

The Effectiveness of Cognitive-Behavioral Spiritual Therapy on Job Stress and Psychological Distress in Intensive Care Unit Nurses

ARTICLE INFO

Article Type

Analytical Review

Aurhors

GholamAli Aghajari¹,

Fatemeh Naderi²,

Zohre Nikpey³,

Fahimeh Jandaghi⁴,

Faezeh Kia-Darbandsari^{5*}

How to cite this article

Faezeh Kia-Darbandsari,
The Effectiveness of Cognitive-Behavioral Spiritual Therapy on Job Stress and Psychological Distress in Intensive Care Unit Nurses. 2019:3 (5):25-31

ABSTRACT

Job Stress along with psychological distress is an important problem in nurses working in intensive care unit. The aim of this research was to investigate the effectiveness of cognitive-behavioral spiritual therapy on job stress and psychological distress in intensive care unit nurses.

This study was a quasi-experimental pretest-posttest design with control group. The study population consisted of all intensive care unit nurses working at Imam Khomeini Hospital in Tehran City in 2020. The sample consisted of 30 intensive care unit nurses whom were selected by available sampling method and randomly recruited to each group (15 for each group). Then, the experimental group members participated in 8 sessions of 90-minute cognitive-behavioral spiritual therapy, while the control group did not receive any therapy. The data collection tools were Cohen's Job Stress Questionnaire (1964) and Kessler Psychological Distress Scale (2003). Then, the data were analyzed using SPSS.v21 software and MANCOVA and ANCOVA statistical tests.

The results of MANCOVA showed that cognitive-behavioral spiritual therapy had a significant impact on Job Stress ($F=34.77$, $P=0.000$) and subscales of imaginary inefficiency ($F=208.77$, $P=0.000$) and ambiguity and limitation ($F=5.20$, $P=0.000$). Furthermore, the results of ANCOVA indicated that cognitive-behavioral spiritual therapy had a significant impact on psychological distress in intensive care unit nurses ($F=42.81$, $P=0.000$).

Based on the findings of this study, cognitive-behavioral spiritual therapy decreases Job Stress and psychological distress in intensive care unit nurses and represents new horizons in clinical interventions and thus could be used as an effective interventional method. So, it seems that this intervention is effective for intensive care unit nurses.

Keywords: cognitive-behavioral spiritual therapy, job stress, psychological distress, nurses.

¹MA in Clinical Psychology, Islamic Azad University, Science and Research branch, Bushehr, Iran.

²MA in General Psychology, Islamic Azad University, Malard Branch, Malard, Iran.

³MA in General Psychology, Isfahan University, Isfahan, Iran.

⁴MA in General Psychology, Semnan University, Mahdishahr, Iran.

⁵MA in General Psychology, Kharazmi University, Tehran, Iran.

* Correspondence:

Address: Kharazmi University, Tehran, Iran.

Phone:

Email: faezedbs@gmail.com

Article History

Received: 2020/06/20

Accepted: 2020/08/02

ePublished: 2020/08/11

اثربخشی معنویت درمانی شناختی-رفتاری بر تنش شغلی و پریشانی روان‌شناختی پرستاران شاغل در بخش مراقبت‌های ویژه

غلامعلی آقاجری

کارشناس‌ارشد روان‌شناسی بالینی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد علوم و تحقیقات، بوشهر، ایران.

فاطمه نادری

کارشناس‌ارشد روان‌شناسی عمومی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد ملارد، ملارد، ایران.

زهره نیک‌بی

کارشناس‌ارشد روان‌شناسی عمومی، دانشگاه اصفهان، اصفهان، ایران.

فهیمة جندقی

کارشناس‌ارشد روان‌شناسی عمومی، دانشگاه سمنان، مهدی‌شهر، ایران.

فائزه کیا دربندسری

کارشناس‌ارشد روان‌شناسی عمومی، دانشگاه خوارزمی، تهران، ایران.

چکیده

تنش شغلی همراه با پریشانی روان‌شناختی همواره مشکلی قابل ملاحظه در پرستاران شاغل در بخش مراقبت‌های ویژه محسوب می‌شود. پژوهش حاضر با هدف اثربخشی معنویت درمانی شناختی-رفتاری بر تنش شغلی و پریشانی روان-شناختی پرستاران شاغل در بخش مراقبت‌های ویژه انجام شد. روش پژوهش حاضر نیمه‌آزمایشی از نوع پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه گواه بود. جامعه آماری پژوهش حاضر در برگیرنده تمامی پرستاران شاغل در بخش مراقبت‌های ویژه بیمارستان امام خمینی (ره) شهر تهران در سال ۱۳۹۸ بود. با عنایت به شبهه‌آزمایشی بودن طرح، نمونه‌ای به حجم ۳۰ نفر با توجه به معیارهای شمول از بین افراد جامعه آماری به‌صورت در دسترس انتخاب شدند. اعضای نمونه به‌صورت جایگزینی تصادفی ساده در دو گروه آزمایش و گواه قرار گرفتند. سپس شرکت‌کنندگان گروه آزمایش در ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای معنویت درمانی شناختی-رفتاری شرکت کردند؛ در حالی که اعضای گروه کنترل هیچ درمانی دریافت نکردند. ابزار گردآوری اطلاعات شامل پرسش‌نامه تنش شغلی کوهن (۱۹۶۴) و مقیاس پریشانی روان‌شناختی کسلر (۲۰۰۳) بوده است. برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از آزمون تحلیل کوواریانس یک و چند متغیره استفاده شد. آزمون تحلیل کوواریانس چندمتغیره نشان داد که معنویت درمانی شناختی-رفتاری تأثیر معناداری بر تنش شغلی ($F=34.77$; $P=0.000$) و زیرمقیاس‌های ناکارآمدی تصویری ($F=20.877$; $P=0.000$) و ابهام و محدودیت ($F=5.20$; $P=0.000$) دارد. نتایج آزمون تحلیل کوواریانس یک متغیره نشان داد که آموزش معنویت درمانی شناختی-رفتاری بر پریشانی روان‌شناختی ($F=42.81$; $P=0.000$) پرستاران شاغل در بخش مراقبت‌های ویژه تأثیر معناداری دارد. طبق یافته‌های این مطالعه، معنویت درمانی شناختی-رفتاری سبب کاهش تنش شغلی و پریشانی روان‌شناختی در پرستاران شاغل در بخش مراقبت‌های ویژه می‌شود و نمایانگر افق‌های تازه در مداخلات بالینی است و می‌توان از آن به‌عنوان یک روش مداخله‌ای مؤثر سود جست. بنابراین، به نظر می‌رسد که این مداخله آموزشی برای پرستاران شاغل در بخش مراقبت‌های ویژه کاربردی است.

کلید واژه‌ها: معنویت درمانی شناختی-رفتاری، تنش شغلی، پریشانی روان-شناختی، پرستاران.

تاریخ دریافت: ۱۳۹۹/۳/۳۱

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۹/۵/۱۲

نویسنده مسئول: faezeds@gmail.com

مقدمه

اخیراً نظام مراقبت از سلامت در سراسر جهان، به‌زیستی کارکنان فعال در این حوزه را در کانون توجه خویش قرار داده است، زیرا برخی از کارکنان این حوزه از جمله پرستاران علاوه بر فعالیت‌های جسمانی طاقت‌فرسا، به لحاظ روان‌شناختی نیز تکالیفی بر عهده دارند. به دنبال این وظایف و تکالیف، استرس و پریشانی روان‌شناختی در پرستاران شایع بوده که بر کارآمدی حرفه‌ای آن‌ها و متعاقب آن مراقبت بهینه از بیماران تأثیر می‌گذارد^(۱). چندین مطالعه نشان دادند که استرس و فرسودگی ناشی از کار در پرستاران، علاوه بر مشکلات جسمانی و روانی نظیر بی‌خوابی^(۲) و افسردگی با مشکلاتی در سایر حوزه‌های زندگی این افراد نیز همراه است^(۳). استرس و احساس پریشانی پیامدهایی همچون کاهش بازده حرفه-ای، غیبت از کار و مشکلات مربوط به سلامت را به دنبال دارد که این مسئله در پرستاران شاغل در بخش مراقبت‌های ویژه اهمیت بیشتری دارد^(۴).

این کار نوبتی پیامدهای منفی بر مسائل خانوادگی و اجتماعی گذاشته و باعث از هم گسیختگی فعالیت‌های اجتماعی می‌شود و به‌طور معنی‌دار سلامت روانی آن‌ها را به خطر می‌اندازد^(۵). در نتیجه، پرستاری به‌عنوان شغلی سخت و استرس‌آور شناخته می‌شود که با ضعف در به‌زیستی روان‌شناختی مرتبط است^(۶). آنچه در سطوح فوق ذکر شد همگی دلالت بر تأثیر تنش‌های ناشی از شغل بر جنبه‌های مختلف زندگی است. تنش شغلی، تنشی است که در آن کنش متقابل بین شرایط کار و ویژگی‌های فردی شاغل به وجود می‌آید؛ طوری که خواست محیط کار و در نتیجه فشارهای مرتبط با آن بیش از آن است که فرد بتواند از عهده آن برآید. بنابراین، محیط کار، تنش‌های طولانی و مداوم را به دنبال دارد. این موارد در افراد شاغل در حرفه‌های یاری‌رسان همچون پرستاری، هنگامی که خود را غرق در مشکلات دیگران احساس می‌نمایند، بیشتر است^(۷).

اگرچه همه شغل‌ها شرایط استرس‌زایی دارند؛ با این حال، کار کردن در برخی مشاغل همچون حوزه سلامت با فشار هیجانی بیش‌تری همراه است. پرستاری به‌عنوان یکی از شغل‌های خدماتی در حوزه سلامت به‌طور ویژه برای ارائه خدمات پزشکی و روان‌شناختی حیاتی است. از آنجا که ماهیت شغلی پرستاران با بسیاری از عوامل استرس‌زا همچون کار شبانه، نوبت‌های کاری غیرمعمول و فشار کاری بیش از حد توصیف می‌شود^(۸)؛ آسیب‌پذیری آن‌ها نسبت به پریشانی روان‌شناختی را افزایش می‌دهد^(۹). برخی از شواهد علمی نشان می‌دهند که پریشانی روان‌شناختی نقش مهمی در سلامت روان‌شناختی دارد^(۱۰). لئونگ، لام و چان^(۱۱) بر این باورند که همبستگی منفی بین وضعیت سلامتی ادراک شده و پریشانی روان‌شناختی وجود دارد. به عبارت دیگر، هر چه ارزیابی فرد از وضعیت به‌زیستی و سلامتی‌اش پایین‌تر باشد، به موازات آن پریشانی بیش‌تری را تجربه خواهد کرد^(۱۲).

تنش شغلی و پریشانی روان‌شناختی بر سلامت جسمی، روانی و رفتار اثرات منفی و غیرقابل جبرانی می‌گذارد که برای فرد بسیار پرهزینه است. به همین دلیل، نیازمند مدیریت و مداخله مؤثر است؛ زیرا در غیر این صورت پیامدهای نامطلوبی را به همراه خواهد داشت. شواهد نشان می‌دهد که تغییرات سالم و مثبت در رفتار پاسخ فرد را به عامل پریشانی تغییر می‌دهد و استرس کاهش می‌یابد^(۱۳). به همین دلیل، شناسایی و بهره‌گیری از رویکرد درمانی مؤثر برای رفع مشکلات این بیماران، اهمیت و ضرورت دارد و کمک شایانی به این قشر از افراد جامعه خواهد کرد. یکی از

رویکردهای درمانی مؤثر در این زمینه، معنویت درمانی شناختی-رفتاری است. آتن و لیچ^(۱۴) بیان می‌کنند که مباحث مربوط به معنویت می‌تواند در درمان‌هایی همچون رویکردهای شناختی-رفتاری، بین فردی، روانکاو و درمان‌های انسان‌گرا ادغام شود. به‌عنوان مثال، شافرانسک توانست اعتقادات معنوی مراجعان را در جریان درمان مبتنی بر روانکاو، ادغام کرده و به نتایج مؤثری دست یابد^(۱۵). امروزه در سراسر دنیا روان‌شناسان متعددی به بررسی تأثیر تلفیق مفاهیم معنوی با رویکردهای روان‌درمانی در درمان انواع اختلالات روانی و همچنین ارتقاء بهداشت و سلامت روانی افراد پرداخته‌اند. بررسی پیشینه پژوهشی نشان می‌دهد که معنویت درمانی شناختی-رفتاری تأثیر معناداری بر تنش شغلی^(۱۶) و پریشانی روان‌شناختی^(۱۸، ۱۷) دارد. با توجه به اینکه تنش شغلی و پریشانی روان‌شناختی نقش مهمی در کیفیت زندگی و سلامت روانی پرستاران شاغل در بخش مراقبت‌های ویژه دارد، پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی معنویت درمانی شناختی-رفتاری بر تنش شغلی و پریشانی روان‌شناختی پرستاران شاغل در بخش مراقبت‌های ویژه انجام شد.

روش پژوهش

این مطالعه با روش نیمه‌آزمایشی و طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه گواه اجرا شد. جامعه آماری این مطالعه شامل تمامی پرستاران شاغل در بخش مراقبت‌های ویژه بیمارستان امام خمینی (ره) شهر تهران در سال ۱۳۹۸ بودند. اعضای گروه نمونه به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند. به‌منظور دستیابی به نتایج قابل‌اعتماد در طرح‌های آزمایشی، در هر گروه حضور حداقل ۱۵ نفر توصیه شده است^(۱۹). در پژوهش حاضر نیز یک گروه آزمایش و یک گروه گواه در نظر گرفته شد و در هر گروه، ۱۵ پرستار شاغل در بخش مراقبت‌های ویژه حضور داشتند. گروه آزمایش در جلسات معنویت درمانی شناختی-رفتاری شرکت کردند؛ اما اعضای گروه گواه هیچ مداخله‌ای دریافت نکردند. لازم به یادآوری است که شرکت‌کنندگان به‌صورت جایگزینی تصادفی در گروه‌های آزمایش و گواه قرار گرفتند. به‌منظور تصادفی بودن اختصاص شرکت‌کنندگان به هر یک از گروه‌ها، ابتدا فهرستی از همه شرکت‌کنندگان تهیه شد و به هر کدام یک کد عددی اختصاص داده شد. سپس، کدها در کیسه شانس قرار گرفت و کدهای خارج‌شده به‌نوبت در گروه‌های آزمایش و گواه قرار گرفتند.

معیار ورود به پژوهش عبارت بودند از: (۱) دارا بودن مدرک کارشناسی و بالاتر؛ (۲) سابقه حداقل ۶ ماه کار در بخش مراقبت‌های ویژه؛ (۳) قرار داشتن در دامنه سنی ۲۵ تا ۵۰ سال. افزون بر این، (۴) ابتلا به بیماری‌های مزمن؛ (۵) داشتن مشکلات روان‌شناختی و تحت درمان روان‌پزشکی بودن^(۲) حضور هم‌زمان در یک برنامه مداخله روان‌شناختی هم‌زمان با اجرای پژوهش و (۶) عدم تمایل برای شرکت در پژوهش، به‌عنوان معیار خروج در نظر گرفته شد. در این پژوهش، تنش شغلی و پریشانی روان‌شناختی

به‌عنوان متغیر وابسته و معنویت درمانی شناختی - رفتاری به‌عنوان متغیر مستقل در نظر گرفته شد. متغیر وابسته قبل (پیش‌آزمون) و بعد (پس‌آزمون) از ارائه متغیر مستقل اندازه‌گیری شد. تکمیل پرسش‌نامه‌ها توسط پرستاران و در همان روز شروع و یا اتمام جلسات مداخله‌ای انجام می‌شد. برای سنجش متغیرهای وابسته از پرسش‌نامه‌ای به شرح زیر استفاده شد:

پرسش‌نامه تنش شغلی کوهن (۱۹۶۴): برای سنجش تنش شغلی از شاخص ۱۵ سؤالی کوهن (۱۹۶۴) که توسط میلر طراحی شد، استفاده شد. این پرسش‌نامه شاخصی است برای سنجش تنش که فرد به علت کارش تجربه می‌کند. از پاسخ‌گویان در این پرسش‌نامه خواسته می‌شود تا هر یک از ۱۵ عبارت را خوانده و سپس مشخص نماید که هر یک را در شرایط کاری خود چقدر تجربه می‌کنند. مقیاس پاسخ‌گویی مورد استفاده برای این پرسش‌نامه در این پژوهش ۶ درجه‌ای (هرگز = ۱ تا همیشه = ۶) بوده است. این پرسش‌نامه دارای سه زیرمقیاس تنش‌های ناشی از ناکارآمدی تصویری (۶ سؤال)، تنش ناشی از ابهام و محدودیت مسئولیت و اختیار (۵ سؤال) و تنش ناشی از تعارض و تضاد (۴ سؤال) می‌باشد. در پژوهش‌های روان‌سنجی خارج از کشور، دمیر و اوروکو در پژوهش خود آلفای کرونباخ را ۰/۸۴ و همبستگی آن با پرسش‌نامه سلامت عمومی را ۰/۶۱ ذکر کردند. برای هنجاریابی این پرسش‌نامه در جمعیت ایرانی، گل پرور، نیری و معداد (۲۰) آلفای کرونباخ این سه عامل را به ترتیب ۰/۷۷، ۰/۷۷ و ۰/۷۳ محاسبه کردند.

مقیاس پریشانی روان‌شناختی کسلر (۲۰۰۳): به‌منظور سنجش پریشانی روان‌شناختی شرکت‌کنندگان از مقیاس پریشانی روان‌شناختی کسلر^(۲۱) استفاده شد. این مقیاس جهت شناسایی اختلالات روانی در جمعیت عمومی طراحی و تدوین شده است. هرچه فرد در این آزمون نمره بالاتری به دست آورد، پریشانی روان‌شناختی بیشتری خواهد داشت و بالعکس. پاسخ سؤالات به‌صورت ۵ گزینه‌ای (تمام اوقات ۴ امتیاز تا هیچ‌وقت صفر امتیاز) است که بین صفر تا ۴ نمره‌گذاری می‌شود و حداکثر نمره در آن برابر ۴۰ است. در پژوهش لطفی کاشانی و همکاران^(۲۲) نیز پایایی این پرسش‌نامه با روش آلفای کرونباخ ۰/۸۰ گزارش شده است.

به‌منظور رعایت ملاحظات اخلاقی، به اعضای گروه گواه آن‌ها اطمینان داده شد در صورت تمایل، بعد از پایان مطالعه می‌توانند در جلسات معنویت درمانی شناختی - رفتاری شرکت کنند. همچنین، کلیه شرکت‌کنندگان با رضایت آگاهانه در این مطالعه شرکت کردند. به کلیه شرکت‌کنندگان اعلام شد هر زمان تمایل داشتند، می‌توانند از مطالعه و برنامه آموزشی خارج شوند. علاوه بر این، تمامی پرسش‌نامه‌ها در هر دو مرحله (پیش‌آزمون و پس‌آزمون) بدون درج نام و از طریق کد شناسایی و ارزیابی شدند. مداخله انجام شده در این مطالعه، معنویت درمانی شناختی-رفتاری بود. معنویت درمانی شناختی-رفتاری طی ۴ هفته و هر هفته ۲ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای برای بیماران شرکت‌کننده در گروه آزمایش به‌صورت گروهی اجرا شد.

جدول ۲: پروتکل معنویت درمانی شناختی-رفتاری

جلسه	محتوا
اول	شناسایی اعضای گروه با یکدیگر و با رهبر گروه، آشنایی اعضا با قوانین و اصول مشاوره گروهی، تعریف مقدماتی استرس و پریشانی، توضیحات مقدماتی راجع به ارتباط فکر، احساس و رفتار، ارائه تکالیف.
دوم	آموزش جامع و دقیق ارتباط فکر، احساس و رفتار، آموزش انواع و سطوح افکار و باورهای ناکارآمد، آموزش تمایز بین الگوی

جلسه	محتوا
مطلق گرای/جزم اندیشی فکری و انعطاف پذیری، هیجانی با تأکید برشناسایی و طبقه بندی افکار ناکارآمد، اجرای تکنیک تصویرسازی عقلانی - هیجانی با تأکید برشناسایی و طبقه بندی افکار ناکارآمد، ارائه تکالیف.	
سوم	آموزش تمایز بین احساس بهتر و بهتر بودن از دیدگاه شناختی رفتاری، آموزش و مرور مبانی معنوی و مذهبی در مورد مفهوم حضور خداوند و نگرش توحیدی، ارائه تکالیف
چهارم	آموزش تکنیک های شناختی زیر سؤال بردن (تجربی، کارکردی و منطقی)، آموزش تکنیک های شناختی باورهای مقابله ای عاقلانه و معنوی، تمرین تکنیک های آموزش داده شده از طریق تکنیک گروهی نقش گزاری وارونه، ارائه تکالیف
پنجم	آموزش مفهوم خودپذیری و دیگرپذیری نامشروط، آموزش و تمرین تکنیک های هیجانی زیر سؤال بردن قاطعانه و نجوای مقابله ای قاطعانه، ارائه تکالیف.
ششم	آموزش ضرورت اجتناب از احساس حقارت مخرب و احساس گناه افراطی و ناسالم، آموزش مفاهیم مرتبط با احساس پشیمانی سالم و تمایز آن با احساس گناه مخرب با توجه به مفهوم توبه در اخلاق اسلامی، ارائه تکالیف.
هفتم	آموزش مفاهیم مرتبط با اهمیت و ابعاد هدف گرینی معنوی، آموزش مفهوم شناختی توکل و بررسی ابعاد مختلف و پیامدهای آن در زمینه های هیجانی، آموزش مفهوم تسلیم و رضا و ارتباط آن با استرس و پریشانی روان شناختی، ارائه تکالیف.
هشتم	مرور مباحث ارائه شده در جلسات قبل در خلال بررسی تکلیف انجام شده توسط اعضا، آموزش مفهوم بازگشت نظام فکری ناکارآمد و نحوه ی مقابله ی با آن، اجرای پس آزمون.

یافته ها

میانگین و انحراف معیار سن گروه آزمایش $39/4 \pm 13/12$ و میانگین و انحراف معیار سن گروه گواه $41/02 \pm 5/39$ محاسبه شده است. به منظور سنجش همتا بودن دو گروه از نظر میانگین سنی از آزمون t استودنت استفاده شد. نتایج نشان داد بین دو گروه تفاوت معناداری از نظر میانگین سن وجود ندارد ($P=0/625$); $t_{28}=0/494$. اطلاعات توصیفی متغیرهای پژوهش در جدول ۲ ارائه شده است.

به منظور تجزیه و تحلیل داده ها از روش های آمار توصیفی و استنباطی استفاده شد. در روش آمار توصیفی، اطلاعات جمعیت-شناختی شرکت کنندگان و همچنین، اطلاعات توصیفی متغیرها گزارش شد. در آمار استنباطی نیز، با استفاده از آزمون تحلیل کوواریانس چندمتغیره، فرضیه های پژوهش مورد بررسی قرار گرفت. لازم به ذکر است داده های به دست آمده با استفاده از برنامه نرم افزاری SPSS v.16 تحلیل شدند.

جدول ۲. میانگین و انحراف معیار متغیرهای پژوهش در دو گروه آزمایش و کنترل

متغیر	گروه	پیش آزمون		پس آزمون	
		میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
بعد ناکارآمدی تصویری	آزمایش	۱۷/۲۰	۳/۱۴	۱۲/۲۰	۳/۰۲
	گواه	۱۷/۶۰	۳/۱۸	۱۷/۸۰	۳/۰۲
بعد ابهام و محدودیت	آزمایش	۱۳/۴۰	۱/۵۹	۱۱/۸۷	۱/۴۰
	گواه	۱۴/۶۷	۲/۰۲	۱۳/۸۷	۲/۱۶
بعد تعارض و تضاد	آزمایش	۲۰/۴۰	۱/۹۵	۲۰/۱۳	۲/۲۰
	گواه	۲۱/۶۷	۲/۲۲	۲۰/۶۷	۲/۴۹
تنش شغلی	آزمایش	۵۱/۰۲	۵/۴۵	۴۴/۲۰	۵/۱۳
	گواه	۵۳/۹۳	۶/۲۹	۵۲/۳۳	۶/۰۲
پریشانی روان شناختی	آزمایش	۵۱/۰۱	۵/۴۵	۴۴/۲۰	۵/۱۳
	گواه	۵۳/۹۳	۶/۲۹	۵۲/۳۳	۶/۰۲

به عنوان یکی دیگر از پیش فرض های آزمون تحلیل کوواریانس نشان می دهد ماتریس کوواریانس متغیرهای وابسته در تمام سطوح متغیر مستقل (گروه ها) همگن یا برابر است ($P=0/379$); $M=19/947$ باکس؛ $F=1/070$). افزون بر این، تعامل بین متغیر همپراش و مستقل در دو گروه آزمایش و گواه معنادار نبود ($P>0/01$) که نشان می دهد که پیش فرض همگنی شیب رگرسیون نیز برقرار است. بنابراین، با رعایت پیش فرض های آزمون پارامتری، استفاده از آزمون تحلیل کوواریانس بلامانع است. به منظور بررسی اثربخشی معنویت درمانی شناختی-رفتاری بر تنش شغلی پرستاران شاغل در بخش مراقبت های ویژه، از آزمون تحلیل کوواریانس چند متغیره استفاده شد. نتایج آزمون معناداری اثر پیلای نشان داد تفاوت بین دو گروه آزمایش و گواه از نظر تنش شغلی معنادار

جهت تعیین اثربخشی معنویت درمانی شناختی-رفتاری بر تنش شغلی و پریشانی روان شناختی پرستاران شاغل در بخش مراقبت های ویژه، از آزمون تحلیل کوواریانس تک و چند متغیره استفاده گردید. استفاده از این آزمون مستلزم پیش فرض هایی است که قبل از تحلیل استنباطی مورد بررسی قرار گرفتند. به این منظور، یافته های آزمون کولموگروف-اسمیرنوف نشان می دهد که داده های هر دو گروه آزمایش و گواه در متغیرهای تنش شغلی و پریشانی روان شناختی در مراحل پیش و پس آزمون با منحنی نرمال تفاوت معناداری ندارد و توزیع داده ها نرمال است ($P>0/05$). همچنین، آزمون لوین جهت بررسی مفروضه برابری واریانس های خطا نشان داد مفروضه برابری واریانس های خطا برای متغیرهای پژوهش برقرار است ($P>0/05$). نتایج آزمون M باکس نیز

است ($F=۴۴/۳۶۳$, $P=۰/۰۰۰$). این یافته نشان می‌دهد که بین دو گروه از نظر تنش شغلی تفاوت معناداری وجود دارد.

جدول ۳: اثربخشی معنویت درمانی شناختی-رفتاری بر تنش شغلی

متغیر	منبع	df	میانگین مجزورات	آماره F	سطح معناداری	اندازه اثر
بعد ناکارآمدی تصویری	همپراش	۱	۱۵۸/۱۰۰	۱۹۱/۳۹۴	۰/۰۰۰	۰/۴۹۳
	گروه	۱	۱۷۲/۴۶۱	۲۰۸/۷۷۹	۰/۰۰۰**	
	خطا	۲۴	۱۷۲/۴۶۱			
بعد ابهام و محدودیت	همپراش	۱	۳/۱۰۵	۳/۶۵۹	۰/۰۶۷	۰/۱۷۲
	گروه	۱	۱۴/۲۹۶	۵/۱۹۷	۰/۰۳۱*	
	خطا	۲۴	۱۴/۲۹۶			
بعد تعارض و تضاد	همپراش	۱	۳۲/۹۷۶	۸/۲۹۴	۰/۰۰۸	-
	گروه	۱	۱/۲۵۹	۰/۴۹۳	۰/۴۹۰	
	خطا	۲۴	۱/۲۵۹			
نمره کلی تنش شغلی	همپراش	۱	۶۹۹/۸۶۸	۱۰۸/۶۸۵	۰/۰۰۰	۰/۵۶۳
	گروه	۱	۲۲۳/۹۳۴	۳۴/۷۷۵	۰/۰۰۰**	
	خطا	۲۴	۶/۴۳۹			

$P < ۰/۰۵$ * $P < ۰/۰۱$ **

تحلیل کوواریانس یک متغیره استفاده شد. با توجه به نتایج مندرج در جدول ۴، مقدار F تأثیر متغیر مستقل (معنویت درمانی شناختی-رفتاری) بر پریشانی روان‌شناختی (۱۴/۹۸۱) معنادار شده است ($P < ۰/۰۱$). بنابراین، می‌توان نتیجه گرفت که معنویت درمانی شناختی-رفتاری بر پریشانی روان‌شناختی تأثیر دارد. همچنین، میزان اندازه اثر (مجذور اتا) بیانگر آن است که ۶۱ درصد تغییرات نمرات گروه‌ها در متغیر پریشانی روان‌شناختی (تفاوت گروه‌ها در پس‌آزمون) ناشی از اجرای متغیر مستقل (معنویت درمانی شناختی-رفتاری) است.

همان‌طور که در جدول ۴ مشاهده می‌شود، مقدار F تأثیر متغیر مستقل (معنویت درمانی شناختی-رفتاری) بر ابعاد ناکارآمدی تصویری (۲۰۸/۷۷۹) و ابهام و محدودیت (۵/۱۹۷) و نمره کلی تنش شغلی (۳۴/۷۷۵) معنادار شده است ($P < ۰/۰۱$). همچنین، میزان اندازه اثر (مجذور اتا) بیانگر آن است که تغییرات نمرات گروه‌ها در ابعاد ناکارآمدی تصویری و ابهام و محدودیت و نمره کلی تنش شغلی به ترتیب به اندازه ۰/۴۹۳، ۰/۱۷۲ و ۰/۵۶۳ درصد ناشی از اجرای متغیر مستقل (معنویت درمانی شناختی-رفتاری) بوده است.

برای بررسی اثربخشی معنویت درمانی شناختی-رفتاری بر پریشانی روان‌شناختی پرستاران شاغل در بخش مراقبت‌های ویژه، از آزمون

جدول ۴: بررسی معنویت درمانی شناختی-رفتاری بر پریشانی روان‌شناختی

منبع	درجه آزادی	میانگین مجزورات	آماره F	سطح معناداری	اندازه اثر
همپراش (پیش‌آزمون)	۱	۵۹۴/۳۱۸	۱۵۱/۲۸۷	۰/۰۰۰	۰/۶۱۳
گروه	۱	۱۶۸/۱۴۳	۴۲/۸۰۹	۰/۰۰۰**	
خطا	۲۷	۳/۹۲۸	-	-	

$P < ۰/۰۵$ * $P < ۰/۰۱$ **

غیر مستقیم‌تر از طریق تأثیرگذاری بر امید، به سازگاری روانی بیشتر با اقتضات شغلی منجر می‌شود.^(۲۳)

به اشتراک گذاشتن احساس‌های هم‌سو، فرصت مناسبی از رشد ذهنی را برای جستجوی مسیرهای نو و معنی‌دارتر زندگی می‌گشاید. فرصت فکر کردن به سایر جنبه‌های زندگی و کم‌اهمیت شدن بسیاری از چارچوب‌های تنش‌زای شغلی، ماحصل رشد باورهای پرستاران است که تحت آموزش‌های معنوی مبتنی بر اصول شناختی-رفتاری از بار آن‌ها کاسته شده و توجه فرد را بر وجوه مثبت زندگی معطوف می‌کند. بنابراین، با کمک به افراد برای درک و شناخت تجربه‌های شخصی تنش، آن‌گونه که هستند، درمانگر بدون بحث در مورد اینکه آیا افکار درست هستند یا با تجزیه و تحلیل کارکردی پیامدهای عمل، بر اساس افکار، تلاش می‌کند به افراد کمک کند تا تنش را از افکار دور نگه داشته یا آن‌ها را خنثی کند. با این مهارت، افراد پس از این به نحو بهتری

بحث و نتیجه‌گیری

این مطالعه با هدف بررسی اثربخشی معنویت درمانی شناختی-رفتاری بر تنش شغلی و پریشانی روان‌شناختی پرستاران شاغل در بخش مراقبت‌های ویژه انجام شد. یافته‌های پژوهش حاضر نشان داد که شرکت در جلسات معنویت درمانی شناختی-رفتاری تأثیر معناداری بر کاهش تنش شغلی پرستاران شاغل در بخش مراقبت‌های ویژه دارد. این یافته با نتایج به دست آمده در مطالعات سایبیکا و یامادا^(۱۷) و روزماریان، اوئرباخ، بیجدا-پیتون و همکاران^(۱۸) همخوان است. درمانگر در معنویت درمانی شناختی-رفتاری به دنبال یاری رساندن به افراد در شناسایی ارزش‌های معنوی و شخصی است که مسیری مهم در زندگی او به شمار می‌رود و به افراد برای هدایت تلاش‌های خود جهت رسیدن به این هدف کمک می‌کند. معنویت، می‌تواند با تأمین منابع حمایتی برای فرد و نیز به شکلی

3. Ádám S, Nistor A, Nistor K, et al. Facilitating the diagnosis of depression and burnout by identifying demographic and work-related risk and protective factors among nurses. *Orvosi hetilap*. 2015;156(32):1288-97.
4. Elom SO, Egba NA. Marital Stress and Extraversion Personality as Predicators of Job Satisfaction among Married Women Teachers in Enugu, Nigeria. *Journal of Education and Practice*. 2015;6(33):61-
5. Salvendy G. Handbook of human factors and ergonomics: John Wiley & Sons; 2012.
6. Giorgi G, Mancuso S, Fiz Perez F, et al. Bullying among nurses and its relationship with burnout and organizational climate. *International journal of nursing practice*. 2016;22(2):160-8.
7. Yada H, Abe H, Funakoshi Y, et al. Development of the psychiatric nurse job stressor scale (PNJSS). *Psychiatry and Clinical Neurosciences*. 2011;65(6):567-75.
8. Lembrechts L, Dekocker V, Zanoni P, et al. A study of the determinants of work-to-family conflict among hospital nurses in Belgium. *Journal of Nursing Management*. 2015;23(7):898-909.
9. Nwafor CE, Immanuel EU, Obi-Nwosu H. Does nurses' self-concept mediate the relationship between job satisfaction and burnout among Nigerian nurses. *International Journal of Africa Nursing Sciences*. 2015;3:71-5.
10. Baheshmat S, Hashemi-Razini H, Khaledi A. Identifying the effective factors on depression in patients with multiple sclerosis using structural equation modeling approach: The role of stress, self-esteem, and mindfulness. *Chronic Diseases Journal*. 2019;7(2):80-6.
11. Leung DY, Lam T-h, Chan SS. Three versions of Perceived Stress Scale: validation in a sample of Chinese cardiac patients who smoke. *BMC public health*. 2010;10(1):513.
12. Teh HC, Archer JA, Chang W, et al. Mental well-being mediates the relationship between perceived stress and perceived health. *Stress and Health*. 2015;31(1):71-7.
13. Sladek MR, Doane LD, Luecken LJ, et al. Perceived stress, coping, and cortisol reactivity in daily life: A study of adolescents during the first year of college. *Biological psychology*. 2016;117:8-15.
14. Aten JD, Leach MM. Spirituality and the therapeutic process: A comprehensive resource from intake to termination: American Psychological Association; 2009.

می‌توانند اهداف خود را شناسایی و دنبال کنند و مانند شخصی نباشند که رویدادهای روانی مانند تنش شغلی او را کنترل می‌کند و بنابراین بهتر می‌توانند با مشکل خود سازگار شده و تنش کمتری را تجربه کنند^(۱۸). بر این اساس، پرستاران می‌آموزند که از طریق تمرکز بر وقایع واقعی زمان حال، درگیری با اهداف ارزشمند معنوی، تنش ناشی از اشتغال در بخش مراقبت‌های ویژه را آگاهانه پذیرفته و آن را جزئی از شغل خود بدانند.

افزون بر این، نتایج پژوهش حاضر نشان داد معنویت درمانی شناختی-رفتاری تأثیر معناداری بر کاهش پریشانی روان‌شناختی در پرستاران شاغل در بخش مراقبت‌های ویژه دارد. همسو با این یافته، سوبیکار و همکاران^(۱۷) و روزماریان و همکاران^(۱۸) دریافتند معنویت درمانی مبتنی بر اصول شناختی-رفتاری تأثیر معناداری بر پریشانی روان‌شناختی و مشکلات روانی دارد. در تبیین اثربخش بودن معنویت درمانی شناختی-رفتاری بر پریشانی روان‌شناختی می‌توان گفت معنویت درمانی شناختی - رفتاری با افزایش خودآگاهی، ایجاد ارتباط و پیوند با اطرافیان و دریافت حمایت اجتماعی از سوی دیگران، افزایش حس اطمینان، معنی و هدف در زندگی و مقابله و سازگاری مؤثر با مشکلات روانی در کنار دیگر مؤلفه‌های مرتبط با سلامت روانی، موجب بهبود و ارتقاء سلامت روانی افراد در بلندمدت شده و سطح سازگاری افراد با مشکلات شغلی و تنش‌های ناشی از آن را افزایش می‌دهد (۲۴).

در این شیوه درمان به‌جای تأکید بر مواجهه، به افزایش تمایل فرد به تجربه رویدادهای درونی، همان‌طور که هستند، تأکید شده و به فرد کمک می‌کند تا تنش‌های روان‌شناختی را فقط فکر تجربه کند؛ همچنین به‌جای پاسخ به آن، به انجام چیزی بپردازد که در زندگی برایش مهم و در راستای ارزش‌هایش است؛ یعنی وجود فکر تنش به خودی خود مسئله نیست بلکه مسئله اصلی تلاش فرد برای پاسخ به افکار تنش‌آمیز است. درواقع فرایندهای مرکزی درمان پذیرش و تعهد به فرد آموزش می‌دهد چگونه عقیده بازدارنده فکر را رها کند، از افکار مزاحم جدا شود، به‌جای خود مفهوم‌سازی شده، خود مشاهده‌گر را تقویت و رویدادهای درونی را به‌جای کنترل بپذیرد، ارزش‌هایش را تصریح کرده و به آن‌ها بپردازد. در نتیجه این نکات، پریشانی روان‌شناختی در فرد کاهش می‌یابد^(۲۵). به دلیل مشکلات مربوط به دسترسی به پرستاران، امکان ارزیابی نتایج به دست آمده در مرحله پیگیری وجود نداشت و نمی‌توان در مورد پایداری اثرات درمانی قضاوت کرد که یکی از محدودیت‌های پژوهش حاضر بود. در نتیجه، پیشنهاد می‌شود در مطالعات آتی، نتایج در مرحله پیگیری بررسی شوند. با توجه به اثربخش بودن درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر تنش شغلی و همچنین پریشانی روان‌شناختی پرستاران شاغل در بخش مراقبت‌های ویژه پیشنهاد می‌شود از این رویکرد به‌عنوان برنامه آموزشی ضمن خدمت برای پرستاران استفاده شود.

References

1. Duarte J, Pinto-Gouveia J, Cruz B. Relationships between nurses' empathy, self-compassion and dimensions of professional quality of life: A cross-sectional study. *International Journal of Nursing Studies*. 2016;60:1-11.
2. Kousloglou SA, Mouzas O, Bonotis K, et al. Insomnia and burnout in Greek Nurses. *Hippokratia*. 2014;18(2):150.

15. Shafranske E. Addressing issues of spirituality and religion in psychotherapy. *Washington DC: American Psychological Association*. 2006.
16. Koenig HG, Boucher NA, Oliver RJP, et al. Rationale for spiritually oriented cognitive processing therapy for moral injury in active duty military and veterans with posttraumatic stress disorder. *The Journal of Nervous and Mental Disease*. 2017;205(2):147-53.
17. Subica AM, Yamada A-M. Development of a spirituality-infused cognitive behavioral intervention for individuals with serious mental illnesses. *Psychiatric rehabilitation journal*. 2018;41(1):8.
18. Rosmarin DH, Auerbach RP, Bigda-Peyton JS, et al. Integrating spirituality into cognitive behavioral therapy in an acute psychiatric setting: A pilot study. *Journal of Cognitive Psychotherapy*. 2011;25(4):287.
19. Kumar R. Research methodology: A step-by-step guide for beginners: Sage Publications Limited; 2019.
20. Golparvar M, Nayyeri S, Mahdad A. The relationship between organizational values With job stress , emotional exhaustion and Organizational deviant behaviors in Zoob Ahan Steel Company. *Knowledge & Research in Applied Psychology*. 2017;0(42):45-68. [in Persian].
21. Fassaert T, De Wit M, Tuinebreijer W, et al. Psychometric properties of an interviewer-administered version of the Kessler Psychological Distress scale (K10) among Dutch, Moroccan and Turkish respondents. *International Journal of Methods in Psychiatric Research*. 2009;18(3):159-68.
22. Lotfi-Kashani F, Vaziri S, Zeinolabedini S, et al. The effectiveness of group hope therapy in reducing the psychological distress of women with breast cancer. *Quarterly of Applied Psychology*. 2013;7(4):45-58. [in Persian].
23. Tan S-Y, Johnson WB. Spiritually oriented cognitive-behavioral therapy. 2005.
24. Hodge DR. Spiritually modified cognitive therapy: A review of the literature. *Social Work*. 2006;51(2):157-66.
25. Twohig MP. Acceptance and commitment therapy for treatment-resistant posttraumatic stress disorder: A case study. *Cognitive and Behavioral Practice*. 2009;16(3):243-52.