



The Effect of Resilience Skills Training on Nursing Stress of Nursing Staff in Hospitals of Golestan Province

Seiedeh Zahra Mirzaeirad¹, Narges Arsalani^{2,*}, Asghar Dalvandi², Pouria Rezasoltani³, Seied Davood Hoseini⁴

¹ Master in Pediatric Nursing Management, Department of Nursing, Faculty of Rehabilitation, University of Social Welfare and Rehabilitation Sciences, Tehran, Iran

² Associate Professor, Department of Nursing, Faculty of Rehabilitation, University of Social Welfare and Rehabilitation Sciences, Tehran, Iran

³ Assistant Professor, Department of Statistics and Information Technology, Faculty of Rehabilitation, University of Social Welfare and Rehabilitation Sciences, Tehran, Iran

⁴ Master in Nursing, Department of Nursing, Golestan University of Medical Sciences, Gorgan, Iran

* **Corresponding author:** Narges Arsalani, Associate Professor, Department of Nursing, Faculty of Rehabilitation, University of Social Welfare and Rehabilitation Sciences, Tehran, Iran. E-mail: nargesarsalani@gmail.com

Received: 01 Dec 2018

Accepted: 09 Apr 2019

Abstract

Introduction: Nurses are required to use stress management methods due to their high exposure to daily stress. The purpose of this study was to determine the effect of resilience skills training on nursing stress of nursing staff in hospitals of Golestan Province.

Methods: The present study is quasi-experimental. Participants included nurses working in hospitals in Golestan province who were randomly selected and randomly assigned to participate in the study. The samples were 40 in each of the experimental and control groups. The experimental group underwent a 4-session workshop on resilience skills. Data were collected using a two-part instrument consisting of demographic questions and "Nursing Stress Scale" (NSS). The Scale was completed by participants in the three stages before, immediately and one month after the intervention. The reliability of this scale before the intervention was performed by Cronbach's method. Collected data was analyzed using SPSS. 21.

Results: In the test group, the difference between the mean score of total nursing stress before and after the training was 101.05, 93.50, respectively. After intervention, training of resilience skills between two groups of test and control was also significant in nursing stress variable. In other words, intervention significantly decreased nursing stress in nursing staff ($n = 141.104$, $P < 0.001$).

Conclusions: Training of resilience skills reduced nursing stress in nursing staff. Training this skill for nurses is recommended.

Keywords: Training, Resilience Skills, Nurse Stress



بررسی تأثیر آموزش مهارت‌های تاب آوری بر تنش پرستاری در کارکنان پرستاری بیمارستان‌های استان گلستان

سیده زهرا میرزایی‌راد^۱، نرگس ارسلانی^{۲*}، اصغر دالوندی^۲، پوریا رضاسلطانی^۳، سید داود حسینی^۴

^۱ کارشناسی ارشد مدیریت پرستاری گرایش کودکان، گروه پرستاری، دانشکده توانبخشی، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی، تهران، ایران
^۲ دانشیار، گروه پرستاری، دانشکده توانبخشی، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی، تهران، ایران
^۳ استادیار، گروه آمار فناوری اطلاعات، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی، تهران، ایران
^۴ کارشناس ارشد پرستاری، گروه پرستاری، دانشکده پرستاری، دانشگاه علوم پزشکی گلستان، گرگان، ایران
 * نویسنده مسئول: نرگس ارسلانی، دانشیار، گروه پرستاری، دانشکده توانبخشی، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی، تهران، ایران. ایمیل: nargesarsalani@gmail.com

تاریخ پذیرش مقاله: ۱۳۹۸/۰۱/۲۰

تاریخ دریافت مقاله: ۱۳۹۷/۰۹/۱۰

چکیده

مقدمه: پرستاران به سبب مواجهه روزمره با تنش بالای شغلی، نیازمند استفاده از روش‌های مقابله با تنش هستند. پژوهش حاضر با هدف تعیین تأثیر آموزش مهارت‌های تاب آوری بر تنش پرستاری کارکنان پرستاری شاغل در بیمارستان‌های استان گلستان انجام شده است.

روش کار: پژوهش حاضر از نوع شبه تجربی است. شرکت کنندگان شامل کارکنان پرستاری شاغل در بیمارستان‌های استان گلستان بودند که به روش نمونه‌گیری تصادفی و سهمیه‌ای وارد مطالعه شدند. نمونه‌ها در دو گروه آزمون و شاهد هر گروه به تعداد ۴۰ نفر بودند. گروه آزمون تحت یک کارگاه آموزشی ۴ جلسه‌ای در زمینه مهارت‌های تاب آوری قرار گرفتند. برای گردآوری داده‌ها یک ابزار دو قسمتی شامل سوالات جمعیت شناختی و "مقیاس تنش پرستاری" (Nursing Stress Scale) استفاده شد. این ابزار توسط شرکت کنندگان قبل، بلافاصله و یک ماه بعد از مداخله تکمیل شد. پایایی این مقیاس قبل از اجرای مداخله به روش الفای کرونباخ تأیید شد. داده‌های گردآوری شده با استفاده نرم افزار اس پی اس اس نسخه ۲۱ تحلیل شد.

یافته‌ها: در گروه آزمون تفاوت میانگین نمره کل تنش پرستاری قبل و بعد از آموزش تاب آوری بترتیب ۱۰۱/۰۵، ۹۳/۵۰ بوده است. پس از مداخله آموزش مهارت‌های تاب آوری بین دو گروه آزمون و شاهد نیز در متغیر تنش پرستاری تفاوت معناداری بدست آمد. به عبارت دیگر، مداخله به طور معناداری باعث کاهش تنش پرستاری ($f = 108/141$, $P < 0/001$) در کارکنان پرستاری شرکت کننده گردید.

نتیجه گیری: آموزش مهارت‌های تاب آوری باعث کاهش تنش در کارکنان پرستاری شد. آموزش این مهارت برای کارکنان پرستاری پیشنهاد می‌شود.

واژگان کلیدی: آموزش، مهارت‌های تاب آوری، تنش پرستاری

تمامی حقوق نشر برای انجمن علمی پرستاری ایران محفوظ است.

مقدمه

آمریکا، شغل پرستاری را در رأس ۴۰ حرفه پر تنش معرفی کرده است [۳]. اعضای تیم سلامت و فراتر از بقیه مشاغل پرستاران، افرادی هستند که سطح بالایی از عوامل خطر ساز فیزیکی، سازمانی و روانی شغلی را دریافت می‌کنند [۴، ۵]. مطالعات مختلف ضمن اشاره به بالا بودن سطح تنش شغلی در میان پرستاران، به تفاوت میزان آن در بخش‌های

تنش در تمام ابعاد زندگی خانوادگی و شغلی آدمی وجود دارد [۱]. امروزه یکی از موضوعات مورد مطالعه در رفتار سازمانی شاغلین، تنش شغلی است که به عنوان یکی از مهم‌ترین مشکلات شغلی مطرح شده است [۲]. مرکز ملی ایمنی و سلامت شغلی (NIOSH: National Institute of Occupational Safety and Health)

قلب را انجام دادند. جمع آوری داده‌ها با استفاده از "مقیاس تنش شغلی هریس" (Scale Harris Job Stress)، "سیاهه فرسودگی شغلی ندیم" (Nadeem Job Burnout Inventory)، "مقیاس تاب آوری کانر-دیویدسون" (Conner-Davidson Resilience Scale) و جمعیت شناختی انجام شد. یافته‌ها نشان داد بین تنش‌های شغلی و فرسودگی شغلی پرستاران، همبستگی مثبت معنادار وجود داشت. علاوه، بین تنش‌های شغلی و فرسودگی شغلی پرستاران با تاب آوری آن‌ها رابطه منفی معنادار وجود دارد [۲۱]. مطالعه‌ای توسط Varker & Devilly در سال ۲۰۱۲ با هدف تعیین تأثیر آموزش تاب آوری بر تنش بر روی ۸۰ تن از پرستاران در بخش اورژانس انجام شد. نتایج نشان داد افرادی که آموزش‌های تاب آوری عملی را دریافت کردند نسبت به افرادی که آموزش نظری داشتند در مورد کاهش اثرات منفی مشکلات شغلی نتایج بهتری نشان دادند [۲۲].

پرستاران با استفاده از تاب آوری، قادر خواهند بود تا در برابر بسیاری از فشارهای روانشناختی و تنش محیطی مقاومت کنند. نظر به لزوم کاهش تنش شغلی پرستاران بایستی خاطر نشان کرد وقوع تنش شغلی در محیط کار، چند عاملی بوده و ناشی از عوامل مختلف شغلی و فردی می‌باشد [۲۳]. با این وجود ایجاد تغییر و بهبود در عوامل شغلی (فیزیکی، روانی اجتماعی و سازمانی) بکرات مورد بررسی و مطالعه قرار گرفته است و قید شده که انجام تغییرات بدلیل مشکلات چند بعدی اجرایی نیازمند صرف هزینه زیاد و زمان می‌باشد. بنابراین، مطالعات اخیر ارتقاء ویا تقویت عوامل فردی و مقابله‌ای، را در کنترل تنش شغل در شرایط کمبود منابع زود بازده و مؤثر دانسته و آموزش تاب آوری بعنوان یک روش مقابله‌ای مؤثر بر ارتقاء توانمندی افراد را پیشنهاد می‌کنند [۲۴]. علاوه بر این، مطالعاتی که انجام شده بیشتر به روش توصیفی بوده است [۲۰، ۲۱] و اندک مطالعات مداخله‌ای انجام شده است. علاوه، در ایران اندک مطالعات در کارکنان سایر مشاغل غیر از کارکنان پرستاری بوده است [۲۴، ۲۵]. بر اساس سختی کار بالا و تفاوت حرفه پرستاری با سایر مشاغل از نظر ساعات کار، بار کاری، و نوبت کاری بنظر میرسد آموزش تاب آوری در حرفه پرستاری بایستی بیشتر مورد توجه قرار گیرد. لذا پژوهش حاضر با هدف تعیین تأثیر آموزش مهارت‌های تاب آوری بر تنش پرستاری کارکنان پرستاری شاغل در بیمارستان‌های استان گلستان انجام شده است.

روش کار

پژوهش حاضر از نوع شبه تجربی با طرح پیش آزمون و پس آزمون و با گروه شاهد می‌باشد. جامعه آماری این پژوهش را کارکنان پرستاری دارای مدرک کارشناسی شاغل در بیمارستان‌های فاطمه الزهرا (س) مینودشت و رسول اکرم (ص) کلاله بود. هردو بیمارستان وابسته به دانشگاه علوم پزشکی گلستان بوده و دارای ظرفیت ۱۵۰ تخت و با ویژگی مشابه از نظر کارکنان پرستاری بود. همچنین از نظر بافت جمعیتی و فرهنگی و خدمات ارائه شده مشابه هستند. تعداد نمونه با

استفاده از فرمول تعداد نمونه $n = \frac{2\sigma^2(z_{1-\frac{\alpha}{2}} + z_{1-\beta})^2}{\delta^2}$ با احتمال خطای نوع اول (α) ۰/۱۰ و توان آزمون $(1-\beta)$ ۰/۸۰ حداقل ۳۴ نفر در هر گروه طبق مطالعات مشابه [۴]، به صورت قرعه کشی تصادفی از بیمارستان گروه شاهد (رسول اکرم) و از بیمارستان گروه آزمون (فاطمه

مختلف نیز پرداخته‌اند، پرستاران شاغل در بخش‌های سوختگی، ویژه، اتاق عمل، اورژانس و کودکان نسبت به پرستاران بخش‌های دیگر از تنش بیشتری برخوردار هستند [۶، ۷]. تنش و خستگی پرستاران می‌تواند بر جنبه‌های حیاتی و حساس عملکرد آنان مانند توانایی حل مسئله، توانایی تصمیم‌گیری و خلاقیت تأثیر بگذارد. این در حالی است که ایمنی و رفاه بیماران به شدت وابسته به پرستاران است و هر اشتباهی از جانب پرستاران ممکن است منجر به مرگ یا آسیب جدی بیماران شود و در نهایت ممکن است منجر به ارائه مراقبت اشتباه شود [۸، ۹]. در سال‌های اخیر توجه به منابع تنش و راهبرد مقابله با آن در گروه‌های مختلف بسیار مورد توجه و بررسی قرار گرفته است و نشان داده شده که به کارگیری راهبردهای مقابله‌ای به کاهش تنش منجر شده است [۱۰]. با توجه به نقش کلیدی پرستاران در امر مراقبت و برآوردن نیازهای بیماران و نظر به آثار مخرب تنش بر عملکرد و جنبه‌های مختلف زندگی پرستاران، مداخله به منظور کاهش تنش پرستاران و پیامدهای ناشی از آن ضروری به نظر می‌رسد. بر اساس شواهد موجود، طیف وسیعی از درمان‌های روانشناختی شامل تن آرامی، موسیقی درمانی و ماساژ در کاهش تنش مؤثر بوده است [۱۱، ۱۲]. با این وجود، درمان‌های گفته شده سعی در مهار تنش پس از ایجاد دارند، اما در حال حاضر استفاده از مداخلات شناختی رفتاری بارویکرد پیشگیری کننده در حوزه سلامت شغلی مورد توجه است [۱۳]. یکی از راهبردهای مقابله‌ای که به فرد کمک می‌کند تا با شرایط تنش زا بطور مؤثر رو به رو شود، مهارت‌های تاب آوری (Resilience) است [۴، ۱۴]. Waller تاب آوری را سازگاری مثبت فرد در واکنش به شرایط ناگوار می‌داند [۱۵]. تاب آوری تنها روش سازگاری با تنش نیست، بلکه به معنی بهبود، انعطاف پذیری و برگشت به حالت اول می‌باشد. در تاب آوری مفاهیم تحمل، بهبودی و انعطاف پذیری مستتر است. شخص تاب آور با تنش‌ها، چالش‌ها و حوادث زندگی خود روبه رو شده و همچنین حضور فعالانه در محیط زندگی خود دارد [۱۶].

این مفهوم در سال‌های اخیر توسط صاحب نظران پرستاری نیز مورد توجه قرار گرفته است. Polk [۱۷] مفهوم تاب آوری را در پرستاری مطرح کرد و تاب آوری را توانایی تغییر فاجعه و تبدیل آن به یک تجربه رشد یابنده و رو به جلو می‌داند. وی در نظریه خود، ۴ الگوی زیرساختی شامل الگوی جهت دار (dispositional pattern)، الگوی رابطه‌ای (relational pattern)، الگوی موقعیتی (situational pattern) و الگوی فلسفی (philosophical pattern)، را مطرح کرد که این الگوها در انرژی دادن به افراد نقش دارند و وجود آن را برای برقراری رفتارهای تاب آوری الزامی می‌داند. بدنبال عرضه این نظریه، صاحب‌نظران پرستاری بدلیل تنش زیاد و سختی بالای این حرفه، تاب آوری را برای ماندگاری شغلی و موفقیت پرستاران توصیه می‌کنند [۱۷-۱۹].

در مورد ارتباط تاب آوری و تنش پرستاران، پورافضل و همکاران مطالعه‌ای با هدف تعیین همبستگی تنش و تاب آوری در دانشجویان کارشناسی پرستاری انجام دادند. نتیجه مطالعه، همبستگی معنادار و معکوس تنش و تاب آوری را در دانشجویان کارشناسی پرستاری نشان داد [۲۰]. شاکری نیا و محمد پور مطالعه‌ای با هدف تعیین ارتباط بین تنش شغلی و تاب آوری و فرسودگی شغلی را در ۱۲۴ کارشناس پرستاری زن شاغل در بخش‌های اورژانس، جراحی، زنان، کودکان و

بیمارستان‌های مشابه با استفاده از آزمون آلفاکرونیخ به میزان $0/88$ ($r =$) محاسبه و تأیید گردید. دوره آموزشی و مداخله به صورت کارگاه، پرسش و پاسخ و کار عملی در دو نوبت (بمنظور افزایش امکان حضور پرستاران شیفتی) در هر نوبت با روش و کیفیت مشابه، هر هفته دو کارگاه یکروزه و هر یک شامل محتوی نظری و کار عملی با موضوع آموزش مهارت‌های تاب آوری برگزار شد (جدول ۱). محتوای آموزشی شامل: آموزش مهارت‌های برقراری ارتباط، ارتقای اعتماد به نفس، مشکل‌گشایی، تصمیم‌گیری و مدیریت خشم بود. این محتوا ابتدا از منابع معتبر مدیریت پرستاری و مقالات موجود استخراج گردید [۲۸-۳۲]. سپس تحت نظر مدرسین گروه پژوهش بازنگاری گردید. در ادامه توسط ۴ نفر مدرسین دکتری تخصصی پرستاری و یک نفر از مدرسین گروه روانشناسی دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی و همچنین ۴ نفر مسئولین پرستاری بیمارستان‌های تحت مطالعه، بررسی و تأیید نهایی شد.

پس از دریافت مجوز اجرای پژوهش از کمیته اخلاق دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی، پژوهشگر ضمن ارائه توضیحات در خصوص اهداف مطالعه و نحوه اجرای آن و تضمین محرمانه ماندن اطلاعات، رضایت آگاهانه کتبی اخذ گردید. مداخله در مکان برگزاری دوره‌های آموزشی بیمارستان، اجرا گردید. در جلسه اول و قبل از مداخله، پرسشنامه‌ها در گروه آزمون و در گروه شاهد توزیع، تکمیل و جمع‌آوری شد. مداخله مذکور در گروه آزمون با شیوه سخنرانی، پرسش و پاسخ، و در بخش مهارتی در قالب کار گروهی اجرا گردید. وسایل کمک آموزشی شامل، فیلم، اسلاید، پمفلت و جزوه در طی جلسات مورد استفاده قرار گرفت. بمنظور تکمیل پرسشنامه‌ها در پس آزمون ۱ و ۲، به ترتیب بلافاصله بعد از مداخله و یک ماه بعد، بر اساس توصیه مطالعات مشابه و همچنین بمنظور ایجاد فرصت به شرکت‌کنندگان جهت بکارگیری مهارت‌های تاب آوری، در دو گروه جمع‌آوری شد. در پایان مداخله، ۴۰ پرسشنامه تکمیل شده مورد بررسی قرار گرفت. اصلاح گردید.

تجزیه و تحلیل داده‌های توصیفی (میانگین، انحراف معیار، کای دو، تست دقیق فیشر) و استنباطی (کواریانس، تی زوجی، کلموگراف اسمیرنوف، بررسی رابطه خطی متغیرها، آزمون لوین) با استفاده از نرم افزار اس پی اس اس نسخه ۲۱ انجام شد. با توجه به مشابهت و همبستگی نتایج پیش آزمون ۱ و ۲، نتایج این دو جداگانه در نظر گرفته نشد و جداول در دو بخش پیش و پس آزمون ارائه می‌گردد.

یافته‌ها

در جدول ۲، علاوه بر توزیع متغیرهای جمعیت شناختی نشان می‌دهد که بغیر از متغیر جنسیت سایر متغیرها با توزیع همگن به دو گروه مداخله و شاهد اختصاص یافتند ($P > 0/05$).

جدول ۳ نشان می‌دهد قبل از انجام مداخله اکثریت شرکت‌کنندگان گروه آزمون، بترتیب دارای تنش پرستاری متوسط ۲۰ نفر (۵۰ درصد) و زیاد ۱۸ نفر (۴۵ درصد)، که بعد از انجام مداخله اکثریت شرکت‌کنندگان به گروه متوسط ۳۳ نفر (۸۲/۵ درصد) و کم ۳ نفر (۷/۵ درصد) منتقل شدند. در حالیکه در گروه شاهد تغییری مشاهده نشد. بعد از تأیید نرمال بودن توزیع داده‌ها بوده و همچنین اطمینان از وجود

الزهرا) انتخاب شدند. تعداد کل کارکنان پرستاری شاغل در بخش‌های دارای سختی کار بالا (اورژانس، اتاق عمل، کودکان و ویژه) در هر دو بیمارستان شامل گروه آزمون و شاهد به ترتیب دارای ۱۱۷ و ۱۱۰ نفر بودند. تعداد کارکنان پرستاری داوطلب شرکت در مطالعه که معیارهای ورود به مطالعه را نیز داشتند، به ترتیب ۶۶ و ۶۴ نفر تعیین گردید. در ادامه در گروه آزمون ۴۴ نفر و در گروه شاهد ۴۲ و در واقع ۳/۴ از تعداد فوق با توجه به روش تصادفی سهمیه‌ای وارد مطالعه شدند. از این تعداد در گروه آزمون ۴ نفر به سبب عدم شرکت کامل در کارگاه آموزشی، در گروه شاهد یک نفر به علت تغییر محل خدمت و یک نفر به علت عدم تمایل به ادامه همکاری از مطالعه خارج شدند.

معیارهای ورود به مطالعه شامل واجدین مدرک کارشناسی و حداقل یک سال سابقه کار در بیمارستان و در بخش‌های مورد نظر (ویژه، اتاق عمل، کودکان و اورژانس)، عدم ابتلا به اختلالات ناتوان‌کننده جسمی، روانی، عدم دریافت مداخلات و یا کلاس‌های مرتبط با کاهش تنش طی یک سال گذشته در محل کار و رخ ندادن بحران‌های تنش‌زا و عاطفی شدید مانند مرگ واپس‌نگان درجه یک طی یکسال اخیر در نظر گرفته شد. معیارهای خروج از مطالعه بنا به اظهار شرکت‌کنندگان شامل وجود هرگونه مشکلات جسمی و روانی ناتوان‌کننده و همچنین عدم تمایل آنان به همکاری و یا ادامه شرکت در مطالعه بود.

برای گردآوری داده‌ها نیز از "مقیاس تنش پرستاری" ۳۴ عبارتی (Nursing Stress Scale) استفاده شد. این مقیاس در آمریکا توسط Gray-Toft & Anderson [۲۶] در سال ۱۹۸۱ برای اولین بار بمنظور اندازه‌گیری تنش پرستاری پرستاران طراحی شد. بررسی ویژگی‌های روانسنجی شامل تعیین گویه‌ها با استفاده از روش مصاحبه کیفی انجام شد. سپس روایی با روش تحلیل عاملی تکمیل گردید. نتایج تحلیل عاملی نشان داد که این مقیاس شامل، تنش پرستاران را درهفت حیطة شامل رنج و مرگ بیمار (۷ گویه)، درگیری با پزشکان (۵ گویه)، عدم آمادگی کافی (۳ گویه)، فقدان حمایت (۳ گویه)، درگیری با دیگر پرستاران (۵ گویه)، فشارکاری (۶ گویه) و عدم اطمینان در مورد درمان (۵ گویه) می‌باشد. این مقیاس بر اساس مقیاس لیکرت به صورت ۴ گزینه‌ای شامل: تنش‌زا نیست (۱ نمره)، به ندرت تنش‌زا است (۲ نمره)، گاهی تنش‌زا است (۳ نمره) و همیشه تنش‌زا است (۴ نمره) گزارش شد. مجموع نمره‌ها بین ۱۳۶-۳۴ و کمتر یا مساوی ۶۸ تنش کم، ۱۰۳-۶۹ دارای تنش متوسط و بیشتر یا مساوی ۱۰۴ نمره دارای تنش زیاد می‌باشد. پایایی به روش باز آزمایی بروی ۱۲۲ نفر از پرستاران بخش‌های مختلف بیمارستان انجام شد [۲۶].

نسخه فارسی این ابزار اولین بار طی مطالعه رضایی و همکاران [۲۷] در سال ۱۳۸۵ بر روی پرستاران شاغل در بخش‌های مختلف مراکز آموزشی درمانی دانشگاه علوم پزشکی ایران مورد بررسی قرار گرفته است. روایی ابزار توسط ۱۶ نفر از مدرسین صاحب نظر دکتری تخصص پرستاری در دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی ایران مورد بررسی و تأیید شد. در ادامه و قبل از اجرای مداخله پایایی آن نیز به روش آزمون مجدد بفاصله دوهفته روی ۲۰ نفر از نمونه‌های این مطالعه ارزیابی شد ($r = 0/74$).

نظر به مشابهت پژوهش حاضر با سایر مطالعاتی که این پرسشنامه معتبر و مختص حرفه پرستاری در آن بکارگیری شده و عدم نیاز به روایی پرسشنامه، پایایی آن بر روی ۲۰ نفر از پرستاران در یکی از

میانگین تنش پرستاری کارکنان پرستاری پس از حذف اثر پیش‌آزمون در دو گروه از لحاظ آماری معنادار است ($P < 0/001$ و $F=108/141$).

پیش‌فرض همگنی میانگین تنش پرستاران، در گروه آزمون و شاهد انجام شد ($P > 0/01$). یافته‌های جدول ۴ نشان می‌دهد که کاهش

جدول ۱: جدول زمان بندی و محتوای کارگاه آموزشی مهارت‌های تاب‌آوری به کارکنان پرستاری در گروه آزمون

زمان	هدف	محتوای جلسه و شرح فعالیت
جلسه اول	معارفه شرکت کنندگان آشنایی با اهداف کارگاه آشنایی با اصول مهارت‌های تاب‌آوری انجام پیش‌آزمون	۱. معارفه شرکت کنندگان ۲. آشنایی با اهداف و روش انجام مداخله ۳. اصول و مقدمه مهارت‌های تاب‌آوری
جلسه دوم	مهارت ارتباط و بکارگیری آن مهارت کنترل خشم	۱. اصول ارتباط، عوامل مؤثر بر برقراری ارتباط درمانی و حرفه‌ای ۲. اصول و مراحل مدیریت خشم و راهکارهای مدیریت خشم
جلسه سوم	مهارت ارتقا اعتماد به نفس مهارت روش‌مشکل‌گشایی در محیط کار	۱. مبانی اعتماد به نفس، ارائه روش‌هایی افزایش اعتماد به نفس ۲. مفاهیم و اصول مشکل‌گشایی، مراحل و گام‌های استفاده از مهارت مشکل‌گشایی
جلسه چهارم	کسب توانایی تصمیم‌گیری در محیط کار جمع بندی و نتیجه‌گیری، چگونگی روند پیگیری آموزش انجام پس‌آزمون ۱	۱. تعریف تصمیم‌گیری، روش و مراحل تصمیم‌گیری ۴. طراحی یک موقعیت و انجام تصمیم‌گیری
جلسه پنجم	پس‌آزمون ۲ (یکماه بعد از اتمام مداخله)	

جدول ۲: ویژگی‌های جمعیت شناختی کارکنان پرستاری و مقدار احتمال همگنی متغیرهای آن بین گروه آزمون و شاهد

مقدار احتمال همگنی	گروه شاهد		گروه آزمون		متغیرهای جمعیت شناختی
	تعداد	درصد	تعداد	درصد	
۰/۰۱۹					جنس
					مرد
	۵/۲۷	۱۱	۵/۷	۳	زن
	۵/۷۲	۲۹	۵/۹۲	۳۷	سن
۰/۴۱۹					کمتر از ۳۰
	۰/۶۵	۲۶	۰/۴۰	۱۶	بیشتر از ۳۰
	۰/۳۵	۱۴	۰/۳۵	۱۴	وضعیت تأهل
۰/۷۹۳					مجرد
	۰/۲۵	۱۰	۵/۲۲	۹	متأهل
	۰/۷۵	۳۰	۵/۷۷	۳۱	وضعیت شیفت
۰/۷۴۵					صبح ثابت
	۰/۱۵	۶	۵/۱۲	۵	در گردش
	۰/۸۵	۳۴	۵/۸۷	۳۵	بخش
۰/۴۴۲					اورژانس
	۵/۴۷	۱۹	۵/۳۷	۱۵	کودکان
	۰/۲۵	۱۰	۵/۱۷	۷	اتاق عمل
	۰/۱۵	۶	۰/۲۵	۱۰	بخش ویژه
	۵/۱۲	۵	۰/۲۰	۸	وضعیت استخدام
۰/۴۴۲					رسمی
	۵/۱۷	۷	۵/۳۲	۱۳	پیمانی
	۲۰/۰	۸	۵/۱۲	۵	قراردادی
	۱۷/۵	۷	۰/۱۵	۶	طرحی
	۰/۴۵	۱۸	۰/۴۰	۱۶	گروه شغلی
۰/۹۳۱					پرستار
	۸/۸۳	۳۵	۰/۸۰	۳۲	اتاق عمل
	۵/۷	۳	۰/۱۰	۴	هوشبر
	۰/۵	۲	۰/۱۰	۴	سابقه کار
۰/۰۶					۱-۵
	۵/۵۷	۲۳	۰/۷۰	۲۸	۱۰-۶
	۰/۳۵	۱۴	۰/۲۰	۸	۱۱ و بیشتر
	۷/۵	۳	۰/۱۰	۴	

جدول ۳: توزیع فراوانی و نسبی میزان تنش پرستاری در گروه آزمون و شاهد قبل و بعد از انجام مداخله

P-value	آماره‌ی کای دو	جمع		شاهد		آزمون	
		نسبی	فراوانی	نسبی	فراوانی	نسبی	فراوانی
۰/۹۷۴	۵۳٪	۵٪	۴	۵٪	۲	۵٪	۲
		۵۱/۲۵	۴۱	۵۲/۵٪	۲۱	۵۰٪	۲۰
		۴۳/۷۵	۳۵	۴۲/۵٪	۱۷	۴۵٪	۱۸
۰/۰۰۱	۱۴/۱۰۹	۳/۷۵	۳	۰	۰	۷/۵٪	۳
		۶۸/۷۵	۵۵	۵۵٪	۲۲	۸۷/۵٪	۳۳
		۲۷/۵	۲۲	۴۵٪	۱۸	۱۰٪	۴

جدول ۴: کواریانس (ANCOVA) میانگین تنش کارکنان پرستاری در گروه آزمون و شاهد، با کنترل اثر پیش آزمون

تابع تغییرات	مجموع مجذورات (SS)	درجه آزادی (df)	میانگین مجذورات (MS)	F	مقدار احتمال	توان
پیش آزمون	۹۳۴۲/۰۱۸	۱	۹۳۴۲/۰۱۸	۷۴۳/۳۰۲	< ۰/۰۰۱	۰/۹۰۶
پس آزمون	۱۳۵۹/۱۴۴	۱	۱۳۵۹/۱۴۴	۱۰۸/۱۴۱	< ۰/۰۰۱	۰/۵۸۴
خطا	۹۶۷/۷۵۷	۷۷	۱۲/۵۶۸			
مجموع	۷۶۱۴۰/۰۰۰	۸۰				

بحث

پژوهش حاضر با هدف تعیین تأثیر آموزش مهارت‌های تاب آوری بر تنش پرستاری کارکنان پرستاری شاغل در بیمارستان‌های استان گلستان انجام شد. نتایج نشان داد مداخله منجر به کاهش میزان تنش پرستاران گردید که از نظر آماری معنی دار بود. در ادامه نتایج مطالعات همسو با نتایج مطالعه حاضر مورد بررسی قرار می‌گیرد.

نتایج یک مطالعه مداخله‌ای توسط McDonald و همکاران در سال ۲۰۱۳ در استرالیا بر روی ۱۴ نفر پرستاران و مامایی شاغل در بخش‌های با سختی کار بالا نشان داد آموزش تاب آوری فردی شامل مهارت‌های خودآزمایی، خلاقانه و فراهم آوردن محیط کاری پرورش دهنده استعداد و خلاقیت‌های کارکنان، از طریق ارتقاء اعتماد بنفس، خود آگاهی و جرات آموزی می‌تواند برای قدرت دادن به پرستاران جهت مقابله با سختی محل کار انگیزه و انرژی ایجاد کند [۳۲]. علاوه بر این، مطالعه‌ای توسط Varker & Devilly در سال ۲۰۱۲ با هدف تعیین تأثیر آموزش تاب آوری بر تنش ۸۰ تن از کارکنان پرستاری در بخش اورژانس انجام شد. نتایج نشان داد، افرادی که آموزش مهارت‌های تاب آوری را عملی دریافت کردند نسبت به افرادی که تحت آموزش در کلاس قرار گرفتند در بهبودی از اثرات منفی حادثه موفق‌تر بودند [۲۲]. بنابراین، در این دو مطالعه قید شده با توجه به مشابهت شرکت کنندگان، محتوا و روش آموزشی مداخله با مطالعه حاضر، نتایج همسو نیز مبنی بر تأثیر آموزش مهارت‌های تاب آوری عملی بدست آمد.

مطالعه دیگری توسط حسین نژاد و همکاران با هدف تعیین تأثیر آموزش مهارت‌های تاب‌آوری بر شرایط روانی- اجتماعی شغلی در بیمارستان روانپزشکی شهر رشت انجام شد. در این مطالعه ۸۰ تن از پرستاران شاغل در بخش‌های بستری در دو گروه مداخله و شاهد شرکت داشتند. یافته‌ها نشان داد که آموزش مهارت‌های تاب‌آوری شرایط روانی- اجتماعی شغلی روان پرستاران گروه مداخله، را بهبود بخشید [۳۳]. بنابراین، می‌توان همسو بودن نتایج و تأثیر این مداخله اجرا شده را با مطالعه حاضر ذکر نمود. نتایج مطالعه نیمه تجربی سردارزاده و همکاران در سال ۱۳۹۵ با هدف تعیین تأثیر آموزش تاب آوری بر تنش شغلی و فرسودگی شغلی ۲۷۰ تن از کارکنان شرکت

نفت فلات قاره ایران انجام شد نشان داد که تاب آوری سبب کاهش تنش شغلی و فرسودگی شغلی کارکنان شد [۲۴]. همچنین نتایج مطالعه Steensma و همکاران که با هدف تعیین آموزش تاب آوری بر کاهش تنش و افسردگی کارگران هلندی که به صورت شبه تجربی بر روی ۲۰ نفر انجام شد، نشان داد که آموزش مهارت‌های تاب آوری باعث کاهش تنش شغلی در گروه مداخله گردید [۲۵]. مطالعه نیمه تجربی دیگری توسط صبا و همکاران بمنظور تعیین تأثیر اجرای آموزش مهارت‌های تاب آوری بر روی ۴۶ نفر از مادران دانش آموزان دارای اختلال سندرم داون در یک مدرسه استثنایی شهر تهران انجام شد. تفاوت معنادار آماری در دو مرحله قبل و بعد از اجرای برنامه آموزش مهارت‌های تاب آوری در میزان تنش و کیفیت زندگی بین دو گروه آزمون و شاهد مشاهده شد [۳۴]. در سه مطالعه ذکر شده می‌توان به مشابهت محتوی و نحوه اجرای مداخله اشاره کرد گرچه شرکت کنندگان آن متفاوت و مطالعات ذکر شده در مشاغل دیگر و نمونه‌های متفاوت انجام شده است اما نتایج همسو با مطالعه حاضر حاصل آمد. علاوه بر نتایج ذکر شده در مورد معنی داری نمره کل تنش کارکنان پرستاری در پژوهش حاضر و مطالعات همسو با آن، نتایج بتفکیک زیر مقیاس‌ها نشان می‌دهد آموزش مهارت‌های تاب آوری بر پنج زیر "مقیاس تنش پرستاری" شامل درگیری با پزشکان، عدم آمادگی کافی، درگیری با دیگر پرستاران، فشار کاری و عدم اطمینان در مورد درمان به صورت معنادار اثر داشته و آنرا کاهش داده است. در حالیکه در بعد رنج و مرگ بیمار و فقدان حمایت تغییر یافته حاصل نشده و این یافته خلاف انتظار می‌باشد. عدم معنی داری نتایج در این دو زیر مقیاس را اینگونه می‌توان توضیح داد که رنج و مرگ به عنوان یکی از بزرگترین رویدادهای زندگی، مفهوم چند بعدی و پیچیده‌ای است و مردن یک فرایند بسیار پرمعنی در زندگی انسان‌ها می‌باشد [۳۵]. همچنین باور مرگ در افراد مرتبط با تفکرات مذهبی، معنوی و انگیزه‌های درونی و فراتر از آن در رابطه با فرهنگ جامعه می‌باشد [۳۶]. در واقع درک پرستاران نسبت به رنج و مرگ بیمار نمی‌تواند بتنهایی با آموزش تاب آوری مانند سایر ابعاد تنش پرستاران تغییر کند. لذا به دلیل پیچیدگی

دوره‌های توانمند سازی کارکنان پرستاری و کنترل تنش پرستاری در محیط کار بالینی آنان مورد استفاده قرار گیرد. لذا استفاده از راه‌های مقابله‌ای کم هزینه نظیر تاب آوری برای کاهش تنش پرستاری پیشنهاد می‌شود. از محدودیت‌های پژوهش حاضر عدم امکان اجرای مطالعه در بین گروه‌ها (پرستار/ هوشبری و اتاق عمل) و رده‌های مختلف شغلی در پرستاری (استاف، سرپرستار و سوپروایزر) و همچنین استفاده از پرسشنامه خود گزارشی در اندازه گیری میزان تنش پرستاری را می‌توان نام برد.

سپاسگزاری

این مقاله بر گرفته از پایان نامه کارشناسی ارشد سیده زهرا میرزایی راد در دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی (کد اخلاقی IR.USWR.REC.1394.144) انجام شده است. از کلیه اساتید محترم و همچنین مسئولین محترم دانشگاه علوم پزشکی گلستان بویژه کارکنان پرستاری بیمارستان‌های رسول اکرم (ص) کلاله و فاطمه الزهرا (س) مینودشت که در این پژوهش شرکت نموده‌اند صمیمانه تشکر و قدردانی می‌نماید.

References

1. Sveinsdottir H, Biering P, Ramel A. Occupational stress, job satisfaction, and working environment among Icelandic nurses: a cross-sectional questionnaire survey. *Int J Nurs Stud.* 2006;43(7):875-89. doi: 10.1016/j.ijnurstu.2005.11.002 pmid: 16360157
2. Wu S, Zhu W, Wang Z, Wang M, Lan Y. Relationship between burnout and occupational stress among nurses in China. *J Adv Nurs.* 2007;59(3):233-9. doi: 10.1111/j.1365-2648.2007.04301.x pmid: 17590211
3. Lee I, Wang HH. Perceived occupational stress and related factors in public health nurses. *J Nurs Res.* 2002;10(4):253-60. pmid: 12522738
4. Rasti L, Arsalani N, Maghsoudipour M, Hosseinzadeh S. Assessment and Comparison of the Impact of Ergonomic Patient Transfer Method Training on the Operating Room Staff Performance Using Two Instruments of "Patient Transfer Assessment" and "Rapid Entire Body Assessment". *J Health Promot Manage.* 2016;5(6):1-8. doi: 10.21859/jhpm-06021
5. Arsalani N, Fallahi-Khoshknab M, Josephson M, Lagerstrom M. Musculoskeletal disorders and working conditions among Iranian nursing personnel. *Int J Occup Saf Ergon.* 2014;20(4):671-80. doi: 10.1080/10803548.2014.11077073 pmid: 25513802
6. Mortaghy Ghasemi M, Ghahremani Z, Vahediane Azimi A, Ghorbani F. [Nurse's job stress in a therapeutic educational center in Zanjan]. *J Gorgan Bouyeh Fac Nurs Midwifery.* 2011;8(1):42-51.
7. Khodaveisi M, Mohammadi N, Omid A. Frequency of job stress in clinical nurses. *Sci J Hamadan Nurs Midwifery Fac.* 2006;13(2):44-54.
8. Chang EM, Hancock KM, Johnson A, Daly J, Jackson D. Role stress in nurses: review of related factors and strategies for moving forward. *Nurs Health Sci.*

مفهوم مرگ تغییر دران نیاز به مداخلات و برنامه ریزی وسیع‌تر، امکانات و زمانبندی درازمدت دارد. همچنین در مورد زیر مقیاس دیگر که فقدان حمایت است نیز می‌توان ادعان نمود که در حال حاضر کمبود پرستار، عدم حمایت مدیران، به رسمیت شناخته نشدن جایگاه پرستار و عدم اعتماد مدیران به پرستاران در مجموع می‌تواند احساس بی پناهی و عدم حمایت در پرستاران ان را ایجاد می‌کند. واضح است که حمایت شغلی باعث احساس توانمندی و تسهیل تصمیم گیری می‌شود و در مقابل احساس بی پناهی باعث بی تفاوتی، ناتوانی و احساس فقدان حمایت در پرستاران می‌شود و مطابق مطالعات گذشته پرستاران از عدم حمایت و احساس بی پناهی همواره شکایت می‌کنند [37]. بنابراین، عدم معنی داری در این زیر مقیاس حاصل شده است و مداخله نتوانسته بر روی بعد حمایت شغلی تأثیر گذار باشد.

نتیجه گیری

نتایج پژوهش حاضر نشان داد تأثیر آموزش مهارت‌های تاب آوری منجر به کاهش میزان تنش پرستاران شاغل در بیمارستان‌های استان گلستان گردید. این نتایج می‌تواند جهت ارتقاء مهارت‌های تاب آوری در

- 2005;7(1):57-65. doi: 10.1111/j.1442-2018.2005.00221.x pmid: 15670007
9. Arab Z, Piri L, Arsalani N, Tabatabai Ghomshe F, Biglarian A. The correlation of workload and work ability with job stress in nursing staff. *J Health Promot Manage.* 2015;4(1):21-30.
10. Sturgeon JA, Zautra AJ. Resilience: a new paradigm for adaptation to chronic pain. *Curr Pain Headache Rep.* 2010;14(2):105-12. doi: 10.1007/s11916-010-0095-9 pmid: 20425199
11. Rufer M, Albrecht R, Schmidt O, Zaum J, Schnyder U, Hand I, et al. Changes in quality of life following cognitive-behavioral group therapy for panic disorder. *Eur Psychiatry.* 2010;25(1):8-14. doi: 10.1016/j.eurpsy.2009.05.003 pmid: 19545979
12. Cooke M, Holzhauser K, Jones M, Davis C, Finucane J. The effect of aromatherapy massage with music on the stress and anxiety levels of emergency nurses: comparison between summer and winter. *J Clin Nurs.* 2007;16(9):1695-703. doi: 10.1111/j.1365-2702.2007.01709.x pmid: 17727588
13. Meichenbaum D. Principles and Practice of Stress Management: Guilford press; 2007.
14. Izadinia N, Amiri M, Jahromi Rg, Hamidi S. A study of relationship between suicidal ideas, depression, anxiety, resiliency, daily stresses and mental health among Tehran university students. *Proc Soc Behav Sci.* 2010;5:1615-9. doi: 10.1016/j.sbspro.2010.07.335
15. Waller MA. Resilience in ecosystemic context: evolution of the concept. *Am J Orthopsychiatry.* 2001;71(3):290-7. pmid: 11495331
16. Zakeri H, Jowkar B, Razmjoe M. Parenting styles and resilience. *Proc Soc Behav Sci.* 2010;5:1067-70. doi: 10.1016/j.sbspro.2010.07.236

17. Polk LV. Toward a middle-range theory of resilience. *ANS Adv Nurs Sci.* 1997;19(3):1-13. [pmid: 9055026](#)
18. Isaksson Ro KE, Gude T, Tyssen R, Aasland OG. A self-referral preventive intervention for burnout among Norwegian nurses: one-year follow-up study. *Patient Educ Couns.* 2010;78(2):191-7. [doi: 10.1016/j.pec.2009.07.008](#) [pmid: 19656650](#)
19. McAllister M, McKinnon J. The importance of teaching and learning resilience in the health disciplines: a critical review of the literature. *Nurse Educ Today.* 2009;29(4):371-9. [doi: 10.1016/j.nedt.2008.10.011](#) [pmid: 19056153](#)
20. Pourafzal F, Seyedfatemi N, Inanloo M, Haghani H. [Relationship between perceived stress with resilience among undergraduate nursing students]. *Hayat.* 2013;19(1):41-52.
21. Shakerinia I, Mohammadpour M. [Relationship between job stress and resiliency with occupational burnout among nurses]. *J Kermanshah Univ Med Sci.* 2010;14(2).
22. Varker T, Devilly GJ. An analogue trial of inoculation/resilience training for emergency services personnel: proof of concept. *J Anxiety Disord.* 2012;26(6):696-701. [doi: 10.1016/j.janxdis.2012.01.009](#) [pmid: 22464031](#)
23. Werner EE. Risk, resilience, and recovery: Perspectives from the Kauai Longitudinal Study. *Dev Psychopathol.* 2009;5(4):503-15. [doi: 10.1017/s095457940000612x](#)
24. Sardarzadeh F, Bagheri M, Mashhadi M. [The role of resilience in reduction of job stress and job burnout among employees of satellite project of Iranian Offshore Oil Company]. *Shenakht J Psychol Psychiatry.* 2017;3(4):61-77.
25. Steensma H, Den Heijer M, Stallen V. Research note: effects of resilience training on the reduction of stress and depression among Dutch workers. *Int Q Community Health Educ.* 2006;27(2):145-59. [doi: 10.2190/IQ.27.2.e](#) [pmid: 18364303](#)
26. Gray-Toft P, Anderson JG. The Nursing Stress Scale: Development of an instrument. *J Behav Assess.* 1981;3(1):11-23. [doi: 10.1007/bf01321348](#)
27. Rezaee N, Behbahany N, Yarandy A, Hosseine F. [Correlation between occupational stress and social support among nurses]. *Iran J Nurs.* 2006;19(46):71-8.
28. Henderson N, Bonnie B. *Resiliency in action: Practical ideas for overcoming risks and building strengths in youth, families & communities: Washington DC Public Library; 2007.*
29. Rezaeiian A. [Basics of Organizational Behavior Management]. Tehran: Side Publishing; 2012.
30. Antonovsky A. *Unraveling the Mystery of Health: How People Manage Stress and Stay Well. San Francisco 1987.*
31. Dehghan Nayeri N. [Principles of Nursing Management]. Tehran Boshra Publishing House; 2012.
32. McDonald G, Jackson D, Wilkes L, Vickers MH. Personal resilience in nurses and midwives: effects of a work-based educational intervention. *Contemp Nurse.* 2013;45(1):134-43. [doi: 10.5172/conu.2013.45.1.134](#) [pmid: 24099234](#)
33. Hosseinejad F, Arsalani N, Rahgoui A, Biglarian A. [Effectiveness of Resiliency Skills Education on Job Satisfaction among Nurses]. *J Guilan Univ Med Sci.* 2018;27(105):50-60.
34. Saba S. [The effect of teaching resiliency skills on stress and quality of life of mothers with Down syndrome students]. Tehran, Iran: University of Social Welfare and Rehabilitation Sciences; 2016.
35. Gire J. *How Death Imitates Life: Cultural Influences on Conceptions of Death and Dying. Online Read Psychol Cult.* 2014;6(2). [doi: 10.9707/2307-0919.1120](#)
36. Roshdieh S, Templer DI, Cannon WG, Canfield M. The Relationships of Death Anxiety and Death Depression to Religion and Civilian War-Related Experiences in Iranians. *OMEGA J Death Dying.* 2016;38(3):201-10. [doi: 10.2190/ub6t-qf51-af5j-mlcd](#)
37. Adib-Hajbageri M, Aminoroayaei Yamini E. [Nurses perception of professional support]. *Feys* 2010;14(2):140-53.