



Original Article

Effect of Mindfulness-Based Self-Care Education on the Quality of Female Nurses' Life

Mahdieh Fallah¹ , Maasoumeh Barkhordari-Sharifabad^{1,*} , Khdiijeh Nasiriani² 

¹ Department of Nursing, School of Medical Sciences, Yazd Branch, Islamic Azad University, Yazd, Iran

² Department of Nursing, Nursing and Midwifery Research Center, Research Centre for Neonate and Mother, Shahid Sadoughi University of Medical Sciences, Yazd, Iran

Abstract

Article history:

Received: 10 April 2022

Revised: 02 July 2022

Accepted: 12 July 2022

ePublished: 20 September 2022

*Corresponding author:

Maasoumeh Barkhordari-Sharifabad, Department of Nursing, School of Medical Sciences, Yazd Branch, Islamic Azad University, Yazd, Iran.

Email:

barkhordary.m@gmail.com



Background and Objective: The stressful nature of nursing can affect the quality of nurses' life. Mindfulness-based stress reduction can help improve the quality of their life. Therefore, the present study was conducted to investigate the effect of mindfulness-based self-care education on the quality of female nurses' life working in Afshar Hospital, Yazd, Iran.

Materials and Methods: This experimental study was conducted in 2020 on 60 female nurses working in Afshar Hospital (Yazd, Iran) randomly divided into experimental and control groups. For the experimental group, mindfulness-based self-care was taught in eight two-hour sessions. On the other hand, the control group did not receive any intervention. Data collection tools included a demographic questionnaire and the World Health Organization's Quality of Life questionnaire. Data were analyzed using descriptive and inferential statistics with a significance level of 0.05 using the SPSS software (version 19).

Results: The mean quality of life score before the intervention was not significantly different ($P=0.11$) between the control (69.58 ± 13.00) and the experimental (64.58 ± 11.41) group. After the intervention, the mean was 68.75 ± 14.21 and 69.58 ± 09.09 in the control and experimental group, respectively; however, the difference was not significant ($P=0.78$). Regarding the dimensions of the quality of life, there was a significant difference only in the psychological dimension ($P=0.001$).

Conclusion: Mindfulness-based self-care education affects the psychological dimension of the nurses' quality of life; therefore, it is suggested that programs of this kind be implemented for nurses in this field periodically to improve the quality of their life.

Keywords: Mindfulness; Nurses; Quality of Life; Self-care

Extended Abstract

Background and Objective

Quality of life is a multi-dimensional concept that is influenced by numerous important factors, such as physical and psychological conditions, individual opinions, and social connections. It is important to evaluate the quality of life of nurses since they deal with human lives; as a result, they can provide more effective services. Self-care is the first step toward health and is a science in which each person uses his knowledge, skills, and ability as a resource to independently take care of his health. Here, independently means making decisions about oneself or relying on oneself. In recent decades, the application of mindfulness-based interventions has increased. These interventions teach mindfulness skills to promote psychological health and well-being. Due to the inevitability of some factors in the nursing profession, such as mental distress and job stress, owing to the nature of the nursing profession, it is among the duties of health care service organizations to prevent psychological and behavioral effects to improve the quality of life. Therefore, this study was conducted to investigate the effect of mindfulness-based self-care education on the quality of female nurses' life.

Materials and Methods

This experimental study was conducted in 2019. The sample size was determined 30 individuals in each group. Initially, a list of eligible nurses was prepared from the nursing office, and a number was assigned to each of the nurses. Afterward, the samples were randomly placed in either control or experimental group using a table of random numbers. The inclusion criteria were being willing to participate in research, having work experience of at least 2 years, having the ability to attend all training sessions without being absent, and not having received any other training programs before and during the mindfulness intervention. On the other hand, the nurses who were on leave for more than a month, were working part-time, were under treatment with psychiatry medicines, and had a history of participating in similar programs were excluded from the study. Both groups completed the demographic form and the World Health Organization's Quality of Life questionnaire before the intervention. Subsequently, for the experimental group, mindfulness-based self-care was taught in eight two-

hour sessions weekly. Immediately after the end of the intervention, the questionnaires were completed once more by both groups. The collected data were analyzed in SPSS software (version 19), and the significance level was considered at 0.05.

Results

The results showed that at the beginning of the study, the mean scores of the quality of life of nurses in the experimental and control group were 64.58 ± 11.41 and 69.58 ± 13.00 , respectively, which according to the mean score of 50, they were in a medium-to-high level. An Independent t-test was used to compare the two groups with each other. Based on the results, in the post-test phase, there was a significant difference only in the psychological dimension of quality of life ($P=0.001$). However, there were no statistically significant differences in the overall quality of life ($P=0.78$) and physical ($P=0.27$), social ($P=0.43$), and environmental dimensions ($P=0.70$) between the two groups. The comparison results before and after the intervention showed that in the experimental group, there was a statistically significant difference between the mean quality of life and physical, mental, social, and environmental dimensions; nevertheless, this difference was not significant in the control group.

Conclusion

The present study was conducted to determine the effect of mindfulness-based self-care training on the quality of life of nurses working in Afshar Hospital in 2019. The results showed that according to the mean score of 50, at the beginning of the study, the level of nurses' satisfaction with the quality of life in both groups was medium to high. The highest and lowest mean scores were related to the physical and environmental dimensions, respectively. The results of the analysis of research findings showed that mindfulness-based self-care training had an effect on the psychological dimension of nurses' quality of life. Therefore, mindfulness-based self-care can be used as an inexpensive tool to improve the mental health of nurses. Moreover, designing comprehensive programs, holding educational workshops, and writing scientific and practical books can be useful for nursing staff. It is suggested that future studies with larger and heterogeneous samples be conducted to discover the mechanisms of the action of mindfulness-based stress reduction self-care programs on quality of life and life satisfaction.

بررسی تأثیر آموزش خودمراقبتی مبتنی بر ذهن آگاهی بر کیفیت زندگی پرستاران زن

مهديه فلاح^۱ ID، معصومه برخورداري شريف آباد^{۱*} ID، خديجه نصيرياني^۲ ID

^۱ گروه پرستاری، دانشکده علوم پزشکی، واحد یزد، دانشگاه آزاد اسلامی، یزد، ایران

^۲ گروه پرستاری، مرکز تحقیقات پرستاری و مامایی، مرکز تحقیقات مادر و کودک، دانشگاه علوم پزشکی شهید صدوقی یزد، یزد، ایران

چکیده

سابقه و هدف: استرس زا بودن ماهیت حرفه پرستاری بر کیفیت زندگی پرستاران تأثیر دارد. کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی در بهبود کیفیت زندگی پرستاران مؤثر است. پژوهش حاضر به منظور تعیین تأثیر آموزش خودمراقبتی مبتنی بر ذهن آگاهی بر کیفیت زندگی پرستاران زن شاغل در بیمارستان افشار یزد انجام شد.

مواد و روش‌ها: این پژوهش تجربی در سال ۱۳۹۸ انجام شد. در این مطالعه ۶۰ نفر از پرستاران زن شاغل در بیمارستان افشار یزد به روش تصادفی در دو گروه آزمون و کنترل قرار گرفتند. برای گروه آزمون خودمراقبتی مبتنی بر ذهن آگاهی در ۸ جلسه ۲ ساعته آموزش داده شد. گروه کنترل هیچ مداخله‌ای دریافت نکرد. ابزار گردآوری داده‌ها شامل پرسش‌نامه‌های مشخصات دموگرافیک و کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی بود. داده‌ها با استفاده از آمار توصیفی و استنباطی در سطح معناداری ۰/۰۵ با استفاده از نرم‌افزار SPSS نسخه ۱۹ تجزیه و تحلیل شدند.

یافته‌ها: میانگین نمره کل کیفیت زندگی قبل از مداخله در گروه کنترل ($69/58 \pm 13/00$) و آزمون ($68/75 \pm 14/21$) اختلاف معناداری نداشت ($P=0/11$). این میانگین بعد از مداخله در گروه کنترل ($68/75 \pm 14/21$) و آزمون ($69/58 \pm 9/09$) بود که تفاوت بین دو گروه معنادار نبود ($P=0/78$). در زمینه ابعاد کیفیت زندگی، فقط در بعد روانی تفاوت معنادار مشاهده شد ($P=0/001$).

نتیجه‌گیری: آموزش خودمراقبتی مبتنی بر ذهن آگاهی بر بعد روانی کیفیت زندگی پرستاران تأثیر دارد. لذا پیشنهاد می‌شود در این زمینه برنامه‌هایی به صورت دوره‌ای برای پرستاران اجرا شود و بدین ترتیب موجبات ارتقای سلامت روان آنان فراهم شود.

واژگان کلیدی: پرستاران؛ خودمراقبتی؛ ذهن آگاهی؛ کیفیت زندگی

تاریخ دریافت مقاله: ۱۴۰۱/۰۱/۲۱

تاریخ ویرایش مقاله: ۱۴۰۱/۰۴/۱۱

تاریخ پذیرش مقاله: ۱۴۰۱/۰۴/۲۱

تاریخ انتشار مقاله: ۱۴۰۱/۰۶/۲۹

تمامی حقوق نشر برای دانشگاه علوم پزشکی همدان محفوظ است.

* نویسنده مسئول: معصومه برخورداري شريف آباد، گروه پرستاری، دانشکده علوم پزشکی، واحد یزد، دانشگاه آزاد اسلامی، یزد، ایران.
ایمیل: barkhordary.m@gmail.com

استناد: فلاح، مهديه؛ برخورداري شريف آباد، معصومه؛ نصيرياني، خديجه. تأثیر آموزش خودمراقبتی مبتنی بر ذهن آگاهی بر کیفیت زندگی پرستاران زن. مجله مراقبت پرستاری و مامایی ابن سینا، تابستان ۱۴۰۱، ۳۰(۳): ۱۹۰-۱۸۱.

مقدمه

کیفیت زندگی مفهومی چندبعدی است که عوامل مهم و متعددی نظیر وضعیت جسمانی، روانی، عقیده فردی و ارتباطات اجتماعی بر آن تأثیر دارد [۱]. ارزیابی کیفیت زندگی پرستاران که با جان انسان‌ها سروکار دارند، اهمیت دارد تا آن‌ها بتوانند خدمات مؤثرتری را ارائه دهند. پژوهشی در این زمینه نشان داده است نمره کیفیت زندگی پرستاران در ابعاد کیفیت زندگی در حد متوسط و نمره بعد روانی آنان کمتر از بعد جسمی است [۲]. نتایج مطالعه دیگری روی پرستاران شهر ساری نشان داد دوسوم پرستاران از کیفیت زندگی خود رضایت نداشتند و بیشترین میزان نارضایتی آنان، نیازهای اولیه و پایه زندگی کاری و وجود استرس در محیط‌های کار بود که بر زندگی و امور شخصی آنان تأثیر می‌گذاشت [۳].

رسالت حرفه پرستاری ارائه مراقبت‌های بالینی به بهترین شکل ممکن به بیماران است [۴]. سلامت پرستاران به عنوان ارائه‌دهندگان مراقبت بر کیفیت مراقبت ارائه‌شده از سوی آن‌ها تأثیر دارد. لذا برای رسیدن به بیشترین کارایی در پرستاران لازم است آن‌ها افراد سالمی باشند [۵]. این در حالی است که پرستاران به علت حجم کار زیاد، نداشتن حمایت کافی، نداشتن امنیت شغلی، حقوق کم و ساعت کار زیاد معمولاً سطح زیادی از پریشانی روانی را تجربه می‌کنند [۶]. نتایج پژوهش‌ها حاکی از آن است که ۷/۴ درصد از پرستاران در هر هفته به علت خستگی روحی یا ناتوانی فیزیکی ناشی از کار غیبت می‌کنند که ۸۰ درصد بیشتر از سایر گروه‌های حرفه‌ای است [۷]. این عوامل کیفیت زندگی آنان را تحت تأثیر قرار می‌دهد [۸].

کاهش استرس بر پیامد اولیه دیسترس روانی نظیر استرس، اضطراب، افسردگی پرداخته‌اند، در این مطالعه به تأثیر استفاده از این روش بر پیامد ثانویه یعنی کیفیت زندگی پرداخته شد.

روش کار

این مطالعه از نوع تجربی بود که در سال ۱۳۹۸ انجام شد. جامعه پژوهش شامل تمام پرستاران زن شاغل در بیمارستان افشار شهر یزد بودند. از آنجاکه تمرینات ذهن آگاهی شامل حرکات آرام سازی و الزام به انجام حین آموزش بود، طبق دستور کمیته اخلاق فقط زنان انتخاب شدند. با در نظر گرفتن سطح معنی داری ۵ درصد، توان آزمون ۸۰ درصد، انحراف معیار ۸/۵ با توجه به مطالعه مشابه [۲۱] و برای رسیدن به افزایش معنادار در میانگین نمره حداقل ۶، تعداد ۳۰ نفر در هر گروه در نظر گرفته شد. در این مطالعه نمونه‌گیری به شیوه در دسترس بر اساس معیارهای ورود و خروج انجام شد. بدین صورت که بعد از گرفتن مجوزهای لازم، لیست پرستاران واجد شرایط از دفتر پرستاری تهیه و به هریک از آن‌ها عددی اختصاص داده شد. سپس به صورت تصادفی ساده با استفاده از جدول اعداد تصادفی، افراد در دو گروه کنترل و آزمون قرار گرفتند. معیارهای ورود به مطالعه شامل تمایل شرکت در پژوهش، سابقه کاری حداقل ۲ سال، توانایی حضور در تمامی جلسات آموزش بدون غیبت و دریافت نکردن هیچ گونه برنامه آموزشی قبل یا حین انجام مداخله ذهن آگاهی بود. پرستارانی که در مرخصی بیش از یک ماه یا نیمه وقت بودند، تحت درمان با داروهای روان پزشکی بودند و سابقه شرکت در برنامه‌های مشابه داشتند، از مطالعه خارج شدند. معیارهای خروج شامل انصراف از ادامه شرکت در پژوهش، حضور غیرفعال و نامنظم در جلسات آموزشی، انتقال از بیمارستان‌های پژوهش به مرکز و انجام ندادن تمرین‌های آموزشی ذهن آگاهی بود.

قبل از انجام مداخله از هر دو گروه رضایت‌نامه آگاهانه گرفته شد. هر دو گروه ابتدا پرسش‌نامه‌های مشخصات دموگرافیک و کیفیت زندگی را با مدت زمان تقریبی ۳۰ دقیقه تکمیل کردند. سپس برای گروه آزمون آموزش خودمراقبتی مبتنی بر ذهن آگاهی انجام شد و بلافاصله بعد از پایان مطالعه، مجدداً هر دو گروه پرسش‌نامه‌ها را تکمیل کردند. آموزش خودمراقبتی مبتنی بر ذهن آگاهی مطابق با الگوی Kabat-Zinn [۱]، به مدت ۸ جلسه آموزشی ۲ ساعته به صورت حضوری، زیر نظر روان‌شناس متخصص انجام شد. جلسات به صورت هفتگی و در ماه‌های آذر و دی ۱۳۹۸ در سالن آموزش بیمارستان و جلسه آخر در محوطه بیمارستان افشار یزد برگزار شد. اساتید گروه روان‌شناسی و پرستاری محتوای آموزشی را تأیید کردند. پس از اتمام جلسات، به منظور رعایت موارد اخلاقی و حرفه‌ای در پژوهش، فیلم جلسات به صورت سی دی در اختیار گروه کنترل قرار داده شد. در جدول ۱ محتوای جلسات ذکر شده است.

خودمراقبتی گام اول سلامت است. خودمراقبتی علمی است که در آن هر فرد از دانش، مهارت و توان خود به عنوان منبع استفاده می‌کند تا به طور مستقل از سلامت خود مراقبت کند. منظور از به طور مستقل، تصمیم‌گیری درباره خود یا اتکا به خود است. این تصمیم‌گیری شامل مشورت و کسب کمک تخصصی یا غیرتخصصی از دیگران است [۷]. یافته‌های تحقیقات پژوهشگران نشان می‌دهد بین ذهن آگاهی و رفتارهای خودمراقبتی ارتباط معنی داری وجود دارد. در واقع، زمانی که فرد به شیوه ذهن آگاهانه زندگی می‌کند و به مهارت‌های ذهن آگاهی مجهز است و آموزه‌های مبتنی بر ذهن آگاهی مانند پذیرش در جریان زندگی او حضور دارد، در نتیجه به احتمال بیشتر رفتارهایی را انجام می‌دهد که با افزایش خودمراقبتی مرتبط است [۸].

ذهن آگاهی و حضور ذهن روشی است که مدت‌هاست برای کاستن یا از بین بردن مشکلات زندگی، ناراحتی‌ها و پریشانی‌های روان‌شناختی به کار می‌رود. در دهه‌های اخیر، استفاده از مداخلات مبتنی بر ذهن آگاهی افزایش یافته است که مهارت‌های حضور ذهن را برای ارتقای سلامت و بهزیستی روان‌شناختی آموزش می‌دهد. مفهوم ذهن آگاهی از سنت‌های معنوی شرق سرچشمه گرفته است و به شکلی از کنترل توجه اشاره دارد که از طریق تمرین‌های فکری رشد می‌کند [۹] و اجازه می‌دهد افراد به عقب برگردند و شرایط زندگی‌شان را تحلیل کنند و به روشی نو، نه عادی، واکنش نشان دهند. در ذهن آگاهی فرد تلاش می‌کند نسبت به افکار، عواطف و تعامل با دیگران بینش و بصیرت یابد و بتواند به صورت ماهرانه پاسخ هدفمند و مفید را انتخاب کند، به جای اینکه به طور خودکار با روش‌های خو گرفته و ناهوشیار واکنش نشان دهد [۱۰]. رایج‌ترین روش آموزش ذهن آگاهی، آموزش ذهن آگاهی مبتنی بر کاهش استرس است که به شکل برنامه کاهش استرس و برنامه آرامش‌آموزی شناخته می‌شود [۱۱].

برنامه ذهن آگاهی مبتنی بر کاهش استرس به منظور کمک به افراد برای بهبود بهزیستی روان‌شناختی از طریق عملکرد ذهنی ویژه طراحی شده است که به افراد کمک می‌کند بین وضعیت جسمی و روانی به گونه‌ای ارتباط برقرار کنند که بیشتر غیرقانونی و پذیرفته شده باشد [۱۲، ۱۳]. نتایج پژوهش‌ها حاکی از آن است که ذهن آگاهی مبتنی بر کاهش استرس اثرات مثبتی بر اضطراب و افسردگی [۱۴]، فرسودگی شغلی [۱۵]، خستگی [۱۶، ۱۸]، رضایت شغلی و رفاه و آرامش [۱۲، ۱۹] دارد.

با توجه به اجتناب‌ناپذیر بودن برخی عوامل در حرفه پرستاری از جمله دیسترس روانی و تنش شغلی به دلیل ماهیت حرفه پرستاری، لزوم پیشگیری از آثار روانی و رفتاری در راستای بهبود کیفیت زندگی از جمله وظایف سازمان‌های خدمات بهداشتی درمانی است [۲۰]. بدین ترتیب به کارگیری روش درمانی جدیدی که با کمترین عوارض و هزینه کیفیت زندگی پرستاران را ارقا بخشد، اهمیت خاصی دارد. از آنجاکه مطالعات انجام‌شده در کشور بیشتر به تأثیر ذهن آگاهی مبتنی بر

جلسه اول	<p>اصول کلی خودمراقبتی مبتنی بر ذهن آگاهی، ماهیت تشکیل جلسه، معرفی و آشنایی اعضا با یکدیگر، شرح مختصر ۸ جلسه و انجام مدیتیشن خوردن یک کشمش تشریح شد. سپس به مدت ۳۰ دقیقه مدیتیشن اسکن بدن و صحبت درباره احساسات ناشی از انجام این مدیتیشن ها انجام شد. سپس تکلیف خانگی بیان شد که شامل پیاده کردن چیزی که در تمرین خوردن کشمش آموخته بودند، در مورد غذا خوردن یا ظرف شستن بود.</p>
جلسه دوم	<p>در ابتدای جلسه دوم شرکت کنندگان به انجام مدیتیشن اسکن بدن تشویق شدند. سپس تجربه خود را از مدیتیشن اسکن بدن و انجام تکلیف خانگی بیان کردند. بعد درباره موانع انجام تمرین (مثل بی قراری و پرسه زدن ذهن) و راه حل های برنامه ذهن آگاهی برای این مسئله (غیرقضاوتی بودن و رها کردن افکار مزاحم) و همچنین تفاوت بین افکار و احساسات بحث شد. در انتها از شرکت کنندگان خواسته شد مدیتیشن را در حالت نشسته انجام دهند. برای تکلیف خانگی انجام مدیتیشن نشسته، اسکن بدن و ذهن آگاهی یک فعالیت روزمره جدید داده شد.</p>
جلسه سوم	<p>جلسه سوم بعد از بحث درباره تکالیف خانگی، با تمرین دیدن و شنیدن آغاز و از شرکت کنندگان خواسته شد به طور غیرقضاوتی و به مدت ۲ دقیقه نگاه کنند و گوش دهند. این تمرین با مدیتیشن نشسته و تمرین ۳ دقیقه ای فضای تنفسی شامل ۳ مرحله توجه به تمرین در لحظه انجام، توجه به تنفس و توجه به بدن انجام شد. سپس یکی از تمرین های حرکات ذهن آگاه بدن انجام شد. تکالیف خانگی شامل مدیتیشن نشسته، اسکن بدن یا یک حرکت بدنی ذهن آگاه، تمرین ۳ دقیقه ای فضای تنفسی، ذهن آگاهی یک فعالیت روزمره جدید و ذهن آگاهی یک رویداد ناخوشایند بود.</p>
جلسه چهارم	<p>در آغاز جلسه چهارم توجه به تنفس، صداها و افکار بدن و افکار بیان شد. در ادامه درباره پاسخ های استرس و واکنش فرد به موقعیت های دشوار و نگرش ها و رفتارهای جایگزین بحث شد. در انتهای جلسه، قدم زدن ذهن آگاه تمرین شد. تکالیف خانگی در این جلسه شامل مدیتیشن نشسته، اسکن بدن یا یکی از حرکات بدنی ذهن آگاه و تمرین فضای تنفسی ۳ دقیقه ای (در یک رویداد ناخوشایند) بود.</p>
جلسه پنجم	<p>در ابتدای جلسه پنجم از شرکت کنندگان خواسته شد مدیتیشن نشسته را انجام دهند. در ادامه سری دوم حرکات ذهن آگاه بدن ارائه و اجرا شد. تکالیف خانگی عبارت بودند از: مدیتیشن نشسته، فضای تنفسی ۳ دقیقه ای در یک رویداد ناخوشایند و ذهن آگاهی یک فعالیت جدید روزمره.</p>
جلسه ششم	<p>جلسه ششم با تمرین فضای تنفسی ۳ دقیقه ای آغاز و تکالیف خانگی در گروه های دوتایی بحث شد. بعد تمرینی با این مضمون که «محتوای افکار اکثراً واقعی نیست» انجام شد. پس از آن چهار تمرین مدیتیشن به مدت ۱ ساعت پی در پی ارائه شد. در ادامه درباره پاسخ های استرس و واکنش فرد به موقعیت های دشوار و نگرش ها و رفتارهای جایگزین بحث شد. در انتهای جلسه، قدم زدن ذهن آگاه تمرین شد. تکالیف خانگی عبارت بودند از: مدیتیشن نشسته، اسکن بدن یا یکی از حرکات بدنی ذهن آگاه و تمرین فضای تنفسی ۳ دقیقه ای (در یک رویداد ناخوشایند).</p>
جلسه هفتم	<p>جلسه هفتم با مدیتیشن چهاربعدی و آگاهی نسبت به هرآنچه در لحظه به هشیاری وارد می شود، آغاز شد. مضمون این جلسه این بود که «بهترین راه مراقبت از خودم چیست». در ادامه تمرینی ارائه شد که در آن شرکت کنندگان مشخص می کردند کدام یک از رویدادهای زندگی شان خوشایند و کدام یک ناخوشایند است و چگونه می توان برنامه ای چید که به اندازه کافی رویدادهای خوشایند در آن باشد. پس از آن فضای تنفسی ۳ دقیقه ای انجام شد. تمرین خانگی عبارت بود از: انجام ترکیبی از مدیتیشن که برای فرد مرجح است، انجام تمرین فضای تمرین تنفسی ۳ دقیقه ای در یک رویداد ناخوشایند، ذهن آگاهی یک فعالیت روزمره جدید.</p>
جلسه هشتم	<p>مضمون جلسه هشتم استفاده از چیزی بود که تاکنون یاد گرفته بودند. همچنین مراقبه طبیعت انجام شد که شامل قدم زدن در طبیعت با روش ذهن آگاهی بود. این جلسه با مدیتیشن اسکن بدن آغاز و سپس تمرین فضای تنفسی ۳ دقیقه ای انجام شد. همچنین درباره روش های کنار آمدن با موانع انجام مدیتیشن بحث شد. پس از آن درباره کل جلسه سؤالاتی مطرح شد از این قبیل که آیا شرکت کنندگان به انتظارات خود دست یافته اند، آیا احساس می کنند شخصیتشان رشد کرده است، آیا احساس می کنند مهارت های مقابله آنان افزایش یافته است و آیا این موارد را دوست دارند.</p>

(۲۵) را می سنجد. دو سؤال اول به هیچ یک از حیطه ها تعلق ندارد و وضعیت سلامت و کیفیت زندگی را به شکل کلی ارزیابی می کند. برای نمره دهی، به هریک از ۲۶ سؤال، نمره ۱ تا ۵ داده می شود. سؤالات ۳، ۴ و ۲۶ به صورت وارونه نمره گذاری می شوند. سپس نمره خام به دست آمده برای هر حیطه به نمره ای استاندارد بین ۰ تا ۱۰۰ تبدیل می شود. نمره بیشتر نشان دهنده کیفیت زندگی بیشتر است.

این ابزار به زبان های متفاوت ترجمه و روان سنجی شده است [۲۳، ۲۴]. در مطالعه ای ویژگی های روان سنجی پرسش نامه با

ابزار گردآوری داده ها شامل دو بخش بود: پرسش نامه مشخصات دموگرافیک که شامل سن، سطح تحصیلات، سابقه کار بود و پرسش نامه کیفیت زندگی. پرسش نامه کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی (فرم خلاصه) (WHOQOL-BREF) را سازمان بهداشت جهانی با همکاری ۱۵ مرکز بین المللی در سال ۱۹۸۹ تهیه کرده است [۲۲]. این پرسش نامه ۲۶ عبارت دارد که ۴ حیطه سلامت جسمی (عبارات ۳، ۴، ۱۰، ۱۵، ۱۶، ۱۷، ۱۸)، سلامت روانی (عبارات ۵، ۶، ۷، ۱۱، ۱۹، ۲۶)، روابط اجتماعی (عبارات ۲۰، ۲۱، ۲۲) و سلامت محیطی (عبارات ۸، ۹، ۱۲، ۱۳، ۱۴، ۲۳، ۲۴)

(IR.IAU.KHUISF. REC.1398.236) بود. گرفتن مجوزهای لازم برای انجام پژوهش، رضایت آگاهانه تمام افراد بررسی شده، توضیح درباره روش اجرا و هدف از انجام تحقیق و پاسخ به سؤالات مشارکت کنندگان از دیگر ملاحظات اخلاقی بود که در این پژوهش رعایت شد.

نتایج

نتایج حاصل از مشخصات دموگرافیک نشان داد بین دو گروه از نظر متغیر سن، سابقه کار و سطح تحصیلات تفاوت آماری معناداری وجود ندارد (جدول ۲).

نتایج نشان داد در ابتدای مطالعه، میانگین کیفیت زندگی پرستاران در گروه آزمون $64/58 \pm 11/41$ و کنترل $69/58 \pm 13/58$ بود که با توجه به میانگین نمره ۵۰، در سطح متوسط به بالاست. برای مقایسه قبل و بعد از مداخله از آزمون تی زوجی استفاده شد. نتایج حاکی از آن بود که در گروه آزمون، تفاوت آماری معناداری بین میانگین کیفیت زندگی ($P=0/01$) و ابعاد جسمی ($P=0/008$)، روانی ($P=0/001$)، اجتماعی ($P=0/001$) و محیطی ($P=0/02$) وجود داشت ($P<0/05$)، ولی این تفاوت در گروه کنترل معنادار نبود (جدول ۳).

استفاده از داده‌های به‌دست‌آمده از ۲۳ کشور بررسی شد که نتایج حاکی از ثبات درونی، روایی افتراقی و سازه مطلوب بود و به‌عنوان یک ابزار معتبر و بین‌فرهنگی معرفی شد [۲۵]. Garcia-Campayo و همکاران روایی سازه این پرسش‌نامه را با تحلیل عاملی تأییدی بررسی کردند که نتایج حاکی از برازش مناسب آن بود. ضریب آلفای کرونباخ برای پرسش‌نامه کلی ۰/۸۷ و زیرمقیاس‌ها بین ۰/۷۲ تا ۰/۷۹ گزارش شده است [۲۶]. نجات و همکاران روان‌سنجی نسخه فارسی پرسش‌نامه را روی ۱۱۶۷ نفر ارزیابی کردند. نتایج به‌دست‌آمده حاکی از روایی قابل قبول عوامل ساختاری این ابزار در ایران بود. ضریب آلفای کرونباخ برای ابعاد سلامت جسمانی ۰/۷۰، سلامت روان ۰/۷۳، روابط اجتماعی ۰/۵۵ و سلامت محیط ۰/۸۴ به‌دست آمد [۲۷].

تجزیه و تحلیل داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار SPSS نسخه ۱۹ انجام شد. داده‌ها با استفاده از آمار توصیفی (میانگین و فراوانی) و آمار استنباطی (تی مستقل و زوجی) تجزیه و تحلیل شدند. سطح معنی‌داری ۰/۰۵ در نظر گرفته شد. آزمون کولموگروف اسمیرنوف تبعیت داده‌ها را از توزیع نرمال مشخص می‌کند.

ملاحظات اخلاقی این پژوهش شامل گرفتن کد اخلاق از کمیته اخلاق دانشگاه آزاد اسلامی واحد خوراسگان

جدول ۲: مقایسه مشخصات دموگرافیک در دو گروه آزمون و کنترل

متغیر	کنترل	آزمون	سطح معناداری
سن (به سال)	$38/06 \pm 7/19$	$43/39 \pm 5/07$	۰/۳۹
سابقه کار (به سال)	$15/10 \pm 6/01$	$16/96 \pm 4/52$	۰/۱۷
متغیر	تعداد (درصد)	تعداد (درصد)	سطح معناداری
سطح تحصیلات	کارشناسی کارشناسی ارشد	۲۱ (۷۰/۰۰) ۹ (۳۰/۰۰)	۱/۰۰

جدول ۳: مقایسه کیفیت زندگی و ابعاد آن قبل و بعد از مداخله در گروه آزمون و کنترل

متغیرها	قبل از مداخله	بعد از مداخله	مقدار t	سطح معناداری
بعد جسمی				
گروه کنترل	$63/09 \pm 11/38$	$65/71 \pm 11/69$	۱/۴۳	۰/۱۶
گروه آزمون	$57/85 \pm 11/50$	$62/61 \pm 9/78$	۲/۸۳	۰/۰۰۸
بعد روانی				
گروه کنترل	$57/36 \pm 11/08$	$58/75 \pm 9/98$	۱/۹۸	۰/۰۵۸
گروه آزمون	$52/91 \pm 7/27$	$66/57 \pm 7/13$	۶/۸۸	۰/۰۰۱
بعد اجتماعی				
گروه کنترل	$60/00 \pm 14/41$	$64/72 \pm 13/25$	۲/۰۳	۰/۰۵۱
گروه آزمون	$58/33 \pm 17/64$	$67/22 \pm 11/35$	۳/۵۲	۰/۰۰۱
بعد محیطی				
گروه کنترل	$56/77 \pm 9/03$	$57/29 \pm 9/07$	۰/۷۲	۰/۴۷
گروه آزمون	$54/89 \pm 8/27$	$58/12 \pm 7/59$	۲/۴۱	۰/۰۲
کیفیت زندگی کلی				
گروه کنترل	$69/58 \pm 13/00$	$68/75 \pm 14/21$	-۰/۴۲	۰/۶۷
گروه آزمون	$64/58 \pm 11/41$	$69/58 \pm 9/09$	۲/۵۶	۰/۰۱

جدول ۴: مقایسه کیفیت زندگی و ابعاد آن بین دو گروه آزمون و کنترل قبل و بعد از مداخله

متغیرها	گروه کنترل (۳۰ نفر)	گروه آزمون (۳۰ نفر)	مقدار تی	سطح معناداری
بعد جسمی				
قبل از مداخله	۶۳/۰۹ ± ۱۱/۳۸	۵۷/۸۵ ± ۱۱/۵۰	-۱/۷۷	۰/۰۸
بعد از مداخله	۶۵/۷۱ ± ۱۱/۶۹	۶۲/۶۱ ± ۹/۷۸	-۱/۱۱	۰/۲۷
بعد روانی				
قبل از مداخله	۵۷/۳۶ ± ۱۱/۰۸	۵۲/۹۱ ± ۷/۲۷	-۱/۸۳	۰/۰۷
بعد از مداخله	۵۸/۷۵ ± ۹/۹۸	۶۶/۵۷ ± ۷/۱۳	۳/۴۷	۰/۰۰۱
بعد اجتماعی				
قبل از مداخله	۶۰/۰۰ ± ۱۴/۴۱	۵۸/۳۳ ± ۱۷/۶۴	-۰/۴۰	۰/۰۶
بعد از مداخله	۶۴/۷۲ ± ۱۳/۲۵	۶۷/۲۲ ± ۱۱/۳۵	۰/۷۸	۰/۴۳
بعد محیطی				
قبل از مداخله	۵۶/۷۷ ± ۹/۰۳	۵۴/۸۹ ± ۸/۲۷	-۰/۸۳	۰/۴۰
بعد از مداخله	۵۷/۲۹ ± ۹/۰۷	۵۸/۱۲ ± ۷/۵۹	۰/۳۸	۰/۷۰
کیفیت زندگی کلی				
قبل از مداخله	۶۹/۵۸ ± ۱۳/۰۰	۶۴/۵۸ ± ۱۱/۴۱	-۱/۵۸	۰/۱۱
بعد از مداخله	۶۸/۷۵ ± ۱۴/۲۱	۶۹/۵۸ ± ۹/۰۹	۰/۲۷	۰/۷۸

برای مقایسه بین دو گروه از آزمون آماری تی مستقل استفاده شد. نتایج حاکی از آن بود که در پس آزمون، فقط در بعد روانی کیفیت زندگی تفاوت معنادار بود ($P=0/001$)، و تفاوت آماری معناداری در کیفیت زندگی کلی ($P=0/78$) و ابعاد جسمی ($P=0/27$)، اجتماعی ($P=0/43$) و محیطی ($P=0/70$) بین دو گروه وجود نداشت (جدول ۴).

بحث

پژوهش حاضر به منظور تعیین تأثیر آموزش خودمراقبتی مبتنی بر ذهن آگاهی بر کیفیت زندگی پرستاران شاغل در بیمارستان افشار یزد در سال ۱۳۹۸ انجام شد. نتایج نشان داد با توجه به میانگین نمره ۵۰، در ابتدای مطالعه سطح رضایت پرستاران از کیفیت زندگی در هر دو گروه متوسط به بالا بود. در بین حیطه‌ها، بیشترین میانگین مربوط به بعد جسمی و کمترین میانگین مربوط به بعد محیطی بود. هم‌راستا با این نتایج، یافته‌های مطالعه یوسفی و همکاران (۲۰۱۹) نیز حاکی از سطح متوسط کیفیت زندگی پرستاران در شهر شیراز بود [۲۸]. در سنگاپور Kowitlawkul و همکاران (۲۰۱۹) نشان دادند سطح کیفیت زندگی کلی پرستاران بیشتر از حد متوسط است و بعد روانی بیشترین نمره و بعد محیطی کمترین نمره را داشته است. همچنین پرستاران رضایت متوسطی از تمام ابعاد مقیاس کیفیت زندگی داشتند [۲۹]. مطالعه Lewko و همکاران (۲۰۱۹) روی پرستاران در لهستان نشان داد آنان کیفیت زندگی نسبتاً خوبی دارند و بیشترین میانگین مربوط به ابعاد اجتماعی و روانی بود [۳۰]. عواملی مانند استرس شغلی، اختلالات عاطفی، روابط نزدیک با

بیماران و مسئولیت مرگ و زندگی آن‌ها از عوامل استرس‌زایی است که موجب افت کیفیت زندگی در پرستاران می‌شود [۲۸]. تفاوت در نتایج مطالعات را می‌توان به جامعه پژوهشی و شرایط کاری متفاوت پرستاران، امکانات در دسترس و حمایت درک‌شده آنان نسبت داد. در مطالعه حاضر کمترین میانگین مربوط به حیطه محیطی بود که مواردی از قبیل احساس امنیت، توانایی مالی، میزان دسترسی به اطلاعات مورد نیاز، فعالیت‌های تفریحی، دسترسی به منابع بهداشتی، رضایت از محل سکونت و دسترسی به امکانات حمل‌ونقل را می‌پرسد که به نظر می‌رسد پرستاران در این زمینه‌ها دغدغه بیشتری دارند. این موضوع باید مدنظر مدیران و سیاست‌گذاران پرستاری قرار گیرد.

نتایج نشان داد آموزش خودمراقبتی مبتنی بر ذهن آگاهی در گروه آزمون به بهبود کیفیت زندگی پرستاران در تمامی حیطه‌ها منجر شد. در مقایسه بین دو گروه کنترل و آزمون فقط در بعد روانی تفاوت وجود داشت. این نتایج با یافته‌های سایر مطالعات هم‌راستا است [۱۲، ۲۱، ۳۲، ۳۳]. نتایج مطالعه زرنقاش و همکاران (۱۳۹۵) حاکی از آن بود که مداخله درمانی کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی به‌طور معناداری موجب افزایش کیفیت زندگی و تاب‌آوری می‌شود [۳۱]. تأثیر مثبت و معنی‌دار ذهن آگاهی بر کیفیت زندگی در مطالعه هوشیار و همکاران (۱۳۹۷) نیز بیان شده است [۳۲]. Ghawadra و همکاران در سال ۲۰۱۹ در یک مرور سیستماتیک به این نتیجه دست یافتند که کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی در کاهش دیسترس روانی پرستاران مؤثر است [۱۲]. در مطالعه Anderson (۲۰۲۰) میانگین نمرات رضایت از زندگی قبل و بعد از مداخله کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی در

پرستاران بخش مراقبت‌های ویژه تفاوت معناداری داشت، هرچند تأثیر مداخله در پیگیری بعد از ۴ ماه ناچیز بود [۳۴]. به‌طور کلی می‌توان بیان کرد که کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی مداخله‌ای امیدوارکننده برای رفاه روانی پرستاران است. البته این نکته را باید مدنظر داشت که نتایج بیشتر مطالعات حاکی از آن بود که مداخلات ذهن آگاهی بر بهبود پیامدهای اولیه نظیر سطح استرس [۱۵، ۱۷، ۳۵، ۳۶]، اضطراب و افسردگی [۱۴، ۱۶، ۳۵] تأثیر دارد. ناهمسو با نتایج مطالعه حاضر، در مطالعه Dos Santos و همکاران (۲۰۱۶)، استفاده از مداخلات مبتنی بر ذهن آگاهی، بهبودی در رضایت از زندگی، شفقت به خود، استرس در محل کار، کیفیت زندگی و ابعاد اجتماعی و محیطی آن پس از مداخله تا پیگیری (۶ هفته) نسبت به قبل از مداخله حاصل نشد [۱۶]. در مطالعه Gouveia و Duarte (۲۰۱۷) نسط در علائم اضطراب و افسردگی بهبود مشاهده نشد [۱۸].

در این مطالعه، بین کیفیت زندگی دو گروه به‌جز بعد روانی، تفاوت معناداری وجود نداشت. شاید بتوان این‌طور استدلال کرد که چون کیفیت زندگی و رضایت از زندگی حوزه‌های پیچیده‌ای با جنبه‌های متعدد هستند، خودمراقبتی مبتنی بر ذهن آگاهی ممکن است تأثیر متفاوتی بر افراد داشته باشد. رویکرد ذهن آگاهی ترکیبی از روش‌های رفتاری آرامش‌درمانی، آرامش‌آموزی و مراقبه است که شامل آموزش کنترل تنفس و توجه، مشاهده حس‌ها و احساس‌های بدنی، توصیف این احساس‌ها، پذیرش بدون قضاوت آن‌ها و افکار همراه و حضور در زمان حاضر به‌خصوص در فعالیت‌های روزمره می‌شود [۳۷]. با توجه به این آموزش‌ها در خلال مداخله درمانی، تفاوت بین دو گروه کنترل و آزمون در بعد روانی کیفیت زندگی قابل توجه است.

از آنجاکه بعد جسمی شامل مواردی از قبیل تحرک، فعالیت‌های روزانه، ظرفیت عملکردی، انرژی، درد و خواب، بعد اجتماعی شامل روابط شخصی و حمایت اجتماعی و بعد محیطی شامل موضوعاتی نظیر منابع مالی، ایمنی، محیط فیزیکی زندگی و تفریح است، شاید بتوان تأثیر نداشتن خودمراقبتی مبتنی بر ذهن آگاهی را بر این ابعاد به دوره کوتاه‌مدت آن نسبت داد. می‌توان استدلال کرد برای اینکه کیفیت زندگی در تمام ابعاد ارتقا یابد، به آموزش مداوم این روش‌ها نیاز است، به‌طوری‌که جزئی از سبک و شیوه زندگی افراد شوند.

در راستای تبیین این یافته‌ها می‌توان گفت که آموزش خودمراقبتی مبتنی بر ذهن آگاهی باعث بهتر شدن بعد روانی کیفیت زندگی می‌شود. ذهن آگاهی باعث می‌شود افراد به صورت منطقی و مثبت با استرس‌های زندگی مقابله کنند و بازارزبایی مثبتی نسبت به حوادث و اتفاقات زندگی داشته باشند [۳۸] که بر روان افراد تأثیر مثبتی خواهد داشت.

از محدودیت‌های مطالعه حاضر این بود که این مطالعه فقط روی پرستاران زن و تنها در یک بیمارستان انجام شد؛ بنابراین،

تعمیم اطلاعات حاصل از این مطالعه باید با احتیاط انجام شود. از محدودیت‌های دیگر می‌توان به تداخل جلسات مداخله با شیفت کاری پرستاران، محدودیت در برنامه‌ریزی زمان‌بندی اجرای پژوهش با توجه به اولویت داشتن برنامه‌های بیمارستان و ابزار اندازه‌گیری پژوهش اشاره کرد که فقط پرسش‌نامه بود. استفاده از پرسش‌نامه ممکن است نتواند اطلاعات دقیقی را به همراه داشته باشد. در پرسش‌نامه این احتمال وجود دارد که آزمودنی سعی کند آن‌گونه که باید باشد، نه آن‌گونه که هست، به سؤالات پاسخ دهد و این موضوع ممکن است نتایج تحقیق را تحت تأثیر قرار دهد (بحث مطلوبیت اجتماعی).

نتیجه‌گیری

نتایج حاصل از تجزیه و تحلیل یافته‌های پژوهش نشان داد آموزش خودمراقبتی مبتنی بر ذهن آگاهی بر بعد روانی کیفیت زندگی پرستاران تأثیر دارد؛ بنابراین، خودمراقبتی مبتنی بر ذهن آگاهی به‌عنوان ابزاری ارزشمند برای ارتقای سلامت روان پرستاران استفاده می‌شود. طراحی برنامه‌های کلان، برگزاری کارگاه‌های آموزشی، تألیف کتب علمی و کاربردی برای کارکنان پرستاری مفید خواهد بود.

پیشنهاد می‌شود مطالعات آینده با نمونه‌های بیشتر و ناهمگن برای کشف مکانیسم‌های عملکرد برنامه خودمراقبتی کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی بر کیفیت و رضایت از زندگی انجام شود.

تشکر و قدردانی

بدین‌وسیله پژوهشگران از پرستاران شرکت‌کننده در این پژوهش قدردانی می‌کنند. همچنین از روان‌شناس محترم، خانم فرهنگ که در زمینه آموزش به پرستاران همکاری کردند، تقدیر و تشکر می‌شود.

تضاد منافع

نویسندگان اظهار می‌دارند که تعارض منافع ندارند.

ملاحظات اخلاقی

گرفتن مجوزهای لازم و کد اخلاق (IR.IAU.KHUISF. REC.1398.236)، گرفتن رضایت آگاهانه از تمام افراد شرکت‌کننده در مطالعه، توضیح در زمینه روش اجرا و هدف از انجام تحقیق و پاسخ به سؤالات شرکت‌کنندگان از ملاحظات اخلاقی بود که در این پژوهش رعایت شد.

سهم نویسندگان

نویسنده اول در طراحی مطالعه پژوهش و گردآوری داده‌ها و همچنین تهیه پیش‌نویس مقاله مشارکت داشت. سهم نویسنده دوم به‌عنوان نویسنده مسئول در طراحی مطالعه، تجزیه و تحلیل و تفسیر داده‌ها، نگارش و تأیید نسخه نهایی مقاله اهمیت دارد. نقش نویسنده سوم در تحلیل و تفسیر داده‌ها و بازبینی و اصلاح موشکافانه مقاله قابل تقدیر است.

حمایت مالی

این پژوهش حامی مالی ندارد و با هزینه نویسندگان انجام شده است.

REFERENCES

- Nasiry Zarrin Ghabaee N, Talebpour Amir F, Hosseini Velshkolaei MR, Rajabzadeh R. Quality of life and its relationship to the job stress in among nursing staff in Hospitals of Sari, in 2015. *J Nurs Educ*. 2016;**5**(2):40-8. [Persian]
- Rajabzadeh Z, Shahbazimoghadam G, Nikroo T, Pourakbaran E. Assessment of mental health status among nurses working in hospitals in Behbahan city. *Fund Ment Health*. 2016;**18**:388-91. [Persian] DOI: [10.22038/ijfmh.2016.7781](https://doi.org/10.22038/ijfmh.2016.7781)
- Amin NA, Quek KF, Oxley JA, Noah R, Nordin R. Emotional distress as a predictor of work-related musculoskeletal disorders in Malaysian nursing professionals. *Int J Occup Environ Med*. 2018;**9**(2):69-78. PMID: [29667644](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29667644/) DOI: [10.15171/ijom.2018.1158](https://doi.org/10.15171/ijom.2018.1158)
- Bernal D, Campos Serna J, Tobias A, Vargas Prada S, Benavides FG, Serra C. Work-related psychosocial risk factors and musculoskeletal disorders in hospital nurses and nursing aides: a systematic review and meta-analysis. *Int J Nurs Stud*. 2015;**52**(2):635-48. PMID: [25480459](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25480459/) DOI: [10.1016/j.ijnurstu.2014.11.003](https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2014.11.003)
- Yazdi Moghaddam H, Estaji Z, Heydari A. Study of the quality of life of nurses in sabzevar hospitals in 2005-2006. *J Sabzevar Uni Med Sci*. 2009;**16**(1):50-6. [Persian]
- Yazdi Moghaddam H, Estaji Z, Heydari A. Study of the quality of life of nurses in sabzevar hospitals in 2005-2006. *JSUMS*. 2009;**16**(1):50-6. [Persian]
- Imeni F, Sadeghi M, Gholamrezae S. The effect of spirituality group therapy on self-compassion and control of blood sugar in women with type 2 diabetes. *Nurs Midwifery J*. 2018;**16**(1):55-64. [Persian]
- Nikoogoftar M, Ghasemi Jobneh R. Effectiveness of mindfulness training on self-care in women with type II diabetes. *J Res Behav Sci*. 2017;**14**(4):428-33. [Persian] DOI: [10.1001.1.17352029.1395.14.4.3.1](https://doi.org/10.1001.1.17352029.1395.14.4.3.1)
- Baer RA. Mindfulness training as a clinical intervention: A conceptual and empirical review. *Clin Psychol: Sci Pract*. 2003;**10**(2):125-143 DOI: [10.1093/clipsy.bpg015](https://doi.org/10.1093/clipsy.bpg015)
- Arab Ghaeni M, Hashemian K, Mojtabaei M, Majd Ara E, Aghabeiki A. The effect of mindfulness training (MBSR) on the increasing assertiveness among anxious students. *Stud Med Sci*. 2017;**28**(2):119-29. [Persian]
- Kabat Zinn J. Mindfulness based interventions in context: past, present, and future. *Clin Psychol: Sci Pract*. 2006;**10**(2):144-56. DOI: [10.1093/clipsy.bpg016](https://doi.org/10.1093/clipsy.bpg016)
- Ghawadra SF, Abdullah KL, Choo WY, Phang CK. Mindfulness-based stress reduction for psychological distress among nurses: A systematic review. *J Clin Nurs*. 2019;**28**(21-22):3747-58. PMID: [31267619](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31267619/) DOI: [10.1111/jocn.14987](https://doi.org/10.1111/jocn.14987)
- Kabat Zinn J. Mindfulness-based stress reduction (MBSR). *Constructivism in the Human Sciences*. 2003;**8**(2):73-83.
- Ando M, Natsume T, Kukihara H, Shibata H, Ito S. Efficacy of mindfulness-based meditation therapy on the sense of coherence and mental health of nurses. *Health*. 2011;**3**(2):118-22. DOI: [10.4236/health.2011.32022](https://doi.org/10.4236/health.2011.32022)
- Bazarko D, Cate RA, Azocar F, Kreitzer MJ. The impact of an innovative mindfulness-based stress reduction program on the health and well-being of nurses employed in a corporate setting. *J Workplace Behav Health*. 2013;**28**(2):107-33. PMID: [23667348](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23667348/) DOI: [10.1080/15555240.2013.779518](https://doi.org/10.1080/15555240.2013.779518)
- dos Santos TM, Kozasa EH, Carmagnani IS, Tanaka LH, Lacerda SS, Nogueira Martins LA. Positive effects of a stress reduction program based on mindfulness meditation in Brazilian nursing professionals: Qualitative and quantitative evaluation. *Explore (NY)*. 2016;**12**(2):90-9. PMID: [26778081](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26778081/) DOI: [10.1016/j.explore.2015.12.005](https://doi.org/10.1016/j.explore.2015.12.005)
- Duarte J, Pinto Gouveia J. Effectiveness of a mindfulness-based intervention on oncology nurses' burnout and compassion fatigue symptoms: A non-randomized study. *Int J Nurs Stud*. 2016;**64**:98-107. PMID: [27744228](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27744228/) DOI: [10.1016/j.ijnurstu.2016.10.002](https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2016.10.002)
- Duarte J, Pinto Gouveia J. Mindfulness, self-compassion and psychological inflexibility mediate the effects of a mindfulness-based intervention in a sample of oncology nurses. *J Contextual Behav Sci*. 2017;**6**(2):1-9. DOI: [10.1016/j.jcbs.2017.03.002](https://doi.org/10.1016/j.jcbs.2017.03.002)
- Foureur M, Besley K, Burton G, Yu N, Crisp J. Enhancing the resilience of nurses and midwives: Pilot of a mindfulness-based program for increased health, sense of coherence and decreased depression, anxiety and stress. *Contemp Nurse*. 2013;**45**(1):114-25. PMID: [24099232](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24099232/) DOI: [10.5172/conu.2013.45.1.114](https://doi.org/10.5172/conu.2013.45.1.114)
- Abedini R, Choobineh A, Hasanzadeh J. Musculoskeletal load assessment in hospital nurses with patient transfer activity. *J Occup Hyg Eng*. 2013;**5**(2):39-45.
- Mir Rajaei AA, Sepehri Shamloo Z, Shahidi Sales S. The effectiveness of mindfulness-based stress reduction on perceived stress, resilience and quality of life in nurses. *Iran J Psychiat Nurs*. 2017;**4**(5):1-8. [Persian] DOI: [10.21859/ijpn-04051](https://doi.org/10.21859/ijpn-04051)
- Organization WH. The world health organization quality of life (WHOQOL)-BREF. Geneva, Switzerland: World Health Organization; 2004.
- Bonomi AE, Patrick DL, Bushnell DM, Martin M. Validation of the United States' version of the world health organization quality of life (WHOQOL) instrument. *J Clin Epidemiol*. 2000;**53**(1):1-12. PMID: [10693897](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/10693897/) DOI: [10.1016/s0895-4356\(99\)00123-7](https://doi.org/10.1016/s0895-4356(99)00123-7)
- Cheung YB, Yeo KK, Chong KJ, Khoo EY, Wee HL. Reliability and validity of the English-, Chinese-and Malay-language versions of the World Health Organization quality of life (WHOQOL-BREF) questionnaire in Singapore. *Ann Acad Med Singap*. 2017;**46**(12):461-9. PMID: [29355283](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29355283/)
- Skevington SM, Lotfy M, O'Connell KA. The world health organization's WHOQOL-BREF quality of life assessment: psychometric properties and results of the international field trial. A report from the WHOQOL group. *Qual Life Res*. 2004;**13**(2):299-310. PMID: [15085902](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15085902/) DOI: [10.1023/b:qure.0000018486.91360.00](https://doi.org/10.1023/b:qure.0000018486.91360.00)
- Garcia Campayo J, Navarro Gil M, Andres E, Montero Marin J, Lopez Artal L, Demarzo MMP. Validation of the Spanish versions of the long (26 items) and short (12 items) forms of the self-compassion scale (SCS). *Health Qual Life Outcomes*. 2014;**12**(1):1-9. PMID: [24410742](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24410742/) DOI: [10.1186/1477-7525-12-4](https://doi.org/10.1186/1477-7525-12-4)
- Nejat S, Montazeri A, Holakouie Naieni K, Mohammad K, Majdzadeh SR. The world health organization quality of life (WHOQOL-BREF) questionnaire: translation and validation study of the Iranian version. *J Sch Public Health Inst Public Health Res*. 2006;**4**(4):1-12. [Persian]
- Yusefi A, Ebrahim Z, Bastani P, Najibi M, Radinmanesh M, Mehrtak M. Health literacy status and its relationship with quality of life among nurses in teaching hospitals of Shiraz University of Medical Sciences. *Iran J Nurs Midwifery Res*. 2019;**24**(1):73-9. PMID: [30622582](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30622582/) DOI: [10.4103/ijnmr.ijnmr.205.17](https://doi.org/10.4103/ijnmr.ijnmr.205.17)
- Kowitlawkul Y, Yap SF, Makabe S, Chan S, Takagai J, Tam WWS, et al. Investigating nurses' quality of life and work-life balance statuses in Singapore. *Int Nurs Rev*. 2019;**66**(1):61-9. PMID: [29633267](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29633267/) DOI: [10.1111/inr.12457](https://doi.org/10.1111/inr.12457)
- Lewko J, Misiak B, Sierzanowicz R. The relationship between mental health and the quality of life of Polish nurses with many years of experience in the profession: a cross-sectional study. *Int J Environ Res Public Health*. 2019;**16**(1798):1-10. PMID: [31117197](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31117197/) DOI: [10.3390/ijerph16101798](https://doi.org/10.3390/ijerph16101798)
- Zarnaghash M, Mehrabi M, Bashldeh k, Davoodi I, Marashi SA. The effectiveness of mindfulness-based stress reduction on quality of life and resiliency of veterans spouses in Ahvaz. *Journal of Psychological Models and Methods*. 2016;**7**(23):83-99. [Persian] DOI: [10.1001.1.22285516.1395.7.23.5.5](https://doi.org/10.1001.1.22285516.1395.7.23.5.5)

32. Hooshyar M, Kakavand A, Ahmadi A. The effectiveness of mindfulness-based therapy on quality of life and coping strategies of mothers of children with autistic spectrum disorder. *Socialworkmag*. 2018;**7**(2):32-9. [Persian]
33. Oraki M, Sami P. The effect of mindfulness integrated behavior-cognitive therapy on psychological well-being and quality of life among multiple sclerosis patients. *J Health Psychol*. 2017;**5**(20):34-47.
34. Anderson N. An evaluation of a mindfulness-based stress reduction intervention for critical care nursing staff: A quality improvement project. *Nurs Crit Care*. 2020;**26**(6):1-8. DOI: [10.1111/nicc.12552](https://doi.org/10.1111/nicc.12552)
35. Lan HK, Subramanian P, Rahmat N, Kar PC. The effects of mindfulness training program on reducing stress and promoting well-being among nurses in critical care units. *Aust J Adv Nurs*. 2014;**31**(3):1-10.
36. Pipe TB, Bortz JJ, Dueck A, Pendergast D, Buchda V, Summers J. Nurse leader mindfulness meditation program for stress management: a randomized controlled trial. *J Nurs Adm*. 2009;**39**(3):130-7. PMID: [19590469](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19590469/) DOI: [10.1097/nna.0b013e31819894a0](https://doi.org/10.1097/nna.0b013e31819894a0)
37. Golpour Chamarkohi R, Mohammadamini Z. The efficacy of mindfulness based stress reduction on mindfulness and assertiveness of students with test anxiety. *J Sch Psychol*. 2012;**1**(3):82-100. [Persian]
38. Colle KFF, Vincent A, Cha SS, Loehrer LL, Bauer BA, Wahner Roedler DL. Measurement of quality of life and participant experience with the mindfulness-based stress reduction program. *Complement Ther Clin Pract*. 2010;**16**(1):36-40. PMID: [20129408](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20129408/) DOI: [10.1016/j.ctcp.2009.06.008](https://doi.org/10.1016/j.ctcp.2009.06.008)