



- صفحه اصلی
- درباره نشریه
- آخرین شماره
- آرشیو مقالات
- جستجو
- ثبت نام
- ارسال مقاله
- برقراری ارتباط

دوره 2, شماره 3 - (تابستان 1392) [RSS](#) [XML](#) [EN](#)

بخش های اصلی

- صفحه اصلی
- اطلاعات نشریه
- آرشیو مجله و مقالات
- برای نویسندگان
- برای داوران
- ثبت نام و اشتراک
- تماس با ما
- تسهیلات پایگاه

برگشت به فهرست نشریات

بررسی وضعیت خشونت، عوامل مستعد کننده و پیشگیری کننده آن در پرستاران شاغل در بخش های روان [XML](#)

[EN](#) مسعود فلاحی خشکناز زهرا تمیزی ناهید غضنفری

چکیده (4095 مشاهده) | English Abstract | (PDF) (499 دریافت)

شیوع خطای تریاز و پیامدهای تریاز سبک در بیماران مراجعه کننده به بخش اورژانس [XML](#)

[EN](#) فرهاد کامرانی فائزه قائمی پور ملاحات نیکروان حمید علوی مجد

چکیده (5185 مشاهده) | English Abstract | (PDF) (649 دریافت)

تاثیر بکارگیری برنامه طراحی شده مبتنی بر "نظریه انتظار" توسط سرپرستاران بر رضایت شغلی پرستاران [XML](#)

[EN](#) افسانه محمدی زهره ونکی ربابه معماریان اشرف محمدی

چکیده (5212 مشاهده) | English Abstract | (PDF) (506 دریافت)

همبستگی استراتژی های منابع انسانی براساس الگوی آلن پلسی با عملکرد سازمانی کارکنان بیمارستان آیت الله کاشانی شهرکرد [XML](#)

[EN](#) محمد تقی نصیری محمد حیدری سارا شهبازی اسماعیل انصاری

چکیده (4755 مشاهده) | English Abstract | (PDF) (569 دریافت)

تاثیر آموزش شناختی-رفتاری دینی بر احساس نا امید، بی ارزشی و ناراضی از زندگی در پرستاران [XML](#)

[EN](#) مرتضی روحانی علیرضا رجایی سید علی کیمیایی جواد ملک زاده حمیدرضا بهنام وشانی

چکیده (6472 مشاهده) | English Abstract | (PDF) (409 دریافت)

مقایسه میزان تنش شغلی و عوامل مرتبط با آن در کارمندان دارای معلولیت جسمی حرکتی و فاقد آن در مراکز بهزیستی [XML](#)

[EN](#) ستار برقی مهشید فروغان محمد علی حسینی مرجان فرضی

چکیده (5495 مشاهده) | English Abstract | (PDF) (469 دریافت)

همبستگی بین میزان دانش و رضایت بیماران از رابطه پزشک- بیمار [XML](#)

[EN](#) رضاقلی وحیدی شهناز کفاشی محمد رضا نریمانی جمیل صادقی فر مهدی رعدآبادی ام مجید حیدری

چکیده (3059 مشاهده) | English Abstract | (PDF) (525 دریافت)

آموزش بلوغ و مسائل جنسی به دختران: تجارب مادران گرگانی [XML](#)

جستجو در پایگاه

در مقالات نشریه

جستجوی پیشرفته

دریافت اطلاعات پایگاه

نشانی پست الکترونیک خود را برای دریافت اطلاعات و اخبار پایگاه، در کادر زیر وارد کنید.

روان پرستاری



آموزش پرستاری



بزهوش پرستاری



اکرم ثناگو لیلا جویباری

سهیلا کلانتری **EN**

(PDF) (515 دریافت)

| English Abstract

| چکیده (5922 مشاهده)

برگشت به فهرست نشریات

دریافت کد HTML فهرست مقالات

پرستاری داخلی جراحی



تحقیقات کیفی



www.jhpm.ir

info@jhpm.ir

te map - Persian site map - English site map - Created in 0.194 seconds with 909 queries by AWT YEKTAWEB 2.2.5.9



صفحه اصلی | درباره نشریه | آخرین شماره | آرشیو مقالات | جستجو | ثبت نام | ارسال مقاله | برقراری ارتباط

دوره 2، شماره 3 - (تابستان 1392)

شماره 3 صفحات 45-55

برگشت به فهرست نشریات

تأثیر آموزش شناختی-رفتاری دینی بر احساس ناامیدی، بی ارزشی و نارضایتی از زندگی در پرستاران

نویسندگان: مرتضی روحانی | علیرضا رجایی | سید علی کیمیایی | جواد ملک زاده | حمیدرضا بهنام و شانی

کارشناس ارشد روانشناسی عمومی سوپروایزر بیمارستان روانپزشکی دکتر حجازی مشهد، مشهد، ایران - ، Rohanim4@mums.ac.ir

نوع مطالعه: پژوهشی | موضوع مقاله: مدیریت پرستاری | دریافت: 1391/10/19 - پذیرش: 1392/3/27 - انتشار: 1392/3/27

چکیده مقاله:

مقدمه: پرستاران از مهمترین منابع نظام سلامت یک جامعه می‌باشند. لذا توجه به سلامت روان قشر ضروری به نظر می‌رسد. پژوهش حاضر با هدف تعیین تأثیر آموزش شناختی-رفتاری دین، 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 66 پرستار شاغل در بیمار شهید هاشمی نژاد مشهد انتخاب و به طور تصادفی به دو گروه آزمون و کنترل تقسیم شدند. مد شامل برنامه آموزش شناختی-رفتاری دینی، متشکل از 10 90 دقیقه‌ای بود که 3 روز در هفته گروه آزمون برگزار شد. ابزار گردآوری داده‌ها "پرسشنامه بحران هویت" (Identity Crisis Questionnaire) روایی محتوا توسط 12 نفر از مدرسین و متخصصان تأیید شد. برای محاسبه پایایی از روش آلفای کر استفاده شد ($\alpha = 0.93$). پرسشنامه‌ها قبل و یک ماه بعد از مداخله تکمیل گردیدند. قابل ذکر است که کسب شده کمتر نشان‌دهنده سلامت روان بیشتر می‌باشد. داده‌ها توسط SPSS نسخه ۱۸ با استفاده توصیفی و تحلیلی تی مستقل و زوجی و آنالیز واریانس تحلیل گردید.

یافته‌ها: میانگین کلی نمرات احساس ناامیدی، احساس بی‌ارزشی و احساس نارضایتی از زندگی پرستاران از $12/44 \pm 76/11$ قبل از مداخله به $47/33 \pm 18/14$ یکماه بعد از مداخله تغییر یافت ($P < 001$). در حالی که در کنترل میانگین کلی نمرات یکماه بعد از مداخله نسبت به قبل از مداخله تغییر معنی‌داری را نشان ($P > 06$).

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

واژه‌های کلیدی: پرستار آموزش شناختی-رفتاری دینی احساس ناامیدی احساس بی ارزشی احساس نارضایتی از زندگی

متن کامل [PDF 748 kb]

نحوه استناد به مقاله

load citation data for: BibTeX | EndNote | Medlars | ProCite | Reference Manager | RefWorks |
citation data to: CiteULike | RefWorks |

i M, Rajai A, Kimiaee S, Malekzadeh J, Behnam Vashani H. Effectiveness of cognitive- behavior religious training on feeling of stressness, worthlessness and dissatisfaction on nurses' life. JHPM. 2013; 2 (3) :45-55

http://jhpm.ir/browse.php?a_code=A-10-276-1&slc_lang=fa&sid=1

روحانی مرتضی، رجایی علیرضا، کیمیایی سید علی، ملک زاده جواد، بهنام وشنانی حمیدرضا. تأثیر آموزش شناختی-رفتاری دینی بر احساس ناامیدی و نارضایتی از زندگی در پرستاران. فصلنامه مدیریت ارتقای سلامت. 1392; 2 (3) :45-55

ارسال پیام به نویسنده مسئول



ارسال نظر درباره این مقاله

نام کاربری یا پست الکترونیک شما: نام یا پست الکترونیک

<

افزودن نظرات

دوره 2, شماره 3 - (تابستان 1392)

برگشت به فهرست نشریات



تأثیر آموزش شناختی-رفتاری دینی بر احساس ناامیدی، بی‌ارزشی و نارضایتی

از زندگی در پرستاران

*مرتضی روحانی^۱، علیرضا رجایی^۲، سید علی کیمیایی^۳، جواد ملک‌زاده^۴، حمیدرضا بهنام‌وشانی^۵

چکیده

مقدمه: پرستاران از مهمترین منابع نظام سلامت یک جامعه می‌باشند. لذا توجه به سلامت روان این قشر ضروری به نظر می‌رسد. پژوهش حاضر با هدف تعیین تأثیر آموزش شناختی-رفتاری دینی بر احساس ناامیدی، احساس بی‌ارزشی 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 (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 مراقبت‌ها، از این روش در آموزش پرستاران استفاده شود.

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

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۲/۳/۱

تاریخ دریافت: ۱۳۹۱/۱۰/۱۹

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

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 شناخت درمانی 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

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

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 شهیدهاشمی نژاد 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

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 تعدیل‌کننده‌ای 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 هیجانان 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 شهیدهاشمی نژاد مشهد بودند که در زمان انجام پژوهش (تابستان ۱۳۹۰) مشغول به خدمت بودند.

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، روش‌های 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 واقعۀ 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 جمعیت‌شناسی، 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

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

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 شل کردن 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

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.

مداخله‌گر با متغیرهای وابسته، از آزمون‌های مجذورکای، کوواریانس و تی مستقل استفاده شد. در آزمون‌های انجام شده، سطح اطمینان ۹۵ درصد در نظر 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،

جدول ۱: 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 ($P < 0/01$)، احساس بی‌ارزشی ($P < 0/002$) و احساس نارضایتی از زندگی ($P < 0/035$) تفاوت آماری معناداری میان دو گروه آزمون و شاهد در پس‌آزمون مشاهده شد. (جدول ۲).

جدول ۲: 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

مرحله	گروه آزمون انحراف معیار± میانگین	تعداد	گروه شاهد انحراف معیار± میانگین	تعداد	نتیجه آزمون تی مستقل
پیش آزمون	۴۴/۱۲±۱۱/۷۶	۳۳	۴۴/۴۵±۱۲/۱۵	۳۳	t=۰/۵۱۱ df =۶۴ p=۰/۶۲۲
پس آزمون	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 تی همبسته	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 تی مستقل 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 مشخصه‌های 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 ($P<۰/۰۰۳$) و احساس نارضایتی از زندگی ($P<۰/۰۰۸$) دارد.

بحث

ساحل دریا و از این قبیل، بر اذکار، اسماء الله، 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

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 حیطة 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 شل کردن 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 شل کردن 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

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 سوپروایزبان بیمارستان شهیدهاشمی‌نژاد مشهد که در این پژوهش کمال همکاری را داشتند، تشکر و قدرانی نمایند.

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 محافظت‌کننده از فرد در مقابل رفتارهای پرخطر از قبیل استعمال سیگار، مصرف الکل و ماری‌جوآنا و استفاده از کوکائین 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 منطوق 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.

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]. Iranian 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, Asgharnejadafari 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, Pouretamad 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- Merrill 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 M¹, Rajai AL², Kimiaee SA³, Malekzadeh J⁴, Behnam Vashani HR⁵

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 ($\alpha=0.93$). 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.