

مقایسه تاثیر آموزش مدیریت استرس با و بدون رویکرد دینی بر استرس شغلی کارکنان فوریت‌های پزشکی*

جلال مومن بیلندی^۱

موسی سجادی^۲

جواد باذلی^۳

چکیده

استرس شغلی یک اختلال مزمن روانی است که به علت شرایط سخت کاری به وجود می‌آید و روی عملکرد و سلامت فرد تاثیر می‌گذارد و عامل اصلی در ایجاد و تشدید فرسودگی شغلی است. روش‌های مختلفی در کاهش استرس وجود دارد. آموزش مدیریت استرس به شیوه‌های رایج نظیر آموزش آرام سازی، حمایت اجتماعی، تکنیک‌های شناختی، ورزش و موسیقی و همچنین آموزش مدیریت استرس با رویکرد دینی از آن جمله می‌باشد. لذا مطالعه حاضر با هدف مقایسه تاثیر آموزش مدیریت استرس با و بدون رویکرد دینی بر استرس شغلی کارکنان فوریت‌های پزشکی انجام شد.

پژوهش حاضر یک مطالعه نیمه تجربی دو گروه قبل و بعد است که بر روی ۵۸ نفر از کارکنان فوریت‌های پزشکی که در پایگاه‌های اورژانس ۱۱۵ شهری و جاده ای تحت پوشش مرکز مدیریت حوادث و اورژانس پیش بیمارستانی گناباد که در سال ۱۳۹۷ مشغول به کار بوده اند، انجام شد. واحدهای پژوهش با لحاظ کردن معیارهای ورود به صورت هدفمند انتخاب و به طور تصادفی به روش بلوک جایگشتی به دو گروه تخصیص یافتند. در گروه اول، مداخله بر اساس یک بسته آموزشی گروهی مدیریت استرس بدون رویکرد دینی به مدت ۸ جلسه هفتگی

۱. کارشناسی ارشد پرستاری داخلی جراحی، دانشکده پرستاری، دانشگاه علوم پزشکی، گناباد، ایران. (momenj@gmail.com)

۲. استاد آموزش پرستاری، گروه پرستاری داخلی جراحی و اطفال، دانشکده پرستاری، دانشگاه علوم پزشکی، گناباد، ایران.

(sajjadi1975@gmail.com)

۳. دانشیار سلامت در بلايا و فوریت‌ها، گروه فوریت‌های پزشکی، دانشکده پرستاری، دانشگاه علوم پزشکی، گناباد، ایران (نویسنده مسئول).

(javad_bazeli@yahoo.com)



انجام شد و در گروه دوم نیز بر اساس یک بسته آموزشی گروهی مدیریت استرس با رویکرد دینی طی ۸ جلسه انجام شد. جهت جمع آوری داده‌ها قبل و بعد از مداخله از فرم اطلاعات دموگرافیک و پرسشنامه استرس شغلی پرستاران (ENSS) استفاده شد. داده‌ها با کمک نرم افزار SPSS نسخه ۲۵ و استفاده از آزمون‌های تی مستقل، تی زوجی، مجذورکا، در سطح معنی داری کمتر از ۰/۰۵ مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

دو گروه به لحاظ متغیرهای زمینه ای همسان بودند ($P > 0/05$) میانگین نمره استرس شغلی قبل از مداخله در گروه با رویکرد دینی و بدون رویکرد دینی به ترتیب $36/40 \pm 18/153$ و $12/155 \pm 18/32$ بود. یک ماه بعد از مداخله میانگین نمره استرس شغلی در گروه با رویکرد دینی و بدون رویکرد دینی به ترتیب $28/27 \pm 16/129$ و $19/33 \pm 57/152$ بود. هردو رویکرد کاهش نمره استرس شغلی را بلافاصله پس از مداخله داشته اند ولی در گروه با رویکرد دینی اثرگذاری و ماندگاری آموزش بیشتر بوده بطوریکه در یک ماه پس از مداخله نتایج نشان داد آموزش مدیریت استرس با رویکرد دینی در سطح معنی داری ($P = 0/002$) در کاهش استرس شغلی کارکنان فوریت‌های پزشکی موثر بود.

اجرای آموزش مدیریت استرس در هر دو روش با و بدون رویکرد دینی در بین کارکنان فوریت‌های پزشکی با کاهش استرس شغلی همراه بود، اما ماندگاری و اثرگذاری آموزش در رویکرد دینی بیشتر بود. لذا به کارگیری این شیوه به عنوان یک اقدام مفید و موثر در بحث توانمند سازی نیروی انسانی حوزه سلامت پیشنهاد می گردد.

کلید واژه‌ها: فوریت‌های پزشکی، استرس شغلی، مدیریت استرس، رویکرد دینی، آموزش

مقدمه

استرس شغلی یک اختلال مزمن روانی است که به علت شرایط سخت کاری به وجود می آید و روی عملکرد و سلامت جسمی و ذهنی فرد تاثیر می‌گذارد (اسکالیون، ۱۹۹۲م). استرس شغلی عامل اصلی در ایجاد و تشدید فرسودگی شغلی هستند. فرسودگی شغلی حالتی است که با خستگی روانی شروع و با تشدید خستگی جسمی و در نهایت به صورت کاهش کیفیت کاری بروز می کند (وهی، ۲۰۰۴م). استرس شغلی یکی از پنج علت ترک حرفه پرستاری توسط پرستاران



می‌باشد (نریمانی، ۱۳۹۵). مطالعات نشان می‌دهد که استرس علاوه بر عوارض خطرناک در زمینه سلامت گروه پرستاری بر توانایی مقابله با استرس آن‌ها نیز تاثیر فراوان دارد (واقی، ۱۳۹۳).

کارکنان فوریت‌های پزشکی بطور روزانه ممکن است استرس‌های شغلی را تجربه کنند (بیتون، ۲۰۰۶م). تکنسین‌های فوریت‌های پزشکی با محیط‌های استرس‌زایی همچون اماکن پر از مجروح، بیماران بدحال و غیره روبرو هستند که کارکردن در این شرایط بسیار دشوار است (بروکس، ۲۰۰۹م). محرک‌های استرس زای فیزیکی، روحی و ذهنی باعث می‌شوند تکنسین‌های اورژانس در معرض خطرهای زیادی نظیر تصادفات، خطاها و آسیب به دیگران که قابل پیشگیری است، قرار گیرند (سوفیانولوپولوس، ۲۰۱۱م). بطوری که محل خدمت برای کارکنان فوریت‌های پزشکی که باید در محل حادثه حضور پیدا کنند، باعث بوجود آمدن هیجان‌های محیطی با استرس منفی می‌شود (گاروزا، ۲۰۰۸م). همچنین افزایش ساعات کار موجب افزایش تعارض در وظایف شغلی و خانوادگی می‌گردد که می‌تواند به استرس شغلی منجر شود (آقاجانی‌نژاد، ۲۰۱۰م).

بر اساس شواهد موجود، طیف وسیعی از درمان‌های روان‌شناختی شامل تن‌آرامی، موسیقی درمانی، ماساژ و مدیریت شناختی رفتاری استرس در کنترل و کاهش استرس موثر بوده است. یکی از برنامه‌های موثر و کارآمد برای مقابله با فشارهای روانی و استرس، آموزش مهارت‌های زندگی است که مدیریت استرس جزئی از این برنامه است. آموزش مدیریت شناختی رفتاری استرس دارای هدف‌های پیشگیرانه، مهار و مدیریت مشکلات است (واقی، ۱۳۹۳). مطالعات موجود نشان می‌دهند که آموزش مدیریت استرس به شکل گروه درمانی با فوائد اقتصادی و آموزشی بسیاری همراه است. مدیریت استرس با رویکرد شناختی رفتاری یک روش چند وجهی است که طی آن تکنیک‌هایی از قبیل آرامش آموزی، تنفس دیافراگمی، مراقبه، شناسایی افکار خودکار منفی و تحریف‌های شناختی افراد و بازسازی آن افکار از طریق جایگزین کردن افکار منطقی، آموزش مقابله کارآمد، مدیریت خشم و مهارت ابراز وجود به کار برده می‌شود تا توانایی فرد را برای کاهش استرس و سازگاری مناسب با موقعیت‌های استرس‌آور افزایش دهد (سیدمحرمی، ۱۳۹۶).

از سوی دیگر تعالیم دینی نیز در برخورد با موانع و مشکلات زندگی توصیه‌هایی به افراد نموده است و منبعی برای چگونگی مقابله با مشکلات می‌باشد. گنجینه



معارف اسلامی سرشار از روش‌ها و مهارت‌های مقابله با استرس می باشد؛ پس می توان بیان کرد مدیریت استرس از مفاهیم مشترک روان شناسی و دین اسلام می باشد (بنیادی، ۱۳۹۵).

یکی از چشم اندازهای غالب پژوهشی در حوزه روان شناسی دین، سلامتی و بهزیستی، الگوهای مقابله دینی است. مقابله دینی شکلی از مقابله است که با کاربرد فنون شناختی و روانی در مواجهه با رویدادهای استرس زای زندگی، ریشه در دین و معنویت دارد (تیکس، ۱۹۹۸م). پژوهش‌های مختلفی نشان می‌دهد که مدیریت استرس با رویکرد دینی از طریق کنترل فشارهای هیجانی و ناراحتی‌های جسمی به افراد کمک می‌کند. داشتن معنی و هدف در زندگی، احساس تعلق داشتن به منبعی والا، امیدواری به یاری و کمک خداوند در شرایط استرس زای زندگی، برخورداری از حمایت‌های اجتماعی و معنوی همگی از جمله منابعی هستند که افراد متدین با برخورداری از آنها می‌توانند در مواجهه با حوادث استرس زای زندگی آسیب کمتری را متحمل شوند (عسکریان، ۱۳۹۳).

از آنجا که به نظر می‌رسد هم روش آموزش مدیریت استرس (روش متداول و رایج) و هم روش‌های مقابله ای با رویکرد دینی بر کاهش استرس موثر است، لذا پژوهشگران بر آن شدند تا به مقایسه تاثیر دو روش آموزش مدیریت استرس (بدون لحاظ رویکرد دینی) با روش آموزش مدیریت استرس با لحاظ رویکرد دینی بر استرس شغلی کارکنان فوریت‌های پزشکی بپردازند.

۲. روش بررسی

این مطالعه نیمه تجربی در سال ۱۳۹۷ اجرا شد. جامعه پژوهش کلیه کارکنان عملیاتی فوریت‌های پزشکی شاغل در پایگاه‌های اورژانس پیش بیمارستانی مرکز حوادث و اورژانس پیش بیمارستانی گناباد بودند.

حجم نمونه با توجه به داده‌های مطالعه مشابه (واقی، ۱۳۹۰) با استفاده از فرمول مقایسه میانگین‌ها در دو جامعه مستقل برای متغیر استرس و با در نظر گرفتن ضریب اطمینان ۹۵ درصد و توان آزمون ۸۰ درصد، حدود ۲۲ نمونه برای هر گروه به دست آمد که با در نظر گرفتن احتمال ریزش ۱۰ درصدی به حدود ۲۵ نمونه در هر گروه افزایش یافت.

نمونه‌ها به صورت در دسترس و مبتنی بر هدف انتخاب شده و سپس به طور تصادفی به روش بلوک جایگشتی به دو گروه مطالعه تقسیم شدند.



معیارهای ورود به مطالعه شامل تکنسین‌های عملیاتی شاغل در پایگاه‌های اورژانس ۱۱۵ (شامل تکنیسین پایه، میانی و ارشد)، داشتن حداقل یکسال سابقه کار در اورژانس پیش بیمارستانی، عدم سابقه استرس‌زای مهم زندگی در شش ماه گذشته (بر اساس گزارش تکنسین)، عدم تشخیص اختلال عمده روان پزشکی و یا مصرف داروهای مرتبط با اختلالات سایکوتیک در شش ماه گذشته (بر اساس گزارش تکنسین)، عدم سوء مصرف مواد و وابستگی به مواد مخدر (خود اظهاری تکنسین)، عدم گذراندن دوره‌های آموزشی مدیریت استرس (طبق گزارش واحد آموزش مرکز فوریت‌ها)، سطح استرس شغلی با نمره بیش از عدد ۵۵ (کسب شده از پرسشنامه استرس شغلی پرستاران) و داشتن تمایل به شرکت در مطالعه بود. معیارهای خروج از مطالعه نیز به صورت غیبت بیش از دو جلسه در جلسات آموزشی، بروز مشکل حاد استرس‌زا (مرگ همسر، مرگ پدر و...) در طول مدت پژوهش و عدم تمایل به ادامه شرکت در مطالعه تعریف شد.

ابزار جمع‌آوری اطلاعات شامل پرسشنامه استرس شغلی پرستاران و پرسشنامه اطلاعات جمعیت شناختی بود. پرسشنامه استرس شغلی پرستاران شامل ۵۵ سؤال بود. حداقل نمره صفر و حداکثر آن ۲۷۵ و مقیاس‌های عددی از ۰ تا ۵ بوده که در آن: ۰= مواجه نشده‌ام، ۱= هیچ، ۲= کم، ۳= متوسط، ۴= شدید، ۵= خیلی شدید

این پرسشنامه طی پژوهشی در ایران روایی و پایایی آن توسط قانعی و همکاران انجام شده است که در بررسی ثبات درونی ضریب آلفای کرونباخ ۰/۹۶ بدست آمد (ولیع، ۱۳۹۲).

یک پرسشنامه‌ی اطلاعات دموگرافیک نیز برای جمع‌آوری اطلاعات جمعیت‌شناسی تدوین شد که حاوی اطلاعات مربوط به سن، وضعیت تأهل، تعداد اولاد، محل سکونت، سطح تحصیلات، رشته تحصیلی، وضعیت استخدام، سابقه کار، میزان درآمد و نوبت کاری بود. روایی فرم جمع‌آوری اطلاعات دموگرافیک از طریق روایی محتوی تعیین گردید. به این ترتیب که این فرم با مطالعه کتب و مقالات جدید تهیه، و با استفاده از نظرات ده صاحب نظر، اصلاح گردید.

افراد واجد شرایط بر اساس معیارهای تعریف شده، وارد مطالعه شدند. بعد از بیان اهداف مطالعه، اطمینان دادن به واحدهای پژوهش در مورد محرمانه بودن اطلاعات و کسب رضایت آگاهانه کتبی جهت شرکت در پژوهش، مشخصات فردی واحدهای پژوهش به روش مصاحبه جمع‌آوری شد. سپس میزان استرس



کلیه شرکت کنندگان، در مرحله قبل از مداخله توسط پرسشنامه استرس شغلی پرستاران اندازه گیری و ثبت شد. مداخله پژوهش حاضر شامل برنامه‌ی آموزش مدیریت استرس با و بدون رویکرد دینی بود. در گروه اول مداخله بر اساس یک بسته آموزشی گروهی مدیریت استرس بدون لحاظ رویکرد دینی به مدت ۸ جلسه هفتگی انجام شد و در گروه دوم نیز بر اساس یک بسته آموزشی گروهی مدیریت استرس با لحاظ رویکرد دینی شامل: توکل، ذکر خداوند، صبر، دعا و مناجات، توبه، نماز و امید طی ۸ جلسه انجام و از آنان رعایت اصل رازداری و عدم انتقال به سایرین خواسته شد. در پایان جلسات و یک ماه بعد پرسشنامه استرس شغلی توسط هر دو گروه تکمیل شد.

ملاحظات اخلاقی شامل اختیاری بودن شرکت در مطالعه، کسب رضایت آگاهانه کتبی، حفظ بی‌نامی و آزاد بودن نمونه‌ها برای ترک مطالعه رعایت شد. همچنین این پژوهش در کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی گناباد (با کد IR.GMU.REC.1397.084) ثبت و تایید شده است.

داده‌های پژوهش با استفاده از روش‌های آماری توصیفی (فراوانی، درصد، میانگین و انحراف معیار) و استنباطی (کای اسکوئر، تی زوجی، تی مستقل) توسط نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۵ و در سطح معنی‌داری کمتر از ۰/۰۵ مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند.

۳. یافته‌ها

در این مطالعه به دلیل اینکه احتمال داده می‌شد که واحدهای پژوهش ریزش بیشتری داشته باشند در گروه بدون رویکرد دینی ۳۳ نفر شرکت کردند که کسی حذف نگردید. مطالعه در گروه با رویکرد دینی با ۲۵ نفر انجام شد.

مشخصات فردی واحدهای پژوهش به تفکیک دو گروه در جدول ۱ ذکر شده‌اند.

میانگین نمره استرس شغلی قبل از مداخله در گروه بدون رویکرد دینی $(32/18 \pm 155/12)$ بیشتر از گروه با رویکرد دینی $(40/36 \pm 153/68)$ بود اما اختلاف آماری معنی‌داری بین دو گروه یافت نشد $(P=0/88)$. در مرحله بعد از مداخله تفاوت معنی‌داری از نظر میانگین نمره استرس شغلی بین دو گروه با رویکرد دینی $(64/149 \pm 40/38)$ و بدون رویکرد دینی $(157/54 \pm 35/08)$ مشاهده نشد $(P=0/41)$ یک ماه بعد از مداخله اختلاف آماری معناداری از نظر میانگین نمره استرس شغلی بین دو گروه یافت شد $(P=0/008)$ بطوری که میانگین نمره استرس شغلی



در گروه با رویکرد دینی ($129/16 \pm 27/28$) کمتر از گروه بدون رویکرد دینی ($152/57 \pm 33/19$) بوده است که این بدان معناست روش آموزشی مدیریت استرس با رویکرد دینی تاثیر بیشتری دارد.

بر اساس نتایج بدست آمده اختلاف معنی داری بین نمره استرس شغلی در زمان قبل و بعد از مداخله در دو گروه مداخله مشاهده نشد ($P > 0/05$) در حالی که نتایج حاکی از وجود تفاوت معنی دار نمره استرس شغلی در زمان یک ماه پس از مداخله بین دو گروه بود ($P < 0/05$). نتیجه آزمون آنالیز واریانس با اندازه‌های تکراری نشان داد میانگین نمره استرس شغلی بین دو گروه تفاوت آماری معنی داری دارد ($P = 0/002$) بطوری که با گذشت زمان میانگین نمره استرس شغلی در هر دو گروه کاهش یافته است که این کاهش در گروه با رویکرد دینی بیشتر بوده است.

میانگین و انحراف معیار نمره استرس شغلی کارکنان فوریت پزشکی مورد مطالعه در سه مرحله قبل، بعد و یک ماه بعد از مداخله در جدول ۲ نشان داده شده است.

۴. نتیجه گیری

این مطالعه با هدف مقایسه تاثیر آموزش مدیریت استرس با و بدون رویکرد دینی بر استرس شغلی کارکنان فوریت‌های پزشکی انجام شد.

یافته‌های مطالعه نشان داد که میانگین نمره استرس شغلی قبل از مداخله در دو گروه با رویکرد دینی و بدون رویکرد دینی به ترتیب $153/68$ و $155/12$ بود. از آنجایی که استرس شغلی با افزایش حوادث کاری، تأخیر و غیبت از کار و نیز کاهش بهره‌وری و تعهد سازمانی، به افت کیفیت مراقبت از بیماران منجر می‌شود (رضایی، ۱۳۸۵). توجه به راهکارهایی از جمله مدیریت استرس با رویکرد دینی که منجر به کاهش استرس شغلی شود از اهمیت بسزایی برخوردار است.

در مطالعه ای که تحت عنوان تاثیر گروه درمانی مدیریت استرس بر استرس شغلی و خودکارآمدی پرستاران توسط سید محرمی و همکاران انجام شد، میانگین نمره استرس شغلی قبل از مداخله در دو گروه آزمایش و کنترل به ترتیب $115/3$ و 121 بود که دلیل این اختلاف آماری با مطالعه ما شاید بدلائل تفاوت در ابزار پژوهشی، محیط شغلی متفاوت و همچنین تفاوت در گروه مطالعه باشد (۱۰). چون در مطالعه ایشان از پرسشنامه استرس شغلی (JSQ) جهت سنجش میزان استرس استفاده شده است که با ابزار مطالعه ما (ENSS) متفاوت بود. همچنین گروه



مطالعه ایشان پرستاران شاغل در محیط بیمارستان بودند، حال آنکه در مطالعه ما گروه فوریت‌های پزشکی شاغل در پایگاه‌های اورژانس ۱۱۵ بودند.

در پژوهشی دیگر که با هدف تعیین تاثیر برنامه آموزشی مدیریت استرس بر اساس الگوی پرسید بر استرس شغلی پرستاران توسط حسینی و همکاران انجام شد. میانگین نمره استرس شغلی قبل از مداخله در دو گروه آزمون و کنترل به ترتیب ۱۱۳ و ۱۰۹/۸۲ بود (حسینی، ۱۳۹۰). این تفاوت احتمالا به دلایل تفاوت در جامعه پژوهش و همچنین تفاوت در ابزار بود، چون در مطالعه ما کارکنان فوریت‌های پزشکی که همگی مرد بودند و در مطالعه ایشان پرستاران زن مورد بررسی قرار گرفته بودند. ابزار مطالعه ایشان پرسشنامه استرس شغلی (تافت-گری و اندرسون) بود. حال آنکه ابزار مطالعه ما ENSS می‌باشد.

نتایج مطالعه مشخص نمود که میانگین نمره استرس شغلی بعد از مداخله در دو گروه با رویکرد دینی و بدون رویکرد دینی به ترتیب ۱۴۹/۶۴ و ۱۵۷/۵۴ بود.

مطالعه ای که علوی ارجمند و همکاران با هدف بررسی تاثیر مدیریت استرس بر استرس کاری و تعارض کار-زندگی در پرستاران انجام دادند. نتایج مطالعه نشان داد که میانگین نمره استرس شغلی بعد از مداخله در دو گروه مداخله و کنترل کاهش یافته بود (علوی ارجمند، ۱۳۹۱). گرچه ابزار مطالعه ایشان با ابزار ما متفاوت بود (پرسشنامه استرس شغلی تاфт-گری و اندرسون)، لکن علیرغم تفاوت، وضعیت نمرات نسبت به نقطه برش ابزار کاهش یافته که در گروه با رویکرد دینی با مطالعه ما همسو است. در توجیه افزایش مقطعی استرس در گروه بدون رویکرد دینی بلافاصله بعد از مداخله، این احتمال وجود دارد که آشنایی مشارکت کنندگان مذکور با مفاهیم، علائم و عوارض استرس شغلی می‌تواند در کوتاه مدت بصورت هیجانی باعث افزایش سطح استرس شغلی آنان گردد.

مشکین یزد و همکاران نیز پژوهشی را به منظور تعیین تاثیر آموزش تفکر انتقادی بر استرس شغلی پرستاران بخش روان پزشکی انجام دادند. که نتایج مطالعه نشان داد که میانگین نمره استرس شغلی بعد از مداخله در دو گروه آزمون و شاهد به ترتیب ۸۴/۸ و ۹۱/۸ بود (واقی، ۱۳۹۳). دلیل این تفاوت از نظر آماری با مطالعه ما شاید به این دو دلیل باشد: ۱- در این مطالعه از پرسشنامه استرس شغلی (کارازاک) جهت سنجش میزان استرس استفاده شده است که با ابزار مطالعه ما (ENSS)





متفاوت بود. ۲- در این مطالعه پرستاران بخش روان مورد بررسی قرار گرفتند که با گروه نمونه‌های مطالعه ما متفاوت بود.

یافته‌های مطالعه نشان داد که میانگین نمره استرس شغلی در گروه با رویکرد دینی، یک ماه بعد از مداخله به صورت معنی‌داری نسبت به قبل از مداخله کمتر بود ($P=0/002$)؛ در حالی که در گروه بدون رویکرد دینی تفاوت معنی‌داری در میانگین نمره استرس شغلی قبل و بعد از مداخله نبود ($P=0/51$).

علوی ارجمند و همکاران پژوهشی را تحت عنوان بررسی تاثیر مدیریت استرس کاری و تعارض کار-زندگی در پرستاران انجام دادند. نتایج مطالعه نشان که در مقایسه میانگین استرس کاری در گروه آزمون قبل و بعد از مداخله با استفاده از آزمون تی زوجی تفاوت معناداری مشاهده گردید ($P<0/001$). در حالی که در گروه شاهد تفاوت معناداری مشاهده نشد ($P=0/28$) (علوی ارجمند، ۱۳۹۱). لذا با توجه به اینکه در مطالعه ما نیز نتیجه آزمون تی زوجی نشان داد که میانگین نمره استرس شغلی در گروه با رویکرد دینی (گروه آزمون)، بعد از مداخله به صورت معنی‌داری نسبت به قبل از مداخله کمتر بود ($P=0/002$)؛ در حالی که در گروه بدون رویکرد دینی (گروه شاهد) تفاوت معنی‌داری در میانگین نمره استرس شغلی قبل و بعد از مداخله نبود، بنابراین نتایج این مطالعه با مطالعه ما همسو می‌باشد.

نتایج مطالعه نشان داد اختلاف معنی‌داری بین نمره استرس شغلی در زمان قبل و بعد از مداخله در دو گروه مداخله مشاهده نشد ($P>0/05$) در حالی که نتایج حاکی از وجود تفاوت معنی‌دار نمره استرس شغلی در زمان یک ماه پس از مداخله بین دو گروه بود ($P=0/008$) نتیجه آزمون آنالیز واریانس با اندازه‌های تکراری نشان داد میانگین نمره استرس شغلی بین دو گروه تفاوت آماری معنی‌داری دارد ($P=0/002$) بطوری که با گذشت زمان میانگین نمره استرس شغلی در هر دو گروه کاهش یافته است که این کاهش در گروه با رویکرد دینی بیشتر بوده است.

مطالعه‌ای به منظور تعیین نقش موثر اعتقادات مذهبی بر رابطه استرس شغلی و سلامت عمومی پرستاران توسط مهداد و همکاران انجام شد. یافته‌های این مطالعه نشان داد که باورهای مذهبی یکی از بهترین راهکارهای سازگاری با تنش‌زاهای روانی است و در صدر فهرست پنج راهبرد مقابله و سازگاری با استرس، باورهای



مذهبی قرار دارد (مهرداد، ۱۳۹۴). که نتایج مطالعه مهداد و همکاران، غفاری و همکاران، هافتی و همکاران، یوسف و همکاران در زمینه نقش مثبت باورهای دینی بر کاهش میزان استرس شغلی با مطالعه ما همسو می‌باشد (غفاری، ۱۳۹۰؛ هفتی، ۲۰۱۱م؛ یوسف، ۲۰۱۱م).

در توجیه کاهش استرس شغلی می‌توان گفت از آنجا که باورهای مذهبی ناظر بر عواطف، تصورات و احساسات مربوط به داشتن رابطه با خدا بوده و به معنای این است که با ادراک عوامل استرس زای شغلی، مثل نقش و تقاضاهای غیرمعمول شغلی، مسائل و مشکلات مربوط به روابط با همکاران و مسئولان، بیشتر در ارتباط است (هاباناناندا، ۲۰۰۴) و از طریق تاثیر بر ادراک استرس، احساس توانمندی در غلبه بر مشکلات، از جمله استرس‌های شغلی و تنش‌های زندگی را به فرد می‌دهند (ایگو، ۲۰۱۶). از این رو می‌توان گفت که آموزش مدیریت استرس با رویکرد دینی منجر به کاهش استرس شغلی در این مطالعه شد. در توجیه کاهش کمتر استرس شغلی در گروه بدون رویکرد دینی نیز می‌توان عنوان کرد که شاید عناوین به کار گرفته شده در بسته آموزشی این گروه نیاز به آموزش تخصصی تری داشته یا زمان بیشتری برای بررسی اثر آموزش لازم بوده است. حال آنکه برای افراد مورد پژوهش ما که در یک جامعه محلی با تعهدات مذهبی بیشتر هستند، رویکرد دینی ملموس تر و درک آن بهتر بوده است.

نتایج پژوهش نشان می‌دهد که آموزش مدیریت استرس با و بدون رویکرد دینی منجر به کاهش استرس شغلی در کارکنان فوریت‌های پزشکی می‌شود، البته در آموزش با رویکرد دینی ماندگاری و اثربخشی آن بیشتر است. اگرچه مطالعات بیشتری لازم است اما این یافته‌ها از اهمیت خاصی برخوردار است، بنابراین با توجه به نتایج این پژوهش و از آنجایی که فوریت‌های پزشکی جزء مشاغل پر استرس در دنیا می‌باشد و همچنین به دلیل شیوع بالای استرس شغلی، مدیران می‌توانند با آموزش‌های مداوم و مستمر مهارت‌های مدیریت استرس با رویکرد دینی در قالب سمینارها، جلسات بازآموزی و کارگاه‌ها، همراه با افزایش حمایت‌های محیط کاری و خانوادگی در کارکنان فوریت‌های پزشکی، کاهش استرس را به عنوان اولویت‌های کاری خود قرار دهند.

تشکر و قدردانی: مطالعه حاضر بخشی از پایان نامه کارشناسی ارشد رشته پرستاری داخلی جراحی در دانشکده پرستاری دانشگاه علوم پزشکی گناباد است که با حمایت مالی معاونت تحقیقات و فناوری این دانشگاه انجام گرفته است، از این





بابت تشکر و قدردانی می‌شود. همچنین از کلیه کارکنان فوریت‌های پزشکی نیز تقدیر و تشکر می‌شود.

جدول ۱- مشخصات فردی واحدهای پژوهش در دو گروه

متغیر	با رویکرد دینی	بدون رویکرد دینی	نتیجه آزمون
سن (سال)	۳۲/۱۶±۶/۰۸	۳۲/۰۰±۷/۱۸	P=۰/۹۲
سابقه کار (سال)	۷/۴۸±۴/۴۷	۸/۶۰±۶/۸۳	P=۰/۴۷
وضعیت تأهل	مجرد	مجرد	P=۰/۲۱
سکونت	شهر	روستا	P=۰/۳۷
سطح تحصیلات	دیپلم	دیپلم	P=۰/۹۷
رشته تحصیلی	فوق دیپلم	فوق دیپلم	P=۰/۸۱
نوع شغل	لیسانس	لیسانس	P=۰/۸۵
وضعیت استخدام	فوق لیسانس	فوق لیسانس	P=۰/۳۴
میزان درآمد	تکنسین پایه	تکنسین پایه	P=۰/۴۶
نوبت کاری	تکنسین میانی	تکنسین میانی	P=۰/۹۱
محیط کاری	تکنسین ارشد	تکنسین ارشد	P=۰/۹۵

جدول ۲- مقایسه میانگین استرس شغلی قبل، بعد و یک ماه بعد از مداخله در دو گروه

زمان	گروه	با رویکرد دینی (الانحراف معیار ± میانگین)	بدون رویکرد دینی (الانحراف معیار ± میانگین)	نتیجه آزمون تی مستقل
	قبل از مداخله	۱۵۳/۶۸ ± ۴۰/۳۶	۱۵۵/۱۲ ± ۳۲/۱۸	P=۰/۸۸
	پانزده روز پس از مداخله	۱۴۹/۶۴ ± ۳۸/۴۰	۱۵۷/۵۴ ± ۳۵/۰۸	P=۰/۴۱
	یک ماه پس از مداخله	۱۲۹/۱۶ ± ۲۷/۲۸	۱۵۲/۵۷ ± ۳۲/۱۹	P=۰/۰۰۸
		P=۰/۰۰۲ F=۶/۷۲ df=۲		نتیجه آزمون آدالیز واریانس با اندازه های تکراری

1. Scullion P. Stress and the student nurse in accident and emergency nursing. *British Journal of Nursing*. 1992;1(12):27-30.
2. Vahey DC, Aiken LH, Sloane DM, Clarke SP, Vargas D. Nurse burn-out and patient satisfaction. *Medical care*. 2004;42(2 Suppl):I157.
3. Narimani M, Salehi M, Kazemi N. The Effectiveness of Dialectical Behavior Therapy on Stress Reduction and Increasing Self-Efficacy among Nurses. *Journal of health and care*. 2016;17(4):270-80.
4. Vaghee S, Meshkin -Yazd A, Asgharipour N, Ebrahimzadeh S. The effect of critical thinking training on nurses job stress in psychiatric ward. *Journal of fundamentals of mental health*. 2014;16(61):12-21.
5. Beaton R. Extreme stress. Promoting resilience among EMS workers. *Northwest Public Health*, Fall/Winter. 2006:8-9.
6. Breaux PJ. An investigation of the relationships between Emergency Medical Technician's ratings of Emergency Medical Service (EMS) director's transformational leadership and job satisfaction in rural EMS environments: Our Lady of the Lake University; 2009.
7. Sofianopoulos S, Williams B, Archer F, Thompson B. The exploration of physical fatigue, sleep and depression in paramedics: a pilot study. *Australasian Journal of Paramedicine*. 2011;9(1):1-33.
8. Garrosa E, Moreno-Jimenez B, Liang Y, Gonzalez JL. The relationship between socio-demographic variables, job stressors, burnout, and hardy personality in nurses: An exploratory study. *International journal of nursing studies*. 2008;45(3):418-27.
9. Aghilinejad M, Attarchi M, Golabadi M, Chehregosha H. Comparing stress level of woman nurses of different units of Iran university hospitals in autumn 2009. 2010.
10. Seyyed-Moharrami I PM, Tatari M, Mohammadi S. The Efficiency of Stress Management Group Therapy in job stress and selfefficacy of nurses. *Journal of Health Chimes*. 2017;5(1):42-9.
11. bonyadi.H MM, Tabatabace.T. The Effect of Teaching Coping Skills with a Religious Approach
On Maysan Resilience of Qom Province Prisoners. *farhang-e pazhuohesh*. 2016(2):163-74.
12. Tix AP, Frazier PAJJoc, psychology c. The use of religious coping during stressful life events: main effects, moderation, and mediation. 1998;66(2):411.
13. Askaryan S, Agheri MJ, Hassan Zadeh MH. Investigating the Influence of training religious coping skillson resiliency, adaptability and stress management in veterans' spouses. *Iranian Journal of War and Public Health*. 2013;6(1):60-7.
14. Vaghee S, Mirzaie O, Modarres-Gharavi M, S E. The effect of communication skills education on nursing students' coping strategies in stressful situations of clinical courses. *Journal of Evidence-Based Care*. 2011;1(1):91-102.



15. Valiei S, Rezaei M, Rezaei K. The relationship between personality characteristics and Nursing occupational stress. Iranian journal of psychiatric nursing. 2013;1(3):27-34.
16. Rezaei Sh HMA, Falahi M. Effect education communication skills on job stress amount nursing staffs working in rehabilitation centers Reai, Tehran, Shemiranat cities 2003. Journal of medical school of Tehran university of medical science 2006;64(1):21-6.
17. Hosseini Z MB, Hazavehei SMM, Aghamollai T, Moghimbeigi A. Effect of educational stress management, based on Precede model, on job stress of nurses. Hormozgan Med J. 2011;15(3):200-8.
18. Alavi Arjmand N KZ, Hosseini MH, Rezasoltani P. Effect of Stress Management on Job Stress and Work-Family Conflict among Nurses. Tehran Med Sci Uni J (Hayat). 2012;18(4):81-91.
19. Mehdad A AA, Golparvar M. The Moderating Role of Religious Beliefs on the Relationship between Nurses' Job stress and General Health. Knowledge & Research in Applied Psychology. 2015;17(2):15-25.
20. Ghaffari M RA. Investigating the practice of religious beliefs and self efficacy in predicting students perceived degree of stereotypes. Behavioral Sciences Research. 2011;9(4):269-78.
21. Hefti R. Integrating Religion and Spirituality in to Mental Health Care. Psychiatry and Psychotherapy Religions journal. 2011;2:611-27.
22. Yusoff M, Saiful, B, Yusoff, L, Yen, Y, Ling HW, Tan CS, Loke HM, Lim XB & Ahmad F.A.R. A study on stress, stressors and coping strategies among Malaysian medical students. International Journal of Student's research. 2011;1(2):55-60.
23. Habanananda T. Non-pharmacological pain relief in labour. JOURNAL-MEDICAL ASSOCIATION OF THAILAND. 2004;87:S194-S202.
24. Igwea SE, Tabansi-Ochuogu CS, Abaraogu UO. TENS and heat therapy for pain relief and quality of life improvement in individuals with primary dysmenorrhea: A systematic review. Complementary Therapies in Clinical Practice. 2016;24:86-91.