is recognized as an important source of adaptation to workplace problems. The aim of this study was to evaluate the effectiveness of mindfulness-based cognitive therapy on the level of anxiety, happiness and mindfulness in nurses.

**Methods:** The research method was experimental with pre- and post-test design with control group. For this purpose, 60 nurses of Babol city, Iran, in 2019 were randomly assigned to two experimental groups (30) and control (30). Mindfulness, Attention, and Awareness Scale (MAAS), Happiness Libomirsky (SHS), and Spielberger (STAAI-X) were performed before and after treatment. Participants in the experimental group were trained in groups for 8 sessions of 90 minutes. Multivariate analysis of covariance was used to analyze the data.

**Results:** The mean of mindfulness and happiness for both groups increased in the post-test phase, which is higher in the experimental group; also, the results of analysis of covariance for anxiety showed that meditation has no significant effect on anxiety but has significantly increased happiness in the experimental group.

**Conclusion:** The results of the present study showed that cognitive therapy based on mindfulness has increased awareness in the behavioral characteristics of the experimental group in the post-test stage. It seems that cognitive therapy based on mindfulness has a positive effect on increasing happiness and mindfulness in nurses.

**Keywords:** Anxiety, Happiness, Mindfulness, Mindfulness based cognitive therapy, Nurse

## Corresponding Information:

**Maryam Talebi**, Assistant Professor, Department of Psychology, Rah-e Danesh Babol Institute of Higher Education, Mazandaran, Iran. Email: [maryam.talebi68@yahoo.com](mailto:maryam.talebi68@yahoo.com)

Copyright © 2021, This is an original open-access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution-noncommercial 4.0 International License which permits copy and redistribution of the material just in noncommercial usages with proper citation.

## How to Cite This Article:

Talebi M. The Effectiveness of Mindfulness-Based Cognitive Therapy on Anxiety, Happiness and Mindfulness in Nurses. Avicenna J Nurs Midwifery Care. 2021; 29 (2): 126-136

## اثربخشی درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی بر میزان اضطراب و شادی و ذهن آگاهی در پرستاران

مریم طالبی

استادیار، گروه روانشناسی، مؤسسه آموزش عالی غیرانتفاعی راه دانش بابل، مازندران، ایران

چکیده	اطلاعات مقاله
<p><b>مقدمه:</b> از جمله مشکلات شایع در زندگی پرستاران می‌توان به میزان اضطراب و فقدان شادی آنان اشاره کرد. سلامت روان شناختی به‌عنوان منبعی مهم در سازگاری با مشکلات ناشی از محیط شغلی شناخته شده است. این مطالعه با هدف بررسی میزان اثربخشی آموزش درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی بر میزان اضطراب و شادی و ذهن آگاهی در پرستاران انجام شد.</p> <p><b>روش کار:</b> روش پژوهش تجربی با طرح پیش‌آزمون و پس‌آزمون با گروه کنترل بود. برای این منظور شصت نفر از پرستاران شهرستان بابل در سال ۱۳۹۸ به‌صورت تصادفی در دو گروه آزمون و کنترل (هرکدام سی نفر) گمارده شدند. در این مطالعه، مقیاس‌های ذهن آگاهی و توجه و هوشیاری و شادکامی لیبومیرسکی و حالت‌صفت اشیپلبرگر قبل و بعد از درمان اجرا شد. شرکت‌کنندگان گروه آزمون در هشت جلسه نوددقیقه‌ای به‌صورت گروهی آموزش دیدند. ناگفته نماند از آزمون تحلیل کوواریانس چندمتغیره برای تجزیه و تحلیل داده‌ها استفاده شد.</p> <p><b>یافته‌ها:</b> با توجه به یافته‌های حاصل از پژوهش، میانگین ذهن آگاهی و شادی در مرحله پس‌آزمون در گروه آزمایش افزایش یافت. همچنین، نتیجه تحلیل کوواریانس برای اضطراب نشان داد که مراقبه تأثیر معناداری بر اضطراب نمی‌گذاشت؛ اما موجب افزایش معنادار شادی در گروه آزمایش شد.</p> <p><b>نتیجه‌گیری:</b> نتایج پژوهش حاضر نشان داد درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی باعث افزایش آگاهی در شاخصه‌های رفتاری گروه آزمون در مرحله پس‌آزمون شد. به‌نظر می‌رسد که درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی تأثیر مطلوبی بر افزایش میزان شادی و ذهن آگاهی پرستاران می‌گذارد.</p> <p><b>کلیدواژه‌ها:</b> اضطراب، شادی، ذهن آگاهی، درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی، پرستار</p>	<p>تاریخ وصول: ۱۳۹۹/۰۵/۰۲ تاریخ پذیرش: ۱۳۹۹/۰۶/۱۶ انتشار آنلاین: ۱۳۹۹/۰۹/۰۸</p> <p><b>نویسنده مسئول:</b> مریم طالبی استادیار، گروه روانشناسی، مؤسسه آموزش عالی غیرانتفاعی راه دانش بابل، مازندران، ایران <b>پست الکترونیک:</b> <a href="mailto:maryam.talebi68@yahoo.com">maryam.talebi68@yahoo.com</a></p> <p>برای دانلود این مقاله، کد زیر را با موبایل خود اسکن کنید.</p> 

## مقدمه

سالانه یک نفر در اثر اضطراب به انواع اختلالات روانی مبتلا می‌شود که از این تعداد، ۶۱ درصد را زنان و ۴۱ درصد را مردان تشکیل می‌دهند. شایان ذکر است معمولاً شیوع اضطراب بین سنین ۱۶ تا ۶۵ سال است [۳].

همان‌طور که پژوهش‌ها نشان داده‌اند، شغل هر فرد نقش تعیین‌کننده‌ای در سلامت روان ایفا می‌کند [۴]. به‌گزارش مؤسسه ملی ایمنی و سلامت آمریکا<sup>۱</sup>، پریشانی‌های روانی یکی از ده بیماری مرتبط با شغل در کشور آمریکا بوده است [۵]. در پژوهش شرکت بیمه ملی نورث‌وسترن<sup>۲</sup>، نشان داده شده است که ۴۶ درصد کارکنان آن احساس می‌کنند شغلشان به میزان زیادی تنش‌زاست و ۲۷ درصد آنان گزارش کرده‌اند تنها

ما در زمانی زندگی می‌کنیم که با وجود پیشرفت‌های فناوری، اختلالاتی نظیر افسردگی و اضطراب و استرس به‌عنوان بیماری‌های شایع قرن مطرح هستند؛ بنابراین، کسب آرامش و دوری از افسردگی و اضطراب از دیرباز جزو مسائل اساسی بشر بوده است [۱]. حالات هیجانی یکی از موضوعاتی است که همیشه با بشر همراه بوده و او هیچ‌گاه نتوانسته به‌طور کامل خود را از آن دور کند. در این میان، رایج‌ترین واکنش هیجانی اضطراب است [۲].

پدیده اضطراب مسئله جدیدی نیست و انسان‌ها در همه دوره‌ها و با هر فرهنگی آن را تجربه کرده‌اند. براساس مطالعات مختلف، به‌نظر می‌رسد که تقریباً از هر چهار تا پنج نفر در دنیا،

<sup>2</sup> North West National Insurance Company

<sup>1</sup> National Institute for Occupational Safety and Health

بازماندن از دستیابی به اهداف جهانی نظام‌های بهداشتی و نارضایتی حرفه‌ای پرستاران خواهد شد [۱۲].

باتوجه به مطالب ذکر شده، مشخص می‌شود که حرفه پرستاری به دلیل ماهیت شغلی‌اش می‌تواند زمینه‌ساز برخی آسیب‌های فردی در پرستاران شود. این آسیب‌های فردی در مسائل شغلی نیز نفوذ می‌کند و آن را تحت تأثیر قرار می‌دهد. با وجود این، برخورداری پرستاران از ویژگی‌ها و مهارت‌های توانمندکننده می‌تواند به آنان در افزایش مدیریت بر تنش‌ها کمک کند و پیامدهای مثبتی برایشان به‌ارمغان آورد. به دنبال این موضوع عملکرد شغلی پرستاران بهبود پیدا می‌کند، بازدهی سازمان ارتقا می‌یابد، بیماران از خدمات ارائه شده رضایت دارند و عملکرد خانوادگی نیز به صورت مثبت بهبود پیدا می‌کند.

یکی از رویکردهایی که نقش مهمی در افزایش توانمندی روان شناختی افراد ایفا می‌کند، آموزه‌ها و مداخله‌های مبتنی بر ذهن آگاهی<sup>۱</sup> است [۱۳]. ذهن آگاهی به معنای توجه آگاهانه و غیرقضاوت‌گونه به پدیده‌های متغیر درونی و بیرونی است. زینکت<sup>۲</sup> جون<sup>۲</sup> اولین بار مداخله‌های مبتنی بر ذهن آگاهی را معرفی کرد که در بردارنده کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی است و باعث افزایش مدیریت استرس و ارتقای سلامت روان شناختی فرد می‌شود. Maher و Cordova (۲۰۱۹) در مطالعاتشان نشان داده‌اند که آموزش‌های مبتنی بر ذهن آگاهی بر بهبود عملکرد خانواده‌ها، افزایش شادی و رضایتمندی از رابطه زناشویی، افزایش رضایتمندی شغلی و پیشگیری از آسیب‌های روان شناختی و اجتماعی، همچون افسردگی و اضطراب و اعتیاد به موادمخدر از طریق بهبود راهبردهای مقابله‌ای و راهبردهای سازش یافته تنظیم هیجانی مؤثر است [۱۴].

مطالعه Lu و همکاران نشان داد که مراقبه روزانه در کاهش اضطراب و گفت‌وگوهای ذهنی منفی در بین پرستاران مؤثر است [۱۵]. همچنین در پژوهش Benada و Chowdhry (۲۰۱۷)، پرستارانی که به صورت یکپارچه برنامه‌های مراقبه را آموزش دیدند، درک استرس آنان کاهش یافت و زمانی که اضطراب آنان کاهش پیدا کرد، احساس خوشایند شادمانی تجربه شد [۱۶]. افزون بر این، نتایج پژوهش Kavakl و همکاران (۲۰۱۹) نشان داد که تمرین‌های منظم ذهن آگاهی مبتنی بر

منبع فشار روانی در زندگی آنان به فشار روانی کار مربوط است و ۷۲ درصد نیز اعلام کرده‌اند که بارها و بارها در محل کار با ناراحتی روبه‌رو بوده‌اند [۶].

پرستاری یکی از شغل‌هایی است که نقش مهمی در ارائه خدمات مراقبت بهداشتی در همه کشورهای بازی می‌کند. شایان ذکر است وجود سلامت روان شناختی برای پرستاران بر بهبود عملکرد حرفه‌ای آنان در مراقبت از بیماران مؤثر است. ماهیت پرستاری به گونه‌ای است که با ترکیبی از نقش‌ها از طریق فعالیت‌های فنی، مهارت‌های حرفه‌ای، روابط انسانی و احساس همدردی ارتباط دارد.

افراد شاغل در حرفه پرستاری معمولاً در شیفت‌های کاری مختلف و گاه غیرمنظم مشغول به کار هستند و کار آنان ممکن است با سختی‌هایی همراه باشد و پرستاران را از لحاظ روانی تحت تأثیر قرار دهد [۷]. تعارض بین کار و خانواده با پیامدهای منفی روان شناختی همچون افسردگی و اضطراب و ناشادی همراه است و از عملکرد فرد در خانه و بازدهی وی در محیط کار به طور چشمگیری می‌کاهد؛ در نتیجه، ممکن است مراقبت‌های پرستاری را نیز تحت تأثیر قرار دهد و نارضایتی بیماران را به دنبال داشته باشد [۸].

Vargens و همکاران (۲۰۱۳) در تحقیقی دریافتند پرستاران از جمله گروه‌های شاغلی هستند که در جریان مسائل روانی قرار دارند و هیجان، غم، خستگی و اضطراب، از مسائل رایج این گروه است [۹]. Kargar Jahromi و همکاران (۲۰۱۶) معتقدند پرستاران در محیط کاری‌شان اضطراب زیادی تجربه می‌کنند که می‌تواند بر احساس شادی و رضایتمندی آنان تأثیر بگذارد و آنان را دچار افسردگی کند [۱۰]. Dennis و همکاران (۲۰۲۰) در پژوهشی به این نتیجه رسیدند که میزان استرس با افسردگی و اضطراب در بین کارکنان بیمارستان‌ها و نیز در گروه‌های درمانی و اداری همبستگی مثبت دارد و ارتباط آن با افسردگی و اضطراب معنی‌دار است [۱۱].

خروج چشمگیر پرستاران از این حرفه معضلی جهانی است که هم در کشورهای توسعه یافته و هم در کشورهای در حال توسعه دیده می‌شود. بررسی‌ها نشان می‌دهد نارضایتی شغلی ناشی از اضطراب بیش از حد در محیط کار، یکی از عوامل مؤثر در ترک حرفه پرستاری است. این کمبود نیرو موجب

<sup>2</sup> Zinn Kabat Jon

<sup>1</sup> Mindfulness

- آموزش مراقبه موجب کاهش اضطراب پرستاران می‌شود.
- آموزش مراقبه موجب افزایش ذهن‌آگاهی پرستاران می‌شود.
- آموزش مراقبه موجب افزایش شادی پرستاران می‌شود.

### روش کار

روش این پژوهش تجربی با طرح پیش‌آزمون و پس‌آزمون با گروه کنترل بود و جامعه آن را تمامی پرستاران شاغل در شهرستان بابل در سال ۱۳۹۸ تشکیل می‌دادند. با استفاده از جدول کوهن (۱۹۸۶) برای اندازه‌اثر ۰/۴۰ و خطای نوع اول ۰/۰۵ و توان آماری ۰/۸۰، حداقل حجم نمونه موردنیاز برای هر گروه ۲۵ نفر بود که محقق برای هر گروه سی نفر در نظر گرفت. بنابراین، شصت نفر از پرستاران شهر بابل به‌صورت تصادفی در دو گروه آزمون و کنترل (هرکدام سی نفر) قرار گرفتند. فرایند گمارش بدین ترتیب بود که آزمودنی‌ها به‌صورت تصادفی از یک تا شصت شماره‌گذاری شدند. اعداد یک تا شصت روی کاغذ نوشته شد و در یک ظرف قرار گرفت. اولین عددی که از ظرف خارج شد، در گروه آزمون و دومین عدد در گروه کنترل قرار گرفت. این فرایند تا زمانی ادامه یافت که هیچ عددی در ظرف باقی نماند. ویژگی‌های جمعیت‌شناختی نمونه بدین‌صورت بود که از نظر جنسیت، ۸۰ درصد گروه آزمون و ۷۳ درصد گروه کنترل زن بودند. در گروه آزمایش و کنترل، به‌ترتیب ۵۷ و ۶۰ درصد افراد متأهل بودند. از نظر سطح تحصیلات، ۹۰ درصد گروه آزمایش و ۸۳ درصد گروه کنترل مدرک لیسانس و سایر شرکت‌کنندگان مدرک کارشناسی ارشد داشتند. ناگفته نماند میانگین سن گروه آزمایش ( $M=33/81$ ) و گروه کنترل آزمایش ( $M=32/27$ )، ( $SD=7/24$ ) و ( $SD=6/42$ ) ارزیابی شد.

پرستاران مشغول خدمت در شیفت‌های مختلف دعوت شدند و توضیحاتی درباره هدف از اجرای آزمون به هریک از آن‌ها داده شد و فقط پرستاران واجد شرایط معیارهای ورود انتخاب و به‌صورت تصادفی در دو گروه آزمون و کنترل گمارده شدند. این معیارها عبارت بودند از: رضایت آگاهانه، توانایی شرکت در جلسات درمانی گروه، داشتن حداقل تحصیلات لیسانس و حداکثر کارشناسی ارشد، داشتن سن بیست تا چهل

کاهش استرس<sup>۱</sup> به‌نوبه خود به بهبود عملکرد روان‌شناختی و افزایش شادی و رفاه در زندگی پرستاران منجر می‌شود [۱۷]. تحقیقات علوم عصبی از این موضوع حکایت می‌کند که همبستگی بین مراقبه و شادی باعث کاهش عکس‌العمل به محرک‌های عاطفی و افزایش سطح رفاه روان‌شناختی می‌شود [۱۸]. Lorca و همکاران (۲۰۱۹) در مطالعه‌ای با استفاده از اسکن نشر پوزیترون<sup>۲</sup>، نشان دادند هشت راهب با ده تا پنجاه‌هزار ساعت تمرین مراقبه درمقایسه با گروه کنترل بدون مراقبه امواج گاما بیشتری تولید کردند و مناطق بزرگ‌تری از مغز، به‌ویژه در قشر پیش‌پیشانی (بخش مسئول احساسات مثبت در مغز)، در طول مدیتیشن آنان فعال شد [۱۹].

نتایج مطالعه Choi و همکاران (۲۰۱۲) نیز نشان داد که عملکرد ذهن‌آگاهی می‌تواند اثرهای منفی در پاسخ به تجارب نامطلوب و استرس‌زاهای روزانه را کاهش و تجربه احساسات مثبت را افزایش دهد [۲۰]. در مطالعه Watanabe و همکاران (۲۰۱۵) که نمونه‌ها به‌طور منظم تمرین ذهن‌آگاهی انجام می‌دادند، یافته‌ها نشان داد که مراقبه ابزاری مناسب برای فعال کردن بیشتر تفکر است و به موفقیت شغلی پرستاران منجر می‌شود [۲۱].

در پژوهش Dambrun و Fanget و Droit-Volet (۲۰۱۵) نیز پرستاران با تمرین‌های مراقبه، استرس و اضطراب کمتری تجربه کردند و به آرامش رسیدند [۲۲]. همچنین، یافته‌های مطالعه Raab (۲۰۱۴) نشان داد پرستارانی که امتیاز درخورتوجهی در ذهن‌آگاهی کسب کرده‌اند، به دلسوزی، بهزیستی روان‌شناختی، موافقت، برون‌گرایی، صراحت و باوجدان بودن تمایل بیشتری داشتند [۲۳]. مطالعات مربوط به ذهن‌آگاهی همیشه با احساسات مثبت همراه است که به‌نوبه خود فرد را در مسیری قرار می‌دهد تا احساس شادی و رضایت بیشتری کند و پیامدهای منفی اضطراب و افسردگی را کاهش دهد. حالت‌های هیجانی منفی می‌تواند در تبیین حالات روان‌شناختی و خانوادگی و شغلی پرستاران نقش مؤثری ایفا کند؛ بنابراین، ارائه آموزش‌های لازم به‌منظور ارتقای توانمندی و کاهش آسیب‌پذیری برای پرستاران ضروری به‌نظر می‌رسد. به‌همین دلیل، پژوهشگر تصمیم گرفت مطالعه‌ای با اهداف زیر طراحی و اجرا کند:

<sup>2</sup> PET

<sup>1</sup> MBSR

شایان ذکر است در این مدت، به گروه کنترل آموزشی داده نشد. پس از اتمام آموزش نیز، مشارکت‌کنندگان در گروه مداخله و کنترل بار دیگر پرسشنامه مذکور را تکمیل کردند. در این پژوهش، برای جمع‌آوری داده‌ها از پرسشنامه‌های زیر استفاده شد:

#### مقیاس ذهن آگاهی توجه و هوشیاری<sup>۲</sup> (MAAS)

این مقیاس آزمونی پانزده‌سؤالی است که **Brown** و همکاران<sup>۳</sup> (۲۰۰۷) آن را به‌منظور سنجش سطح هوشیاری و توجه به رویدادها و تجربه‌های جاری در زندگی روزانه ساختند. سؤال‌های آزمون سازه ذهن آگاهی را در مقیاس شش‌درجه‌ای لیکرت (از ۱=تقریباً همیشه تا ۶=تقریباً هرگز) می‌سنجد [۲۴]. این مقیاس نمره‌ای کلی برای ذهن آگاهی به‌دست می‌دهد که دامنه آن از ۱۵ تا ۹۰ متغیر و نمره بیشتر نشان‌دهنده ذهن آگاهی بیشتر است. همسانی درونی سؤال‌های آزمون براساس ضریب آلفای کرونباخ از ۰/۸ تا ۰/۸۷ به‌دست آمده است [۲۵]. روایی مقیاس با توجه به همبستگی منفی آن با ابزارهای سنجش افسردگی و اضطراب و همبستگی مثبت با ابزارهای سنجش عاطفه مثبت و حرمت خود کافی و ضریب پایایی بازآزمایی این مقیاس نیز در فاصله زمانی یک‌ماهه ثابت گزارش شده است. آلفای کرونباخ برای پرسش‌های نسخه فارسی این مقیاس در نمونه‌ای ۷۲۳ نفری از پرستاران ۰/۸۱ محاسبه شده است [۲۶].

#### مقیاس شادکامی لیبومیرسکی<sup>۴</sup> (SHS)

لیبومیرسکی و لپر<sup>۵</sup> این مقیاس را اولین بار در سال ۱۹۹۹ ساختند. مقیاس شادکامی لیبومیرسکی چهار سؤال در طیف لیکرت هفت‌درجه‌ای دارد که پاسخ‌گویان سطح شادی خویش را در هر عبارت برحسب درجات مشخص می‌کنند و نمرات افراد در دامنه ۷ تا ۲۸ قرار می‌گیرد. نتایج پژوهش لیبومیرسکی و لپر (۱۹۹۹) روی ۲،۷۳۲ دانشجوی کالج و دانش‌آموز دبیرستانی در چندین ایالت آمریکا و روسیه نشان داد که مقیاس شادکامی ذهنی همسانی درونی چشمگیری داشت و در نمونه‌های گوناگون بین ۰/۷۹ تا ۰/۹۴ بود. در پژوهش لیبومیرسکی و لپر (۱۹۹۹)، روایی همگرای این پرسشنامه با شادمانی و رضایت از زندگی سنجیده شد که بین ۰/۵۲ و ۰/۷۲ و پایایی آن با روش آلفای کرونباخ برای

سال و شرکت‌نکردن هم‌زمان در کلاس‌های آموزشی و درمانی دیگر. همچنین، معیارهای خروج از مطالعه مبتلابودن به اختلالات روان‌شناختی، از جمله اختلال شخصیت و روان‌پریشی و غیبت در جلسات آموزشی بود. شرکت‌کنندگان در گروه کنترل و مداخله پرسشنامه‌های ذهن آگاهی و شادکامی و حالت‌صفت اضطراب اشیپیلبرگ را قبل از مداخله تکمیل کردند. سپس، طرح مداخله آموزش شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی در هشت جلسه نوددقیقه‌ای و هفته یک جلسه در گروه آزمون اجرا شد. بسته آموزشی پژوهش حاضر براساس پروتکل ذهن آگاهی نسخه بایر<sup>۱</sup> (۲۰۰۶) تهیه و برنامه مداخله به‌همراه دو درمانگر به‌دلیل فراوانی تمرین‌های بدنی و نوع دستورالعمل‌های اجرایی و نیاز مستقیم به آموزش به‌وسیله درمانگر مناسب ارزیابی شد. جلسات ذهن آگاهی از قرار زیر بود:

- جلسه اول: معرفی اعضا و تعیین اهداف، انجام تمرین ذهن آگاهی، تمرین آگاهی از هر لحظه، تمرین واریسی بدنی و انجام سه بار تنفس در روز
- جلسه دوم: تمرکز بیشتر بر بدن و کنترل وقایع روزانه و مقابله با موانع ذهنی و ثبت گزارش روزانه از تجربه‌های خوشایند
- جلسه سوم: تمرین تنفس و قدم‌زدن با حضور ذهن و تهیه فهرست وقایع ناخوشایند و شناسایی و ثبت تجارب ناخوشایند
- جلسه چهارم: یادگیری تنفس و مراقبه نشسته سه‌دقیقه‌ای و ماندن در زمان حال
- جلسه پنجم: پذیرش و تأکید بر تمرکز افکار و احساسات و حس‌های بدنی و واکنش‌دهی به آن‌ها و تکرار مراحل قبلی
- جلسه ششم: ایجاد آگاهی از تنفس و بدن، تمرین خلق‌ها و افکار، تمرین دیدگاه‌ها و افکار جانشین و تأکید بر تأثیر تنفس بر بدن
- جلسه هفتم: ارائه بهترین روش مراقبت و پی‌بردن به روابط شخصی و تهیه فهرستی از فعالیت‌های لذت بخش
- جلسه هشتم: تمرین منظم حضور ذهن و واریسی بدنی و بازنگری کل و افزایش تمرکز برای بهبود عملکرد و تکرار مراحل قبل

<sup>4</sup> Subjective Happiness Scale

<sup>5</sup> Lyubomirsky & Leper

<sup>1</sup> Baer

<sup>2</sup> Mindful Attention Awareness Scale

<sup>3</sup> Ryan, Brown & Creswell

### یافته‌ها

در گروه آزمایش و کنترل، به ترتیب ۵۷ و ۶۰ درصد افراد متأهل بودند. از نظر سطح تحصیلات، ۹۰ درصد گروه آزمایش و ۸۳ درصد گروه کنترل مدرک لیسانس و سایر شرکت‌کنندگان مدرک کارشناسی ارشد داشتند. همچنین، میانگین سن گروه آزمایش ( $M=33/81$ ،  $SD=7/24$ ) و گروه کنترل ( $M=32/27$ ،  $SD=6/42$ ) بود.

در جدول ۱، شاخص‌های توصیفی متغیرهای بررسی شده ارائه شده است. در پیش‌آزمون، میانگین اضطراب گروه آزمایش کمتر از گروه کنترل بود و در پس‌آزمون، میانگین گروه آزمایش در مقایسه با گروه کنترل کاهش بیشتری یافت و تفاوت میانگین دو گروه در پس‌آزمون بیشتر شد. میانگین دو متغیر ذهن‌آگاهی و شادی در مرحله پیش‌آزمون در گروه کنترل اندکی بیشتر از گروه آزمایش ارزیابی شد؛ اما میانگین ذهن‌آگاهی و شادی برای هر دو گروه در مرحله پس‌آزمون افزایش یافت. همچنین، میزان افزایش مشاهده شده در گروه آزمایش بیشتر از گروه کنترل بود.

برای آزمون فرضیه‌های تحقیق، از تحلیل کوواریانس چندمتغیره (MANCOVA) استفاده و مفروضه طبیعی بودن توزیع متغیرها با آزمون شاپیروویلک آزموده شد که نشان داد این مفروضه برای نمرات پس‌آزمون هر سه متغیر وابسته برقرار بود ( $P>0/05$ ). همچنین، بیشترین مقدار کجی ۰/۵۵ و بیشترین مقدار کشیدگی ۱/۲۳ بود. برای بررسی همگنی، ضرایب رگرسیون آمارة مربوط به کنش متقابل نمرات پیش‌آزمون متغیرها با متغیر گروه‌بندی استفاده شد که نتایج نشان داد هیچ کدام از کنش‌های متقابل معنادار نبودند (جدول ۲). این امر از رعایت مفروضه همگنی ضرایب رگرسیون برای همه مولفه‌های آزمون شده حکایت می‌کرد. نتیجه آزمون ام‌باکس نیز نشان داد مفروضه همگنی ماتریس واریانس کوواریانس نیز برقرار است ( $P=0/113$ ،  $F=1/71$ ) ((۶، ۲۴۳۷۳/۱۳).

بازآزمایی بعد از یک ماه و یک سال بین ۰/۷۹ و ۰/۹۴ به دست آمد. اعتبار این پرسشنامه در ایران به دو روش بازآزمایی و آلفای کرونباخ یا همسانی درونی روی ۵۷ آزمودنی اجرا شد که ضریب همبستگی ۰/۷۵ و ضریب همسانی درونی ۰/۷۹ به دست آمد. نتایج ضریب بازآزمایی نیز نشان‌دهنده اعتبار بسیار مطلوب آن بود و روایی سازه همگرا و واگرایی مناسبی برای مقیاس شادکامی ذهنی گزارش شد. در پژوهش حاضر، ضریب اعتبار پرسشنامه شادکامی لیبومیرسکی به روش آلفا برابر با ۰/۷۹ محاسبه شد.

### پرسشنامه حالت‌صفت اضطراب اسپیلبرگ<sup>۱</sup>

در سال ۱۹۷۰، اسپیلبرگر<sup>۲</sup> و همکاران نخستین فرم پرسشنامه حالت‌صفت اضطراب را با نام فرم STAAI-X ارائه کردند. این پرسشنامه از چهل ماده و دو مقیاس اضطراب حالت آشکار و اضطراب صفت پنهان تشکیل شده است و هر قسمت آن بیست ماده دارد که با استفاده از مقیاس لیکرت با دامنه‌ای از ۱=تقریباً هرگز تا ۴=همیشه نمره‌گذاری می‌شود. این مقیاس از اعتبار و پایایی درخورتوجهی برخوردار است. صادقی گزارش می‌دهد که ضریب پایایی این مقیاس را برای مقیاس حالت ۰/۹۳ و برای مقیاس صفت ۰/۹۰ به دست آورده است. همچنین، همبستگی چشمگیر پرسشنامه با اضطراب کتل ۰/۹۳ و معنادار بوده است. مهram این آزمون را در مشهد هنجاریابی و با استفاده از ضریب آلفای کودریچاردسون، پایایی حالت اضطراب را ۰/۹۱ و صفت اضطراب را ۰/۹۰ و ضریب پایایی برای کل مقیاس ۰/۹۴ را گزارش کرده و با استفاده از شیوه ملاکی هم‌زمان اعتبار آزمون تأیید شده است. در فرم تجدیدنظرشده آن، دوازده ماده از چهل ماده، یعنی ۳۰ درصد، مواد فرم X تغییر کرد و بدین ترتیب، ویژگی‌های روان‌سنجی هر دو مقیاس حالت و صفت اضطراب بهبود یافت. در بیست سال گذشته، این پرسشنامه به‌عنوان متداول‌ترین آزمون برای اندازه‌گیری اضطراب در پژوهش‌های مختلف استفاده شده است [۲۷]. ناگفته نماند داده‌ها با استفاده از SPSS نسخه ۲۲ (SPSS Inc., Chicago, IL., USA) و آزمون آماری کوواریانس چندمتغیره (MANCOVA) تحلیل و سطح معنی‌داری مطالعه ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

<sup>2</sup> Spielberger

<sup>1</sup> State-Trait Anxiety Inventory

جدول ۱. میانگین و انحراف معیار اضطراب و ذهن آگاهی و شادی

پس آزمون		پیش آزمون		متغیر	مرحله
انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین		
۵/۹۵	۳۵/۴۶	۷/۰۱	۳۹/۰۰	اضطراب	آزمایش
۱/۰۵	۴/۲۶	۰/۶۹	۳/۴۰	ذهن آگاهی	
۰/۸۹	۵/۳۹	۱/۰۲	۴/۶۰	شادی	
۷/۲۰	۳۸/۰۰	۷/۹۷	۴۰/۰۳	اضطراب	کنترل
۰/۷۸	۳/۷۰	۰/۹۱	۳/۵۰	ذهن آگاهی	
۱/۱۹	۴/۹۲	۱/۰۹	۴/۸۳	شادی	

جدول ۲. اثر کنش متقابل گروه با پیش آزمون اضطراب و ذهن آگاهی و شادی

متغیر	F	درجه آزادی صورت	درجه آزادی مخرج	سطح معناداری
اضطراب	۰/۹۱	۳	۵۰	۰/۴۴۲
ذهن آگاهی	۰/۸۰	۳	۵۰	۰/۵۰۰
شادی	۰/۲۰	۳	۵۰	۰/۸۹۶

در جدول ۳، آماره لامبدای ویلکز برای اثر بخش مراقبه بر ترکیب خطی متغیرهای وابسته ارائه شده که مقدار آن برابر با ۰/۸۰۵ و سطح معناداری آن کمتر از ۰/۰۵ است. اندازه اثر مشاهده شده ۰/۱۹۵ است که براساس ملاک کوهن (۱۹۸۸)، اثری بزرگ محسوب می شود. با توجه به معناداری آزمون چندمتغیره، اثرهای بین گروهی مربوط به اضطراب و ذهن آگاهی و شادی بررسی شد که نتایج آن در جدول ۴ آورده شده است. نتیجه تحلیل کوواریانس برای اضطراب نشان داد که مراقبه تأثیر معناداری بر اضطراب نداشت ( $P=0/217$ )،  $F(1, 6)=1/56$ . همچنین، نتایج برای اثربخشی مراقبه بر ذهن آگاهی حاکی از تفاوت معنادار دو گروه بود ( $P=0/018$ ).

در جدول ۳، آماره لامبدای ویلکز برای اثر بخش مراقبه بر ترکیب خطی متغیرهای وابسته ارائه شده که مقدار آن برابر با ۰/۸۰۵ و سطح معناداری آن کمتر از ۰/۰۵ است. اندازه اثر مشاهده شده ۰/۱۹۵ است که براساس ملاک کوهن (۱۹۸۸)، اثری بزرگ محسوب می شود. با توجه به معناداری آزمون چندمتغیره، اثرهای بین گروهی مربوط به اضطراب و ذهن آگاهی و شادی بررسی شد که نتایج آن در جدول ۴ آورده شده است. نتیجه تحلیل کوواریانس برای اضطراب نشان داد که مراقبه تأثیر معناداری بر اضطراب نداشت ( $P=0/217$ )،  $F(1, 6)=1/56$ . همچنین، نتایج برای اثربخشی مراقبه بر ذهن آگاهی حاکی از تفاوت معنادار دو گروه بود ( $P=0/018$ ).

جدول ۳. نتیجه تحلیل کوواریانس چندمتغیره برای اثربخشی مراقبه بر متغیرهای وابسته

لامبدای ویلکز	F	درجه آزادی صورت	درجه آزادی مخرج	سطح معناداری	اندازه اثر
۰/۸۰۵	۴/۲۸	۳	۵۳	۰/۰۰۹	۰/۱۹۵

جدول ۴. اثرهای بین‌گروهی برای اضطراب و ذهن‌آگاهی و شادی

منبع	متغیر	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری	اندازه اثر
گروه	اضطراب	۶۳/۴۷	۵۵	۶۲/۴۷	۱/۵۶	۰/۲۱۷	۰/۰۲۸
	ذهن‌آگاهی	۵/۱۲	۵۵	۵/۱۲	۵/۹۲	۰/۰۱۸	۰/۰۹۷
	شادی	۵/۱۸	۵۵	۵/۱۸	۶/۸۵	۰/۰۱۱	۰/۱۱۱
خطا	اضطراب	۲۲۳۸/۶۱	۵۵	۴۰/۷۰			
	ذهن‌آگاهی	۴۷/۶۰	۵۵	۰/۸۶			
	شادی	۴۱/۶۲	۵۵	۱/۷۶			

## بحث

کمک می‌کند [۱۵، ۲۰]. تنها پیش‌بین چندمتغیره ذهن‌آگاهی بیشتر و استرس ادراک‌شده کمتر، تعداد روزهایی بود که در هر هفته برای مراقبه صرف شده بودند. افزون‌براین، مطالعه‌های دیگری نشان داد طول مدت تجربه مراقبه با سطوح بیشتر ذهن‌آگاهی و به‌نوبه خود با افزایش بهزیستی در ارتباط است [۱۹].

باید خاطر نشان کرد که ممکن است مداخله‌های خاص یا شکل‌های ویژه مراقبه به آموزش یک جنبه از تمرین کفایت نکنند و چند جنبه، نظیر پرورش تمرکز و ذهن‌آگاهی حین ایجاد دل‌سوزی عشق‌ورزی و مهربانی و خردمندی را آموزش دهند. تمرین‌های تمرکز و مراقبه ذهن‌آگاهی تجربه‌های مجزایی نیستند؛ بلکه بخشی از یک کل هستند [۲۹]. بنابراین، برای سنجش نتایج تجربه مراقبه نمی‌توان به یک روش اکتفا کرد. جداکردن این تمرین‌ها و مؤلفه‌های گوناگون برای سنجش اثرهای درمان کار ساده‌ای نیست.

اگرچه نمی‌توان به روابط علت‌ومعلولی قطعی دست یافت، شواهد حاصل از این پژوهش حاکی از آن است که دوره مراقبه با بهبود ذهن‌آگاهی و افزایش شادی پرستاران ارتباط دارد و به‌طورمتوسط پرستاران حاضر در دوره مراقبه درمقایسه با پرستاران گروه کنترل، به افزایش بیشتر ذهن‌آگاهی و کاهش بیشتر اضطراب دست یافتند. این یافته‌ها به سوابق پژوهشی مربوط به تأثیر مراقبه بر پرستاران بیمارستان می‌افزایند.

هدف از مطالعه حاضر بررسی این بود: آیا پرستارانی که در کلاس مراقبه پانزده‌هفته‌ای ثبت‌نام کرده‌اند، ذهن‌آگاهی و شادی بیشتر یا اضطراب کمتری نشان خواهند داد و تغییرات حاصل درمقایسه با تغییرات ایجادشده در گروه مقایسه غیرمراقبه‌ای بیشتر است یا خیر؟

در پایان مداخله، ذهن‌آگاهی و شادی پرستاران حاضر در دوره مراقبه به‌صورت معناداری درمقایسه با آغاز آن بیشتر بود. به‌علاوه، اضطراب گروه مراقبه کاهش یافته بود و این کاهش اگرچه از لحاظ آماری تفاوت معناداری با صفر نداشت، درمقایسه با تغییر ایجادشده در اضطراب گروه کنترل معنادار ارزیابی شد؛ زیرا اضطراب این گروه در طول درمان افزایش یافته بود. همچنین، ذهن‌آگاهی گروه مراقبه درمقایسه با گروه کنترل، بیشتر افزایش یافته بود. این یافته‌ها با پژوهش‌های گذشته همسو بود که بر افزایش ذهن‌آگاهی و شادی در پی شرکت در برنامه‌های مداخله‌ای مبتنی بر ذهن‌آگاهی دلالت می‌کردند [۱۳، ۱۴، ۲۸]. مطالعه‌ای دیگر در سال ۲۰۱۹ نیز نشان داد هم مراقبه ذهن‌آگاهی و هم مراقبه عشق‌ورزی مهربانی<sup>۱</sup> بهزیستی هیجانی را بهبود می‌بخشند [۱۷].

مطالعات گذشته حاکی از آن بودند که برنامه‌هایی با مراقبه‌های رسمی<sup>۲</sup> و تمرین‌های در منزل بیشتر از تمرین‌های ذهن‌آگاهی مختصر و تکرار غیررسمی آنان به استرس پرستاران

<sup>2</sup> Formal meditation

<sup>1</sup> Loving-kindness meditation



توجه به کسب آگاهی و کنترل انعطاف‌پذیر بر تفکرات منفی کمک می‌کند. در جریان کنترل انعطاف‌پذیر توجه به بیمار آموزش داده می‌شود تا با افکار یا احساسات مزاحم درونی خود به‌عنوان سروصدا رفتار کنند [۲۲]. از این رو، پرستاران از این طریق با کاهش تنش‌های مربوط به محیط بیمارستانی، موجب افزایش بازدهی شغلی‌شان در محیط کار می‌شوند.

#### محدودیت‌ها

این مطالعه با اتکای صرف بر پرسشنامه‌های خودسنجی<sup>۱</sup> انجام شد و معیارهای رفتاری یا فیزیولوژیک تأثیر مراقبه در نظر گرفته نشد. ممکن است ویژگی‌های درخواست‌شده<sup>۲</sup> پژوهش نیز بر پرستاران دوره مراقبه تأثیر گذاشته باشند. اگرچه به آنان اطمینان داده شد که این پرسشنامه‌ها بر نمرات آنان تأثیری نمی‌گذارند، این انتظار تقریباً بدیهی بود که پرسش‌نامه‌ها باتوجه به هدف دوره مراقبه ارزیابی خواهند شد.

#### پیشنهادها

برای درک بهتر عوامل مؤثر در اثربخشی کلی برنامه‌های مراقبه، به پژوهش‌های بیشتر با جمعیت‌های متنوع و اندازه نمونه‌های بزرگ‌تر نیاز است. مطالعات چندسازمانی با چند مربی و برنامه آموزش نیز به تعیین بهتر برنامه مراقبه‌ای کمک می‌کند که بیشترین مزایا را برای پرستاران دارد. از آنجا که پژوهش‌ها همواره از نتایج مثبت پیامدهای مراقبه حمایت کرده‌اند، برای تقویت مهارت‌های مقابله‌ای مثبت در پرستاران می‌توان به روش‌های مختلفی از یافته‌های این پژوهش و منابع مطالعاتی دیگر استفاده کرد. ناگفته نماند بیمارستان‌ها باید به دنبال راه‌هایی برای ادغام مراقبه در برنامه پرستاران باشند.

#### نتیجه‌گیری

هدف از این مطالعه بررسی پاسخ پرستاران به مراقبه بود. شواهد به‌دست‌آمده از این مطالعه بر افزایش میانگین ذهن آگاهی و شادی پرستارانی دلالت می‌کند که به انتخاب خود در دوره مراقبه شرکت کرده بودند. به علاوه، تغییر ایجادشده در اضطراب شرکت‌کنندگان گروه آزمایش و کنترل سیر متفاوتی داشت؛ به گونه‌ای که اضطراب گروه مراقبه کاهش و اضطراب گروه کنترل اندکی افزایش یافت.

در تبیین نتایج، می‌توان گفت آموزش حضور ذهن به افراد یاد می‌دهد که چگونه با راهبردهای ارضای نیازهای هیجانی و جهت‌دادن منابع پردازش اطلاعات به طرف اهداف خنثی توجه و مانند تنفس یا حس لحظه، شرایط را برای بهبود هیجانات منفی مهیا کنند. بنابراین، به‌کارگرفتن مجدد توجه به این شیوه از افزایش یا تداوم احساس اضطراب جلوگیری می‌کند و باعث می‌شود چرخه‌های پردازش معیوب کمتر در دسترس قرار گیرند [۲۱]. از آنجا که در مدت آموزش ذهن آگاهی، توجه از افکار ناخوانده به سوی تمرکزی اختیاری جلب می‌شود، فرد در رویارویی با موقعیت‌های مختلف، از پردازش ثانویه افکار و حس‌های بدنی و احساساتی می‌تواند جلوگیری کند که در جریان هیجانات ناخوشایند محیط بیمارستان برانگیخته می‌شوند [۱۱].

در تبیین اثر شناخت درمانی مبتنی بر حضور ذهن در کاهش اضطراب می‌توان گفت در این روش به افراد آموزش داده می‌شود که افکار و احساس‌های خود را بدون قضاوت مشاهده کنند و آن‌ها را وقایع ذهنی ساده‌ای ببینند که می‌آیند و می‌روند، به‌جای آنکه آن‌ها را به‌عنوان قسمتی از خودشان یا انعکاسی از واقعیت در نظر بگیرند. این نوع نگرش به شناخت‌های مرتبط با مشکلات از تشدید افکار منفی در محیط کاری مانع می‌شود [۱۸]؛ بنابراین، تکنیک‌های ذهن آگاهی باعث می‌شود افراد اغلب وقایع رخ داده را به‌خوبی تفسیر و استنباط کنند و واکنش‌ها و احساسات آنان پایدار شود. ذهن آگاهی نوعی درمان شناختی است که از طریق تغییر در محتوای افکار به کاهش نگرش ناکارآمد منجر می‌شود [۲۱]. در ذهن آگاهی رویدادهای موافق و مخالف با افکار حذف یا به آن پاسخ داده نمی‌شود؛ بلکه تأکید بر مقاومت افراد در مقابل افکار منفی است که با ذهن متمایز و با توجه و تمرکز بیشتر انجام می‌شود [۲۳].

با این روش درمانی، افکار فرد به‌عنوان حوادث ذهنی تجربه و از تمرکز و توجه روی تنفس به‌عنوان ابزاری برای زندگی در زمان حال استفاده می‌شود. بنابراین، افراد از طریق این تکنیک‌ها می‌توانند چرخه افکاری را متوقف کنند که به بروز پیامدهای نامطلوب منجر می‌شود و از افکار منفی‌شان فاصله گیرند و با افزایش انعطاف‌پذیری، احساس شادی بیشتری تجربه کنند [۱۶، ۲۵]. در درمان ذهن آگاهی، تکنیک آموزش

<sup>2</sup> Demand characteristics

<sup>1</sup> Self-reported questionnaire

## تعارض در منافع

بین نویسندگان هیچ‌گونه تعارضی در منافع وجود ندارد

## منابع مالی

منابع مالی این مطالعه توسط نویسندگان تامین شده است.

## سیاسگزاری

این طرح در کمیته اخلاق در پژوهش دانشگاه بابل با کد ۶۰۰۷۶۱۱۳۷ تصویب شده است. باتوجه به مسائل خاص و آیین‌نامه‌ای و ضرورت محرمانه بودن وضعیت فردی افراد، امکان ضبط جلسات یا تصویربرداری از جلسات امکان‌پذیر نبود. نویسنده بدین‌وسیله از معاونت پژوهشی دانشگاه بابل و نیز تمامی پرستارانی قدردانی می‌کند که به‌عنوان شرکت‌کننده او را در اجرای این پژوهش یاری رساندند.

## References

1. Bandelow B, Michaelis S, Wedekind D. Treatment of anxiety disorders. *Dialogues Clin Neurosci*. 2017; 19(2): 93-107. [DOI:10.31887/DCNS.2017.19.2/bbandelow] [PMID] [PMCID]
2. Barlow DH, Ellard KK, Cummings JA, Deleurme K, Campoli J. Anxiety and Related Disorders. In: Cummings JA (Ed.). *Abnormal Psychology*. Saskatoon, Canada: University of Saskatchewan Open Press; 2020: 180-207.
3. Spielberger CD. State-Trait anxiety inventory. The Corsini encyclopedia of psychology. Hoboken: John Wiley & Sons, Inc; 2010. [DOI:10.1002/9780470479216.corpsy0943]
4. Julian LJ. Measures of anxiety: State-Trait Anxiety Inventory (STAI), Beck Anxiety Inventory (BAI), and Hospital Anxiety and Depression Scale-Anxiety (HADS-A). *Arthritis care Res*. 2011; 63(Suppl 11): S467-72. [DOI:10.1002/acr.20561] [PMID] [PMCID]
5. Jimenez JC, Su K, Goldberg AR, Luna VM, Biane JS, Ordek G, et al. Anxiety cells in a hippocampal-hypothalamic circuit. *Neuron*. 2018; 97(30): 670-83. [DOI:10.1016/j.neuron.2018.01.016] [PMID] [PMCID]
6. Reisner SL, Katz-Wise SL, Gordon AR, Corliss HL, Austin SB. Social epidemiology of depression and anxiety by gender identity. *J Adolesc Health*. 2016; 59(20): 203-08. [DOI:10.1016/j.jadohealth.2016.04.006] [PMID] [PMCID]
7. Demir S. The Relationship between Psychological Capital and Stress, Anxiety, Burnout, Job Satisfaction, and Job Involvement. *Eurasian J Educ Res*. 2018; 75: 137-53.
8. Mache S, Baresi L, Bernburg M, Vitzthum K, Groneberg D. Response to management of mental health, job professionalism and job satisfaction in junior gynecologists. *Arch Gynecol Obstet*. 2017; 295(4): 1057. [DOI:10.1007/s00404-017-4333-9] [PMID]
9. Battams S, Roche AM, Fischer JA, Lee NK, Cameron J, Kostadinov V. Workplace risk factors for anxiety and depression in male-dominated industries: A systematic review. *Health Psychol Behav Med*. 2014; 2(1): 983-1008. [DOI:10.1080/21642850.2014.954579] [PMID] [PMCID]
10. Pesch MJ, Eide DL, Moorthy S. Western National Insurance. *J Int Acad Case Stud*. 2012; 18(1): 95.
11. Aiken LH, Cimiotti JP, Sloane DM, Smith HL, Flynn L, Neff DF. Effects of nurse staffing and nurse education on patient deaths in hospitals with different nurse work environments. *J Nurs Admin*. 2011; 49(12): 1047-53. [DOI:10.1097/MLR.0b013e3182330b6c] [PMID] [PMCID]
12. Maxson PM, Derby KM, Wroblewski DM, Foss DM. Bedside nurse-to-nurse handoff promotes patient safety. *Medsurg Nurs*. 2012; 21(3): 140-44.
13. Al-Hamdan Z, Nussera H, Masa'deh R. Conflict management style of Jordanian nurse managers and its relationship to staff nurses' intent to stay. *J Nursing Manag*. 2016; 24(2): E137-E45. [DOI:10.1111/jonm.12314] [PMID]
14. Vargens OM, Silva AC, Progianti JM. Non-invasive nursing technologies for pain relief during childbirth-The Brazilian nurse midwives' view. *Midwifery*. 2013; 29(11): E99-E106. [DOI:10.1016/j.midw.2012.11.011] [PMID]
15. Kargar Jahromi M, Javadpour S, Taheri L, Poorgholami F. Effect of nurse-led telephone follow ups (tele-nursing) on depression, anxiety and stress in hemodialysis patients. *Glob J Health Sci*. 2016; 8(3): 168-73. [DOI:10.5539/gjhs.v8n3p168] [PMID] [PMCID]
16. Dennis C-L, Grigoriadis S, Zupancic J, Kiss A, Ravitz P. Telephone-based nurse-delivered interpersonal psychotherapy for postpartum depression: nationwide randomised controlled trial. *Br J Psychiatry*. 2020; 216(4): 189-96. [DOI:10.1192/bjp.2019.275] [PMID]

17. Schwarzkopf D, Rüdell H, Thomas-Rüdell DO, Felfe J, Poidinger B, Matthäus-Krämer CT, et al. Perceived nonbeneficial treatment of patients, burnout, and intention to leave the job among ICU nurses and junior and senior physicians. *Crit Care Med.* 2017; 45(3): E265-E273. [DOI:10.1097/CCM.0000000000002081] [PMID]
18. Creswell JD. Mindfulness interventions. *Annu Rev Psychol.* 2017; 68: 491-516. [DOI:10.1146/annurev-psych-042716-051139] [PMID]
19. Schlieter J. Buddhist insight meditation (Vipassanā) and Jon Kabat-Zinn's "Mindfulness-based Stress Reduction": An example of dedifferentiation of religion and medicine? *J Contemp Relig.* 2017; 32(3): 447-63. [DOI:10.1080/13537903.2017.1362884]
20. Maher EL, Cordova JV. Evaluating equanimity: Mindfulness, intimate safety, and relationship satisfaction among meditators. *Couple Family Psychol Res Pract.* 2019; 8(2): 77-89. [DOI:10.1037/cfp0000119]
21. Pang D, Ruch W. Fusing character strengths and mindfulness interventions: Benefits for job satisfaction and performance. *J Occup Health Psychol.* 2019; 24(1): 150-162. [DOI:10.1037/ocp0000144] [PMID]
22. Lu J, Mumba MN, Lynch S, Li C, Hua C, Allen RS. Nursing students' trait mindfulness and psychological stress: A correlation and mediation analysis. *Nurse Educ Today.* 2019; 75: 41-46. [DOI:10.1016/j.nedt.2018.12.011] [PMID]
23. Benada N, Chowdhry R. A correlational study of happiness, resilience and mindfulness among nursing student. *Indian J Posit Psychol.* 2017; 8(2): 105-7.
24. Kavaklı M, Kozan HİÖ, Kesici Ş, Ak M. How can we feel happy? The examination of relationships among happiness, mindfulness and forgiveness. *Res Educ Psychol.* 2019; 3(2): 198-208.
25. Wang K, Kong F. Linking Trait Mindfulness to Life Satisfaction in Adolescents: the Mediating Role of Resilience and Self-Esteem. *Child Indic Res.* 2020; 13(1): 321-35. [DOI:10.1007/s12187-019-09698-4]
26. Lorca AM, Lorca MM, Criado JJ, Aguado R, Baños MCZ, Armesilla MDC. Using mindfulness to reduce anxiety during PET/CT studies. *Mindfulness.* 2019; 10(6): 1163-168. [DOI:10.1007/s12671-018-1065-2]
27. Choi Y, Karremans JC, Barendregt H. The happy face of mindfulness: Mindfulness meditation is associated with perceptions of happiness as rated by outside observers. *J Posit Psychol.* 2012; 7(1): 30-35. [DOI:10.1080/17439760.2011.626788]
28. Watanabe N, Furukawa TA, Horikoshi M, Katsuki F, Narisawa T, Kumachi M, et al. A mindfulness-based stress management program and treatment with omega-3 fatty acids to maintain a healthy mental state in hospital nurses (Happy Nurse Project): Study protocol for a randomized controlled trial. *Trials.* 2015; 16(1): 1-12. [DOI:10.1186/s13063-015-0554-z] [PMID] [PMCID]
29. Droit-Volet S, Fanget M, Dambrun M. Mindfulness meditation and relaxation training increases time sensitivity. *Conscious Cogn.* 2015; 31: 86-97. [DOI:10.1016/j.concog.2014.10.007] [PMID]
30. Raab K. Mindfulness, self-compassion, and empathy among health care professionals: A review of the literature. *J Health care Chaplain.* 2014; 20(3): 95-108. [DOI:10.1080/08854726.2014.913876] [PMID]
31. Brown KW, Ryan RM, Creswell JD. Addressing fundamental questions about mindfulness. *Psychol Inq.* 2007; 18(4): 272-81. [DOI:10.1080/10478400701703344]
32. Carmody J, Baer RA, Lykins E, Olendzki N. An empirical study of the mechanisms of mindfulness in a mindfulness-based stress reduction program. *J Clin Psychol.* 2009; 65(6): 613-26. [DOI:10.1002/jclp.20579] [PMID]
33. Nejat M, Zibad A, Irani H. The relationship between mindfulness and procrastination of nurses in Allameh Bohlol Gonabadi Hospital. *Zanko (J Med Sci Med Uni Kurdistan).* 2020; 21(68): 47-54.
34. Shimai S, Otake K, Utsuki N, Ikemi A, Lyubomirsky S. Development of a Japanese version of the Subjective Happiness Scale (SHS), and examination of its validity and reliability. *Japanese J Public Health [Nihon Koshu Eisei Zasshi].* 2004; 51(10): 845-53.
35. Quek KF, Low WY, Razack AH, Loh CS, Chua CB. Reliability and validity of the Spielberger State-Trait Anxiety Inventory (STAI) among urological patients: a Malaysian study. *Med J Malaysia.* 2004; 59(2): 258-67.