

تأثیر برنامه ایمن‌سازی در برابر استرس بر کیفیت زندگی پرستاران شاغل در بخش روان

سید رضا مظلوم^۱ *فاطمه دربان^۲ مسعود کاشانی لطف‌آبادی^۳

چکیده

زمینه و هدف: ساختار چندبعدی کیفیت زندگی باعث شده است تا عواملی چون استرس بر آن تأثیر بگذارند. پرستاران شاغل در بخش‌های روانپزشکی سطح بالایی از استرس را در زندگی حرفه‌ای خود تجربه می‌کنند؛ بنابراین استفاده از شیوه‌های پیشگیرانه و کارآمد مدیریت استرس، ضروری به نظر می‌رسد. هدف از این مطالعه، تعیین تأثیر برنامه ایمن‌سازی در برابر استرس بر کیفیت زندگی پرستاران شاغل در بخش روان می‌باشد. روش بررسی: این مطالعه یک پژوهش تجربی از نوع پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه کنترل بود. واحدهای پژوهش را ۶۰ نفر از پرستاران و بهیاران شاغل در بیمارستان ابن‌سینا شهر مشهد تشکیل می‌دادند که بر اساس تخصیص تصادفی به ۲ گروه مساوی تقسیم شدند. ابزارگردآوری داده‌ها، پرسشنامه کیفیت زندگی SF-36 بود که در سه مرحله قبل از مداخله، پایان جلسه دوم و یک ماه بعد از مداخله تکمیل شد. مداخله شامل برنامه ایمن‌سازی در برابر استرس، متشکل از کارگاه ۲ روزه ۸ ساعته به فاصله یک هفته بود که برای گروه مداخله اجرا شد. تحلیل داده‌ها با استفاده از آزمون‌های آماری کلموگروف-اسمیرنوف و شپیرویلک، کای اسکور، تی، آنالیز واریانس با مقادیر تکراری و فریدمن و SPSS نسخه ۱۱/۵ صورت گرفت.

یافته‌ها: نتایج نشان داد میانگین نمره کیفیت زندگی کلی گروه ایمن‌سازی در برابر استرس، از $89/2 \pm 11/0$ در مرحله قبل از مداخله به $97/4 \pm 11/1$ در بعد از مداخله و $105/8 \pm 8/6$ در مرحله پیگیری یک ماه بعد تغییر یافته است که به طور معنی‌داری بیشتر از گروه کنترل می‌باشد ($p < 0/005$). در گروه کنترل نیز میانگین نمره کیفیت زندگی کلی در مرحله بعد از مداخله و مرحله پیگیری یک ماه بعد به طور معنی‌داری نسبت به مرحله قبل از مداخله کاهش یافت ($p < 0/001$).

نتیجه‌گیری کلی: از آنجایی که برنامه ایمن‌سازی در برابر استرس، شیوه‌ای موثر برای بهبود کیفیت زندگی پرستاران می‌باشد، لذا پیشنهاد می‌شود به منظور ارتقاء کیفیت زندگی پرستاران و نیز بهبود کیفیت مراقبت‌ها، مورد توجه مدیران قرار گیرد.

کلید واژه‌ها: برنامه ایمن‌سازی در برابر استرس، کیفیت زندگی، پرستاران، بخش روان

تاریخ دریافت: ۹۱/۲/۸

تاریخ پذیرش: ۹۱/۵/۶

^۱ دکترای تخصصی پرستاری و عضو هیئت علمی دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران.

^۲ کارشناسی ارشد روانپرستاری، عضو هیئت علمی دانشکده پرستاری و مامایی ایران‌شهر، دانشگاه علوم پزشکی زاهدان، زاهدان، ایران

*نویسنده مسئول). تلفن: +۹۸۹۱۱۹۷۲۰۳۰۵ Email: fatemehdarban@gmail.com

^۳ کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی، روانشناس بالینی بیمارستان ابن‌سینا، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران.

مقدمه

امروزه کیفیت زندگی به عنوان یک بحث علمی، توجه افراد زیادی را به خود معطوف کرده است^(۱) و یکی از نگرانی‌های عمده متخصصین بهداشتی است^(۲). محققان معتقدند که بررسی کیفیت زندگی و تلاش در راه اعتلای آن نقش بسزایی در سلامت و زندگی فردی و اجتماعی دارد^(۳).

عوامل گوناگونی چون سن، بیماری، شغل و محیط اجتماعی بر کیفیت زندگی تأثیر می‌گذارند^(۴). در این میان یکی از عوامل تاثیرگذار، استرس می‌باشد^(۵). اگرچه استرس در تمام مشاغل وجود دارد ولی در حرفه‌هایی که با سلامتی انسان سر و کار دارند، این موضوع اهمیت بیشتری پیدا می‌کند. اعضای تیم پزشکی خصوصاً پرستاران، کسانی هستند که سطح بالایی از استرس را دریافت می‌کنند^(۶). انجمن ملی ایمنی حرفه‌ای آمریکا (America Occupational Safety National Association) پرستاری را در رأس ۴۰ حرفه پراسترس معرفی کرده است^(۷). بر اساس گزارش انجمن بین‌المللی پرستاری (International Council of Nurses) ، استرس وابسته به شغل در آمریکا، سالانه ۲۰۰ تا ۳۰۰ میلیون دلار هزینه در بر دارد و منشاء ۶۰ تا ۹۰٪ مشکلات بهداشتی است^(۸).

یکی از قسمت‌هایی که پرستاران در آن به فعالیت می‌پردازند، بخش‌های روان‌های روان است. کار پرستار در بخش‌های روان‌پزشکی، خطرناک و پراسترس می‌باشد زیرا پرستاران در این بخش‌ها مرتباً با جریانی از محرک‌های استرس‌آور و خسته‌کننده روبه‌رو هستند^(۹). نتایج تحقیقات مختلف نشان می‌دهد پرستارانی که از بیماران دارای مشکل روانی مراقبت می‌کنند، در مقایسه با پرستارانی که از بیماران صرفاً جسمانی پرستاری می‌کنند، دارای سطح اضطراب و افسردگی بالاتری می‌باشند^(۱۱).

بر اساس نتایج مطالعات مختلف، نیمی از پرستاران شاغل در بخش‌های روان‌پزشکی، استرس و فرسودگی هیجانی

بیش از حدی را متحمل می‌شوند^(۱۲) که کیفیت زندگی آنان را کاهش می‌دهد و باعث کاهش کیفیت مراقبت از بیمار نیز می‌شود^(۱۳).

شواهد نشان می‌دهد که فقدان ساختار سازمان دهی شده در بخش‌های روان، آموزش حرفه‌ای ناکافی و فضای روانی ناخوشایند حاکم بر تعامل اعضای تیم درمانی باعث ایجاد یک محیط نامطلوب برای روان‌پرستاران شده است^(۱۴). استرس و خستگی ناشی از فعالیت در چنین محیطی می‌تواند بر جنبه‌های حیاتی و حساس عملکرد پرستاران مانند توجه به جزئیات، توانایی حل مسئله، سطح انرژی، توانایی تصمیم‌گیری، خلاقیت و ... تأثیر بگذارد و در نهایت ممکن است منجر به ارائه مراقبت اشتباه شود؛ این در حالی است که ایمنی و رفاه بیماران به شدت وابسته به پرستاران است^(۱۵). با توجه به نقش کلیدی پرستاران در امر مراقبت از بیماران دچار اختلالات روانی، توجه به کیفیت زندگی آنان و تلاش برای ارتقاء و بهبود آن ضروری می‌باشد؛ زیرا پرستاران در صورتی می‌توانند مراقبت‌ها را به شکل مطلوبی به مددجویان ارائه کنند که خود از لحاظ جنبه‌های مختلف زندگی در سطح مطلوبی باشند^(۱۶).

بر اساس نتایج تحقیقات مختلف، طیف وسیعی از درمان‌های روانشناختی شامل تن‌آرامی، خانواده‌درمانی، و ماساژ در کاهش استرس و بهبود کیفیت زندگی موثر بوده است^(۱۷، ۱۸، ۱۹). این درمان‌ها سعی در مهار استرس پس از ایجاد دارند اما به تازگی در حوزه‌های پزشکی دریافته‌اند که بهتر است مداخله برای مهار کردن استرس با رویکردی پیشگیرانه صورت گیرد. این نوع مداخله‌ها برای کاهش استرس، مبتنی بر نقش مهم واسطه‌گرهای شناختی در ایجاد و تداوم استرس هستند^(۲۰). یکی از کارآمدترین روش‌های پیشگیرانه کنترل استرس، برنامه ایمن‌سازی در برابر استرس می‌باشد که توسط Michenbum پیشنهاد شده است^(۲۱). ایمن‌سازی در برابر استرس یک برنامه کاربردی شناختی-رفتاری می‌باشد که شامل ۳ مرحله مفهوم‌سازی، اکتساب و تمرین

قبل، عدم مصرف داروهای موثر بر روان، نداشتن مرخصی بیشتر از دو هفته در یک ماه گذشته و معیارهای خروج آن: عدم تمایل برای ادامه حضور در پژوهش، عدم حضور در بیش از ۱۰٪ زمان کارگاه آموزشی، شرکت در کارگاههای مدیریت استرس دیگر، مرخصی یا انتقال به بیمارستان دیگر و مواجهه شدن با بحران جدی (مرگ نزدیکان، طلاق و...) بودند. پس از هماهنگی با سوپروایزر آموزشی، جهت اجرای مداخله، فراخوان برای ثبت نام در کارگاه ایمن‌سازی در برابر استرس در بخش‌های مختلف بیمارستان نصب شد. حجم نمونه این مطالعه با استفاده از فرمول نسبت‌ها $(n = \frac{(z_{1-\alpha/2} + z_{1-\beta})^2 (s_1^2 + s_2^2)}{(\bar{x}_1 - \bar{x}_2)^2})$ و با ضریب اطمینان ۹۵٪، دقت ۰۵٪ و توان آزمون ۸۰٪، ۲۵ نفر در هر گروه بدست آمد که با توجه به احتمال ریزش واحدهای پژوهش ۳۲ نفر در هر گروه (۶۴ نفر در کل) در نظر گرفته شد. از میان ۷۲ پرستار و ۳۲ بهیار بیمارستان، ۶۴ نفر به صورت داوطلبانه برای شرکت در تحقیق ثبت‌نام کردند که دارای معیارهای ورود تحقیق نیز بودند. همچنین واحدهای پژوهش فرم رضایت کتبی را نیز تکمیل نمودند. افراد شرکت‌کننده به صورت تصادفی و بر اساس شماره ثبت‌نام (شماره فرد، گروه مداخله و شماره زوج، گروه کنترل) به دو گروه مداخله (۳۲ نفر) و کنترل (۳۲ نفر) تقسیم شدند. در نهایت با ریزش ۴ نفر از واحدهای پژوهش (۲ نفر به علت عدم شرکت در کارگاه و ۱ نفر به علت رفتن به مرخصی استعلاجی و ۱ نفر به علت تمام شدن دوره طرح نیروی انسانی)، ۶۰ نفر (۳۰ نفر در هر گروه آزمون و ۳۰ نفر در گروه شاهد) در مطالعه شرکت کردند.

ابزار مورد استفاده در این پژوهش شامل، فرم مشخصات فردی و پرسشنامه کیفیت زندگی (short form 36) (SF-36) و مقیاس استرس ادراک شده (kohen Perceived stress Scale) بود. پرسشنامه مشخصات دموگرافیک حاوی ۱۶ سوال در مورد مشخصات فردی و شغلی بود که با توجه به اهداف تحقیق و مطالعه جدیدترین منابع و مقالات مرتبط تهیه شده بود. پرسشنامه

مهارتها می‌باشد. در فاز اول، تمرکز اصلی بر برقراری ارتباط مبتنی بر همکاری با فرد و کمک به آنها جهت درک بهتر ماهیت استرس و اثرات آن روی هیجان و عملکرد می‌باشد. در فاز دوم، مهارتهای مقابله‌ای فرد تقویت شده و مهارتهای جدید نیز به وی آموزش داده می‌شود. در فاز سوم، فرد مهارتهای خود را برای افزایش توانایی در مقابله با هر گونه استرس و همچنین استرس‌های قوی تر بکار می‌گیرد^(۲۲). این مداخله نه تنها موجب مواجهه سودمند فرد با مشکلات و عوامل استرس‌زا می‌شود، بلکه افراد به جهت رفتار موفقیت‌آمیز در برخورد با این عوامل، ارزیابی شناختی مثبت‌تری از خود داشته و به تبع آن هیجان‌ها و عواطف مثبت‌تری را نیز تجربه خواهند نمود و اعتماد به نفس آنها افزایش خواهد یافت^(۲۱). مهمترین ویژگی این برنامه که آن را از شیوه‌های دیگر کنترل استرس متمایز می‌سازد، انعطاف‌پذیری آن می‌باشد که قابل اجرا در گروه‌های مختلف و با طول مدت متفاوت است^(۲۲).

تا کنون مطالعات زیادی اثربخشی این شیوه را در کاهش درد، اضطراب و افسردگی و بهبود عملکرد حرفه‌ای نشان داده‌اند^(۲۳، ۲۴، ۲۵)؛ اما علیرغم جستجوی گسترده‌ای که انجام شد، مطالعاتی که تأثیر برنامه ایمن‌سازی را بر کیفیت زندگی مورد ارزیابی قرار دهد، یافت نشد، لذا پژوهشگران در نظر دارند بررسی نمایند که آیا برنامه ایمن‌سازی در برابر استرس بر کیفیت زندگی پرستاران بخش روان موثر است؟

روش بررسی

این تحقیق به صورت تجربی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه کنترل در سال ۱۳۹۰ بر روی پرستاران و بهیاران شاغل در بیمارستان روانپزشکی ابن‌سینا شهر مشهد انجام شد. معیارهای ورود این مطالعه تمایل برای شرکت در پژوهش، دارا بودن مدرک تحصیلی پرستاری در مقطع کاردانی، کارشناسی، کارشناسی ارشد و دیپلم بهیاری، اشتغال در بیمارستان ابن‌سینا، حداقل از ۶ ماه

کمیته اخلاق، در اردیبهشت ماه ۱۳۹۰، مداخله طبق مراحل ایمن سازی در برابر استرس طی دو جلسه (۴ ساعته) به فاصله یک هفته از هم، توسط پژوهشگران و با همکاری روانشناس بالینی به صورت سخنرانی، پرسش و پاسخ، بحث گروهی و تصویرسازی ذهنی در سالن آمفی تئاتر بیمارستان ابن سینا برای گروه مداخله و به منظور رعایت ملاحظات اخلاقی دو ماه بعد از پایان تحقیق برای گروه کنترل اجرا شد. جلسه اول شامل توضیح درباره ماهیت استرس، پیامدها و علل آن، شناسایی مهارتهای مقابله‌ای رایج آنان، آموزش آرامسازی و شناسایی افکار منفی بود. در پایان جلسه اول تکالیف عملی به شرکت‌کنندگان داده شد که در طول هفته انجام دهند. از شرکت‌کنندگان خواسته شد تفاوت بین استرس و اضطراب را بیان نمایند و بهترین تصویری را که بیانگر استرس می‌باشد، بیابند و عوامل استرس‌زایی را که در طول هفته با آن مواجه می‌شوند، ثبت کنند و تکنیک آرامسازی را نیز روزانه تمرین کنند. در جلسه دوم، تکنیک‌های بازسازی شناختی و مدیریت زمان به شرکت‌کنندگان آموزش داده شد. سپس شرکت‌کنندگان با استفاده از تصویرسازی ذهنی با عامل استرس‌زا مواجه شدند و از آنان خواست شد بهترین مهارت مقابله‌ای را در برابر آنها استفاده کنند. لازم به ذکر است افراد شرکت‌کننده در کارگاه جهت انجام تمرینات به گروه‌های شش نفره تقسیم شدند. واحدهای پژوهش به مدت یک-ماه بعد از انجام مداخله پیگیری شدند. در طی این مدت نیز پژوهشگر هر دو هفته یک‌بار به صورت تلفنی با شرکت‌کنندگان گروه مداخله تماس و پیگیری و تقویت لازم را در رابطه با پیروی از برنامه آموزشی انجام می‌داد. برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از نرم‌افزار SPSS نسخه ۱۱/۵ استفاده شد. برخورداری متغیرهای کمی از توزیع طبیعی با استفاده از آزمون کلموگروف-اسمیرنوف و شپروویلیک بررسی شد. برای توصیف اطلاعات دموگرافیک و مشخصات فردی از میانگین، انحراف معیار، جدول توزیع فراوانی (نسبی، مطلق) استفاده شد. برای

کیفیت زندگی SF-36 شامل ۳۶ سوال می‌باشد و کیفیت زندگی را در ۸ بعد، عملکرد جسمی (۱۰ سوال)، محدودیت ایفای نقش به دلیل مشکلات جسمی (۴ سوال)، محدودیت ایفای نقش به دلیل مشکلات روحی (۳ سوال)، درد بدنی (۲ سوال)، عملکرد اجتماعی (۲ سوال)، سلامت عاطفی (۵ سوال)، انرژی و خستگی (۴ سوال) و سلامت عمومی (۶ سوال) بررسی می‌کند که بر اساس مقیاس لیکرت (سه گزینه‌ای برای بعد عملکرد جسمی و پنج گزینه‌ای برای سایر ابعاد) نمره‌گذاری شد. پایین‌ترین نمره این پرسشنامه ۰ و بالاترین نمره آن ۱۲۴ بود. هر چقدر نمره کسب شده از این پرسشنامه بالاتر باشد، نشان‌دهنده کیفیت زندگی بهتر است. مقیاس استرس ادراک شده شامل ۱۴ عبارت می‌باشد که میزان افکار و احساسات افراد را در طول ماه گذشته بررسی می‌نماید^(۲۶) و نمره‌گذاری هر سوال به صورت عبارت-های ابداء (۰)، به ندرت (۱)، تا حدودی (۲)، زیاد (۳) و خیلی زیاد (۴) می‌باشد. در این مقیاس حداقل نمره استرس درک شده ۰ و حداکثر آن ۵۶ می‌باشد. هر چقدر نمره کسب شده از این پرسشنامه بالاتر باشد، نشان‌دهنده استرس بیشتر است. روایی این پرسشنامه‌ها توسط ۱۰ تن از اساتید دانشکده پرستاری و مامایی مشهد تایید شد. پایایی نسخه فارسی پرسشنامه کیفیت زندگی توسط پژوهشکده علوم بهداشتی جهاد دانشگاهی کاشان با روش همسانی درونی محاسبه شده است که ضریب آلفای کرونباخ بین ۰/۷۷ تا ۰/۹۰ برای ابعاد مختلف کیفیت زندگی بدست آمده است^(۲۷). در این پژوهش نیز پایایی پرسشنامه به شیوه همسانی درونی سنجیده شد که ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۱ بدست آمد. پایایی مقیاس استرس ادراک شده کوهن نیز به شیوه همسانی درونی محاسبه شد که ضریب آلفای کرونباخ آن ۰/۸۱ بدست آمد. همچنین جمع‌آوری اطلاعات در سه مرحله قبل از مداخله، بلافاصله بعد از مداخله و یک ماه بعد از مداخله به طور همزمان در هر دو گروه انجام شد. بعد از تصویب شورای پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی مشهد و تایید

اطمینان ۹۵ درصد و سطح معنی داری $\alpha \leq 0/05$ مد نظر بود.

یافته‌ها

از لحاظ جنسیت، ۵۰٪ واحدهای پژوهش در گروه مداخله و ۷۳/۳٪ در گروه کنترل مرد و میانگین سنی آنها 36 ± 7 سال بود. از نظر مدرک تحصیلی، ۹۶/۷٪ واحدهای پژوهش در هر گروه دارای مدرک تحصیلی کارشناسی بودند و از لحاظ شیفت کاری، ۳۳/۳٪ در شیفت صبح فعالیت می‌کردند. میانگین سابقه کار بالینی شرکت‌کنندگان، ۱۱/۸ سال و میانگین سابقه کار آنان در بخش‌های روان، ۹/۹ سال بود. از نظر همه متغیرهای زمینه‌ای بین دو گروه اختلاف معنی‌داری وجود نداشت (جدول شماره ۱).

بررسی همگنی دو گروه از نظر متغیرهای کیفی از آزمون کای اسکویر استفاده شد. مقایسه قبل و بعد گروه کنترل و آزمون (درون گروهی) از نظر کیفیت زندگی کل، بعد سلامت عاطفی و استرس با استفاده از آزمون آنالیز واریانس با مقادیر تکراری (و برای سایر ابعاد کیفیت زندگی به علت عدم برخورداری از توزیع طبیعی، فریدمن) انجام شد و برای مقایسه کیفیت زندگی کل، بعد سلامت عاطفی و استرس بین دو گروه (بین گروهی) از آزمون تی مستقل (و برای سایر ابعاد کیفیت زندگی به علت عدم برخورداری از توزیع طبیعی، من ویتنی) استفاده شد. برای تعیین تاثیر مشخصات فردی و شغلی بر میزان تغییرات کیفیت زندگی از آزمون آنالیز واریانس دو طرفه استفاده شد. در آزمون‌های انجام شده، درجه

جدول ۱: مقایسه متغیرهای زمینه‌ای در گروه مداخله و کنترل

نتیجه آزمون	گروهها		متغیرهای زمینه‌ای
	کنترل تعداد (درصد)	مداخله تعداد (درصد)	
۰/۰۶۳	۲۲ (۷۳/۳)	۱۵ (۵۰)	جنس مرد
	۸ (۲۶/۷)	۱۵ (۵۰)	زن
۰/۵۶۷	۳۵/۴ ± ۶/۴۵	۳۶/۵ ± ۷/۶۵	سن (انحراف معیار ± میانگین)
۰/۸۱۶	۵/۲ ± ۴/۶۵	۶/۶ ± ۷/۱۲	سابقه کار در بخش روان (انحراف معیار ± میانگین)
	۱۰ (۳۳/۴)	۱۰ (۳۴/۵)	صبح
۰/۵۷۴	۱ (۳/۳)	۲ (۶/۹)	صبح و عصر
	۴ (۱۳/۳)	۵ (۱۷/۲)	شب
	۳ (۱۰)	۶ (۲۰/۷)	عصر و شب
	۱۲ (۴۰)	۷ (۲۰/۷)	در گردش

نمره در مرحله پیگیری یک ماه بعد، افزایش یافت. نتایج آزمون تی مستقل (مقایسه بین گروهی) نشان داد، کاهش نمره استرس ادراک شده گروه ایمن‌سازی در مرحله بعد از مداخله و نیز مرحله پیگیری یک ماه بعد، نسبت به گروه کنترل معنی‌دار بوده است ($P < 0/05$) (جدول ۲). میانگین نمره کیفیت زندگی کلی در گروه ایمن‌سازی از $89/2 \pm 11$ نمره در مرحله قبل از مداخله به میزان $8/2$

از نظر میانگین نمره استرس ادراک شده در مرحله قبل از مداخله، بین دو گروه تفاوت آماری معنی‌داری وجود نداشت و دو گروه از این نظر همگن بودند. این میانگین در گروه ایمن‌سازی به میزان $4/3$ نمره ($1/8/2$) در مرحله بعد از مداخله و 8 نمره ($1/4/8$) در مرحله پیگیری یک ماه بعد کاهش یافت. در گروه کنترل نیز میانگین نمره استرس به میزان $0/5$ نمره در مرحله بعد از مداخله و $1/6$

نمره در مرحله بعد از مداخله و ۱۶/۶ نمره در مرحله پیگیری یک ماه بعد افزایش یافت که این تغییرات معنی-

دار بود ($P=۰/۰۰۰$).

جدول ۲: مقایسه میانگین نمره استرس پرستاران شاغل در بخش روان در دو گروه در مراحل قبل از مداخله، بعد از مداخله و پیگیری یک ماه بعد (تعداد = ۳۰ نفر در هر گروه)

نتیجه از مومن	گروه		مرحله
	مداخله	کنترل	
	انحراف معیار \pm میانگین	انحراف معیار \pm میانگین	
$p=۰/۶۷۵$ $t=۰/۴$	۳۲/۲ \pm ۴/۷	۳۲/۷ \pm ۴/۵	قبل از مداخله
$p=۰/۰۰۱$ $t=۳/۶$	۲۷/۹ \pm ۷/۹	۳۳/۲ \pm ۳/۹	بعد از مداخله
$p=۰/۰۰۰$ $t=۷/۹$	۲۴/۲ \pm ۴/۹	۳۴/۳ \pm ۳/۹	یک ماه بعد
	$p=۰/۰۰۰$	$p=۰/۰۰۰$	نتیجه آزمون

Repeated Measures

در گروه کنترل فقط میانگین بعد اختلال در ایفای نقش به دلیل مشکلات جسمانی به میزان ۰/۱ نمره در مرحله بعد از مداخله نسبت به قبل از مداخله به طور معنی داری کاهش یافت ($P < ۰/۰۵$). در مرحله پیگیری یک ماه بعد گروه کنترل نیز میانگین نمره ابعاد اختلال در ایفای نقش به دلیل مشکلات جسمانی، اختلال در ایفای نقش به دلیل مشکلات روانی، سلامت عاطفی و سلامت عمومی کاهش یافته بود که این تغییرات معنی دار بود ($P < ۰/۰۵$). همچنین یافته‌های این مطالعه نشان داد که میانگین نمرات ابعاد مختلف کیفیت زندگی در مرحله قبل از مداخله بین دو گروه ایمن سازی و کنترل، اختلاف معنی داری نداشت اما در مرحله بعد از مداخله این تغییرات در ابعاد اختلال در ایفای نقش به دلیل مشکلات جسمی، اختلال در ایفای نقش به دلیل مشکلات روانی، سلامت عاطفی و سلامت عمومی، معنی داری بود ($P < ۰/۰۵$); در مرحله پیگیری یک ماه بعد نیز این اختلاف در تمام ابعاد کیفیت زندگی به جز عملکرد جسمانی و درد جسمی، معنی دار بود ($P < ۰/۰۵$).

نتایج آزمون آماری آنالیز واریانس دوطرفه نشان داد میزان تغییر نمره کیفیت زندگی کلی در مرحله پیش آزمون و مرحله پیگیری یک ماه بعد در دو گروه بر حسب متغیرهای زمینه‌ای مورد مطالعه تفاوت آماری معنی داری ندارد.

در گروه کنترل نیز میانگین نمره کیفیت زندگی کلی از ۹۰/۷ \pm ۹/۸ نمره در مرحله قبل از مداخله به میزان ۰/۸ نمره در مرحله بعد از مداخله و ۴/۳ نمره در مرحله پیگیری یک ماه بعد کاهش یافت که این تغییرات نیز معنی دار بود ($P=۰/۰۰۰$). میانگین نمرات کیفیت زندگی کلی در مرحله قبل از مداخله در دو گروه کنترل و ایمن سازی اختلاف معنی داری نداشت ($P= ۰/۴۵۰$); در صورتیکه این اختلاف در مرحله بعد از مداخله و نیز پیگیری یک ماه بعد معنی دار بود ($P < ۰/۰۵$).

جدول شماره ۳ میانگین نمره کیفیت زندگی را در ابعاد مختلف کیفیت زندگی نشان می‌دهد؛ چنان که مشخص است در گروه ایمن سازی، میانگین نمرات ابعاد اختلال در ایفای نقش به دلیل مشکلات روانی، درد جسمانی، عملکرد اجتماعی، سلامت عاطفی و سلامت عمومی به ترتیب به میزان ۱/۴، ۰/۶، ۰/۶، ۱/۱ و ۲/۹ نمره در مرحله بعد از مداخله نسبت به مرحله قبل از مداخله افزایش یافت که این تغییرات از لحاظ آماری معنی دار بود ($P < ۰/۰۵$). این تغییرات در دیگر ابعاد کیفیت زندگی معنی دار نشد. در گروه مداخله نیز در مرحله پیگیری یک ماه بعد، تغییرات ایجاد شده در تمام ابعاد کیفیت زندگی به جز بعد عملکرد جسمانی معنی دار بود ($P < ۰/۰۵$).

جدول ۳: میانگین نمره‌های ابعاد کیفیت زندگی در مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری در گروه مداخله و کنترل

متغیرها	گروهها (n=۳۰)	زمان		
		پیش‌آزمون	پس‌آزمون	پیگیری
از نظر نتایج آزمون	انحراف معیار ± میانگین	انحراف معیار ± میانگین	انحراف معیار ± میانگین	انحراف معیار ± میانگین
عملکرد جسمانی	مداخله	۱۷/۲±۳/۳	۱۷/۷±۲/۸	۱۷/۸±۲/۵۰
	کنترل	۱۸/۱±۳/۰	۱۸/۰±۳/۱	۱۸/۱±۳/۰
اختلال در ایفای نقش به دلیل مشکلات جسمی	مداخله	۱۲/۹±۲/۸	۱۳/۴±۲/۹	۱۴/۵±۱/۶
	کنترل	۱۲/۷±۱/۵	۱۲/۵±۱/۵	۱۱/۹±۱/۸
اختلال در ایفای نقش به دلیل مشکلات روانی	مداخله	۸/۸±۲/۱	۱۰/۲±۱/۵	۱۱/۰±۱/۱
	کنترل	۹/۱±۱/۶۹	۹/۱±۱/۶۸	۸/۶±۱/۶۳
درد جسمانی	مداخله	۶/۵±۱/۵	۶/۹±۱/۳	۷/۱±۱/۱
	کنترل	۷/۱±۱/۲	۷/۱±۱/۲	۷/۱±۱/۲
عملکرد اجتماعی	مداخله	۶/۲±۱/۲	۶/۸±۰/۹	۷/۰±۰/۸
	کنترل	۶/۳±۱/۲	۶/۲±۱/۱	۶/۱±۱/۱
سلامت عاطفی	مداخله	۱۴/۵±۲/۲	۱۵/۶±۲/۴	۱۶/۵±۲/۰
	کنترل	۱۴/۱±۱/۵	۱۴/۰±۱/۶	۱۳/۴±۱/۳
انرژی و خستگی	مداخله	۸/۲±۲/۷	۹/۰±۳/۱	۱۱/۶±۲/۲
	کنترل	۸/۹±۱/۹	۸/۷±۱/۸	۸/۵±۱/۷
سلامت عمومی	مداخله	۱۴/۹±۳/۴	۱۷/۸±۳/۹	۲۰/۳±۲/۳
	کنترل	۱۴/۳±۲/۵	۱۴/۳±۲/۵	۱۳/۶±۲/۴
کیفیت زندگی کل	مداخله	۸۹/۲±۱۱/۰	۹۷/۴±۱۱/۱	۱۰۵/۸±۸/۶
	کنترل	۹۰/۷±۹/۸	۸۹/۹±۹/۶	۸۷/۳±۹/۶

$p < 0/05$ در مرحله پیش‌آزمون، a ، $p < 0/05$ در مرحله پس‌آزمون، b ، $p < 0/05$ در مرحله پیگیری یک ماه بعد، c

کرونر بررسی کردند. نتایج این مطالعه نشان داد پس از یکسال انجام مداخله تمامی ابعاد کیفیت زندگی به جز بعد اختلال در ایفای نقش به دلیل مشکل روانی بیماران با استفاده از پرسشنامه کیفیت زندگی SF-36 افزایش داشته است ($P < 0/01$)^(۲۸)؛ اما درصد تغییرات هر یک از ابعاد کیفیت زندگی در مطالعه Michalsen بیشتر از مطالعه ما است که علت آن می‌تواند زمان طولانی مطالعه میشلسن (۱ سال) باشد؛ همچنین مطالعه Michalsen بر روی بیمارانی انجام شده بود که علاوه بر دریافت مداخله تحت درمان دارویی و مراقبتی نیز بودند.

Lopez و همکارانش در یک مطالعه کارآزمایی بالینی تاثیر مدیریت شناختی رفتاری استرس را بر کیفیت زندگی بیماران مبتلا به سندروم خستگی مزمن بررسی کردند. نتایج مطالعه Lopez نشان داد که ۶ هفته بعد از اجرای مدیریت شناختی رفتاری استرس نمره کیفیت

بحث و نتیجه‌گیری

یافته‌های این تحقیق نشان داد که میانگین نمره کیفیت زندگی گروه مداخله به طور معنی‌داری در مرحله بعد از مداخله افزایش و میانگین نمره استرس ادراک شده کاهش یافت. این امر نشان‌دهنده تاثیر برنامه ایمن‌سازی در برابر استرس بر کیفیت زندگی پرستاران شاغل در بخش روان می‌باشد. با توجه به این که مطالعه‌ای یافت نشد که تاثیر شیوه‌های مدیریت استرس و برنامه ایمن‌سازی در برابر استرس را بر کیفیت زندگی پرستاران بسنجد، یافته‌های این مطالعه با پژوهش‌هایی مقایسه شد که بر روی بیماران و سایر افراد جامعه انجام شده است.

Michalsen و همکاران تاثیر برنامه مدیریت استرس و برنامه سبک زندگی را بر کیفیت زندگی بیماران عروق

زندگی واحدهای پژوهش در گروه مداخله به میزان ۲/۷۵ نمره (۶/۹٪) افزایش و در گروه کنترل به میزان ۲/۳۲ نمره (۱/۴٪) کاهش یافته بود.^(۲۹) نتایج این تحقیق از نظر تاثیر مداخلات شناختی رفتاری بر کیفیت زندگی با مطالعه حاضر همخوانی دارد. در این مطالعه میانگین نمره کیفیت زندگی در گروه مداخله ۶/۹٪ افزایش داشته است در حالی که در تحقیق حاضر این افزایش ۱۳/۳٪ بوده است. علت این تفاوت احتمالاً به دلیل تفاوت در نوع مداخله و جمعیت مورد مطالعه می‌باشد؛ در تحقیق ما واحدهای پژوهش در طی دوره پیگیری پژوهشگر هر دو هفته یک بار به صورت تلفنی با شرکت‌کنندگان گروه مداخله تماس و پیگیری و تقویت لازم را در رابطه با پیروی از برنامه آموزشی انجام می‌داد، اما در تحقیق Lopez پس از دوازده جلسه مداخله که شامل آموزش آرامسازی و بازسازی شناختی بود، طی دوره پیگیری هیچ تماسی با واحدهای پژوهش در رابطه با اجرای مداخلات برقرار نمی‌شد. از سوی دیگر تحقیق ما روی پرستاران انجام شده است که میانگین سنی آنها ۳۶ سال بود و اکثراً مرد بودند اما تحقیق Lopez روی بیماران دچار سندروم خستگی مزمن انجام شده بود که میانگین سنی آنها ۴۵/۹ سال بود و ۸۸/۴٪ آنها زن بودند. احتمالاً بیماری و اختلال عملکرد ناشی از آن و افزایش سن باعث شده است که تغییرات نمره کیفیت زندگی در تحقیق Lopez نسبت به مطالعه ما کمتر باشد.

keir نیز طی یک مطالعه نشان داد که پس از چهار هفته ماساژ درمانی کیفیت زندگی افزایش می‌یابد. این افزایش از هفته دوم ماساژ شروع شده و تا یک هفته پس از ماساژ ادامه داشته است.^(۳۰) نتایج این مطالعه از نظر تاثیر کنترل استرس از طریق ماساژ بر ابعاد مختلف کیفیت زندگی با مطالعه حاضر همخوانی دارد. اما در مطالعه keir پس از انجام مداخله بعد جسمی کیفیت زندگی نیز افزایش یافته است که با مطالعه ما همخوانی ندارد. علت عدم تاثیر برنامه ایمن‌سازی در برابر استرس بر بعد عملکرد جسمانی احتمالاً به این دلیل است واحدهای پژوهش

مطالعه ما بر خلاف مطالعه keir مبتلا به بیماری جسمی نبوده و همین امر باعث شده است تا تغییرات ایجاد شده در این بعد معنی‌دار نباشد. همچنین در تحقیق keir با گذشت زمان تاثیر مداخله بر ابعاد کیفیت زندگی کاهش یافت که با مطالعه ما همخوانی ندارد. در پژوهش ما با گذشت زمان، در مرحله بعد از مداخله و مرحله پیگیری یک‌ماه بعد، تاثیر برنامه ایمن‌سازی بر ابعاد مختلف کیفیت زندگی افزایش یافته است؛ علت این امر می‌تواند استفاده مکرر و بهینه پرستاران از برنامه ایمن‌سازی و همچنین تغییر کیفیت زندگی با گذشت زمان باشد. در واقع در طول دوره پیگیری پرستاران فرصت داشتند تا مهارت‌های آموخته شده را در محیط زندگی واقعی خود به کار بگیرند و با پیگیری و کاربرد مستمر تمرینات، این برنامه را در عملکرد روزانه خود تثبیت نمایند و از این طریق کیفیت زندگی خود را بهبود بخشند. از سوی دیگر واحدهای پژوهش تحقیق keir بیماران مبتلا به تومور مغزی بودند که بیماری آنان به تازگی تشخیص داده شده بود؛ سیر پیشرونده این بیماری، علائم و عوارض ناشی از آن و عوامل استرس‌زایی که این بیماران با آن مواجه هستند، به طور منفی کیفیت زندگی را تحت تاثیر قرار می‌دهد و ممکن است تاثیر مداخله را کاهش دهد. علت دیگر این تفاوت‌ها احتمالاً تفاوت در نوع مداخله و ابزار مورد استفاده می‌باشد.

Colle و همکاران نیز به بررسی تاثیر برنامه کاهش استرس مبتنی بر تمرکز حواس بر کیفیت زندگی افراد پرداختند. نتایج این مطالعه نشان داد که بلافاصله بعد از مداخله نمره کیفیت زندگی واحدهای پژوهش نسبت به مرحله قبل از مداخله به طور معنی‌داری افزایش یافته است که با نتایج مطالعه ما همخوانی دارد.^(۳۱)

Penedo و همکارانش نیز در یک مطالعه کارآزمایی بالینی تصادفی به بررسی تاثیر مدیریت شناختی-رفتاری استرس بر کیفیت زندگی مردان مبتلا به سرطان پروستات پرداختند. یافته‌های این مطالعه نشان داد که دو هفته بعد از مداخله میانگین کیفیت زندگی گروه مداخله با استفاده

در گروه کنترل نیز میانگین کیفیت زندگی در مرحله بعد از مداخله و مرحله پیگیری یک ماه بعد به طور معنی‌داری کاهش یافته بود که علت آن احتمالاً شرایط خاص حاکم بر بخش روان می‌باشد. عواملی چون وجود سر و صدای زیاد، غیرقابل پیش بودن حوادث، شرایط نامناسب محیط فیزیکی بخش و حجم کاری بالا تأثیر منفی بر کیفیت زندگی پرستاران دارد؛ از سویی احتمال دارد در طول انجام تحقیق، حوادث استرس‌آوری برای واحدهای پژوهش اتفاق افتاده باشد که کیفیت زندگی آنان را تحت تأثیر قرار داده است. البته باید توجه داشت که اگر چه تغییرات کیفیت زندگی در گروه کنترل معنی‌دار بوده است اما این تغییرات در حد ۱ نمره در مرحله مداخله و ۲ نمره در مرحله پیگیری یک ماه بعد بوده است که از لحاظ بالینی معنی‌دار نیست. علت معنی‌دار شدن این تغییرات جزئی، می‌تواند کوچک بودن ضریب تغییرات نمرات کیفیت زندگی باشد که در مقدار کم انحراف معیار محاسبه شده مشخص است. از آنجا که تمام واحدهای پژوهش به منظور همگن بودن از لحاظ متغیرهای زمینه‌ای و مداخله‌گر، از یک بیمارستان انتخاب شده بودند و برخی متغیرهایی که موجب تفاوت افراد می‌شد از جمله شرکت در دیگر کارگاههای مدیریت استرس، مرخصی یا انتقال به بیمارستان دیگر و... حذف شده بودند، کمی ضریب تغییرات قابل انتظار است.

این مطالعه دارای محدودیتهایی بود که مهم‌ترین آنها عبارت‌اند از: ۱- به علت اینکه تمام واحدهای پژوهش از یک بیمارستان انتخاب شدند و حجم نمونه کم بود، نتایج این مطالعه فقط قابل تعمیم به همین محیط می‌باشد. ۲- تفاوت‌های فردی پرستاران در ادراک از تجربیات و ابعاد کیفیت زندگی که تلاش شد با تخصیص تصادفی گروه مداخله و کنترل تا حدودی گروهها از این نظر همگن شوند. ۳- عدم کنترل کامل تبادل اطلاعات بین گروه‌های مداخله و کنترل که جهت کاهش انتشار اطلاعات از گروه آزمون نیز خواسته شد تا پایان پژوهش از اشاعه اطلاعات خودداری کنند؛ به گروه شاهد نیز جهت برگزاری کارگاه

از مقیاس عمومی ارزیابی عملکرد درمانی سرطان (Functional Assessment of Cancer Therapy-General Module)، نمره ۳ (۳/۶) افزایش یافت؛ میانگین کیفیت زندگی در گروه کنترل نیز با ۰/۸٪ کاهش همراه بود^(۳۲). در مطالعه ما نیز در گروه مداخله نمره کیفیت زندگی در مرحله بعد از مداخله ۶/۵٪ و در مرحله پیگیری یک ماه بعد ۱۳/۳٪ افزایش یافت. بنابراین نتایج این مطالعه از نظر تأثیر اجرای مداخلات شناختی رفتاری بر کیفیت زندگی با مطالعه ما همخوانی دارد اما میانگین افزایش کیفیت زندگی در مطالعه ما از تحقیق Penedo بیشتر است که علت آن می‌تواند تفاوت در نوع مداخله باشد؛ مزیت برنامه ایمن‌سازی در برابر استرس نسبت به سایر روش‌های شناختی- رفتاری استرس، انعطاف‌پذیری و رویکرد پیشگیرانه آن می‌باشد؛ این برنامه به فرد می‌آموزد که چگونه با کنترل احساسات، رفتار و عملکرد خود از قرار گرفتن در شرایط استرس‌آور پیشگیری کند و چگونه به طور موفقیت‌آمیزی از مهارت‌های مقابله‌ای خود استفاده نماید.

از سوی دیگر واحدهای پژوهش تحقیق Penedo، بیماران مبتلا به سرطان پروستات بودند که میانگین سنی آنها ۶۳/۱ سال بود. علاوه بر عوارض ناشی از بیماری، سالمندی و تغییرات عملکردی ناشی از آن بر کیفیت زندگی این افراد اثرات نامطلوبی می‌گذارد.

در تحقیق حاضر در مرحله پیگیری یک ماه بعد نیز کیفیت زندگی گروه مداخله نسبت به مرحله قبل از مداخله و نیز مرحله بعد از مداخله به طور معنی‌داری بهبود یافته است؛ در مطالعه رضایی و همکارانش نیز که تأثیر مدیریت شناختی رفتاری استرس را بر کیفیت زندگی بیماران مبتلا به آسم بررسی می‌کرد، نمره کیفیت زندگی گروه مداخله در مرحله پیگیری نیز افزایش یافت که با مطالعه حاضر همخوانی دارد^(۳۳). علت این امر می‌تواند استفاده مکرر و بهینه پرستاران از برنامه ایمن‌سازی در طول دوره پیگیری در عملکرد روزانه خود و همچنین تغییر کیفیت زندگی با گذشت زمان باشد.

پیشنهاد می‌شود تأثیر برنامه ایمن‌سازی در برابر استرس بر کیفیت زندگی پرستاران در فاصله زمانی دو ماه و بیشتر و نیز در بخش‌ها و نوبت‌های کاری مختلف بررسی شود. همچنین از آنجایی که مطالعه‌ای یافت نشد که تأثیر این برنامه را بر رضایت شغلی و عملکرد حرفه‌ای پرستاران بسنجد، لذا پیشنهاد می‌شود در آینده مطالعاتی در این زمینه انجام شود.

تقدیر و تشکر

این تحقیق از متن پایان‌نامه کارشناسی ارشد با کد ۸۹۵۶۴ که در تاریخ ۱۳۸۹/۱۰/۱۳ تصویب شد، استخراج شده است. بدین وسیله از دانشگاه علوم پزشکی مشهد به دلیل تأمین اعتبار این تحقیق و از دانشکده پرستاری و مامایی و کارکنان بیمارستان ابن‌سینا به خاطر همکاری صمیمانه، تشکر و قدردانی می‌شود.

برنامه ایمن‌سازی در برابر استرس پس از پایان مداخله، اطمینان داده شد و به این طریق تبادل اطلاعات تا حد امکان کنترل شد.

با توجه به اینکه پرستاران بزرگترین گروه ارایه دهنده خدمات در نظام سلامت هستند بایستی از کیفیت زندگی مطلوبی برخوردار باشند تا بتوانند مراقبت‌ها را به شکل مطلوب به مددجویان ارایه دهند. این در صورتی میسر است که پرستاران از لحاظ روحی و روانی در سطح مطلوبی باشند. بنابراین باید به سلامت و کیفیت زندگی پرستاران و حفظ نیروی پرستاری، در درجه اول به عنوان یک انسان و در مراحل بعدی به عنوان فردی که حافظ سلامت و تندرستی اعضای دیگر جامعه است، اهمیت داده شود. لذا با توجه به اینکه یافته‌های این مطالعه نشان داد که اجرای برنامه ایمن‌سازی در برابر استرس باعث افزایش کیفیت زندگی پرستاران می‌شود می‌توان از آن به عنوان یک راهکار کاربردی برای بهبود کیفیت زندگی پرستاران استفاده نمود. جهت انجام پژوهش‌های آتی نیز

فهرست منابع

1. Kazempoor R. [Assessment of Quality of life in the students of Marand Islamic Azad University' in 2002]. Abstract of The first National Congress of Quality of Life in Tarbiat Modarres University in collaboration with Shahed University 2002:64. Persian
2. King CR, Hinds PS. Quality of life from nursing and patient perspective: theory, research, practice. Canada: Jones and Bartlett, 2003
- 3 Wu SY, Li HY, Tian J, Zhu W, Li J Wang XR. Health-related quality of life and its main related factors among nurses in China. *Indust Health*. 2011 49(2):158-65
4. Yazdimoghaddam H, Estaji Z, Heidari A. quality of life in nurses of Sabzevar city hospitals. *J Sabzevar Med Sci* 2007;16(1):50-6
5. Marshall LL, Allison A, Nykamp D, Lanke S. Perceived stress and quality of life among doctor of pharmacy students. *Ame J Pharmaceutical educ*. 2008;72(6):. 18-24
6. 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.
7. 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*. 2005 Mar;7(1):57-65.
8. Potter R P, Perry A G. Basic Nursing Theory and Practice. Boston: Mosby, 2000
9. Lauvrud C, Nonstad K, Palmstierna T. Occurrence of post traumatic stress symptoms and their relationship to professional quality of life (ProQoL) in nursing staff at a forensic psychiatric security unit: a cross-sectional study. *Health Qual Life Outcomes*. 2009;7(1):1-6.
10. Inoue M, Tsukano K, Muraoka M, Kaneko F, Okamura H. Psychological impact of verbal abuse and violence by patients on nurses working in psychiatric departments. *Psychiatry Clin Neurosci*. 2006 Feb;60(1):29-36.

11. Mazlom RS, Darban F, Vaghei S, ModaresGharavi M. [The effect of stress inoculation program on nurses' quality of life in psychiatric ward]. Unpublished MSc Thesis. Mashhad University of Medical Science, Iran. 2011. Persian
12. Taylor B, Barling J. Identifying sources and effects of carer fatigue and burnout for mental health nurses: a qualitative approach. *Int J Ment Health Nurs*. 2004 Jun;13(2):117-25.
13. Gammon J, Morgan-Samuel H. A study to ascertain the effect of structured student tutorial support on student stress, self-esteem and coping. *Nurse Educ Pract*. 2005 May;5(3):161-71.
14. Cleary M. The realities of mental health nursing in acute inpatient environments. *Int J Ment Health Nurs*. 2004 Mar;13(1):53-60.
15. 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*. 2005 Mar;7(1):57-65.
16. Jaffari Golestan N, Vanaki Z, Memarian R. An Effective Strategy for Improving Novice Nurses' Clinical Competency: Organizing "Nursing Mentors Committee". *Iran J Med Educ* 2007;7(2):237-47 Persian
17. 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 Jan;25(1):8-14.
18. Linden W. Stress management: from basic science to better practice. Philadelphia: SAGE Publications, 2005.
19. 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 Sep;16(9):1695-703.
20. Salmaani Barough N, Taghavi Larijani T, Monjamed Z, Sharifi N, Bahrani N. [Coping with stress]. *HAYAT* 2005;10(23):21-7. Persian
21. meichenbam D. stress inoculation training: a preventitive and treatment approach. 3rd ed. guilford press, 2007.
22. Ansari F. [The Effectiveness of Stress Inoculation Group Training on the General Health of the Hypertensive Patients in Esfahan]. Unpublished MSc thesis of clinical psychology, Esfahan University, Iran, Esfahan, 2006. Persian
23. Flaxman PE, Bond FW. A randomised worksite comparison of acceptance and commitment therapy and stress inoculation training. *Behav Res Ther*. 2010 Aug;48(8):816-20.
24. Sheehy R, Horan JJ. Effects of Stress Inoculation Training for 1st-Year Law Students. *Int J Stress Manag*. 2004;11(1):41-55.
25. Kiani R, Sodani M, Seidian M, Shafi Abady A. The effectiveness of stress inoculation group training on Somatization and Anxiety of the coronary heart disease patients. *Sci Med J* .2010; 9(5):495-506 Persian
26. Bastani F, Rahmatnejad L, Jesmi F, Haghani H. [Breastfeeding Self Efficacy and Perceived Stress]. *IJN*. 2008;21(54): 9-22. Persian
27. Montazeri A, Goshtasebi A, Vahdaninia M, Gandek B. The Short Form Health Survey (SF-36): translation and validation study of the Iranian version. *Qual life research*. 2005;14(3):875-82.
28. Michalsen A, Grossman P, Lehmann N, Knoblauch NT, Paul A, Moebus S, et al. Psychological and quality-of-life outcomes from a comprehensive stress reduction and lifestyle program in patients with coronary artery disease: results of a randomized trial. *Psychother Psychosom*. 2005;74(6):344-52.
29. Lopez C, Antoni M, Penedo F, Weiss D, Cruess S, Segotas MC, et al. A pilot study of cognitive behavioral stress management effects on stress, quality of life, and symptoms in persons with chronic fatigue syndrome. *J Psychosom Res*. 2011 Apr;70(4):328-34.
30. Keir ST. Effect of massage therapy on stress levels and quality of life in brain tumor patients--observations from a pilot study. *Support Care Cancer*. 2011 May;19(5):711-5.
31. Flugel Colle KF, Vincent A, Cha SS, Loehrer LL, Bauer BA, Wahner-Roedler DL. Measurement of quality of life and participant experience with the mindfulness-based stress reduction program. *Complement Ther Clin Pract*. 2010 Feb;16(1):36-40.
32. Penedo FJ, Dahn JR, Molton I, Gonzalez JS, Kinsinger D, Roos BA, et al. Cognitive-behavioral stress management improves stress-management skills and quality of life in men recovering from treatment of prostate carcinoma. *Cancer*. 2004 Jan 1;100(1):192-200.

33. Rezaei F, Neshat-dost HT, Molavi H, Amra B. Efficacy of cognitive behavioral stress management group education on improving quality of life in female asthmatic patients. *J Research Behav Sci* 2009;7(1):33-42 Persian

The Effect of Stress Inoculation Program on the Quality of Life of Nurses Working in Psychiatric Wards

Mazlom RS.¹PhD

*Darban F.² MSc

KashaniLotfabadi M.³, MSc

Abstract

Background & Aim: The multi dimensional construct of quality of life make it vulnerable to stress influence. Psychiatric Nurses experience high levels of occupational stress. So using preventive stress management programs would seem to be necessary. The aim of this study is to determine the effect of a Stress Inoculation Program on the quality of life of nurses working in psychiatric wards.

Material & Methods: It was an experimental study with pre- post test design and control group. Sixty nurses and Healthcare workers, working in Ebne-Sina psychiatric hospital of Mashhad city were recruited and randomly assigned into two experimental (n=30) and control (n=30) groups. Quality of life questionnaire (SF-36) was used as data gathering scale in three stages (before intervention, at the end of second session and 1 month after intervention). The intervention included two sessions (each 8 hours) of stress Inoculation program that was carried out with a one week interval. Data were analyzed by Kolmogrov-smirnov, Shapiro-wilk, χ^2 , t, Repeated Measures and Fridman tests using SPSS-PC (v. 11.5).

Results: The findings revealed that the mean score of quality of life in experimental group in pre-intervention stage (89.2±11) have been increased to 97.4±11.1 after intervention and to 105±8.6 in the third stage (one month later) and it was significantly more than control group (P<.005). The quality of life of the control group significantly decreased in post intervention stage and one month later (P<.001).

Conclusion: Regarding the effect of stress inoculation program on nurses' quality of life, using this approach is recommended to managers of psychiatric wards.

Key words: Stress Inoculation Program, Quality of Life, Nurses, Psychiatric Ward

Received: 27 Apr 2012

Accepted: 27 Jul 2012

¹. PhD of nursing, Faculty member, School of Nursing and Midwifery, Mashhad University of Medical Sciences, Mashhad, Iran.

². MSc in Psychiatric Nursing, Faculty member, Iranshahr School of Nursing and Midwifery, Zahedan University of Medical Sciences, Zahedan, Iran (*Corresponding author). Tel: +98- 9119720305
Email:fatemehdarban@gmail.com

³.MSc of clinical psychology, Ebne-Sina psychiatric hospital, Mashhad University of Medical Sciences, Mashhad. Iran