

تاثیر یک برنامه امیدبخش مبتنی بر نظریه شنايدر و مفاهيم دينی بر عملکرد شغلی پرستاران بخشهای روانپزشکی

مهدي جوکار^۱، زهرا قضاوی^۲، موسی علوی^۳

^۱ دانشجوی کارشناسی ارشد روانپرستاری، کمیته تحقیقات دانشجویی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران

^۲ کارشناس ارشد روانپرستاری مرکز تحقیقات مراقبتهای پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران

^۳ دکترای روانپرستاری، دانشیار، مرکز تحقیقات مراقبتهای پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران

نام نویسنده مسئول:

زهرا قضاوی

چکیده

بهبود عملکرد شغلی کارکنان بخش بهداشت و درمان و به ویژه پرستاران به دلیل ارتباط مستقیمی که با سلامت آحاد جامعه دارند، به عنوان یکی از حوزه های بسیار مهم در توسعه پایدار جوامع بشری به حساب می آید. لذا این مطالعه با هدف تعیین تاثیر یک برنامه امیدبخش مبتنی بر نظریه شنايدر و مفاهيم دينی بر عملکرد شغلی پرستاران بخشهای روانپزشکی طراحی و اجرا شد. مواد و روشها: پژوهش حاضر یک مطالعه نیمه تجربی به صورت سه مرحله ای و دو گروهی است. نمونه ها ۷۰ نفر بودند که بطور تصادفی در دو گروه کنترل و مداخله قرار گرفتند. ابتدا آزمودنی ها پرسشنامه عملکرد شغلی پاترسون و قسمت ویژگیهای دموگرافیک ابزار را تکمیل نمودند. گروه مداخله ۸ جلسه تحت آموزش برنامه امید بخش مبتنی بر نظریه شنايدر و مفاهيم دينی قرار گرفت، و در پایان، بلافاصله و یک ماه بعد از مداخله، عملکرد شغلی مورد ارزیابی قرار گرفت. داده ها با نرم افزار SPSS تجزیه و تحلیل شد. یافته ها: این مطالعه نشان داد که اختلاف میانگین امتیاز (قبل و بعد از مداخله) عملکرد شغلی پرستاران بلافاصله بعد از مداخله ($t=3.62, p=0.001$) و یکماه بعد از مداخله ($t=2.18, p=0.033$) در دو گروه آزمون و کنترل معنی دار بود. نتیجه گیری: اجرای برنامه امیدبخش مبتنی بر نظریه شنايدر و مفاهيم دينی به منظور بهبود عملکرد شغلی پرستاران بخشهای روانپزشکی پیشنهاد می گردد.

واژگان کلیدی: عملکرد شغلی، برنامه امیدبخش، پرستار

مقدمه

حرفه و شغل از زمینه هایی است که استرس در آن نمود بیشتری دارد [۱، ۲]، بطوریکه از طریق در معرض قرار دادن فرد با عوامل مختلف، به عنوان یکی از عوامل موثر در تهدید سلامتی انسان شناخته میشود [۳]. تداوم استرس شغلی باعث ناتوانی فرد در مقابله با فشارهای شغلی شده و علاوه بر اینکه تعادل فرد را بر هم می زند، عملکردهای وی را تحت الشعاع قرار می دهد [۴]؛ از جمله تبعات آن میتوان به بیماریهای جسمی، اختلالات روانی [۵]، رضایت شغلی پائین [۶]، عملکرد شغلی پائین [۷] و نهایتاً خسارتهای مالی سازمانها اشاره کرد. در دانمارک مطالعه ای بر روی شاغلین مبتلا به اختلالات خلقی و اضطرابی انجام شده است. یافته های این مطالعه حاکی از آن است که شاغلینی که در کار خود با جامعه انسانی سرو کار دارند بیشتر با اختلالات روانی شایع (اختلالات خلقی و اضطرابی) مواجه میشوند، در این مطالعه به تاثیر منفی شغل بر این اختلالات نیز اشاره شده است [۸]. از اینرو حفظ سلامت کارکنان چه از بعد جسمی و چه از نظر روانی در محیط کار، از دغدغه ها و چالش های سازمانهاست.

بخش بهداشت و درمان به دلیل ارتباط مستقیمی که با سلامت آحاد جامعه دارد، به عنوان یکی از حوزه های بسیار مهم در توسعه پایدار جوامع بشری به حساب می آید [۹] و آسیب های وارده بر شاغلین آن می تواند اثرات جبران ناپذیری برای کل جامعه در پی داشته باشد. پرستاران به عنوان بزرگترین گروه در میان ارائه دهندگان خدمات بهداشتی شناخته شده اند [۱۰]. در کشور ایران ۸۰٪ شاغلین سیستم بهداشت و درمان را پرستاران تشکیل میدهند و ۱۷۰ هزار نفر پرستار زن و مرد، در بخشهای دولتی و خصوصی به کار مشغولند [۱۱]. علاوه بر این، پرستاران عنوان پر استرس ترین رده شغلی را نیز به خود اختصاص داده اند [۱۰]. نوبت کاری، مواجهه با رنج مددجویان، مواجهه با مرگ بیماران، فقدان منابع حمایتی و مسئولیتهای شغلی از جمله تنشهای پرستاران می باشد [۱۲، ۱۳]. انجمن ملی ایمنی آمریکا در سال ۲۰۰۸ پرستاری را به عنوان یکی از شغلهایی معرفی کرده است که شیوع بیماریهای مربوط به استرس در آن بالاست [۱۴]. مواجهه طولانی مدت با این تنش ها پرستاران را مستعد اختلالات روانی میکند [۱۲] و مطابق با برخی شواهد، شیوع اختلالات روانی از جمله اضطراب، خستگی، افسردگی و ناامیدی در این گروه بیشتر است [۱۵].

مطابق با برخی شواهد، پرستاران برخی از بخشها مثل بخشهای روانپزشکی حتی با استرس شغلی بیشتری نیز روبرو هستند [۷]. به گونه ای که در مقایسه با پرستاران بیمارستانهای عمومی، پرسنل بیمارستانهای روانپزشکی استرس کاری بیشتری را در مراقبت از بیماران تجربه میکنند [۱۶]. فقدان بازخورد مثبت، پرداختهای کم، محیط کار دود ۱، خشونت از طرف بیماران و برچسب روانی که حتی تعاملات بین حرفه ای را تحت الشعاع قرار میدهد، از جمله منابع استرس پرستاران شاغل در بخشهای روانپزشکی میباشد [۱۷]. تنش های تحمیل شده به پرستاران بخش های روانپزشکی، ایشان را در معرض خطر آسیب های جسمی و روانی [۱۸] و فرسودگی شغلی [۱۹] قرار می دهند. همچنین به دلیل ماهیت بیماریهای روانی، طولانی شدن مدت بستری این بیماران در بخشهای روانپزشکی و میزان عود بیماریهای روانی، تنش هایی که به پرستاران شاغل در این بخش ها وارد میشود، بروز ناامیدی در این پرستاران بیشتر است [۲۰، ۲۱]. مطابق با شواهد، مجموع چالش های مذکور، می تواند ضمن تاثیر منفی بر کیفیت خدمات [۲۲]، منجر به اختلال در عملکرد حرفه ای [۱۸، ۲۳، ۲۴] و سایر برآوردهای منفی از جمله خروج سریعتر پرستاران از حرفه گردد [۲۵]. عملکرد شغلی به نتایج کمی و کیفی پس از انجام وظیفه ای توسط فرد یا گروهی اشاره دارد [۲۶] و سنجش عملکرد به عنوان یکی از موثرترین راهبردهای ارتقا پاسخگویی و تحقق اهداف سازمانها مطرح است [۲۷] عملکرد پرستاران در تضمین بهبود بیماران و افراد جامعه نقشی زیربنایی دارد [۲۸، ۲۹].

پژوهشگران تلاش کرده اند ضمن اجرای برنامه های معطوف به ارتقای بهزیستی روانی پرستاران، بر وضعیت عملکرد شغلی پرستاران تاثیر بگذارند [۳۰]. لکن با این وجود پرستاران بخش های روانپزشکی مخاطبین اصلی این مداخلات نبوده اند، و به نظر می رسد با توجه به ماهیت تنش های پیش روی پرستاران شاغل در این بخش ها، برنامه های معطوف به امید بخشی با بهره مندی از مفاهیم دینی در این زمینه موثر باشند. ارزشمندی برنامه های امید بخش [۳۱] و ارتقای معنویت [۳۲] در سایر مطالعات مورد حمایت قرار گرفته اند؛ هر چند اثربخشی این برنامه ها بر روی پرستاران شاغل در بخش های روانپزشکی و به ویژه بر وضعیت عملکرد آنها مورد ارزیابی قرار نگرفته است.

لذا مطالعه حاضر با هدف تعیین تاثیر یک برنامه امیدبخش و مفاهیم دینی بر عملکرد شغلی پرستاران بخشهای روانپزشکی طراحی و اجرا گردید.

مواد و روش ها

پژوهش حاضر یک مطالعه نیمه تجربی دو گروهی و سه مرحله ای است که در آن تاثیر متغیر مستقل برنامه امیدبخش مبتنی بر نظریه شنايدر و مفاهيم ديني بر عملکرد شغلي پرستاران بخشهای روانپزشکی بررسی شد. محیط پژوهش مراکز تخصصی روانپزشکی فارابی، نور و علی اصغر و مدرس بودند که هر سه وابسته به دانشگاه علوم پزشکی اصفهان میباشند. جمعیت مورد مطالعه در این پژوهش شامل کلیه پرسنل پرستاری بود که در بخشهای روانپزشکی مشغول به کار بوده و شرایط ورود به مطالعه را دارا بودند. نمونه ها به صورت آسان انتخاب شد و پس از آن با تخصیص تصادفی در دو گروه کنترل و آزمون قرار گرفتند. همچنین به دلایل احتمالی ریزش نمونه ها حجم نمونه ۱۰٪ بیشتر در نظر گرفته شد. نمونه ها ۳۵ نفر در هر گروه تحت مطالعه تعیین شد. معیارهای ورود به مطالعه شامل تمایل به شرکت در پژوهش، توانایی شرکت در جلسات آموزشی پژوهش، عدم شرکت در هر برنامه مدون موثر بر امیدواری قبل یا حین پژوهش و داشتن حداقل پنج سال سابقه کار در بخش روانپزشکی بودند و معیارهای خروج از مطالعه نیز شامل غیبت در دو جلسه از برنامه آموزشی، انصراف از ادامه شرکت در پژوهش بودند. داده ها با استفاده از پرسشنامه های دموگرافیک و حرفه ای شامل سن، جنس، وضعیت تاهل، سطح تحصیلات، تعداد فرزندان، نوع نوبت کاری و سابقه کار و پرسشنامه عملکرد شغلی پاترسون قبل از مداخله، بعد از مداخله و یکماه بعد از مداخله توسط دو گروه آزمون و کنترل به طور همزمان و خودگزارشی تکمیل شد. پرسشنامه عملکرد شغلی پاترسون از ۱۵ گویه تشکیل شده است که به منظور سنجش عملکرد شغلی کارکنان بکار می رود. نمره گذاری پرسشنامه بصورت طیف لیکرت ۴ نقطه ای می باشد که برای گزینه های «به ندرت»، «گاهی»، «اغلب» و «همیشه» به ترتیب امتیازات ۰، ۱، ۲ و ۳ در نظر گرفته می شود. دامنه ی نمرات و امتیازات هر آزمودنی بین ۰ تا ۴۵ می باشد. در بازه ۰ تا ۱۵ عملکرد شغلی ضعیف، در بازه ۱۶ تا ۲۲ عملکرد شغای متوسط و در بازه ۲۲ به بالا عملکرد شغلی قوی ارزیابی میشود. سیاحی و شکرکن پایایی این پرسشنامه را از طریق آلفای کرونباخ و تنصیف به ترتیب ۰/۸۵ و ۰/۸۵ گزارش داده اند [۳۳] و در مطالعه اصلانپور جوکندان و همکاران نیز پایایی پرسشنامه از طریق آلفای کرونباخ و تنصیف به ترتیب ۰/۸۶ و ۰/۷۹ گزارش شده است [۳۴].

پس از تکمیل نمونه ها برای گروه کنترل دو جلسه ترتیب داده شد و در آن به بحث گروهی و تبادل نظر پیرامون مشکلات آنها صورت گرفت. مداخله در گروه آزمون که شامل برنامه جلسات مداخله بر اساس امید درمانی شنايدر و گروهپمن و همچنین برنامه امید در اسلام (احادیث، روایات، آیات قرآنی امیدوار کننده و داستانهای قرآنی) بود در ۸ جلسه ۱۲۰ دقیقه ای طی هشت هفته برگزار شد؛ که محتوای آن به تفکیک جلسات در جدول شماره ۱ آورده شده است.

تجزیه و تحلیل آماری با استفاده از روش های آمار توصیفی و استنباطی انجام شد. در سطح توصیفی از شاخص های میانگین و انحراف معیار و نمودارهای آماری برای بیان وضعیت نمونه و در سطح استنباطی از آزمون های آماری کای دو، دقیق فیشر، تی مستقل، من ویتنی و آزمون آنالیز واریانس با اندازه های تکراری برای پاسخ به سوالات تحقیق استفاده شد. همچنین از آزمون های کولموگروف اسمیرنوف، لوین و موخلی بمنظور بررسی پیش فرض های نرمال بودن، همگنی واریانس و کرویت داده ها استفاده شد. سطح معناداری آزمون ها به میزان $p < 0.05$ در نظر گرفته شد. و تحلیل ها با استفاده از نسخه ۲۲ نرم افزار SPSS انجام گرفت.

جدول ۱: خلاصه محتوای جلسات مداخله امید بخش مبتنی بر نظریه شنايدر و مفاهيم دينی

جلسه	محتوای جلسه
جلسه اول	آشنایی اولیه اعضا گروه با یکدیگر، تشریح اهداف و قوانین گروه و فرآیند کلی مداخله آشنایی مشارکت کنندگان با اهمیت و ارزش داشتن امید در زندگی و نقش آن در روند پیشبرد بهینه عملکردهای زندگی- شغلی اجرای پیش آزمون
جلسه دوم	آشنا کردن مشارکت کنندگان با ویژگی ها و آثار امید و ناامیدی از منظر اسلام و قرآن بیان داستانها، روایات، احادیث و آیات قرآنی و نکوهش ناامیدی از منظر قرآن و دیگر آموزه های دینی توضیحاتی پیرامون عملکرد شغلی و رابطه آن با ناامیدی
جلسه سوم	مداخلات امید بخش (که مرحله ی اول فرآیند امید درمانی می باشد و خود شامل ۲ گام امید یابی و تحکیم امید است که در این جلسه امید یابی در زندگی شغلی مد نظر است. در این مرحله داستان زندگی شغلی هر یک از اعضا بیان شده و توجه افراد به نقاط قوت و توانایی های خود به صورت بیان نقاط قوت و توانایی هایشان و با نظر به تاکید خداوند بر توانایی های انسان در قرآن کریم معطوف میشود.
جلسه چهارم	در این جلسه در راستای مرحله امید یابی داستانهای مشارکت کنندگان بر اساس امید درمانی شنايدر و دین اسلام تبیین شده و مجدد قالب بندی می شود. همچنین مواردی از امید و موفقیت های گذشته اعضا شناسایی شده و نقاط قوت هریک از اعضا از دیدگاه دیگر اعضا بیان می شود.
جلسه پنجم	ادامه مداخلات امید بخش (در این جلسه گام دوم امید یابی یعنی تحکیم امید مد نظر می باشد برای این منظور بنا به استناد بر قرآن کریم و دیگر آموزه های دینی، ازالگویی از اولیاء الهی و اعتقاد به معاد و امید به بهره مندی از شفاعت دنیوی ائمه استفاده می شود).
جلسه ششم	افزایش امید (مرحله ی دوم امید درمانی است که خود شامل ۲ گام می باشد: ۱- غنی سازی امید، ۲- حفظ امید، و در این جلسه غنی سازی امید با استفاده از راه کارهای فردی مد نظر می باشد).
جلسه هفتم	افزایش امید (در ادامه ی جلسه ی قبل، همچنان غنی سازی امید مد نظر می باشد. و در این جلسه راهکارهای اجتماعی بیان می شود).
جلسه هشتم	افزایش امید (در این جلسه گام دوم افزایش امید یعنی حفظ و باقی امید مد نظر می باشد) مروری بر محتوای جلسات قبل و اظهار نظر مشارکت کنندگان در مورد تاثیر مداخلات امید بخش بر عملکرد شغلی ایشان تکمیل پرسشنامه ی عملکرد شغلی پاترسون توسط مشارکت کنندگان تقدیر و تشکر از مشارکت کنندگان

یافته ها:

داده های حاصل از ۷۰ نمونه (در هر گروه ۳۵ نمونه) تجزیه و تحلیل شد. از بین ۳۵ پرستار حاضر در دو گروه تعداد ۱۶ نفر (۴۵/۷ درصد) مرد و ۱۹ نفر (۵۴/۳ درصد) زن بودند. پرستاران گروه کنترل در محدوده ی سنی ۲۶ تا ۵۴ سال با میانگین سن $37/34 \pm 7/85$ سال و در

گروه آزمون در محدوده‌ی سنی ۲۷ تا ۵۸ سال با میانگین $37/69 \pm 7/73$ سال بودند. $86/6$ درصد گروه کنترل و $71/4$ درصد گروه آزمون متاهل بودند. $91/4$ درصد گروه کنترل و $94/3$ درصد گروه آزمون دارای تحصیلات کارشناسی بودند. در گروه کنترل ($68/6$ درصد) و در گروه آزمون ($71/4$ درصد) شیفت در گردش داشتند. سابقه کار پرستاران در گروه کنترل در محدوده‌ی ۵ تا ۲۹ سال با میانگین $13/54 \pm 6/58$ بود. $12/60 \pm 6/99$ سال و در گروه آزمون در محدوده‌ی ۵ تا ۲۹ سال با میانگین $13/54 \pm 6/58$ بود.

جدول ۲- اطلاعات دموگرافیک و متغیرهای شخصی گروه‌های شرکت کننده در مطالعه

سطح معناداری	آماره χ^2	آزمون		کنترل		متغیر	
		درصد	تعداد	درصد	تعداد		
1.000	.000	۵۴.۳	۱۹	۵۴.۳	۱۹	زن	جنسیت
		۴۵.۷	۱۶	۴۵.۷	۱۶	مرد	
		۱۰۰	۳۵	۱۰۰	۳۵	تعداد کل	
سطح معناداری	آماره U	سطح تحصیلات					
.645	595.00	۹۴.۳	۳۳	۹۱.۴	۳۲	کارشناسی	کارشناسی ارشد و بالاتر
		۵.۷	۲	۸.۶	۳		
سطح معناداری		نوع شیفت					
1.000		۲۲.۹	۸	۲۲.۹	۸	صبحکار	در گردش
		۲.۹	۱	۵.۷	۲	عصرکار	
		۲.۹	۱	۲.۹	۱	شب کار	
		۷۱.۴	۲۵	۶۸.۶	۲۴		
سطح معناداری	آماره χ^2	وضعیت استخدامی					
.180	4.896	۲۸.۶	۱۰	۱۷.۱	۶	رسمی	قراردادی
		۴۰	۱۴	۴۸.۶	۱۷	پیمانی	
		۲۲.۹	۸	۱۱.۴	۴	تبصره ۳	
		۸.۶	۳	۲۲.۹	۸		
سطح معناداری	آماره U	سابقه کار					
.473	551.50	۵		۵		کمترین	میانگین (سال)
		۲۹		۲۹		بیشترین	
		۱۳.۵۶		۱۲.۶			
		۶.۵۸		۶.۹۹		انحراف معیار	

میانگین امتیاز عملکرد شغلی پرستاران در قبل، بلافاصله بعد و یک ماه بعد از مداخله اختلاف معناداری را نشان داد ($p < 0/05$). بررسی اثر تعاملی بین زمان آزمون و گروه نشان داد که تغییرات امتیاز عملکرد شغلی پرستاران طی سه مرتبه اندازه‌گیری بین دو گروه کنترل و آزمون بطور معناداری متفاوت است ($p < 0/05$). لذا با توجه به معنادار بودن اثر متقابل بین زمان آزمون و گروه آزمایشی، روند تغییرات امتیاز

عملکرد شغلی پرستاران در سه مرحله اندازه‌گیری بین دو گروه آزمایشی متفاوت بود. بنابراین برای مقایسه روند تغییرات امتیازات در قبل، بلافاصله بعد و یک ماه بعد از مداخله بایستی این تغییرات به تفکیک هر گروه مورد بررسی قرار می‌گرفت.



شکل ۱- میانگین امتیاز عملکرد شغلی پرستاران در زمان‌های قبل، بلافاصله بعد و یک ماه بعد از مداخله در دو گروه کنترل و آزمون

طبق نتایج آزمون تعقیبی مربوط به اثر متقابل، در مقایسه میانگین امتیازات عملکرد شغلی در قبل، بعد و یک ماه بعد از مداخله در گروه کنترل مشاهده شد که میانگین نمرات عملکرد شغلی بین سه مرحله اندازه‌گیری اختلاف معناداری نداشت ($p > 0.05$).

جدول ۳: مقایسه میانگین امتیاز عملکرد شغلی پرستاران در گروه کنترل بین قبل، بلافاصله بعد و یک ماه بعد از مداخله

اندازه اول	اندازه دوم	اختلاف میانگین	خطای معیار	سطح معناداری
قبل از مداخله	بلافاصله بعد	-0.657	1.045	1.000
بلافاصله بعد	یک ماه بعد	1.657	1.575	.889
قبل از مداخله	یک ماه بعد	1.000	1.853	1.000

نتایج آزمون تعقیبی مربوط به اثر متقابل، در مقایسه میانگین امتیازات عملکرد شغلی در قبل، بعد و یک ماه بعد از مداخله در گروه آزمون مشاهده شد که میانگین امتیازات عملکرد شغلی در بلافاصله بعد از مداخله و یک ماه بعد از مداخله بطور معناداری بیشتر از ابتدای مطالعه بوده است ($p < 0.05$). ولی بین میانگین امتیازات عملکرد شغلی در بلافاصله بعد از مداخله و یک ماه بعد از مداخله تفاوت معناداری مشاهده نشد ($p > 0.05$).

جدول ۴: مقایسه میانگین امتیاز عملکرد شغلی پرستاران در گروه آزمون بین قبل، بلافاصله بعد و یک ماه بعد از مداخله

اندازه اول	اندازه دوم	اختلاف میانگین	خطای معیار	سطح معناداری
قبل از مداخله	بلافاصله بعد	-6.000	1.045	<.001
بلافاصله بعد	یک ماه بعد	1.286	1.575	1.000
قبل از مداخله	یک ماه بعد	-4.714*	1.853	.040

آزمون تعقیبی اثر متقابل مربوط به مقایسه میانگین امتیازات عملکرد شغلی بین دو گروه کنترل و آزمون در سه بار اندازه‌گیری نشان داد، میانگین امتیازات عملکرد شغلی در ابتدای مداخله تفاوت معناداری بین دو گروه کنترل و آزمون نداشت ($p > 0.05$) ولی در بلافاصله بعد از مداخله و یک ماه بعد از مداخله میانگین امتیازات عملکرد شغلی در گروه آزمون بطور معناداری بیشتر از گروه کنترل بود ($p < 0.05$).

جدول ۵: مقایسه میانگین امتیاز عملکرد شغلی پرستاران بین دو گروه کنترل و آزمون در قبل، بلافاصله بعد و یک ماه بعد از مداخله

زمان اندازه‌گیری	اختلاف میانگین دو گروه (آزمون - شاهد)	خطای معیار	سطح معناداری
قبل از مداخله	-4.486	1.898	.799
بلافاصله بعد	4.857	1.613	.004
یک ماه بعد	5.229	1.630	.002

امتیازات عملکرد شغلی پرستاران در بلافاصله بعد از مداخله نسبت به قبل از مداخله، در گروه کنترل بطور متوسط $0.66/0$ واحد و در گروه آزمون $6.0/0$ واحد افزایش داشت. و اختلاف معناداری بین دو گروه کنترل و آزمون از نظر میانگین تغییر امتیاز بین قبل و بلافاصله بعد از مداخله مشاهده شد ($p < 0.05$) و میزان افزایش امتیازات در این فاصله، در گروه آزمون بطور معناداری بیشتر بود. امتیازات عملکرد شغلی پرستاران در یک ماه بعد از مداخله نسبت به قبل از مداخله، در گروه کنترل بطور متوسط $1.0/0$ واحد کاهش و در گروه آزمون $4.71/0$ واحد افزایش داشت. بر اساس نتایج آزمون تی مستقل اختلاف معناداری بین دو گروه کنترل و آزمون از نظر میانگین تغییر امتیاز بین قبل و یک ماه بعد از مداخله مشاهده شد ($p < 0.05$) و میزان افزایش امتیازات در این فاصله، در گروه آزمون بطور معناداری بیشتر بود.

جدول ۶: مقایسه تغییرات میانگین امتیاز عملکرد شغلی پرستاران بلافاصله بعد و یک ماه بعد از مداخله بین دو گروه کنترل و

آزمون

اختلاف امتیاز دو مرحله	گروه	میانگین	انحراف معیار	آماره t	سطح معناداری
بلافاصله بعد از مداخله - قبل از مداخله	کنترل	.66	7.65	3.616	.001
	آزمون	6.00	4.24		
یک ماه بعد از مداخله - قبل از مداخله	کنترل	-1.00	9.37	2.181	.033
	آزمون	4.71	12.35		

بحث:

هدف از مطالعه حاضر بررسی تاثیر یک برنامه امیدبخش مبتنی بر نظریه اشنادر و مفاهیم دینی بر عملکرد شغلی پرستاران شاغل در بخشهای روانپزشکی مورد مطالعه بود. نتایج این مطالعه نشان داد در گروهی که تحت آموزش برنامه امید بخش مبتنی بر نظریه اشنادر و مفاهیم دینی قرار گرفتند عملکرد شغلی به طور معناداری بلافاصله بعد از مداخله و یک ماه بعد از آن افزایش یافته است. در واقع پرستارانی که تحت آموزش برنامه امید بخش قرار داشتند، عملکرد شغلیشان از قبل بهتر شده و این بهبودی در آنان نسبتاً پایدار بوده است. در مطالعه ای دریابگی اثربخشی امیددرمانی ترکیبی اشنادر و اسلامی بر بهبود کیفیت زندگی مبتلایان به سوختگی را بررسی کرد نشان داد که میانگین کلی نمره کیفیت زندگی بین سه زمان در گروه آزمون اختلاف معنی داری دارد [۳۱]. همچنین در مطالعه نامداری که تاثیر آموزش ارتقاء امید بر توانمندی های رفتاری مراجعین مبتلا به افسرده خوئی را بررسی کرد سطح توانمندی گروه آزمون بین سه زمان دارای اختلاف معنی دار بوده است [۳۵]. که با نتایج مطالعه حاضر همسو می باشد. نکته قابل تأمل در نتایج مطالعه حاضر این است که، مؤلفه عملکرد شغلی یک ماه بعد از مداخله نسبت به قبل از مداخله افزایش معناداری پیدا کرده است. به عبارت دیگر امیددرمانی توانسته بهبود عملکرد شغلی را به صورت نسبتاً پایداری حفظ کند. این طور به نظر می رسد که پرستاران یک تغییر نگرش مثبت را تجربه کرده اند و مهارت جدیدی را کسب نموده اند که این توانایی را به آنان بخشیده که با افکار منفی مقابله نموده و استعدادها و توانایی های خود را شناخته و با افکار و نگرش های مثبت پیش روند. یافته های مطالعه نشان داد تغییرات میانگین نمره عملکرد شغلی بلافاصله بعد و یک ماه بعد از مداخله در دو گروه کنترل و آزمون، افزایش داشته است. و این اختلاف از نظر آماری معنادار بود ($p < 0.05$). و میزان افزایش امتیازات در این فاصله، در گروه آزمون بطور معناداری بیشتر بوده است. در مطالعه ای عابدینی اثربخشی گروه درمانی مبتنی بر رویکرد امید بر امید و افسردگی زنان مبتلا به بیماری ام اس را بررسی کرده است تغییرات میانگین نمره امید در بلافاصله بعد از مداخله نسبت به قبل از مداخله در دو گروه آزمون و کنترل معنی دار بوده است [۳۶] که با نتایج مطالعه حاضر همسو می باشد. یافته های حاصل از پژوهش حاضر، نشان داد که این برنامه بر عملکرد شغلی پرستاران بخشهای روانپزشکی دارای تاثیر مثبت می باشد. با توجه به توسعه ی وظایف پرستاری در عرصه های گوناگون مراقبتی، آموزشی، پژوهشی و مدیریتی نیاز به افزایش و بهبود عملکرد شغلی بیش از پیش احساس شده و به نظر میرسد برنامه مذکور میتواند این نیاز را تا حدودی برطرف کند.

پژوهش حاضر همچون دیگر پژوهش ها با محدودیتهایی مواجه بود، از جمله محدودیتهای پژوهش مختص بودن نمونه مطالعه به پرستاران بیمارستانهای شهر اصفهان بود که می تواند تعمیم پذیری نتایج به شهرهای دیگر را محدود کند. از دیگر محدودیتهای جمع آوری داده ها توسط پرسشنامه عملکرد شغلی بود که با توجه به جنبه خود گزارش دهی آن، ممکن است در دادن جواب صادقانه ملاحظاتی شده باشد که نتایج مطالعه را تحت الشعاع قرار دهد.

نتیجه گیری:

پژوهشگران این مطالعه بر این باور اند که به کار گیری برنامه امید بخش می تواند بر ارتقاء عملکرد شغلی پرستاران شاغل در بخشهای روانپزشکی موثر باشد، لذا مدیران پرستاری میتوانند از این الگو در افزایش بهره وری سیستم ها استفاده کنند.

سپاسگزاری

از کلیه پرستاران محترم مراکز تخصصی فارابی، نور و علی اصغر و شهید مدرس که در این مطالعه ما را یاری نمودند، تشکر و قدردانی می - شود.

مراجع

- [1] M. Fathi, "Incidence rate and sources of stress among nurses working in intensive care unit of kurdistan university of medical sciences," 2004.
- [2] F. Rahmani, M. Behshid, V. Zamanzadeh, and F. Rahmani, "Relationship between general health, occupational stress and burnout in critical care nurses of Tabriz teaching hospitals," *Iran Journal of Nursing*, vol. 23, no. 66, pp. 54-63, 2010.
- [3] A. Darvishpoor Kakhki, H. Ebrahim, and H. Alavi Majd, "Health status of nurses of hospitals dependent to Shahrud Medical University," *Iran journal of Nursing*, vol. 22, no. 60, pp. 19-27, 2009.
- [4] M. van der Doef, F. B. Mbazzi, and C. Verhoeven, "Job conditions, job satisfaction, somatic complaints and burnout among East African nurses," *Journal of clinical nursing*, vol. 21, no. 11-12, pp. 1763-1775, 2012.
- [5] P. Mehdizadeh, A. Pourreza, H. Allahverdipour, and N. Dopeykar, "Assessing relationship between job stress, self efficacy and coping among teaching hospitals staff in Tabriz University of Medical sciences in 2009," (in eng), *Hospital*, vol. 12, no. 1, pp. 57-66, 2013.
- [6] M. D. McHugh, A. Kutney-Lee, J. P. Cimiotti, D. M. Sloane, and L. H. Aiken, "Nurses' widespread job dissatisfaction, burnout, and frustration with health benefits signal problems for patient care," *Health Affairs*, vol. 30, no. 2, pp. 202-210, 2011.
- [7] Z. Ashtari, Y. Farhady, and M. R. Khodae, "Relationship between job burnout and work performance in a sample of Iranian mental health staff," *Afr J Psychiatry (Johannesbg)*, vol. 12, no. 1, pp. 71-4, Feb 2009.
- [8] J. Wieclaw, E. Agerbo, P. B. Mortensen, and J. P. Bonde, "Risk of affective and stress related disorders among employees in human service professions," *Occupational and environmental medicine*, vol. 63, no. 5, pp. 314-319, 2006.
- [9] A. Shahraki Vahed, M. Mardani Hamuleh, J. Sanchuli, and S. Hamed Shahraki, "Assessment of the relationship between mental health and job stress among nurses," *J Jahrom Univ Med Sci*, vol. 8, pp. 40-3, 2011.
- [10] P. Van Bogaert, S. Clarke, K. Wouters, E. Franck, R. Willems, and M. Mondelaers, "Impacts of unit-level nurse practice environment, workload and burnout on nurse-reported outcomes in psychiatric hospitals: a multilevel modelling approach," *International Journal of Nursing Studies*, vol. 50, no. 3, pp. 357-365, 2013.
- [11] H. Hojati, "Jalal manesh SH, Fesharaki M," *The Effect of Insomnia on general Health Night shift nurses in Hospital of Dependent to Golestan Medical university. J Gorgan Uni Med Sci*, vol. 11, no. 3, pp. 70-75, 2009.
- [12] A. Matheson, L. O'Brien, and J. A. Reid, "The impact of shiftwork on health: a literature review," *Journal of clinical nursing*, vol. 23, no. 23-24, pp. 3309-3320, 2014.
- [13] A. R. Gomes and P. M. Teixeira, "Stress, cognitive appraisal and psychological health: Testing instruments for health professionals," *Stress and Health*, 2014.
- [14] A. Ghaddar, I. Mateo, and P. Sanchez, "Occupational stress and mental health among correctional officers: a cross-sectional study," *Journal of occupational health*, vol. 50, no. 1, pp. 92-98, 2008.
- [15] G. Mouret, "Stress in a graduate medical degree," *The Medical Journal of Australia*, vol. 177, p. S10, 2002.
- [16] Y. K. Qi et al., "Nurses' Work-Related Stress in China: A Comparison Between Psychiatric and General Hospitals," *Perspectives in psychiatric care*, vol. 50, no. 1, pp. 27-32, 2014.
- [17] W. Rössler, "Stress, burnout, and job dissatisfaction in mental health workers," *European archives of psychiatry and clinical neuroscience*, vol. 262, no. 2, pp. 65-69, 2012.
- [18] F. R. Gärtner, K. Nieuwenhuijsen, F. J. H. van Dijk, and J. K. Sluiter, "The impact of common mental disorders on the work functioning of nurses and allied health professionals: A systematic review," *International Journal of Nursing Studies*, vol. 47, no. 8, pp. 1047-1061, 8// 2010.
- [19] M. C. Angermeyer, N. Bull, S. Bernert, S. Dietrich, and A. Kopf, "Burnout of caregivers: a comparison between partners of psychiatric patients and nurses," *Archives of psychiatric Nursing*, vol. 20, no. 4, pp. 158-165, 2006.
- [20] Z. Sepehrmanesh, A. Ahmadvand, A. R. Moravveji, and M. Mirzadeh, "Survey of Nurse's Mental Health in Psychiatric and Dialysis Wards in Kashan University of Medical Sciences in 2010: (A Short Report)," (in eng), *Journal of Rafsanjan University of Medical Sciences*, Research vol. 12, no. 4, pp. 325-330, 2013.
- [21] M. Sahebazzamani, M. Safavi, and H. Farahani, "Burnout of nurses employed at Tehran psychiatric hospitals and its relation with social supports," (in eng), *MEDICAL SCIENCES JOURNAL*, vol. 19, no. 3, pp. 206-211, 2009.

- [22] D. Mbilinyi, M. L. Daniel, and G. T. Lie, "Health worker motivation in the context of HIV care and treatment challenges in Mbeya Region, Tanzania: a qualitative study," *BMC health services research*, vol. 11, no. 1, p. 266, 2011.
- [23] K. Scott *et al.*, "Mental-physical co-morbidity and its relationship with disability: results from the World Mental Health Surveys," *Psychological medicine*, vol. 39, no. 01, pp. 33-43, 2009.
- [24] K. R. Merikangas *et al.*, "The impact of comorbidity of mental and physical conditions on role disability in the US adult household population," *Archives of general psychiatry*, vol. 64, no. 10, pp. 1180-1188, 2007.
- [25] L. H. Aiken, S. P. Clarke, D. M. Sloane, J. Sochalski, and J. H. Silber, "Hospital nurse staffing and patient mortality, nurse burnout, and job dissatisfaction," *Jama*, vol. 288, no. 16, pp. 1987-1993, 2002.
- [26] S. P. Robbins, *Organisational behaviour: global and Southern African perspectives*. Pearson South Africa, 2001.
- [27] T. W. Taris, "Is there a relationship between burnout and objective performance? A critical review of 16 studies," *Work & Stress*, vol. 20, no. 4, pp. 316-334, 2006.
- [28] A. Nasiripour, P. Raeisi, and M. Delpasand, "The Effect of Job Rotation on Nurses Performance in Tehran Social Security Hospitals," (in eng), *Journal of Health Administration*, Research vol. 12, no. 37, pp. 23-28, 2009.
- [29] N. Hamid and Z. Dehghanizadeh, "The relationship between spirituality, organizational commitment and general health with job performance of clinical nurses," (in eng), *Quarterly Journal of Nersing Management*, Research vol. 1, no. 2, pp. 20-28, 2012.
- [30] A. Fathi Ashtiani, H. Pirzadi, M. Shokoohi-Yekta, and S. Tavallai, "The Influence of Teaching Program of Stress Management and Communication Skills on Improvement of Mental Health of Nurses and Hospital Staff: An Experimental Study," (in eng), *Iran Journal of Nursing*, Research vol. 27, no. 90, pp. 1-13, 2014.
- [31] R. Daryabeigi, L. Abdolmohammadi, N. Alimohammadi, and Z. Ghazavi, "The effectiveness of combination therapy Snyder and Islamic hope to improve the quality of life for people with burns: clinical tria," (in eng), *complementary Medicine Journal*, Research vol. 6, no. 1, pp. 1395-1409, 2016.
- [32] ج. خاکپور، و. ا. حسومی، م. گلی and ر. ایرانمنش، "کارکردهای تربیتی امید و نقش آن در سلامت روان از دیدگاه قرآن." ۲۰۱۶، امید؛ تربیت؛ سلامت روان؛ قرآن. 2016-09-18 2016. vol. 3, no. 10, p. 34,
- [33] ج. شکرکن، ع. نیسی، ع. نعمی and م. هنرمند، "بررسی رابطه خشنودی شغلی با رفتار مدنی سازمانی و عملکرد شغلی در کارکنان برخی از کارخانه های اهواز،" ۱۳۸۰.
- [34] م. اصلانپورجوکنده، ع. شهبازی، and ر. ملکی، "رابطه نیرومندی در کار با سلامت و عملکرد شغلی در کارکنان یک شرکت صنعتی در اهواز،" ۱۳۹۱.
- [35] K. Namdari, H. Molavi, M. Malekpoor, and M. Kalantary, "The effect of hope enhancing training on behavioral strengths in dysthymic patients," (in eng), *Journal of Shahrekord Uuniversity of Medical Sciences*, Research vol. 13, no. 2, pp. 52-60, 2011.
- [36] ا. عابدینی، ب. قنبری and ج. طالبیانشریف، "اثربخشی گروه درمانی مبتنی بر رویکرد امید بر امید و افسردگی زنان مبتلا به بیماری ام. اس،" *روان شناسی بالینی*. 2016. vol. 8, no. 2, pp. 1-11,