دارای رتبه علمی پژوهشی از
کمیسیون نشریات علوم پزشکی کشور

انجمن علمی پرستاری ایران

فصلنامه
مدیریت ارتقای سلامت

دوره دوم شماره۳ (پیاپی ۷) تابستان ۱۳۹۲ - شماره استاندارد بین المللی: ۲۲۵۱-۸۶۱۴

بررسی وضعیت خشونت، عوامل مستعد کننده و پیشگیری کننده آن در پرستاران شاغل در بخش های روان.....۷
مسعود فلاحی خشکناب، زهرا تمیزی، ناهید غضنفری

شیوع خطای تریاژ و پیامدهای تریاژ سبک در بیماران مراجعه کننده به بخش اورژانس.....۱۷
فرهاد کامرانی، فائزه قائمی پور، ملاحت نیکروان، حمید علوی مجد

تاثیر بکارگیری برنامه طراحی شده مبتنی بر "نظریه انتظار" توسط سرپرستاران بر رضایت شغلی پرستاران.....۲۴
افسانه محمدی، زهره ونکی، ربابه معماریان، اشرف محمدی

همبستگی استراتژی های منابع انسانی براساس الگوی آلن یلسی با عملکرد سازمانی کارکنان بیمارستان آیت الله کاشانی شهرکرد.....۳۶
محمد تقی نصیری، محمد حیدری، سارا شهبازی، اسماعیل انصاری

تأثیر آموزش شناختی-رفتاری دینی بر احساس نا امیدی، بی ارزشی و نارضایتی از زندگی در پرستاران.....۴۵
مرتضی روحانی، علیرضا رجایی، سید علی کیمیایی، جواد ملک‌زاده، حمیدرضا بهنام وشانی

مقایسه تنش شغلی و عوامل مرتبط با آن در کارمندان دارای معلولیت جسمی حرکتی و فاقد آن در مراکز بهزیستی.....۵۶
ستار برقی، مهشید فروغان، محمد علی حسینی، مرجان فرضی

همبستگی بین میزان دانش و رضایت بیماران از رابطه پزشک- بیمار.....۶۶
رضا قلی وحیدی، شهناز کفاشی، محمدرضا نریمانی، جمیل صادقی فر، مهدی رعدآبادی، اصلان نظری، مجید حیدری

آموزش بلوغ و مسائل جنسی به دختران: تجارب مادران گرگانی.....۷۴
سهیلا کلانتری، سامیه غنا، اکرم ثناگو، لیلا مهستی جویباری

به نام خداوند جان و خرد

مجله مدیریت ارتقای سلامت

فصلنامه علمی-پژوهشی انجمن علمی پرستاری ایران

دوره دوم-شماره ۳ (پیاپی ۷) - تابستان ۱۳۹۲

•**صاحب امتیاز:** انجمن علمی پرستاری ایران

•**مدیر مسؤول:** دکتر محمدعلی حسینی

•**سردبیر:** دکتر فریده یغمایی

•**معاون سردبیر:** فرشته نجفی

•**شماره مجوز وزارت فرهنگ و ارشاد اسلامی:** ۸۰۶۷/۹۰ مورخ ۱۳۹۰/۴/۴

•**شماره بین المللی نشریه چاپی:** ISSN: ۲۲۵۱-۸۶۱۴ مورخ ۱۳۹۰/۱۲/۱۰

•**شماره بین‌المللی نشریه الکترونیکی:** e-ISSN: ۲۲۵۱-۹۹۴۷ مورخ ۱۳۹۱/۳/۸

رتبه علمی-پژوهشی مورخ ۱۳۹۱/۲/۱۶شماره رتبه علمی-پژوهشی کمیسیون نشریات وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی۱۰۰/۳۱۸

اعضای هیأت تحریریه (به ترتیب حروف الفبا):

- دکتر طاهره اشک تراب، دانشیار دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی
- دکتر اردشیر افراسیابی فر، استادیار دانشگاه علوم پزشکی یاسوج
- دکتر فاطمه الحانی، دانشیار دانشگاه تربیت مدرس
- دکتر عنایت اله بخشی، استادیار آمار حیاتی دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی
- دکتر مهرنوش پازارگادی، دانشیار دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی
- دکتر حمید پیروی، دانشیار دانشگاه علوم پزشکی تهران
- دکتر محمدعلی چراغی، استادیار دانشگاه علوم پزشکی تهران
- دکتر محمدعلی حسینی، استادیار دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی
- دکتر سیده فاطمه حقدوست اسکویی، دانشیار دانشگاه علوم پزشکی تهران
- دکتر حمیدرضا خانکه، دانشیار دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی
- دکتر ناهید رژه، استادیار دانشگاه علوم پزشکی شاهد
- دکتر فرخنده شریف، استاد دانشگاه علوم پزشکی شیراز
- دکتر حیدرعلی عابدی، دانشیار دانشگاه آزاد اسلامی اصفهان-خوراسگان
- دکتر عباس عبادی، استادیار دانشگاه علوم پزشکی بقیه الله
- دکتر عباس عباس زاده، دانشیار دانشگاه علوم پزشکی کرمان
- دکتر سادات سیدباقر مداح، استادیار دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی
- دکتر نعیمه سید فاطمی، دانشیار دانشگاه علوم پزشکی تهران
- دکتر مسعود فلاحی خشکناب، دانشیار دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی
- دکتر لیلا قلی زاده، استادیار دانشگاه فناوری سیدنی، استرالیا
- دکتر مسعود کریملو، دانشیار آمار حیاتی دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی
- دکتر سید حبیب اله کواری، استادیار دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی
- دکتر سعاد محفوظ پور، دانشیار دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی
- دکتر علی محمد پور، استادیار دانشگاه علوم پزشکی گناباد
- دکتر عیسی محمدی، دانشیار دانشگاه تربیت مدرس
- دکتر ندا مهرداد، استادیار دانشگاه علوم پزشکی تهران
- دکتر رضا نگارنده، دانشیار دانشگاه علوم پزشکی تهران
- دکتر کیان نوروزی تبریزی، استادیار دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی
- دکتر علیرضانیکبخت نصرآبادی، دانشیار دانشگاه علوم پزشکی تهران
- دکتر مجیده هروی کریموی، استادیار دانشگاه علوم پزشکی شاهد
- دکتر فریده یغمایی، دانشیار دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی

داوران این شماره (به ترتیب حروف الفبا):

- دکتر فروزان آتش زاده شوریده
- دکتر سمانه حسین زاده
- دکتر مهدی رهگذر
- دکتر ندا مهرداد
- دکتر عنایت الله بخشی
- دکتر زینب حمزه گردشی
- سمیه شهری
- دکتر مجیده هروی کریموی
- دکتر حمید پیروی
- دکتر ناهید رژه
- دکتر رضا ضیغمی

•**ویراستار انگلیسی:** دکتر فریده یغمایی، مهندس پگاه یغمایی

•**ویراستار فارسی:** دکتر فریده یغمایی

•**حروفچینی و صفحه آرایی:** مهندس صادق توکلی

•**طراح جلد:** مهندس صادق توکلی

•**ناشر:** انجمن علمی پرستاری ایران

•**نشانی:** تهران میدان توحید-دانشکده پرستاری و مامایی تهران

•**کدپستی:** ۱۴۱۹۷۳۳۱۷۱ **صندوق پستی:** ۱۴۱۹۵/۳۹۸ **تلفن و نمابر:** ۶۶۵۹۲۵۳۵

E-mail: info@jhpm.ir , **Website:** http://jhpm.ir

این مجله در SID, Magiran, Iran Medex, ISC, Google Scholar **نمایه می شود.**

مدیریت ارتقای سلامت دوره ۲ شماره ۳ تابستان ۱۳۹۲ ۵۵-۴۵

تأثیر آموزش شناختی–رفتاری دینی بر احساس نا امیدی، بی ارزشی و نارضایتی از زندگی در پرستاران

*مرتضی روحانی[۱]، علیرضا رجایی[۲]، سید علی کیمیایی[۳]، جواد ملک‌زاده[۴]، حمیدرضا بهنام وشانی[۵]

چکیده

مقدمه: پرستاران از مهمترین منابع نظام سلامت یک جامعه می‌باشند. لذا توجه به سلامت روان این قشر ضروری به نظر می رسد. پژوهش حاضر با هدف تعیین تأثیر آموزش شناختی- رفتاری دینی بر احساس ناامیدی، احساس بی ارزشی و احساس نارضایتی زندگی در پرستاران انجام شد.

مواد و روش‌ها: این مطالعه از نوع مداخله‌ای نیمه تجربی بوده و در آن ۶۶ پرستار شاغل در بیمارستان شهید هاشمی نژاد مشهد انتخاب و به طور تصادفی به دو گروه آزمون و کنترل تقسیم شدند. مداخله شامل برنامه آموزش شناختی- رفتاری دینی، متشکل از ۱۰ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای بود که ۳روز در هفته برای گروه آزمون برگزار شد. ابزار گردآوری داده‌ها "پرسشنامه بحران هویت" (Identity Crisis Questionnaire) بود. روایی محتوا توسط ۱۲ نفر از مدرسین و متخصصان تأیید شد. برای محاسبه پایایی از روش آلفای کرونباخ استفاده شد (α=۰/۹۳). پرسشنامه‌ها قبل و یک ماه بعد از مداخله تکمیل گردیدند. قابل ذکر است که نمره کسب شده کمتر نشان‌دهنده‌ی سلامت روان بیشتر می‌باشد. داده‌ها توسط SPSS نسخه ۱۸ با استفاده از آمار توصیفی و تحلیلی تی‌مستقل و زوجی و آنالیز واریانس تحلیل گردید.

یافته‌ها: میانگین کلی نمرات احساس ناامیدی، احساس بی‌ارزشی و احساس نارضایتی از زندگی در پرستاران از ۴۴/۱۲±۱۱/۷۶ قبل از مداخله به ۳۳/۴۷±۱۴/۱۸ یکماه بعد از مداخله تغییر یافت ($P<۰/۰۰۱$). در حالی که در گروه کنترل میانگین کلی نمرات یکماه بعد از مداخله نسبت به قبل از مداخله تغییر معنی‌داری را نشان نداد ($P<۰/۰۶$).

نتیجه‌گیری: آموزش شناختی-رفتاری دینی، شیوه‌ای ارزان، کارآمد و ایمن برای کمک به سلامت و بهداشت روان پرستاران است. پیشنهاد می‌شود به منظور ارتقای بهداشت روان پرستاران و بهبود کیفیت مراقبت ها، از این روش در آموزش پرستاران استفاده شود.

کلیدواژه‌ها: پرستار، آموزش شناختی- رفتاری دینی، احساس ناامیدی، احساس بی ارزشی، احساس نارضایتی از زندگی.

تاریخ دریافت: ۱۳۹۱/۱۰/۱۹ تاریخ پذیرش: ۱۳۹۲/۳/۱

۱- کارشناس ارشد روانشناسی عمومی ، سوپروایزر بیمارستان روانپزشکی دکتر حجازی مشهد، مشهد، ایران. **(نویسنده مسؤول).**
پست الکترونیکی: Rohanim4@mums.ac.ir
۲- استادیار، گروه روانشناسی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد تربت جام، تربت جام، ایران.
۳- دانشیار، گروه روانشناسی، دانشکده علوم تربیتی، دانشگاه فردوسی مشهد، مشهد، ایران.
۴- کارشناس ارشد پرستاری، گروه داخلی و جراحی، دانشکده پرستاری و مامایی مشهد، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران.
۵- کارشناس ارشد پرستاری، گروه کودک و نوزاد، دانشکده پرستاری و مامایی مشهد، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران.

مقدمه

جهان در عصر کنونی با پیشرفت علم به سمت کنترل و غلبه بر بیماری‌های جسمانی پیش می‌رود. ولی بیماری‌های روان در حال گسترش و شیوع می‌باشد. به عنوان مثال Seligman & Rrosenhan در کتاب خود می‌نویسند: افسردگی به قدری شایع می‌باشد که سرماخوردگی روان‌پزشکی لقب گرفته است (۱).

در این راستا، برخی افراد جامعه به علل گوناگون مانند نوع و ساختار شغل خود، بیشتر در معرض ابتلا به اختلالات روانی هستند؛ که حرفه پرستاری یکی از این مشاغل است. پژوهش‌های فراوانی شیوع مشکلات روان‌شناختی را در شاغلین این حرفه تأیید می‌کنند. به طور مثال، این حرفه بیشترین تنش و اضطراب را در بُعد محیط فیزیکی برای پرستار ایجاد می‌کند (۲). همچنین بی‌خوابی که در کاهش سلامت عمومی بسیار مؤثر است و به وفور در حرفه پرستاری مشاهده می‌شود (۳).

در پژوهشی دیگر نشان داده شد که از مهم‌ترین عوامل تأثیرگذار در ایجاد افسردگی، اضطراب و مشکلات روان‌شناختی میان پرستاران، ماهیت کار (به عنوان عامل درونی) و سرپرستی و مدیریت (به عنوان عامل بیرونی) می‌باشد و از سویی قدردانی و ارزش قایل شدن برای حرفه پرستاری از طرف جامعه و نیز تعامل و ارتباط صحیح، سالم و سازنده با پرستاران در کاهش علایم و مشکلات روان‌شناختی آنان بسیار مهم و مؤثر است (۴). این در حالی است که اکثر پرستاران از حمایت اجتماعی کافی برخوردار نیستند (۵).

البته این مطلب نیز تأیید شده است که برخورد و ارتباط مستمر با انسان‌های افسرده و مضطرب، به مرور زمان می‌تواند اثر منفی بر فرد بگذارد. از طرفی، اضطراب و افسردگی در مردان و زنان بیش از جمعیت عمومی می‌باشد و این به آن معناست که پرستاران با قشر افسرده جامعه به طور مستمر در ارتباط می‌باشند (۶).

وجود تنش زیاد، از ویژگی‌های دیگر حرفه پرستاری می‌باشد. در این خصوص، Gammon & Morgan-Samuel می‌گویند تنش، بهداشت روانی و جسمی را تهدید می‌کند و منجر به بروز بیماری‌های جسمی و روانی و نهایتاً، پایین آمدن کیفیت زندگی می‌شود (۷). نتایج یک مطالعه دیگر، حاکی از این است که احتمال افسردگی، اضطراب و مشکلات روان‌شناختی در دانشجویان پزشکی به علت مدت تحصیل و تنش دایمی امتحانات، بیشتر از سایر رشته‌ها است (۸).

به طور کلی، چنین برداشت می‌شود که سلامت عمومی یک جامعه با سلامت عمومی نظام بهداشت و درمان آن جامعه، ارتباطی مستقیم و تنگاتنگ داشته باشد؛ و این در حالی است که پرستاران از مهم‌ترین منابع انسانی این نظام می‌باشند؛ چرا که، پرستاران ارتباطی نزدیک و مستقیم با سایر مردم دارند و مسئولیت سلامتی و زندگی انسان‌ها را به دوش می‌کشند (۹).

در زمینه درمان اختلالات روانی، پژوهش‌ها و اقدامات فراوانی انجام شده است. در این بین، می‌توان به درمان‌های شناختی رفتاری و درمان‌های مذهبی اشاره کرد.

در درمانگری شناختی رفتاری به افراد کمک می‌شود تا به درک بهتری از افکار و احساساتی که بر رفتارهایشان تأثیر می‌گذارد دست یابند و سپس با گزینش و اصلاح افکار معیوب و غیرمنطقی به اصلاح احساسات ناخوشایند و نهایتاً رسیدن به رفتار نابهنجار نایل گردند. به عنوان نمونه، در یک پژوهش نشان داده شده که گروه درمانی شناختی رفتاری در کاهش میزان افسردگی مفید است (۱۰). در پژوهشی مشابه، این احتمال داده شده که به کارگیری شناخت‌درمانی مبتنی بر فعال‌سازی طرحواره‌های معنوی، اثربخشی درمان دارویی و رفتاردرمانی شناختی را در پیشگیری از عود مواد افیونی افزایش می‌دهد (۱۱).

در مطالعه‌ای دیگر، اثربخشی درمان‌های شناختی-رفتاری و معنویت درمانی بر کاهش افسردگی گزارش شد و حتی اثر دومی یعنی رویکرد معنوی اثربخش‌تر عنوان گردید. البته تفاوت معنی‌داری بین اثر این دو روش درمانی مشاهده نشد (۱۲).

در زمینه درمان‌های معنوی و اثرات معنویت بر سلامت روان نیز پژوهش‌های فراوانی انجام شده است؛ که از این بین، می‌توان به پژوهش Krok اشاره کرد. وی نشان داد افرادی که از نظر مذهبی در سطح بالاتری قرار دارند، تلاش می‌کنند

مشکلات و مسایل خود را از طریق حل مسأله و همراه با حمایت اجتماعی حل کنند (۱۳).

Park و همکاران نیز در بررسی خود نقش تعدیل کننده‌ای برای مذهب در موقعیت‌های تنش‌زا مطرح کردند (۱۴). در یک پژوهش مشابه که توسط Desrosiers & Miller انجام گردید بین اعتقادات مذهبی قوی‌تر و مقابله بهتر با فشارزاهای روانی، شخصی، تحصیلی و ... رابطه‌ای مثبت و معنی‌دار مشاهده شد (۱۵). در واقع، افراد مذهبی‌تر نیروی بیشتری به منظور مقابله با بیماری‌ها دارند و از سلامت روان بالاتری برخوردار بودند.

در این میان، درمانگری شناختی- رفتاری دینی نوعی از درمانگری شناختی-رفتاری است که پایه و اساس اصلاحات، دستورالعمل‌ها و مداخلات شناختی (معناشناختی) و رفتاری آن، برگرفته از قرآن، احادیث و سیره اهل‌بیت (ص) می‌باشد.

همچنین پژوهش‌هایی وجود دارد که رابطه بین فرهنگ با رفتار، شناخت و هیجانات در انسان‌ها را معنی‌دار گزارش کرده‌اند. مثلاً نتایج یک پژوهش، نشان داد که فرهنگ و مذهب نقش عمده‌ای در تصمیم‌گیری و قضاوت پیرامون عوامل شناختی، هیجانی و رفتاری در انسان‌ها دارد (۱۶).

با توجه به مطالعات محدودی که در خصوص اثربخشی آموزش شناختی- رفتاری دینی بر بهداشت روان پرستاران وجود دارد و با عنایت به اهمیت برنامه‌های بهداشت روان برای پرستاران، پژوهش حاضر با هدف تعیین تأثیر آموزش شناختی- رفتاری دینی بر احساس ناامیدی، احساس بی‌ارزشی و احساس نارضایتی از زندگی در پرستاران انجام شد.

مواد و روش‌ها

این پژوهش از نوع تجربی دوگروهه (گروه مداخله و شاهد) پیش‌آزمون-پس‌آزمون می‌باشد؛ که تأثیر آموزش شناختی- رفتاری دینی را بر کاهش مشکلات روان‌شناختی پرستاران سنجیده است. جمعیت هدف در این مطالعه، تمامی پرستاران شاغل در بیمارستان شهیدهاشمی‌نژاد مشهد بودند که در زمان انجام پژوهش (تابستان ۱۳۹۰) مشغول به خدمت بودند.

معیارهای ورود به این مطالعه عبارت بود از: دارا بودن مدرک تحصیلی پرستاری در مقطع کاردانی، کارشناسی یا کارشناسی ارشد و یا دیپلم بهیاری؛ اشتغال در بیمارستان شهیدهاشمی‌نژاد حداقل از ۶ ماه قبل، عدم مصرف داروهای مؤثر بر روان، نداشتن مرخصی بیشتر از دو هفته در یک ماه گذشته. معیارهای خروج از مطالعه شامل: عدم حضور در بیش از ۲۰ درصد از زمان جلسات؛ شرکت در دیگر جلسات مشابه؛ مرخصی یا انتقال به بیمارستان دیگر و مواجهه با یک بحران (مرگ نزدیکان و طلاق) در هنگام اجرای پژوهش، بود.

پس از هماهنگی با سوپروایزر آموزشی برای برگزاری جلسات، اطلاع‌رسانی انجام شد. از میان تمامی پرستاران شاغل در بیمارستان، ۷۰ نفر واجد معیارهای ورود به مطالعه به صورت داوطلبانه برای شرکت در پژوهش ثبت نام کردند.

از ۱۴۵ پرسشنامه توزیع شده در میان مخاطبین، ۷۰ نفر (۴۸/۲ درصد) به طور کامل به پرسشنامه پاسخ دادند. بقیه موارد به علت تکمیل ناقص پرسشنامه یا عدم عودت، از مطالعه حذف گردیدند. داوطلبین پس از همگن شدن از لحاظ شیفت کاری و سمت، به صورت تصادفی و بر اساس شماره ثبت‌نام به دو گروه آزمون (۳۵ نفر) و شاهد (۳۵ نفر) تقسیم شدند. در نهایت، با احتساب ریزش برخی واحدهای پژوهش، ۶۶ نفر (۳۳ نفر در گروه آزمون و ۳۳ نفر در گروه شاهد) در مطالعه شرکت کردند.

ابزار گردآوری داده‌ها شامل پرسشنامه مشخصات دارای ۱۸ پرسش بود. این پرسشنامه با توجه به اهداف مطالعه، از جدیدترین منابع و مقالات مرتبط تهیه شده بود. قابل ذکر است که به منظور کنترل متغیرهای مزاحم، کسانی که به تازگی تجربه حادثه‌ای ناگوار و یا مرگ عزیزان را داشتند، همچنین افرادی که مخاطب کلاس‌های مشابه بودند و یا کسانی که معلولیت‌های جسمانی خاص مانند مشکلات شنوایی داشتند، شناسایی و از مطالعه کنار گذاشته شدند.

ابزار اصلی گردآوری داده‌ها در این پژوهش "پرسشنامه بحران هویت" (Questionnaire Identity Crisis) بود؛ که این پرسشنامه در سال ۱۳۸۷ توسط رجائی و همکاران تهیه و تدوین گردیده و حاوی ۵۰ پرسش است (۱۷). قابل ذکر است

که این پرسشنامه دارای ۱۰ زیرمعیار شامل: بی‌هدفی، پوچی، ناامیدی، عدم اعتماد به نفس، بی‌ارزشی، نارضایتی از زندگی، اضطراب، غمگینی، پرخاشگری و عصبانیت می باشد.

نمره‌گذاری این پرسشنامه نیز بر اساس طیف لیکرت از ۱ تا ۵، شامل "کاملاً موافقم" تا "کاملاً مخالفم" می‌باشد. یعنی "کاملاً مخالفم" نمره ۱، "مخالفم" نمره ۲، "بینابین" نمره ۳، "موافقم" نمره ۴ و "کاملاً موافقم" نمره ۵ را به خود اختصاص می‌دهد. در این پرسشنامه، حداقل نمره دریافتی ۵۰ و حداکثر آن ۲۵۰ می‌باشد. با توجه به مد نظر گرفتن فقط ۳ زیرمعیار (هر زیر معیار ۵ پرسش از پرسشنامه را به خود اختصاص داده است)، حداقل نمره دریافتی ۱۵ و حداکثر نمره ۷۵ می‌باشد. قابل ذکر است که هر چه نمره دریافتی کمتر باشد، نشان دهنده ی مشکلات کمتر در زیرمعیارهای ذکر شده است.

اعتبار این پرسشنامه توسط ۱۲ نفر از مدرسین و متخصصان مربوطه (رشته‌های گوناگون روان‌شناسی) ارزیابی و تأیید شد. برای محاسبه پایایی از روش آلفای کرونباخ استفاده شد. برای این منظور، یک مطالعه مقدماتی بر روی ۴۵ نفر از دانشجویان انجام گردیده است؛ که ضریب آلفای کرونباخ محاسبه شده برای کل آزمون ۰/۹۳ بدست آمده است؛ و این بیانگر پایایی بالای این آزمون می‌باشد (۱۷). جمع‌آوری داده‌ها در دو مرحله، قبل از مداخله و یک ماه پس از جلسه دهم به طور همزمان در هر دو گروه انجام شد.

برای گروه آزمون ۱۰ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای به صورت یک روز درمیان برگزار شد. در این جلسات سعی شد با توجه به آخرین روش‌های رفتاری مطرح شده در علوم روان‌شناسی به منظور ارتقای بهداشت روان و همچنین از معادل‌های آن در فرهنگ دینی و اسلامی استفاده گردد. به عنوان مثال، بخش اول هر جلسه مربوط به تمرینات رفتاری مانند تمرین شل‌کردن عضلات و تمرینات تنفسی بود که بعد از توضیح کامل این روش برای واحد پژوهش از آن‌ها خواسته شد که تمرینات فوق را با تمرکز بر شگفتی‌های بدن، شگفتی‌های هستی و کهکشان‌ها و تفکر در باره خالق هستی (با توجه به مفاهیم اسلامی) به صورت روزانه انجام دهند. همچنین تمریناتی مانند خواندن نماز با حضور قلب و شرایط جسمانی و محیط آن که در منابع دینی ذکر شده است، قرائت قرآن حداقل روزی ۲ صفحه با توجه به معنای آن، سعی در دائم‌الوضو بودن، اختصاص زمانی از روز به صحبت و راز و نیاز با خداوند (علاوه بر وقت نماز) در برنامه روزانه قرار گیرد.

بخش دوم هر جلسه آموزشی، اختصاص به تمرینات شناختی و معنایی با محوریت تعالیم دینی و اسلامی داشت. به عنوان نمونه، روش های معنا-شناختی با محوریت حل مسأله با توجه به باورهای دینی و مذهبی و تبیین و تصحیح باورهای غلط با الگوی کاربردی ABC (A یعنی واقعهٔ فعال‌ساز یا Active Event ، B یعنی باورها یا Belief ، C یعنی پیامدها یا Consequence) و آشنایی با روش پیکان عمودی با نگاه به منطق اسلامی و ذکر احادیث، آیات و داستان‌های قرآنی و واقعی، ارایه الگوهای رفتاری و اخلاقی از مکتب اسلام، تبیین و تصحیح افکار و باورهای غلط و آسیب‌زا، شناسایی افکار خودآیند و نحوه اثرگذاری آن‌ها بر احساسات و رفتار انسان و تفکر در معنای خلقت و هدف آفرینش، بخشی از مواد این جلسات بود.

واحدهای پژوهش به مدت یک ماه بعد از اتمام جلسات پیگیری شدند؛ به این نحو که پژوهشگر هر دو هفته یک بار، به صورت تلفنی (یا از طریق ایمیل بدون تعیین بازه زمانی) با شرکت کنندگان گروه آزمون، تماس و تقویت لازم را در خصوص پیروی از برنامه آموزشی انجام می‌داد.

برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از نرم‌افزار SPSS نسخه ۱۸ استفاده شد. نتایج آزمون کولموگروف- اسمیرنوف نشان داد که برخی از متغیرهای کمی این پژوهش از توزیع طبیعی برخوردار نبودند. برای توصیف داده‌های جمعیت شناسی، از میانگین، جداول توزیع فراوانی (نسبی، مطلق) و انحراف معیار استفاده شد.

برای بررسی همگنی دو گروه از نظر متغیرهای کیفی، از آزمون مجذورکای استفاده گردید. مقایسه قبل و بعد گروه آزمون و کنترل (درون‌گروهی) از نظر سه معیار ذکر شده از آزمون تی‌همبسته و برای مقایسه بین‌گروه‌ها (آزمون و شاهد) از تی‌مستقل و در مواردی که توزیع غیرطبیعی بود، از آزمون من‌ویتنی و ویلکاکسون به ترتیب به جای آزمون‌های تی‌مستقل و تی‌همبسته استفاده شد. برای بررسی ارتباط بین متغیرهای

مداخله‌گر با متغیرهای وابسته، از آزمون‌های مجذورکای، کوواریانس و تی‌مستقل استفاده شد. در آزمون‌های انجام شده، سطح اطمینان ۹۵ درصد درنظر گرفته شد.

یافته‌ها

جدول شماره ۱ نشان دهنده ی یافته‌های توصیفی به تفکیک گروه آزمون و شاهد می باشد. نهایتاً افراد منتخب در دو گروه آزمون و شاهد در پیش‌آزمون از نظر متغیرهای سن، جنسیت، وضعیت تأهل، سابقه کار، سطح پست حرفه‌ای، تحصیلات، نوع بخش بیمارستانی، مدت زمان کار بالینی، میزان علاقه به رشته پرستاری و متغیر میزان درآمد ماهیانه بررسی و نتایج نشان داد که تفاوت معناداری با یکدیگر نداشته و همگن بودند. بنابراین در این پژوهش، متغیر مزاحمی که به صورت معنادار بر متغیر وابسته اثرگذاری داشته باشد شناسایی نشد.

جدول۱: برخی ویژگی‌های جمعیت شناسی به تفکیک گروه آزمون و شاهد

جنس	گروه آزمون	گروه شاهد
مرد	۱۴(۲۱/۲ درصد)	۱۳(۱۹/۶ درصد)
زن	۱۹(۲۸/۷ درصد)	۲۰(۳۰/۳ درصد)
تحصیلات		
کارشناسی	۳۱(۴۶/۹ درصد)	۳۰(۴۵/۴ درصد)
کارشناسی ارشد	۳(۴/۵ درصد)	۲(۳ درصد)
سطح پست حرفه‌ای		
پرستار	۲۰(۳۰/۳ درصد)	۱۷(۲۵/۷ درصد)
سرپرستار- مسئول شیفت	۹(۱۳/۶ درصد)	۱۲(۱۸/۱ درصد)
سوپروایزر	۳(۴/۵ درصد)	۵(۷/۵ درصد)
سابقه کاری		
کمتر از ۵ سال	۷(۱۰/۶ درصد)	۵(۷/۵ درصد)
۵ تا ۱۰ سال	۲۰(۳۰/۳ درصد)	۲۳(۳۴/۸ درصد)
بیشتر از ۱۰ سال	۶(۹ درصد)	۵(۷/۵ درصد)
وضعیت تأهل		
مجرد	۶(۹ درصد)	۴(۶ درصد)
متأهل	۲۶(۳۹/۳ درصد)	۳۹(۵۹ درصد)
بیوه	۱(۱/۵ درصد)	۰

همان طور که عنوان گردید در این پژوهش فقط ۳ زیرمعیار از پرسشنامه بحران هویت (۱۷)، یعنی احساس ناامیدی، احساس بی‌ارزشی و احساس نارضایتی از زندگی مورد توجه و بررسی قرار گرفته است. با توجه به ملاحظه فوق پس از کسر اثر پیش‌آزمون از پس‌آزمون در گروه شاهد و آزمون، به صورت مجزا، به مقایسه این میزان تغییرات، در دو گروه با یکدیگر اقدام شد.

در زیر معیارهای احساس ناامیدی ($P<۰/۰۱$)، احساس بی‌ارزشی ($P<۰/۰۰۲$) و احساس نارضایتی از زندگی ($P<۰/۰۳۵$) تفاوت آماری معناداری میان دو گروه آزمون و شاهد در پس آزمون مشاهده شد. (جدول ۲).

جدول۲: مقایسه میزان تغییرات نمرات احساس ناامیدی، احساس بی‌ارزشی و احساس نارضایتی از زندگی در پرستاران قبل و بعد از مداخله در دو گروه آزمون و شاهد

معیار	**گروه آزمون** انحراف معیار±میانگین	**گروه شاهد** انحراف معیار±میانگین	نتیجه آزمون
احساس ناامیدی	-۳/۸۷±۳/۱۲	-۰/۵۴±۱/۴۲	t= ۲/۴۲ df =۶۴ p<۰/۰۱
احساس بی‌ارزشی	-۴/۰۱±۲/۲۱	۰/۱۲±۰/۱۰	Z= -۶/۵۸ p<۰/۰۰۲
احساس نارضایتی از زندگی	-۲/۳۰±۲/۵۰	۱/۰۲±۲/۴۱	t= ۴/۰۲ df =۶۴ p<۰/۰۳۵

جدول ۳: مقایسه نمره کلی معیارهای احساس ناامیدی، احساس بی‌ارزشی و احساس نارضایتی از زندگی در پرستاران قبل و بعد از مداخله در دو گروه آزمون و شاهد

گروه مرحله	**گروه آزمون** انحراف معیار±میانگین	تعداد	**گروه شاهد** انحراف معیار±میانگین	تعداد	نتیجه آزمون تی‌مستقل
پیش‌آزمون	۴۴/۱۲±۱۱/۷۶	۳۳	۴۴/۴۵±۱۲/۱۵	۳۳	t=۰/۵۱۱ df =۶۴ p=۰/۶۲۲
پس‌آزمون	۳۳/۴۷±۱۴/۱۸	۳۳	۴۵/۷۸±۲۲/۰۹	۳۳	t= ۵/۳۲۷ df =۶۴ p<۰/۰۰۱
میزان تغییرات	-۱۰/۷۵±۱۱/۰۱	۳۳	-۱/۶۵±۱۷/۵۵	۳۳	t= ۶/۴۵۸ df =۶۴ p<۰/۰۰۱
نتیجه آزمون تی‌همبسته	t= ۲/۰۰۱ df =۳۲ p=۰/۰۶		t= ۵/۶۳۳ df =۳۲ p<۰/۰۰۱		

مقایسه میزان تغییرات نمره کلی سه احساس ناامیدی، احساس بی‌ارزشی و احساس نارضایتی از زندگی در مراحل قبل و بعد از مداخله در دو گروه آزمون و شاهد توسط آزمون تی‌مستقل نشان داد که تفاوت آماری معنی‌داری از نظر این متغیر در دو گروه وجود دارد (P<۰/۰۰۱).

در بخش انتهایی ارتباط بین برخی مشخصه‌های فردی با میزان تغییرات در نمرات احساس ناامیدی، احساس بی‌ارزشی و احساس نارضایتی از زندگی در دو گروه شاهد و آزمون توسط تحلیل کوواریانس مورد بررسی قرار گرفت. نتایج نشان داد بین مشخصه های جنسیت، وضعیت تأهل، سابقه کار، سطح پست حرفه‌ای، تحصیلات، بخش بیمارستانی، درآمد ماهیانه و میزان علاقه به رشته پرستاری، فقط عامل علاقه به رشته پرستاری (P<۰/۰۴۵) و عامل گروه (آزمون یا مداخله) اثر معنی‌داری بر احساس ناامیدی (P<۰/۰۰۷)، احساس بی‌ارزشی (P<۰/۰۳) و احساس نارضایتی از زندگی (P<۰/۰۰۸) دارد.

بحث

نکته مهم این که در طی جستجوهای متعددی که صورت پذیرفت، مطالعه‌ای همانند مطالعه حاضر یعنی اثربخشی آموزش شناختی-رفتاری دینی بر کاهش مشکلات روان‌شناختی پرستاران یافت نشد. بنابراین، در بحث سوابق پژوهشی بر سطوح آموزش شناختی-رفتاری دینی تمرکز گردیده است.

یافته‌های این پژوهش نشان داد که میانگین نمرات احساس ناامیدی، احساس بی‌ارزشی و احساس نارضایتی از زندگی به طور معنی‌داری در مرحله پس‌آزمون کاهش یافت. این نتیجه حاکی از این است که آموزش شناختی-رفتاری دینی بر بهداشت روان (در سه حیطه مذکور) پرستاران مؤثر بوده است.

در این پژوهش، بهبود و کاهش نمره تقریباً ۲۵ درصد معادل ۱۱ نمره گزارش شد. این یافته را می‌توان در تمامی ابعاد و سطوح این آموزش یعنی آموزش‌های رفتاری، آموزش‌های شناختی و آموزش‌های معنوی یعنی استفاده از آموزه‌ها و آموزش‌های دینی تبیین کرد.

در سطح رفتاری، بر آموزش‌های آرام‌سازی و تمرین عملی، تأکید شد. با اجرای این روش در ابتدای هر جلسه و همچنین تأکید بر تمرین روزانه آن در منزل بر توان گروه آزمون بر کنترل علایم جسمانی غیرطبیعی (مانند تپش قلب، تنگی نفس و غیره) در حالات تنش‌زا افزوده شد.

البته پژوهش‌های فراوانی، اثربخشی آموزش‌های آرام‌سازی و شل‌کردن عضلات را بر کاهش تنش، اضطراب و افزایش اعتماد به نفس، همخوان با این مطالعه مورد تأیید قرار داده‌اند؛ که از این میان، می‌توان به پژوهش پورمعماری و همکاران (۱۸) و یا مطالعه حمیدی‌زاده و همکاران اشاره کرد (۱۹). با این تفاوت که در این مطالعه، پژوهشگر در آموزش‌های خود از تعالیم اسلامی و دینی استفاده نموده؛ و آن‌ها را با روش‌های مرسوم (آرام‌سازی و شل‌کردن عضلات، تمرکز و تمرینات هوازی) ترکیب نموده و آموزش جدیدی را ارایه داده است. به عنوان مثال به گروه آزمون آموزش داده شد که از نماز به عنوان تمرینی که تمامی فواید تمرینات مذکور را در حد اعلاء دارد نیز استفاده نمایند. همچنین در مراقبه‌های خود به جای تکرار صرف اعداد و یا تمرکز بر ساحل دریا و از این قبیل، بر اذکار، اسماءالله، آیات قرآن و معانی آن‌ها و نشانه‌های خلقت و شگفتی‌های آن (بدن انسان و نظم حاکم بر هستی و ...) تمرکز نمایند. گفتگو با خدا یا شعر و نامه نوشتن به او، تغذیه سالم و ورزش منظم از دیگر توصیه‌های آموزشی بود.

در سطح شناختی نیز با محوریت رویکرد شناختی-رفتاری (Cognitive -Behavior Therapy) از بک (Beck) و رویکرد عقلانی هیجانی (Rational-Emotive Therapy) از الیس (Ellis) به عنوان دو رویکرد شناختی بسیار مشهور و کاربردی اقدامات مداخله‌ای و آموزشی انجام گردید.

پژوهش‌های فراوانی تأییدکننده اثربخشی درمان‌های شناختی بر اختلالات روانی و بهبود بهداشت روان هستند. مثلاً Howton عنوان می‌کند که نظریه‌های شناختی-رفتاری یکی از کارآمدترین و مؤثرترین الگوها به منظور تغییر نگرش افراد نسبت به وقایع و حوادث و به طبع آن، تغییر رفتار و حرکت به سمت رفتار بهنجار و بهداشت روان است (۲۰). از پژوهش‌های مرتبط دیگر می‌توان به مطالعه دباغی و همکاران، و باقریان و همکاران اشاره کرد (۲۱،۱۱).

اقداماتی که در این سطح آموزشی انجام شد را چنین می‌توان بیان کرد که علاوه بر این که روش‌های شناخت‌درمانی معروف (مانند مدل تغییر افکار ناکارآمد از Elise، پیکان عمودی و شناسایی افکار خودآیند) کاملاً توضیح داده شد، سعی گردید که کاربرد عملیاتی این روش‌ها با تعالیم اسلامی و فرهنگ ایرانی که کاملاً همخوان با عقاید، باورها و رسوم واحدهای پژوهش بود مورد استفاده قرار گیرد. مثلاً در شناسایی و تصحیح افکار غلط و باورهای معیوب، به استدلال‌های دینی برگرفته از احادیث و آیات قرآنی توجه خاص گردید؛ یعنی استفاده از روش‌های شناخت‌درمانی معروف با نگاه و تأکید ویژه به منطق دینی مورد استفاده قرار گرفت و از این طریق، سعی در بهبود نمرات گروه مداخله در زمینه بهداشت روان گردید.

سطح دیگری که در دو دهه اخیر در بعد سلامت مطرح شده است بحث سلامت معنوی می‌باشد. پژوهش‌های فراوانی تأیید

کننده این گونه آموزش‌ها بر سلامت و بهداشت روان است؛ به عنوان مثال، Frankl می‌گوید امروزه مردم بیش از گذشته بی‌معنایی، پوچی، بیهودگی، بی‌هدفی و سرگردانی را در زندگی خود تجربه می‌کنند (۲۲). همچنین مهم‌ترین عامل در شادکامی روان‌شناختی انتخاب داوطلبانه دین و معنویت است (۲۳،۲۲).

در بررسی Brown و همکاران نیز آمده است که مذهبی بودن و داشتن دیدگاه‌های معنوی یک عامل محافظت کننده از فرد در مقابل رفتارهای پرخطر از قبیل استعمال سیگار، مصرف الکل و ماری‌جوانا و استفاده از کوکایین می‌باشد (۲۴).

Merill و همکاران نیز در پژوهش خود به این نتیجه رسیدند که نوجوانانی که مذهبی نیستند و نمرات پایینی در اندازه‌گیری میزان فعالیت مذهبی به دست می‌آورند در مقایسه با نوجوانان برخوردار از سطح بالای فعالیت‌های مذهبی، سوء مصرف مواد در آنان بیشتر است (۲۵).

Klein و همکاران نیز در بررسی خود بر اثرات مثبت معنویت و دینداری بر کاهش ابتلاء به بحران هویت و مشکلات روان‌شناختی تأکید کردند (۲۶). این نتایج و بررسی‌ها با پژوهش‌های جان‌بزرگی (۲۷)، خوانین‌زاده و همکاران (۲۸)، سرگلزایی و همکاران (۲۹) و عسگری و همکاران (۳۰) همخوانی دارد.

در این بعد از سلامت روان نیز پژوهشگر تلاش کرد که واحدهای پژوهش را به سمت خودفراروی (Self-transcendent) و نگاه به ابدیت از دید قرآن و معصومین(ص) سوق دهد؛ نگاهی که با عقاید و منطق واحدهای پژوهش همخوان و مورد پذیرش و درک بیشتر است. برای نیل به این هدف، با چالش ذهنی در واحدهای پژوهش شروع شد؛ مانند این که از کجا آمده‌ایم و به کجا خواهیم رفت؟ هدف از زندگی و تلاش شبانه‌روزی ما چیست؟ آیا انسان موجودی ابدی است؟

سپس با استفاده از منطق و استدلال‌های دینی به همراه پخش فیلم‌های مرتبط، تلاش به تقویت و استحکام فلسفه دینی و مذهبی واحد پژوهش گردید.

به طور کلی، نتایج این مطالعه، بهبود نمرات احساس ناامیدی، احساس بی‌ارزشی و احساس نارضایتی از زندگی را نشان داد. به منظور تبیین و چرایی این بهبود، می‌توان به مداخله‌های سه‌گانه مذکور، یعنی آموزش‌های رفتاری، آموزش‌های شناختی و آموزش‌های دینی اشاره کرد.

این مطالعه دارای محدودیت‌هایی نیز بود که مهم‌ترین آن‌ها عبارت بودند از: تعداد نمونه کم و انتخاب واحدهای پژوهش از یک بیمارستان باعث کاهش تعمیم‌پذیری یافته‌های پژوهش می‌شود. از دیگر محدودیت‌ها تفاوت‌های فردی مخصوصاً در بُعد یادگیری و عقاید دینی می‌باشد.

نتیجه‌گیری نهایی

با توجه به اهمیت حرفه پرستاری و اثرات مستقیم و غیرمستقیمی که این قشر بر سلامت عموم جامعه دارند، بهتر است از کارآمدترین و کم‌ضررترین روش‌های درمانی و آموزشی مانند آموزش شناختی- رفتاری دینی به منظور پیشگیری، درمان و توانمندسازی پرستاران در بُعد جسمانی و روانی بهره جست.

در راستای نیل به این هدف، استفاده از روش‌هایی که علاوه بر بُعد علمی، با فرهنگ، عقاید، باورها و رسوم پرستاران (و عموم انسان‌ها) نیز همخوان باشد، احتمالاً تأثیر بیشتر و ماندگارتری خواهد داشت. در این خصوص، می‌توان گفت که آموزش و یا درمانگری شناختی-رفتاری دینی ویژگی‌های فوق را داراست و می‌توان از آن به منظور بهبود بهداشت و سلامت روان پرستاران و ارتقای رضایتمندی بیماران استفاده کرد.

تشکر و قدرانی

این مقاله حاصل پایان‌نامه کارشناسی ارشد آقای مرتضی روحانی و به راهنمایی آقای دکتر علیرضا رجایی می‌باشد. پژوهشگران لازم می‌دانند که از همکاری تمامی پرستاران، سرپرستاران و سوپروایزان بیمارستان شهیدهاشمی‌نژاد مشهد که در این پژوهش کمال همکاری را داشتند، تشکر و قدردانی نمایند.

منابع

1- Seligman M, Rozenhan DL. [Psychopathology].1st Edition. Tehran: Publishing Institute Delavaran; 1996 (Persian).

2- Abdi H, Shahbazian L. [Job stress in nurses working in intensive care unit of and its relationship to Occupational burnout]. Journal of Medical Sciences and Health Services. Shahid Sadoughi of Yazd. 2001; 9(3): 58-63 (Persian).

3- Hojjti H, Jalalmanesh SH, Fesharaki M. [Insomnia effects on public health nurses working night shifts in hospitals, Golestan University of Medical Sciences]. Scientific Journal of Gorgan University of Medical Sciences. 2008; 11(3): 70-75 (Persian).

4- Mahmoodi H, Ebrahimian AA, Solimani M, Ebadi A, Hafezi S, Feizi F, et al. [Evaluation factors for job motivation of nurses special parts]. Journal of Behavioral Sciences. 2007; 1(2): 171-8 (Persian).

5- Rezai N, Behbahani N, Najafyarandi A, Hoseini F. [The relationship between job stress and social support to nurses]. Iranian Journal of Nursing. 2006; 19(46): 71-8 (Persian).

6- Nazari T, Yasemi MT, Doost Mohammadi M, Nematzadeh Mahani K. [Assess the prevalence depression and anxiety in hospitalized patients in surgical wards]. Iraninan Psychiatry and Clinical Psychology(Thoughts and Behavior). 2002; 2(30):18-25 (Persian).

7- Gammon J, Morgan-Samuel H. A study to ascertain the effect of structured student tutorial support on student stress, self-esteem and coping. Nurse Education in Practice. 2005; 5(3):161-71.

8- Mokhtaripour M, Goodarzi Z, Siadat A, Keivanara M. [The relationship between demographic variables with anxiety and depression in students of Isfahan University of Medical Sciences]. Research on Behavioral Science. 2007; 5(2):107-13 (Persian).

9- Dehghannaieri N, Salehi T, Asadinoghabi AA.[Quality of working life and productivity of nurses and their relationship with each other]. Journal of Nursing Research. 2008; 3(8):27-37 (Persian).

10- Hamdieh M, Targhijah S.[The effect of spiritual cognitive group therapy on depression]. Pajohandeh. 2008; 13(5):383-9 (Persian).

11- Dabaghi P, Asgharnejadfari AA, Atefvahid MK, Bolhari J. [Effectiveness of a mindfulness-based cognitive therapy group (conscious mind) and spiritual schema activation in the prevention of recurrence opioid abuse]. Iranian Psychiatry and Clinical Psychology (Thoughts and Behavior). 2007; 13(4):366-75.

12- Taraghijah S, Navabnejad SH, Bolhari J, Kiamanesh AR.[Compared the approach of a group psychotherapy, cognitive and spiritual approach to depression, female students of Tehran University]. New Research and Consulting. 2007; 6 (21):111-25 (Persian).

13- Krok D. The role of spirituality in coping: Examining the relationships between spiritual dimensions and coping styles. Mental Health, Religion & Culture. 2008; 11(7):643-53.

14- Park C, Cohen LH, Herb L. Intrinsic religiousness and religious coping as life stress moderators for Catholics versus Protestants. Journal of Personality and Social Psychology. 2006; 59(3):562-74.

15- Desrosiers A, Miller L. Relational spirituality and depression in adolescent girl. Journal of Clinical Psychology. 2007; 63(10):1021-37.

16- Ziai M, Pouretemad HR, Hasanzadeh Tavakoli MR. [The moral judgment is dependent on culture] Journal of Behavioral Sciences. 2010; 4(3):225-31.

17- Rajaei AR. [Religious cognitive–emotional therapy: A new form of psychotherapy]. Iran Journal Psychiatry 2010; 5(3):81-7 (Persian).

18- Pourmemari MH, Amirmoghadam HR, Negarandeh R. [The effect of Benson relaxation methods on anxiety and salivary immunoglobulin: A titer of nursing and midwifery, Zanjan University students during end of the term exams,1378.] Scientific Journal of Zanjan University of Medical Sciences. 1999; 13(29): 33-23 (Persian).

19- Hamidzadeh S, Ahmadi F, Asghari M. [The effects of relaxation techniques on anxiety and stress in geriatric patients with hypertension]. Journal of Shahrekord University of Medical Sciences. 2006; 8(2):45-51 (Persian).

20- Howton K. Cognitive Behavior Therapy. Tehran: Arjmand Publication; 2001.

21- Bagherian Saraverdi R, Bahrami EH, Sanei H. [The relationship between History of myocardial infarction and cognitive schema of myocardial infarction]. Journal of Health Psychology. 2008; 2(2): 29-39 (Persian).

22- Frankl VE. The Unheard Cry for Meaning. 1st Edition. New York: Simon and Schuster Inc; 1978.

23- Pargament KI, Mahoney A, Spirituality. In C. R. Snyder, S J Lopez (Eds.). Handbook of Positive Psychology. Oxford: Oxford University Press; 2002.

24- Brown T, Parks GS, Zimmerman RS, Phillips CM. The role of religion in predicting adolescent alcohol use and problem drinking. Journal of Studies on Alcohol 2001; 62(5):692-705.

25- Merill RM, Salazar RD, Gardner NW. Relationship between family religiosity and drug use behavior among Youth. Social Behavior and personality. 2001; 29 (4): 347-58.

26- Klein H, Elifson KW, Sterk CE. The relationship between religiosity And drug use among at risk women. Journal of Religion and Health. 2006; 45(1):40-56.

27- Janbozorgi M. [Religious orientation and mental health]. Medical Research. 2007; 31(4): 345-50. (Persian).

28- Khaninzadeh M, Ajei J, Mazaheri M. [Comparison of Attachment style and religious orientation of the internal and external students]. Journal of Psychology 2005; 9(3):227-47 (Persian).

29- Sargolzaee MR, Behdani F, Vosough I, Ghorbani E. [The correlation study of religious activities with the anxiety, depression and substance abuse in students of the Sabzevar University]. Journal the Principles of Mental Health. 2002; 13(14):24-30 (Persian).

30- Asgari P, Ehteshamzadeh P, Pirzaman S. [Relationship the spiritual compatibility and androgenic with psychological well-being in students]. The New Findings in Psychology. 2010; 4(11):22-33 (Persian).

31- Delazar R, Farahi H. [Processing of suicide thoughts and acts of religious ritual in patients with depression]. Scientific Journal of Medical Sciences of Ardebil University 2009; 9(3):224-34 (Persian).

Effectiveness of cognitive- behavior religious training on feeling of hopelessness, worthlessness and dissatisfaction on nurses' life

*Rohani M[1], Rajai AL[2], Kimiaee SA[3], Malekzadeh J[4], Behnam Vashani HR[5]

Abstract

Introduction: Nurses are important resources in a community health system. Therefore, attention to mental health to this group seems to be essential. The aim of this research was to determine the effect of cognitive- behavior religious training on hopelessness, worthlessness and dissatisfaction on nurses' life.

Materials and Methods: This study was quasi-experimental, in which 66 employed nurses in the Shahid Hashemi Nejad Hospital in Mashhad were selected and divided into two groups of experimental and control. The intervention was formed of 10 sessions of 90 minute long. Sessions were held three days a week for the experimental group. The instrument for collecting data was "Identity Crisis Questionnaire". Content validity was measured by 12 experts and reliability was determined by Cronbach's alpha (α=0.93). The questionnaires were completed before and after a month of intervention. The data was analyzed by SPSS/18 and use of descriptive and analytical statistics includes paired and independent and covariance.

Findings: Overall mean scores of hopelessness, worthlessness and dissatisfaction on nurses' life was 44.12 ± 11.76 before intervention and 33.47 ± 14.18 one month after change of intervention ($P<0.001$). While control group did not have any significant change, but overall mean scores of one month before and after had a significant change ($P<0.06$).

Conclusion: Cognitive- behavior religious training is inexpensive, effective, essential and safe method to help mental health of nurses. It is recommended to enhance mental health of nurses and improve the quality of care, from this type of training is used**.**

Keywords: Nurse, Cognitive- behavior religious training, Feeling of hopelessness, Feeling of worthlessness, Feeling of dissatisfaction of life.

Received: 8 January 2013 **Accepted:** 22 May 2013

1- MSc in General Psychology, Dr. Hejazi Psychiatric Hospital, Mashhad, Iran.**(Corresponding author).**
E-mail: Rohanim4@mums.ac.ir
2- Assistant Professor, Department of Psychology, Islamic Azad University, Torbat-e Jam Branch, Torbat-e Jam, Iran.
3- Associate Professor, Department of Psychology, Faculty of Educational Sciences, University of Ferdosi, Mashhad, Iran.
4-MSc in Nursing, Department of Medical and Surgical Nursing, Faculty of Nursing and Midwifery, Mashhad University of Medical Sciences, Mashhad, Iran.
5- MSc in Nursing, Department of Pediatric Nursing, Faculty of Nursing and Midwifery, Mashhad University of Medical Sciences, Mashhad, Iran.

Iranian Nursing Scientific Association

Journal Of Health Promotion Management

ISSN: 2251-8614 Vol.2 No.3 (Serial 7) Summer 2013

Workplace violence status, vulnerable and preventive factors among nurses working in psychiatric wards.....94
Fallahi Khoshknab M, Tamizi Z, Ghazanfari N

Prevalence of miss triage and outcomes under triage of patients in emergency department.....95
Kamrani F, Ghaemipour F, Nikravan M, Alavi Majd H

Effect of using designed program based on "Expectancy Theory" by head nurses on nurses' job satisfaction.....96
Mohammadi A,Vanaki Z, Memariam R ,Mohammadi A

Correlation of human resource strategies based on Allen Ylsy Model with organizational performance staff in Aiat Allah Kashani Hospital.....97
Nasiri MT, Heidari M, Shahbazi S, Ansari E

Effectiveness of cognitive- behavior religious training on feeling of hopelessness, worthlessness and dissatisfaction on nurses' life.....98
Rohani M, Rajai AL, Kimiaee SA, Malekzadeh J, Behnam Vashani HR

Comparing job stress and related factors between welfare organization's employees with and without physical disability in Tehran.....99
Barghi S, Foroughan M, Hosseini MA, Farzi M

Correlation between knowledge and satisfaction of patients from patient- physician relationship..100
Vahidi RG, Kaffashi S, Narimani MR, Sadeghifar J, Raadabadi M, Nazari A, Heidari M

Puberty and sex education to girls: experiences of Gorganians' mothers.....101
Kalantary S, Ghana S, Sanagoo A, Jouybari LM