



The Mediating Role of Mindfulness in the Relationship between Anxiety of Covid-19 and Quality of Professional Life in Nurses

Ali Kazemi¹, Ahi Qasem^{2*}

1- M.A in Clinical Psychology, Department of Psychology, Birjand Branch, Islamic Azad University, Birjand, Iran
<https://orcid.org/0000-0002-9901-7317>

2- Assistant Professor, Department of Psychology, Birjand Branch, Islamic Azad University, Birjand, Iran.
<https://orcid.org/0000-0002-2772-7053>

*Corresponding author: Qasem Ahi, Assistant Professor, Department of Psychology, Birjand Branch, Islamic Azad University, Birjand, Iran.

Email: Ahigh1356@yahoo.com

Received: 1 Sep 2021

Revised: 13 June 2022

Accepted: 5 July 2022

Abstract

Introduction: COVID-19 has put unprecedented pressure on healthcare systems around the world and posed different challenges for nurses. The aim of this study was to investigate the mediating role of mindfulness in the relationship between corona anxiety and quality of professional life in nurses.

Methods: The present study was a descriptive correlational study and its statistical society consisted of all nurses working in public hospitals in Birjand (N = 550) in the period from April to June 2021. Research tools were distributed among 300 people. Convenience sampling method was used to select the sample. Professional quality of life scale, Corona disease anxiety scale and five-facet mindfulness questionnaire were used to collect data. Data were analyzed using structural equation modeling and SPSS-22 and Lisrel 8.8.

Results: Out of 300 distributed questionnaires, 269 people answered the questionnaires completely. The mean and standard deviation of age were 32.54 and 7.85, respectively. The highest correlation was observed between the description and observation component of mindfulness ($p < 0.01$) and the lowest correlation was observed between the burnout component of professional quality of life and physical anxiety ($p < 0.01$). The results showed that the direct path of Corona anxiety to mindfulness ($p < 0.01$), mindfulness to professional quality of life ($p < 0.01$) and corona anxiety to professional quality of life ($p < 0.05$) was significant. Furthermore, it was found that the indirect pathway between corona anxiety and professional quality of life is mediated by mindfulness ($p < 0.01$).

Conclusions: The findings of this study supported the mediating role of mindfulness in the relationship between corona anxiety and professional quality of life. Therefore, it seems necessary to consider the role of these predictor variables by specialists, therapists, health care organizations and institutions when hiring, training, internships and retraining of nurses.

Keywords: Anxiety of COVID-19, Mindfulness, Quality of professional life.

How to cite this article: Kazemi A, Ahi Qasem. The Mediating Role of Mindfulness in the Relationship between Anxiety of Covid-19 and Quality of Professional Life in Nurses. Journal of Nursing Education (JNE). August-September 2022. p :18-29.

Issn/ © 2022 The Authors. Published by Iranian Nursing Association.

This is an open access article under the CC BY license (license (<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>))

[Persian].



<https://doi.org/10.22034/JNE.11.3.18>

نقش میانجی ذهن آگاهی در رابطه بین اضطراب بیماری کرونا و کیفیت زندگی حرفه‌ای پرستاران

علی کاظمی^۱، قاسم آهی^{۲*}

۱- کارشناس ارشد روان‌شناسی بالینی، گروه روانشناسی، واحد بیرجند، دانشگاه آزاد اسلامی، بیرجند، ایران.

<https://orcid.org/۷۳۱۷-۹۹۰۱-۰۰۰۲-۰۰۰۰>

۲- استادیار، گروه روان‌شناسی، واحد بیرجند، دانشگاه آزاد اسلامی، بیرجند، ایران.

<https://orcid.org/۰۰۰۰-۰۰۰۲-۲۷۷۲-۷۰۵۳>

* نویسنده مسئول: قاسم آهی، استادیار، گروه روان‌شناسی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد بیرجند، بیرجند، ایران.
ایمیل: ahigh1356@yahoo.com

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۱/۴/۱۸

تاریخ بازیابی: ۱۴۰۱/۳/۲۳

تاریخ دریافت: ۱۴۰۰/۶/۱۰

چکیده

مقدمه: COVID-19 فشار بی‌سابقه‌ای بر سیستم بهداشت و درمان کشورها وارد کرده و چالش‌های مختلفی را برای نیروی کار پرستاری ایجاد کرده است. این پژوهش با هدف بررسی نقش میانجی ذهن آگاهی در رابطه بین اضطراب بیماری کرونا و کیفیت زندگی حرفه‌ای پرستاران انجام شد.

روش کار: پژوهش حاضر توصیفی از نوع همبستگی بود و جامعه آماری آن را کلیه پرستاران شاغل در بیمارستان‌های دولتی شهر بیرجند (۵۵۰) در سال ۱۴۰۰ تشکیل داد. ابزارهای پژوهش بین ۳۰۰ نفر توزیع شد. برای انتخاب نمونه از روش نمونه‌گیری در دسترس استفاده شد. برای گردآوری داده‌ها مقیاس کیفیت زندگی حرفه‌ای، مقیاس اضطراب بیماری کرونا و پرسشنامه پنج بعدی ذهن آگاهی بکار رفت. داده‌ها به کمک مدل یابی معادلات ساختاری و استفاده از نرم‌افزار SPSS-22 و Lisrel 8.8 تحلیل شد.

یافته‌ها: از بین ۳۰۰ پرسشنامه توزیع شده ۲۶۹ نفر به پرسشنامه‌ها پاسخ کامل دادند. میانگین و انحراف معیار سن شرکت‌کننده‌ها ۳۲/۵۴ و ۷/۸۵ بود. بیشترین مقدار همبستگی بین مؤلفه توصیف و مشاهده ذهن آگاهی ($p < ۰/۰۱$) و کمترین همبستگی بین مؤلفه فرسودگی کیفیت زندگی حرفه‌ای و اضطراب جسمانی ($p < ۰/۰۱$) مشاهده شد. نتایج پژوهش نشان داد که مسیر مستقیم اضطراب کرونا به ذهن آگاهی ($p < ۰/۰۱$)، ذهن آگاهی به کیفیت زندگی حرفه‌ای ($p < ۰/۰۱$) و اضطراب کرونا به کیفیت زندگی حرفه‌ای ($p < ۰/۰۵$) معنی‌دار بود. به علاوه مشخص شد که مسیر غیرمستقیم بین اضطراب بیماری کرونا و کیفیت زندگی حرفه‌ای از طریق ذهن آگاهی میانجی می‌شود ($p < ۰/۰۱$).

نتیجه‌گیری: یافته‌های پژوهش از نقش میانجی ذهن آگاهی در رابطه بین اضطراب بیماری کرونا و کیفیت زندگی حرفه‌ای پرستاران حمایت کرد؛ بنابراین در نظر گرفتن نقش این متغیرهای پیش‌بین و میانجی توسط متخصصان، درمانگران، سازمان‌ها و مؤسسات خدمات سلامت به هنگام استخدام، آموزش، کارورزی و بازآموزی حرفه‌ای پرستاران ضروری به نظر می‌رسد.

کلیدواژه‌ها: اضطراب بیماری کرونا، ذهن آگاهی، کیفیت زندگی حرفه‌ای پرستاران.

مقدمه

بیماری کرونا ویروس (COVID-19) یک ویروس جدید است [۱] که به طور سریع و عمیق زندگی مردم را تحت تأثیر قرار داد [۲]. موارد ابتلا و مرگ و میر جهانی این بیماری تا تاریخ ۵ نوامبر ۲۰۲۱ به ۲۴۹۶۶۶۳۷۸ و ۵۴۰۹۵۹۳ نفر رسیده است [۱]. کرونا ویروس فشار بی سابقه‌ای بر سیستم بهداشت و درمان کشورها وارد کرده، بر عملکرد کاری و سلامت روان متخصصان سلامت تأثیر گذاشته و حتی زندگی آن‌ها را به خطر انداخته است [۳]، به نحوی که متخصصان سلامت دومین قربانی آن هستند، زیرا آسیب‌های روان‌شناختی، حرفه‌ای و اخلاقی قابل توجهی را متحمل شده‌اند [۴]. این بیماری باعث خستگی جسمی و روانی، استرس، اضطراب و فرسودگی شغلی در مراقبین سلامت روان شده است. به دلیل فشار بیشتر برای انتخاب بین مسئولیت‌های خانواده و احساسات درونی خود نسبت به بیماران، مراقبان خط مقدم کرونا ویروس از جمله پرستاران از مشکلات عاطفی و فرسودگی شغلی رنج می‌برند. این شرایط خاص باعث ایجاد استرس و خستگی بیش‌ازحد و همچنین ناتوانی کادر پزشکی می‌شود. در این شرایط پرستاران در معرض خطر درماندگی روان‌شناختی و سایر مشکلات سلامت روان قرار داشته و کیفیت زندگی حرفه‌ای‌شان کاهش می‌یابد [۵، ۶]. کیفیت زندگی حرفه‌ای به توانایی اعضای یک گروه برای برآورده کردن نیازهای شخصی خود از طریق تجربیاتشان در بافت سازمانی تعریف شده است [۷].

تداوم و طولانی شدن همه‌گیری کرونا ویروس، محیط کاری پر فشار، تغییر دستورالعمل‌های درمانی، عدم دسترسی به تجهیزات حفاظت فردی، مواجهه مکرر پرستاران با آسیب‌ها و افزایش تقاضاهای کاری ناشی از این بیماری می‌تواند رضایت از دلسوزی آن‌ها را کاهش دهد و خستگی از دلسوزی و فرسودگی را افزایش دهد [۸]. در یک مطالعه ۹۶/۳ و ۷۶/۶ درصد کارکنان مراقبت سلامت خستگی از دلسوزی و فرسودگی متوسط را گزارش کردند [۹]. خستگی و فرسودگی شغلی نه تنها منجر به علائم جسمی، هیجانی و مشکلات مرتبط با کار می‌شوند، بلکه بر کیفیت مراقبت از بیمار تأثیر دارند و تهدیدی برای امنیت بیمار هستند [۱۰]. اگرچه تأثیر روانی این تغییرات به‌خوبی اثبات شده است، اما نیازهای بهداشت روان بیماران و گروه‌های مراقب سلامت

روان از جمله پرستاران نسبتاً نادیده گرفته شده است [۲]. از آنجا که بهبود کیفیت زندگی حرفه‌ای پرستاران و پزشکان یکی از عوامل مهم برای اطمینان از ثبات سیستم بهداشتی است و کیفیت بالای زندگی حرفه‌ای نه تنها عملکرد شغلی بلکه سلامت روانی و جسمی را تحت تأثیر قرار می‌دهد [۱۱]؛ این پژوهش به دنبال شناسایی عواملی است که بر اساس آن پرستاران بتوانند کیفیت زندگی حرفه‌ای بهتری را برای ارائه مراقبت کامل و با کیفیت بالا به بیماران تجربه کنند.

افرادی که از اضطراب مرتبط با همه‌گیری‌های قبلی رنج برده‌اند، سطح بالایی از استرس، استرس پس از سانحه، اضطراب، خودکشی، غیبت و رها کردن کار را گزارش می‌کنند [۱۲]. تماس مستقیم کادر بهداشتی به‌خصوص پرستاران، آن‌ها را در معرض حوادث آسیب‌زا مانند رنج و مرگ بیماران قرار می‌دهد و این می‌تواند ترس و اضطراب آن‌ها را بیشتر کند [۱۳]. Lee و همکاران [۱۲] دریافتند که بخش قابل توجهی از مراقبان سلامت روان در مواجهه با کروناویروس علائم افسردگی، اضطراب، بی‌خوابی و درماندگی را گزارش کردند و پرستاران علائم شدیدتری نسبت به سایرین داشتند. نتایج مشابهی توسط سایر پژوهشگران [۳، ۱۶-۱۴] گزارش شده است. منبع اصلی اضطراب پرستاران ترس از آلوده شدن است. منابع دیگر شامل کمبود تجهیزات محافظت شخصی، عدم دسترسی به تست کروناویروس، ترس از انتقال ویروس از محل کار به خانه و سایر محیط‌های زندگی، عدم دسترسی به مراکز مراقبت از کودکان و ترس از ماندن در یک بخش یا واحد ناآشنا است [۳]. مواجهه مداوم با این اضطراب با سلامت جسمی، روان‌شناختی و عملکرد پرستاران از جمله میل به غذا، سرگیجه، اختلال خواب، تهوع و استفراغ، اختلال در عملکردهای بدن، مصرف الکل یا مواد، استرس، افسردگی، افکار خودکشی، کیفیت زندگی و خستگی رابطه دارد [۳، ۶، ۱۲]. سایر یافته‌ها رابطه اضطراب و ترس ناشی از کروناویروس را با افسردگی، رضایت از زندگی و سلامت روان، مشکلات خواب و حل مسئله تأیید کرده‌اند [۱۵، ۱۷، ۱۸]. اقدامات پیشگیرانه و شناسایی عوامل میانجی رابطه بین اضطراب بیماری و پیامدهای سلامت ضروری است زیرا می‌تواند از پیامدهای آن جلوگیری کند. همچنین برای تداوم نیروی کار پرستاری بسیار درگیر حیاتی است [۳].

اضطراب بیماری کرونا و کیفیت زندگی حرفه‌ای در پرستاران انجام شد.

روش کار

پژوهش حاضر توصیفی از نوع همبستگی بود و جامعه آماری آن را کلیه پرستاران شاغل در بیمارستان‌های دولتی شهر بیرجند (۵۵۰) در بازه زمانی فروردین تا خرداد ۱۴۰۰ تشکیل داد. به نظر Gilford حداقل حجم نمونه ۲۰۰ نفر است، در همین راستا کامری پیشنهاد کرده است گروه نمونه ۱۰۰ نفری ضعیف است، ۲۰۰ نفری نسبتاً مناسب است، ۳۰۰ نفری خوب، ۵۰۰ نفری خیلی خوب و ۱۰۰۰ نفری عالی است [۲۴]. بر این اساس تعداد اعضای نمونه ۳۰۰ نفر در نظر گرفته شد اما ۲۶۹ نفر به پرسشنامه‌ها پاسخ کامل دادند. برای انتخاب نمونه از روش نمونه‌گیری در دسترس استفاده شد. بدین ترتیب که پژوهشگر به بیمارستان‌های دولتی شهر بیرجند مراجعه کرده و پرسشنامه‌های موردنظر بین پرستاران حاضر در بخش‌های جراحی اعصاب، سوختگی، داخلی، روان‌پزشکی، ارتوپدی زنان، ICU، CCU، NICU، پست آنژیوگرافی، چشم، گوش و حلق و بینی، آنژیوگرافی، اورولوژی و اورژانس بیمارستان‌های امام رضا (ع)، رازی و ولی عصر (عج) توزیع گردید. معیارهای ورود به مطالعه عبارت بودند دارا بودن حداقل مدرک کارشناسی پرستاری و دارا بودن حداقل یک سال سابقه کار بالینی، رضایت آگاهانه برای شرکت در پژوهش، به‌علاوه پرستار حتماً باید در یکی از بخش‌های بیمارستان نظیر اورژانس، بخش‌های جراحی، روان‌درمانی یا مرکز مراقبت‌های ویژه مشغول به ارائه خدمات باشد. ملاک‌های خروج شامل عدم پاسخ کامل به پرسشنامه‌ها بود.

پرسشنامه کیفیت زندگی حرفه‌ای: پرسشنامه کیفیت زندگی حرفه‌ای یک پرسشنامه ۳۰ سؤالی خودگزارش دهی است که توسط Stamm [۲۵] طراحی و ساخته شد. آیت‌ها بر روی یک مقیاس ۵ درجه لیکرت درجه‌بندی می‌شوند. نتایج تحلیل عاملی اکتشافی ساختار سه عاملی شامل فرسودگی، رضایت از دلسوزی و استرس تروماتیک ثانوی را به دست داد. نمرات بالاتر در هر خرده مقیاس نشان‌دهنده علائم بیشتر است. اعتبار پرسشنامه نیز در دامنه ۰/۷۵ و ۰/۸۱ و گزارش شد [۲۰]. یافته‌های مختاری، آهی و شریف‌زاده [۲۶] ساختار سه عاملی پژوهش اصلی را تایید کرد و اعتبار آن را

مهم است که پرستاران طی این همه‌گیری از بهداشت روانی خود غافل نشوند و اهمیت راهبردهای مراقبت از خود به عنوان مثال خواب کافی، تغذیه سالم، ورزش منظم، ارتباطات اجتماعی و هوشیاری را برای تقویت انعطاف‌پذیری خود درک کنند. به‌عبارت‌دیگر تاب‌آوری روان‌شناختی در مقابل شرایط استرس‌زا با خودآگاهی آغاز می‌شود و مبتنی بر خودکارآمدی، کنار آمدن و ذهن آگاهی است و ذهن آگاهی انعطاف‌پذیری روان‌شناختی را برای تنظیم احساسات افزایش می‌دهد [۱۹]. ذهن آگاهی با نگرش پذیرش همراه است، بنابراین افرادی که ذهن آگاهی بالایی دارند، کمتر تحت تأثیر احساسات ناراحت‌کننده‌ای مانند افسردگی و اضطراب قرار می‌گیرند [۲۰]. در حمایت از چنین ایده‌ای یافته‌ها نشان می‌دهد که ترس از کروناویروس رابطه معکوس با ذهن آگاهی دارد. ذهن آگاهی میانجی رابطه بین ترس از کرونا ویروس با افسردگی و اضطراب است [۲۱]. Hou و همکاران [۲۲] دریافتند که تاب‌آوری می‌تواند تأثیر حمایت اجتماعی بر سلامت روان کارکنان مراقبت‌های بهداشتی را طی کرونا ویروس میانجی کند. Dymecka و همکاران [۱۸] گزارش کردند که رابطه بین استرس و رضایت از زندگی از طریق احساس انسجام میانجی می‌شود و ترس از کروناویروس رابطه بین استرس و احساس انسجام را تعدیل می‌کند. Boyraz و همکاران [۲۳] دریافتند که نگرانی‌های مربوط به کروناویروس و انزوای اجتماعی رابطه بین آسیب‌پذیری ادراک شده و استرس تروماتیک به کرونا ویروس را میانجی می‌کنند.

با توجه به شدت مشکلات حرفه پرستاری و پیامدهای ناشی از آن توسعه برنامه‌های پشتیبانی برای حذف محدودیت‌ها و منابع اختلال در عملکرد پرستاران و همچنین تقویت و تعدیل منابع مؤثر بر بهزیستی و سلامت پرستاران لازم است. پرداختن به پیش‌آیندهای کیفیت زندگی حرفه‌ای با نقش میانجی ذهن آگاهی مهم به نظر می‌رسد. این حیطه پژوهشی جدید و به‌تازگی وارد ادبیات روانشناسی شده است و خلأ پژوهشی موجود در این زمینه احساس می‌شود. درحالی‌که استرس و فرسودگی شغلی در پرستاران با گستردگی بررسی شده است پژوهش‌های اندکی پیامدهای احتمالی سازه‌های پیش‌آیند و ملاک را با نقش میانجی ذهن آگاهی بررسی کرده است؛ بنابراین پژوهش حاضر با هدف بررسی نقش میانجی ذهن آگاهی در رابطه بین

در دامنه ۰/۸۴، ۰/۷۶ و ۰/۶۴ گزارش برآورد کرد.

مقیاس اضطراب بیماری کرونا ویروس: مقیاس اضطراب بیماری کرونا ویروس یک مقیاس ۱۸ آیتمی است که توسط علی پور، قدمی، علی پور و همکاران [۲۷] ساخته شد و بر روی یک مقیاس ۵ درجه‌ای لیکرت از هرگز (۱) تا همیشه (۵) درجه‌بندی می‌شود. آیتم‌های ۱ تا ۹ علائم روانی اضطراب و گویه‌های ۱۰ تا ۱۸ علائم جسمانی اضطراب را می‌سنجد. ۲-۸ گاتمن برای کل پرسشنامه ۰/۹۲ و ضریب آلفای کرونباخ برای علائم روانی ۰/۸۸، علائم جسمانی ۰/۸۶ و کل پرسشنامه ۰/۹۱ به دست آمد. شاخص‌های تحلیل عاملی تأییدی (AGFI=۰.۹۸, NFI=۱.۰۰, CFI=۱.۰۰, GFI=۰.۹۹, RMSEA=۰.۰۸۶) حاکی از برازندگی مدل بود. پرسشنامه پنج بعدی ذهن آگاهی: برای اندازه‌گیری ذهن آگاهی از فرم کوتاه ۱۵ سؤالی پرسشنامه پنج بعدی ذهن آگاهی استفاده شد که توسط Gu و همکاران [۲۸] تهیه و نرم شده است. این پرسشنامه پنج خرده مقیاس مشاهده، توصیف، اقدام آگاهانه، غیرواکنشی بودن و غیر قضاوتی بودن دارد و بر روی یک مقیاس ۵ درجه‌ای لیکرت از هرگز (۱) تا همیشه (۵) درجه‌بندی می‌شود. ضرایب آلفای کرونباخ برای خرده مقیاس‌های پنج‌گانه این پرسشنامه در دامنه ۰/۶۴ تا ۰/۸۴ برآورد شد. به‌علاوه ضرایب همبستگی منفی و معنی‌دار با پرسشنامه افسردگی بک-۲ که در دامنه ۰/۱۸ تا -۰/۴۲ منفی قرار گرفت نشان‌دهنده روابی و اگرایی این پرسشنامه بود. در این پژوهش اعتبار با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ برای خرده مقیاس‌های مذکور به ترتیب ۰/۷۴، ۰/۷۹، ۰/۸۱، ۰/۷۱ و ۰/۷۷ برآورد شد. پس از انجام تحلیل عاملی تأییدی و همبسته کردن مسیر سؤال دوم به سؤال سوم شاخص‌های برازش $P < 0.05$ و $df=66$ و $IFI=0.90$ ، $GFI=0.90$ ، $NFI=0.90$ ، $CFI=0.89$ ، $X^2=236/49$ و $RMSEA=0.094$ محاسبه شد که حاکی از برازندگی مدل بود.

این پژوهش دارای کد اخلاق به شماره IR.BUMS. REC.1399.428 از کمیته اخلاق در پژوهش‌های زیست پزشکی دانشگاه علوم پزشکی بیرجند می‌باشد. به‌منظور رعایت مسائل اخلاقی پژوهش، رضایت‌نامه‌ای تهیه شد که در آن به‌صورت کلی هدف پژوهش توضیح داده‌شده بود. افراد شرکت‌کننده ابتدا رضایت‌نامه را مطالعه نموده

و در صورت تمایل در پژوهش شرکت نمودند. به‌علاوه به شرکت‌کنندگان توضیح داده شد که شرکت در پژوهش هیچ‌گونه هزینه مالی برای شرکت‌کننده نخواهد داشت. با توجه به احترام به فرد و اختیارات او، هر زمان که شرکت‌کننده خواست می‌توانست از پژوهش خارج شود. شرکت‌کننده‌ها از هدف و سودمندی تحقیق آگاه شدند. به شرکت‌کننده‌ها تأکید شد که انجام این پژوهش و شرکت در آن هیچ‌گونه ضرری برای آن‌ها نخواهند داشت.

برای بررسی فرضیه‌های پژوهش از ضریب همبستگی پیرسون و مدل یابی معادلات ساختاری و نرم‌افزار SPSS-22 و Lisrel 8.8 استفاده شد.

یافته‌ها

از مجموع ۳۰۰ پرسشنامه توزیع شده، ۲۶۹ پرسشنامه واجد ملاک‌های لازم جهت تجزیه و تحلیل تشخیص داده شد. بقیه پرسشنامه‌ها ناقص پر شده بود یا عودت داده نشد. از مجموع ۲۶۹ نفر ۱۷۶ نفر (۶۵/۴۰ درصد) زن بودند. میانگین و انحراف معیار سن شرکت‌کنندگان ۳۲/۵۴ و ۷/۸۵ بود. قبل از تحلیل داده‌های پژوهش مفروضه‌های زیربنایی تحلیل موردبررسی قرار گرفت. از مهم‌ترین این مفروضه‌ها مفروضه نرمال بودن، یکسان بودن، اندازه‌گیری متغیرها در سطح فاصله‌ای، پراکندگی رگرسیون‌های چند متغیری و فقدان هم خطی بودن چندگانه است. شاخص‌های چولگی و کشیدگی نشان داد هیچ‌یک از متغیرهای پژوهش از مفروضه نرمال بودن تخطی ندارند. هومن [۲۴] معتقد است اگر تعداد طبقه‌های رتبه‌ای پنج یا بیشتر باشد، احتمالاً می‌توان با آن‌ها مانند داده‌های فاصله‌ای رفتار کرد. به‌علاوه یکسانی پراکندگی متغیرهای درون‌زا، یکسان نبودن پراکندگی رگرسیون‌های چندمتغیری را ناروا نمی‌سازد، زیرا روش‌های رگرسیون‌های چندمتغیری از جمله بیشینه احتمال، نسبت به تخطی از نرمال بودن توزیع جمله‌های خطا مقاوم می‌باشد. از سوی دیگر، با توجه به اینکه حجم نمونه مطالعه حاضر تا حدی بزرگ می‌باشد، می‌توان بر برقراری این مفروضه اطمینان کرد. هم خطی چندگانه در متغیرهای برون‌زا وجود نداشت. بنا به نظر بسیاری از صاحب‌نظران از جمله اشرف (۱۹۸۳) همبستگی‌های بالاتر از ۰/۸۰ بین متغیرهای برون‌زا بیانگر هم خطی بودن چندگانه است [۲۴].

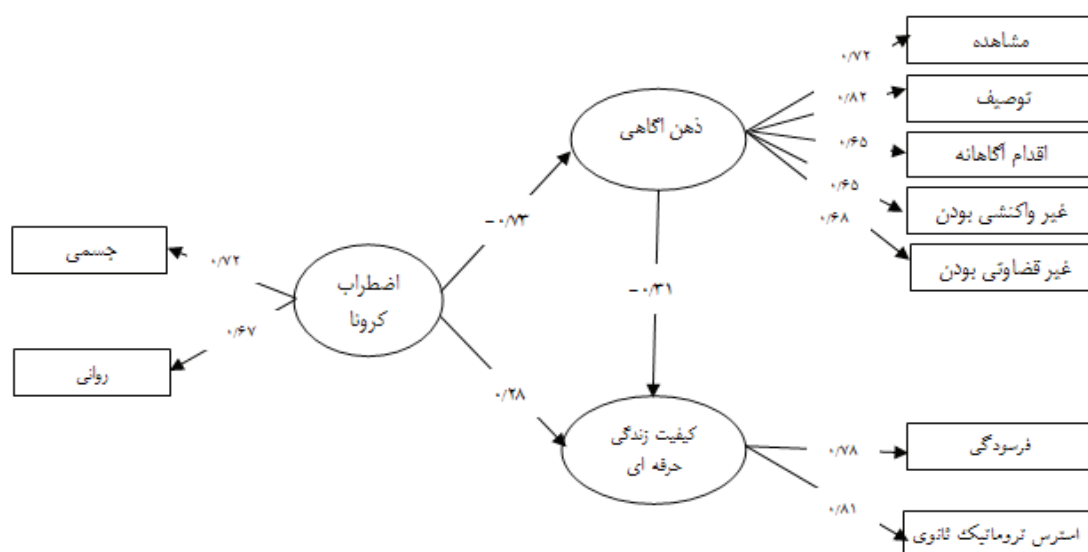
جدول ۱. ماتریس همبستگی متغیرهای پژوهش در پرستاران

روان	جسمی	مشاهده	توصیف	غیر واکنشی بودن	اقدام آگاهانه	غیر قضاوتی بودن	فرسودگی	استرس تروماتیک ثانوی
روانی								
جسمی	۰/۴۸**							
مشاهده	-۰/۳۵**	۱						
توصیف	-۰/۳۸**	-۰/۴۰**	۱					
غیر واکنشی بودن	-۰/۳۱**	-۰/۲۸**	۰/۴۹**	۱				
اقدام آگاهانه	-۰/۳۵**	-۰/۳۹**	۰/۴۰**	۰/۴۳**	۱			
غیر قضاوتی بودن	-۰/۴۴**	-۰/۳۵**	۰/۴۶**	۰/۳۲**	۰/۶۰**	۱		
فرسودگی	۰/۲۷**	۰/۲۲**	-۰/۳۳**	-۰/۳۱**	-۰/۲۳**	-۰/۲۸**	۱	
استرس تروماتیک ثانوی	۰/۳۷**	۰/۲۳**	-۰/۲۶**	-۰/۳۱**	-۰/۲۴**	-۰/۳۳**	۰/۶۳**	۱
میانگین	۱۸/۵۵	۱۶/۹۶	۹/۳۰	۹/۳۶	۸/۷۸	۹/۷۰	۲۲/۸۹	۲۲/۴۷
انحراف استاندارد	۵/۹۲	۵/۵۶	۲/۹۰	۲/۵۰	۲/۴۹	۲/۸۲	۶/۲۲	۶/۱۰

مجذور (ordinary least square techniques) برتر بوده و می‌تواند به منظور ارزیابی کفایت الگوهای نظری، مقایسه الگوها و همچنین برآورد پارامترهای الگو در بین گروه‌های مختلف مورد استفاده قرار گیرد. از روش حداکثر احتمال برآورد الگو و از بین شاخص‌های نیکویی برازش شاخص مجذور خی (χ²)، شاخص نیکویی برازش (Goodness of Fit Index Adjusted)، شاخص برازش مقایسه‌ای (Comparative Fit Index Adjusted)، شاخص نیکویی برازش انطباقی (Normal Fit Index Adjusted)، شاخص برازش نرمال (Normal Fit Index Adjusted)، شاخص نرم نشده برازندگی (Non Normal Fit Index Adjusted)، شاخص افزایشی (Incremental Fit Index) و خطای ریشه مجذور میانگین (Root Mean Square Error) یا (RMSE) برای برازش الگو استفاده شد.

نتایج جدول ۱ نشان می‌دهد که بیشترین مقدار همبستگی بین مؤلفه توصیف و مشاهده ذهن آگاهی وجود دارد. این همبستگی مثبت و معنی‌دار است (p < ۰/۰۱). به علاوه کمترین همبستگی بین مؤلفه فرسودگی کیفیت زندگی حرفه‌ای و اضطراب جسمانی مشاهده می‌شود. این همبستگی نیز مثبت و معنی‌دار است (p < ۰/۰۱).

به منظور پیش‌بینی کیفیت زندگی حرفه‌ای بر پایه اضطراب بیماری کرونا با نقش میانجی ذهن آگاهی الگوی مفهومی پیشنهاد شده از طریق روش مدل‌یابی معادلات ساختاری بررسی شد. ضرایب مسیر مدل فرضی در شکل ۱ و ضرایب مسیر متغیرهای برون‌زا و درون‌زا در جدول ۲ ارائه شده است. روش مدل‌یابی معادلات ساختاری از آن جهت انتخاب شد که این رویکرد از تکنیک‌های ترتیبی حداقل



Chi-square=82.88, df=24, p-value=0.000, RMSEA=0.096

شکل ۱. ضرایب مسیر مدل فرضی در مدل‌یابی کیفیت زندگی حرفه‌ای بر پایه اضطراب کرونا

زندگی حرفه‌ای ($\beta = -0/31$) را تحت تأثیر قرار می‌دهد. همچنین اثر غیرمستقیم و اثرات کل اضطراب بیماری کرونا بر کیفیت زندگی حرفه‌ای از طریق ذهن آگاهی به ترتیب ($\beta = 0/22$) و ($\beta = 0/50$) مثبت و معنی‌دار بود.

طبق داده‌های شکل ۱ و جدول ۲ اثر مستقیم اضطراب بیماری کرونا بر ذهن آگاهی ($\beta = -0/73$) منفی و معنی‌دار و بر کیفیت زندگی حرفه‌ای ($\beta = 0/28$) مثبت و معنی‌دار است. به‌علاوه ذهن آگاهی به‌طور مستقیم کیفیت

جدول ۲. ضرایب مسیر متغیرهای برون‌زا و درون‌زا

پیش بین	ملاک	β	se	t	p
اثرات مستقیم	اضطراب کرونا	-0/73	0/08	-8/55	< 0/01
	ذهن آگاهی	0/28	0/14	2/00	< 0/05
اثرات غیرمستقیم	اضطراب بیماری کرونا بر کیفیت زندگی حرفه‌ای	-0/31	0/13	-2/32	< 0/05
	از طریق ذهن آگاهی	0/22	0/10	2/35	< 0/05
اثرات کل	اضطراب بیماری کرونا بر کیفیت زندگی حرفه‌ای	0/50	0/09	5/61	< 0/01

است که یک الگو برازش نزدیک و قابل قبولی داشته باشد، اما در مدل دستیابی به یک مقدار χ^2 غیر معنی‌دار غیرمحتمل باشد [۲۹]. همان‌طور که در جدول ۳ مشخص است میزان شاخص برازندگی GFI برابر با 0/94، شاخص تعدیل‌شده برازندگی AGFI برابر با 0/88، شاخص برازش مقایسه‌ای CFI برابر با 0/96، شاخص برازش نرمال شده NFI برابر با 0/94، شاخص نرم نشده برازندگی NNFI برابر با 0/96، RFI برابر با 0/92 و جذر برآورد خطای تقریب RMSEA برابر با 0/096 به دست آمد. شاخص‌ها حاکی از برازش نسبی مناسب مدل با داده‌ها است.

تعیین برازش الگو

در الگوی پیشنهادی، نتایج آزمون مجذور χ^2 به منظور بررسی برازش الگوی کلی نشان داد که بین الگوی پیشنهاد شده و مشاهده شده هماهنگی کاملی وجود ندارد ($p < 0/01$ و $\chi^2(24) = 82/88$)، لذا فرض صفر درباره برازش الگو با داده‌ها پذیرفته نمی‌شود. اگرچه متداول‌ترین شاخص برازش کامل الگو با داده‌ها χ^2 است، اما این شاخص دارای دو محدودیت است: اول این آماره برازش کامل الگو با داده‌ها را بررسی می‌کند، این درحالی‌که است که دستیابی به الگویی که به‌طور کامل با داده‌ها برازش داشته باشد نادر است. دوم با افزایش حجم نمونه احتمال معنی‌داری شاخص بیشتر می‌شود؛ بنابراین ممکن

جدول ۳. شاخص‌های برازندگی مدل مفهومی پژوهش

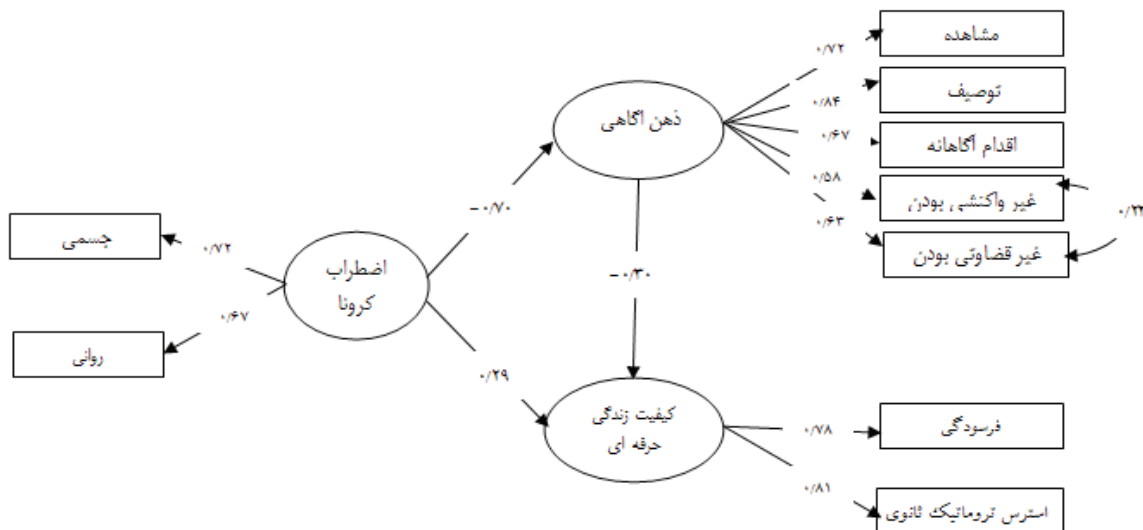
شاخص	مجدور χ^2	df	GFI	CFI	NFI	IFI	NNFI	AGFI	RFI	RMSEA
برازش	82/88	24	0/94	0/96	0/94	0/96	0/94	0/88	0/92	0/096

شاخص تعدیل شده برازندگی AGFI برابر با 0/92، شاخص برازش مقایسه‌ای CFI برابر با 0/98، RFI برابر با 0/95، شاخص برازش نرمال شده NFI برابر با 0/97، شاخص برازش فزاینده IFI برابر با 0/98 و جذر برآورد خطای تقریب RMSEA برابر با 0/068 و NNFI برابر با 0/97 به دست آمد که همگی حاکی از برازش مناسب مدل با داده‌ها است. ضرایب مسیر مدل اصلاحی در شکل ۲ ارائه شده است. یافته‌های پژوهش نشان داد که ۴۹ درصد از واریانس مشاهده‌شده در ذهن آگاهی از

با توجه به برازش نسبی مدل پیرایش و اصلاح مدل بر صورت گرفت. با انتخاب شاخص‌های اصلاح لیزرل پیشنهادهایی در مورد متصل کردن مسیر غیرواکنشی بودن به غیر قضاوتی بودن پیشنهاد داد، این اصلاح به اندازه ۳۱/۵ از مقدار χ^2 می‌کاهد. برون‌داد پس از اصلاح در مقایسه با قبل از اصلاح از شاخص‌های برازش بهتری برخوردار بود. بر اساس شاخص‌های برازش جدید نتایج آزمون مجذور χ^2 کاهش نشان داد ($p < 0/01$) و $51/38 = \chi^2(23)$. میزان شاخص برازندگی GFI برابر با 0/96،

طریق ترکیب متغیرهای اضطراب بیماری کرونا و ذهن آگاهی قابل تبیین است.

طریق اضطراب بیماری کرونا تبیین می‌شود. به علاوه ۳۰ درصد واریانس مشاهده در کیفیت زندگی حرفه‌ای از



Chi-square=51.38, df=23, p-value=0.006, RMSEA=0.068

شکل ۲. ضرایب مسیر مدل اصلاحی در مدل یابی مدل یابی کیفیت زندگی حرفه‌ای بر پایه اضطراب کرونا

در تبیین نتایجی فوق می‌توان گفت اگرچه افراد خود را در برابر بیماری‌ها از جمله بیماری‌های عفونی کمتر آسیب‌پذیر می‌دانند، اما با توجه به سرعت شیوع، ماهیت تهدیدکننده و همچنین سایر عوامل مرتبط با کروناویروس منطقی است که فرض شود همه‌گیری فعلی احساس آسیب‌پذیری گسترده‌ای ایجاد می‌کند و در نتیجه احساس امنیت یا کنترل افراد را تضعیف می‌کند. همچنین می‌تواند نگرانی‌های مرتبط با کرونا ویروس از جمله ترس از عفونت، احساس عدم امنیت و از دست دادن کنترل و مرگ را افزایش دهد و به واکنش‌های تروماتیک ثانوی بینجامد [۲۳]. ترس و اضطراب در درازمدت و در مواجهه با همه‌گیری‌های گسترده و درازمدت از جمله کرونا ویروس مؤثر نیست [۳۳] و می‌تواند عامل مهمی در بروز انواع اختلال‌های روانی باشد [۱۸]. از سوی دیگر، مزمن شدن پاسخ جنگ یا گریز راه را برای استرس، اضطراب، افسردگی و تمایل به خودکشی هموار می‌کند. همه‌گیری، محدودیت‌های اعمال‌شده و تداخل آن در زندگی بر سلامت جسمی و روانی و به طور کلی بهزیستی تأثیر می‌گذارد و منجر به ناراحتی و احساس ترس و نگرانی می‌شود [۳۳]. تلاش برای کنار آمدن با رویدادهای استرس‌زای از جمله فشار کاری، رویدادهای

بحث

پژوهش حاضر با هدف بررسی نقش میانجی ذهن آگاهی در رابطه بین اضطراب بیماری کرونا و کیفیت زندگی حرفه‌ای پرستاران انجام شد. یافته‌ها نشان داد که ذهن آگاهی رابطه بین اضطراب بیماری کرونا و کیفیت زندگی حرفه‌ای پرستاران را میانجی می‌کند. بین اضطراب کرونا با ذهن آگاهی و مؤلفه‌های فرسودگی و استرس تروماتیک ثانویه کیفیت زندگی حرفه‌ای رابطه وجود دارد. همچنین بین ذهن آگاهی با مؤلفه‌های فرسودگی و استرس تروماتیک ثانویه کیفیت زندگی حرفه‌ای رابطه بود. یافته‌های مربوط به رابطه مثبت بین اضطراب کرونا و مؤلفه‌های فرسودگی و استرس تروماتیک ثانویه کیفیت زندگی حرفه‌ای با یافته‌های قبلی [۶، ۱۷، ۱۸، ۳۰-۳۲] همسو بود. Saricali و همکاران [۱۷]، Belen [۲۱] و Satıcı و همکاران [۳۰] نشان دادند که ترس از کروناویروس با درماندگی، اضطراب و افسردگی و بهزیستی روان‌شناختی رابطه دارد. Ozdemir و Kerse [۳۱] گزارش کردند که کروناویروس خستگی هیجانی کارکنان مراقبت‌های بهداشتی را افزایش داده است. Wielgus و همکاران [۳۲] دریافتند که همه‌گیری کرونا ویروس با اضطراب حالت و پاسخ‌های بدنی و روانی رابطه دارد.

تحت تأثیر احساسات آزاردهنده مانند افسردگی و اضطراب قرار می‌گیرند و پژوهش‌های مختلف اثبات کرده‌اند که برنامه‌های ذهن آگاهی میزان افسردگی و علائم اضطراب را کاهش می‌دهند، اثر منفی ترس و اضطراب مرتبط با کروناویروس را خنثی می‌کنند و به افزایش سلامت روان افراد کمک می‌کنند [۲۱].

یافته‌های این پژوهش نشان داد که ذهن آگاهی رابطه بین اضطراب بیماری کرونا و کیفیت زندگی حرفه‌ای پرستاران را میانجی می‌کند. این یافته‌های قبلی [۱۸، ۲۱-۲۳] همسو است. Saricali و همکاران [۱۷] نشان دادند که ذهن آگاهی رابطه بین ترس از کروناویروس و درماندگی را میانجی می‌کند. Belen [۲۱] گزارش کرد که ذهن آگاهی رابطه بین ترس از کرونا ویروس با افسردگی و اضطراب را میانجی می‌کند. محققان معتقدند ذهن آگاهی یک روش مقابله مؤثر است که برای غلبه بر فرایندهای آسیب‌زا استفاده می‌شود [۱۷]. شواهد پژوهشی فزاینده، مزایای ذهن آگاهی را بر رضایت از زندگی، تاب‌آوری در برابر استرس، کیفیت زندگی حرفه‌ای، خود شفقت ورزی، دلسوزی و بهزیستی کلی کارکنان مراقبت‌های بهداشتی نشان داده است [۳۷]. در تبیین این نتایج می‌توان گفت که ترس و اضطراب مرتبط با کروناویروس با دغدغه درباره آینده فرد یا عزیزان (ابتلا به بیماری و مرگ) همراه است. همچنین حضور افراد دیگر، تماس با سطوح آلوده و افراد دیگر منجر به افزایش بی‌اعتمادی به دیگران، اجتناب و کناره‌گیری از فعالیت‌های روزمره می‌شود. این موارد سبب کاهش تماس‌های بین فردی، اختلال در شبکه حمایتی اجتماعی، انزوا و ناتوانی در رفتن به محل کار و مدرسه می‌شود و همچنین کاهش درآمد و بحران اقتصادی را تشدید می‌کند [۱۸]. با وجود این ذهن آگاهی، آگاهی و پذیرش لحظه حال را منتقل می‌کند و افراد را به قابلیت‌هایی مجهز می‌سازد تا کمتر تحت تأثیر علائم غالب مانند اضطراب، ناامیدی و افسردگی کرونا ویروس قرار گیرند [۲۱].

افراد با ذهن آگاهی بالاتر نسبت به تجارب مختلف انعطاف‌پذیری بیشتری دارند و بهتر می‌توانند مشکلات روان‌شناختی خود را کاهش دهند [۳۱]. هرچه فرد بیشتر در مورد تجارب خود در مورد بیماری کروناویروس صحبت کند (بعد توصیف ذهن آگاهی) احتمال برخورد سازگارانه با عوامل استرس‌زا و پذیرش تجارب بدون اجتناب از آن‌ها بیشتر است. هرچه فرد بیشتر در مورد خود و اعمال خود

استرس‌زای محیط کار و مرگ بیماران به هنگام همه‌گیری می‌تواند باعث ایجاد اختلال‌های روان‌شناختی شود. این مشکلات و اختلال‌ها می‌توانند بر توجه، ادراک و توانایی تصمیم‌گیری کارکنان مراقبت‌های بهداشتی اثر بگذارند و بهزیستی و کیفیت زندگی آن‌ها را کاهش دهند [۱۵]. نتایج برخی مطالعات نیز نشان می‌دهد که فشار کاری باعث اختلال در کیفیت زندگی کاری و افزایش اضطراب و خستگی کادر پزشکی درگیر با بیماران مبتلا به کروناویروس شده است [۶].

یافته‌های مربوط به رابطه بین اضطراب کرونا و ذهن آگاهی با یافته‌های قبلی [۱۷، ۲۱، ۳۲] همسو است. Saricali و همکاران [۱۷] و Belen [۲۱] نشان دادند که ترس از کرونا ویروس و ذهن آگاهی رابطه دارند. Wielgus و همکاران [۳۲] دریافتند که بین اضطراب صفت و ذهن آگاهی در طول همه‌گیری کرونا ویروس رابطه هست. یافته‌های Dubey و همکاران [۳۳] نیز نشان داد که بین استرس، اضطراب و افسردگی با ذهن آگاهی رابطه وجود دارد. در تبیین این نتایج می‌توان گفت که سطوح بالای نگرانی‌های مربوط به کرونا ویروس می‌تواند باعث سوگیری شناختی یا اجتناب بین فردی شود، ارتباط اجتماعی فرد را کاهش و انزوای اجتماعی را افزایش دهد [۲۳].

یافته‌های مربوط به رابطه بین ذهن آگاهی و مؤلفه‌های فرسودگی و استرس تروماتیک ثانویه کیفیت زندگی حرفه‌ای با یافته‌های قبلی [۱۷، ۳۱] همسو است. Saricali و همکاران [۱۷] دریافتند که ذهن آگاهی با درماندگی رابطه دارد. یافته‌های Kerse و Ozdemir [۳۱] نشان‌دهنده رابطه بین خوش‌بینی و خستگی هیجانی بود. در تبیین یافته‌های فوق می‌توان گفت که تمایل به ذهن آگاهی همراه با مکانیسم‌های دفاعی سازگارانه تسهیل‌کننده بهزیستی و سازگاری متخصصان مراقبت‌های بهداشتی است و سبب کاهش نشانه‌های آسیب‌شناسی روانی می‌شود [۳۴]. افراد با سطوح بالاتر ذهن آگاهی می‌توانند با مدیریت هیجان‌های منفی رفتار مناسبی با تجربه حال داشته باشند [۳۵]. اثر ذهن آگاهی بر عملکرد افراد امکان حفظ یک گرایش خاص برای تجربه حال را فراهم می‌سازد. افراد با سطوح بالاتر ذهن آگاهی راحت‌تر سازگار می‌شوند، زیرا این افراد به تجارب مثبت و منفی پیرامون خود آگاهی دارند و نسبت به آنچه در لحظه برایشان رخ می‌دهد واکنش مناسب‌تری نشان می‌دهند [۳۶]. آن‌ها کمتر

نتیجه‌گیری

یافته‌های پژوهش حاضر نشان‌دهنده نقش میانجی ذهن آگاهی در رابطه بین اضطراب بیماری کرونا و کیفیت زندگی حرفه‌ای پرستاران بود؛ بنابراین در نظر گرفتن نقش این متغیرهای پیش‌بین و میانجی توسط متخصصان، درمانگران، سازمان‌ها و مؤسسات خدمات سلامت به هنگام استخدام، آموزش، کارورزی و بازآموزی حرفه‌ای پرستاران ضروری به نظر می‌رسد. با توجه به اهمیت سلامت روان کادر درمانی، اهمیت مقوله اضطراب در بین آن‌ها و نقش مهم آن در تقویت ایمنی باید اقدامات ویژه‌ای برای کاهش اضطراب در میان ارائه‌دهندگان مراقبت‌های بهداشتی و درمانی انجام شود. از این رو پیشنهاد می‌شود تا مدیران سازمان، متخصصان سلامت و درمانگران حیطه‌های روان‌شناختی به‌منظور کنترل آثار سوء این بیماری بر سلامت و کارکرد کارکنان، دوره‌های آموزشی با محتوای آموزش‌هایی در خصوص مدیریت اضطراب برگزار نمایند. ارائه سازوکارهایی برای تجربه صحیح اضطراب و درک آن و نحوه صحیح مواجهه با آن نیز می‌تواند در این زمینه مؤثر باشد. به‌علاوه برنامه‌های آموزشی و مداخلات لازم برای افزایش ذهن آگاهی در پرستاران توسعه یابد. ذهن آگاهی به‌عنوان یک شایستگی جدید در شغل پرستاری بر بهبود خدمات پرستاری و به تبع آن افزایش رضایت بیماران اثر دارد، بنابراین، پیشنهاد می‌شود تلاش‌های منسجمی برای افزایش ذهن آگاهی در آن‌ها انجام شود.

سیاسگذاری

از کلبه پرستاران شرکت‌کننده در این پژوهش صمیمانه تقدیر و تشکر می‌گردد. این مقاله مستخرج از پایان‌نامه کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی دانشگاه آزاد اسلامی واحد بیرجند است.

تضاد منافع

نویسندگان مقاله اعلام می‌دارند که هیچ‌گونه تضاد منافی در پژوهش حاضر وجود ندارد.

هوشیار باشد (بعد اقدام آگاهانه) توانایی حضور در لحظه، باز بودن برای تجارب و کار با آگاهی بیشتر است. در زمینه کروناویروس اقدام آگاهانه باعث افزایش آگاهی فرد از خود بیماری، درک ویروس جدید، ماهیت عفونی آن و اقدامات ایمنی لازم برای اجتناب از انتقال بیماری به خود و دیگران می‌شود. مؤلفه غیر قضاوتی بودن ذهن آگاهی یعنی فرآیند شناخت موقعیت و استفاده از یک راهبرد برای تنظیم هیجانات، احتمالاً ایده عدم قضاوت درباره آن را شکست می‌دهد. مؤلفه غیر واکنشی بودن کمک می‌کند تا فرد بتواند به‌طور فعال از افکار و احساسات منفی جدا شود و انتخاب کند که به آن‌ها واکنش نشان ندهد. وقتی این اتفاق می‌افتد، تمایل به استفاده بهتر از راهبردهای تنظیم شناختی هیجان برای کنار آمدن با عوامل استرس‌زا نیز افزایش می‌یابد [۳۳]. مراقبه ذهن آگاهانه خلاقیت را بهبود می‌بخشد، خلق را بالا می‌برد، حافظه کاری را تقویت می‌کند و تاب‌آوری را افزایش می‌دهد [۳۸]. از لحاظ نظری، ذهن آگاهی به‌عنوان یک مهارت مفید می‌تواند راهی مفید برای سازگاری با این تغییرات مداوم و کنار آمدن با اضطراب و افسردگی ارائه دهد. از نظر تجربی هم تعداد بی‌شماری از پژوهش‌ها نشان داده‌اند که افزایش ذهن آگاهی سطح اضطراب، افسردگی و خستگی هیجانی را کاهش می‌دهد و اجتناب از آسیب را به خصوص در گروه‌های آسیب‌پذیر و کمتر مقاوم در طول همه‌گیری کروناویروس افزایش می‌دهد [۳۹] و به تبع آن مشکلات بین فردی و درماندگی‌های روان‌شناختی را می‌کاهد [۲۱]. همسو با این یافته‌ها افراد با سطح ذهن آگاهی بیشتر، رابطه ذهنی بهتری بین اضطراب و بهزیستی برقرار می‌کنند و در مقایسه با افراد کمتر ذهن آگاه، هم‌زمان با کاهش اضطراب افزایش بهزیستی را تجربه می‌نمایند [۳۵]. از جمله محدودیت‌های این پژوهش در نظر نگرفتن سال‌های تجربه بالینی پرستاران است. به‌علاوه عوامل مرتبط با کار نظیر سال‌های خدمت، دپارتمان محل کار، فشار و نوبت کاری با مؤلفه‌های کیفیت زندگی کاری رابطه معنی‌داری دارند که در این پژوهش در نظر گرفته نشدند. به‌علاوه در این پژوهش جهت‌گیری‌های سنی و جنسی مدنظر قرار نگرفت.

References

1. World Health Organization. Mental health and COVID-19; 2021. <https://www.who.int/teams/mental-health-and-substance-use/mental-health-and-covid-19>
2. Zhang F, Shang Z, Ma H, Jia Y, Sun L, Guo X, Wu L, Sun Z, Zhou Y, Wang Y, Liu N, Liu W. High risk of infection caused posttraumatic stress symptoms in individuals with poor sleep quality: A study on influence of coronavirus disease (COVID-19) in China. medRxiv. 2020. <https://doi.org/10.1101/2020.03.22.20034504>
3. Labrague LJ, Santos JL. COVID-19 anxiety among frontline nurses: predictive role of organisational support, personal resilience and social support. J Nurs Manag. 2020; 28(7):1653-61. <https://doi.org/10.1111/jonm.13121>
4. Moreno-Mulet C, Sano N, Carrero-Planells A, Lopez-Deflory c, Galiana L, García-Pazo p, & et al. The impact of the COVID-19 pandemic on ICU healthcare professionals: A mixed methods study. Int J Environ Res Public Health. 2021; 18(17):9243. <https://doi.org/10.3390/ijerph18179243>
5. Lai J, Ma S, Wang Y, Cai ZH, Hu J, Wei N, & et al. Factors associated with mental health outcomes among health care workers exposed to coronavirus disease 2019. JAMA Netw Open. 2020; 3(3):e203976. <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2020.3976>
6. Hasanpour Dehkordi A, Gholamzad SH, Myrfendereski S, Hasanpour Dehkordi A. The effect of Covid-19 on anxiety, quality of work life and fatigue of health care providers in health care centers. 2020; 21:27. <https://doi.org/10.21203/rs.3.rs-76711/v1>
7. Ruiz-Fernandez MD, Ramos-Pichardo JD, Ibanez-Masero OL, Carmona-Rega MI, Sanchez-Ruiz MJ, Ortega-Galán AM. Professional quality of life, self-compassion, resilience, and empathy in healthcare professionals during COVID-19 crisis in Spain. Res Nurs Health. 2021; 44(4):620-32. <https://doi.org/10.1002/nur.22158>
8. Ness MM, Saylor J, DiFusco LA, Evans K. Leadership, professional quality of life and moral distress during COVID-19: A mixed-methods approach. J Nurs Manag. 2021; 29(8):2412-22. <https://doi.org/10.1111/jonm.13421>
9. Azizkhani R, Heydari F, Sadeghi A, Ahmadi O, Azimi Meibody A. Professional quality of life and emotional well-being among healthcare workers during the COVID-19 pandemic in Iran. Front Emerg Med. 2022; 6(1):e2. <https://doi.org/10.18502/fem.v6i1.7674>
10. Wong CH, Young B, Lui BS, Leung AW, So JL. Professional quality of life and resilience in emergency department healthcare professionals during COVID-19 in Hong Kong: A cross-sectional study. Hong Kong J Emerg Med. 2022;29(3):168-76. <https://doi.org/10.1177/10249079211049128>
11. Lee L, Wehrlen L, Ding Y, Ross A. Professional quality of life, sleep disturbance and health among nurses: A mediation analysis. Nurs Ope. 2021. <https://doi.org/10.1002/nop2.978>
12. Lee SH, Mathis AA, Jobe MC, Pappalardo EA. Clinically significant fear and anxiety of COVID-19: A psychometric examination of the coronavirus anxiety scale. Psychiatry Res. 2020; 290:113112. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2020.113112>
13. Pappa S, Ntella V, Giannakas T, Giannakoulis VG, Papoutsis E, Katsaounou P. Prevalence of depression, anxiety, and insomnia among healthcare workers during the COVID-19 pandemic: A systematic review and meta-analysis. Brain Behav Immun. 2020; 88:901-7. <https://doi.org/10.1016/j.bbi.2020.05.026>
14. Wilson W, Raj JP, Rao S, Ghiya M, Nedungalaparambil NM, Mundra H, Mathew R. Prevalence and predictors of stress, anxiety, and depression among healthcare workers managing COVID-19 pandemic in India: A Nationwide Observational Study. Indian J Psychol Med. 2020; 42(4):353-8. <https://doi.org/10.1177/0253717620933992>
15. Korkmaz S, Kazgan A, Çekic S, Tartar AS, Balç HN, Atmaca M. The anxiety levels, quality of sleep and life and problem-solving skills in healthcare workers employed in COVID-19 services. J Clin Neurosci. 2020; 80:131-6. <https://doi.org/10.1016/j.jocn.2020.07.073>
16. Wang C HP, Hayden FG, Gao GF. A novel coronavirus outbreak of global health concern. Lancet. 2020; 395(10223):470-3. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30185-9](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30185-9)
17. Saricali M, Satici SA, Satici B, Gocet-Tekin E, Griffiths MD. Fear of COVID-19, mindfulness, humor, and hopelessness: A multiple mediation analysis. Int J Ment Health Addict. 2020; 19:1-14. <https://doi.org/10.1007/s11469-020-00419-5>
18. Dymecka J, Gerymski R, Machnik-Czerwik A. How does stress affect our life satisfaction during COVID-19 pandemic? Moderated mediation analysis of sense of coherence and fear of coronavirus. Project: Mental Health during COVID-19 Pandemic. Psychol Health Med. 2021; 27(1):280-8. <https://doi.org/10.1080/13548506.2021.1906436>
19. Hofmeyer A, Taylor R, Kennedy K.

- Knowledge for nurses to better care for themselves so they can better care for others during the Covid-19 pandemic and beyond. *Nurse Educ Today*. 2020; 94:104503. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2020.104503>
20. MacDonald HZ, Olsen A. The role of attentional control in the relationship between mindfulness and anxiety. *Psych Rep*. 2020; 123(3):759-80. <https://doi.org/10.1177/0033294119835756>
 21. Belen H. Fear of COVID-19 and mental health: The role of mindfulness in during time of crisis. *Int J Ment Health Addict*. 2022; 22(1):607-18. <https://doi.org/10.1007/s11469-020-00470-2>
 22. Hou T, Zhang T, Cai W, Song X, Chen A, Deng G, Ni CH. Social support and mental health among health care workers during Coronavirus Disease 2019 outbreak: A moderated mediation model. *PLoS ONE*. 2020; 15(5):e0233831. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0233831>
 23. Boyraz G, Legros DN, Tigershtroum A. COVID-19 and traumatic stress: The role of perceived vulnerability, COVID-19-related worries, and social isolation. *J Anxiety Disord*. 2020; 76:102307. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2020.102307>
 24. Hooman HA. Structural equation modeling with LISREL application. Tehran: SAMT; 2010.
 25. Stamm, BH. The concise ProQOL manual. Available from <http://www.proqol.org>; 2010.
 26. Mokhtari S, Ahi G, Sharifzadeh G. Investigating the role of self-compassion and clinical competencies in the prediction of nurses' professional quality of life. *IJNR*. 2018; 12(6):1-9. <https://doi.org/10.21859/ijnr-12061>
 27. Alipour A, Ghadami A, Alipour Z, Abdollahzadeh H. Preliminary validation of the corona disease anxiety scale (CDAS) in the Iranian sample. *J Health Psychol*. 2020; 8(4):163-75.
 28. Gu J, Strauss C, Crane C, Barnhofer T, Karl A, Cavanagh K, Kuyken W. Examining the factor structure of the 39-item and 15-item versions of the Five-Facet Mindfulness Questionnaire before and after Mindfulness-Based Cognitive Therapy for people with recurrent depression. *Psychol Assess*. 2016; 28(7):791-802. <https://doi.org/10.1037/pas0000263>
 29. Weston R, Gore PA. A brief guide to structural equation modeling. *Couns Psychol*. 2006; 34(5):719-51. <https://doi.org/10.1177/0011000006286345>
 30. Satici B, Saricali M, Satici SA, Griffiths MD. Intolerance of uncertainty and mental wellbeing: Serial mediation by rumination and fear of COVID-19. *Int J Ment Health Addict*. 2020; 1-12. <https://doi.org/10.1007/s11469-020-00305-0>
 31. Ozdemir S, Kerse G. The effects of COVID 19 process on health care workers: Analysing of the relationships between optimism, job stress and emotional exhaustion. *RIMCIS*. 2020; 9(2):178-201. <https://doi.org/10.17583/rimcis.2020.5849>
 32. Wielgus B, Urban W, Patriak A, Cichocki L. Examining the associations between psychological flexibility, mindfulness, psychosomatic functioning, and anxiety during the COVID-19 pandemic: A path analysis. *Int J Environ Res Public Health*. 2020; 17:8764. <https://doi.org/10.3390/ijerph17238764>
 33. Dubey N, Podde P, Podde D. Knowledge of COVID-19 and Its influence on mindfulness, cognitive emotion regulation and psychological flexibility in the Indian community. *Front Psychol*. 2020; 11:589365. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2020.589365>
 34. Conversano C, Ciacchini R, Orru G, Di Giuseppe M, Gemignani A, Poli A. Mindfulness, compassion, and self-compassion among health care professionals: What's New? A systematic review. *Front Psychol*. 2020; 11:1683. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2020.01683>
 35. Keshmiri M, Fathi-Ashtiani A. Mediating role of mindfulness in the relationship between depression, anxiety and stress and psychological well-being. *Journal of Psychology*. 2019; 23(2):217-31. <http://iranapsy.ir/en/Article/21528/FullText>.
 36. Khanjarkhani M, Abbasi M. The moderating role of mindfulness on the relationship between stress and academic adjustment in college student. *Journal of Educational Psychology Studies*. 2018; 14(28): 83-104.
 37. Hedderman E, O'Doherty V, O'Connor S. Mindfulness moments for clinicians in the midst of a pandemic. *Ir J Psychol Med*. 2020; 38(2):154-7. <https://doi.org/10.1017/ipm.2020.59>
 38. Handley NR, Tomescu O, Lopez M. Well-Being during a time of crisis and beyond: supporting a culture of mindfulness in oncology practices. *JCO Oncol Pract*. 2020; 16(11):713-17. <https://doi.org/10.1200/OP.20.00334>
 39. Matiz A, Fabbro F, Paschetto A, Cantone D, Paolone AR, Crescentini C. Positive impact of mindfulness meditation on mental health of female teachers during the COVID-19 outbreak in Italy. *Int J Environ Res Public Health*. 2020; 17(18):6450. <https://doi.org/10.3390/ijerph17186450>