تاثیر آموزش هوش معنوی بر استرس شغلی پرستاران

غلامحسین محمودی راد ، فاطمه باقریان■

چکیده

مقدمه: استرس شغلی پرستاران عاملی است که از انجام مراقبت بالینی بهینه جلوگیری کرده و صلاحیت شغلی را کاهش می‌دهد، اما بکارگیری هوش معنوی در محیط کار می‌تواند منجر به رضایت شغلی و کاهش استرس شغلی شود.

هدف: این مطالعه جهت تعیین تاثیر آموزش هوش معنوی بر استرس شغلی پرستاران انجام شده است.

روش: مطالعه حاضر یک پژوهش نیمه تجربی با گروه کنترل از نوع پیش آزمون- پس آزمون بوده که درسال (۱۳۹۳) انجام شده است. جامعه آماری این پژوهش کلیه پرستاران شاغل در بیمارستان ولیعصر بیرجند می‌باشد که ابتدا پرستاران بر اساس معیار ورود وارد مطالعه شده و به صورت تصادفی (۹۴) نفر از بین آنها به نسبت هر بخش انتخاب شدند، سپس افراد شرکت کننده در پژوهش بر اساس تخصیص تصادفی در دو گروه شاهد و مداخله قرار گرفتند. برای جمع‌آوری اطلاعات ازفرم مشخصات دموگرافیک و پرسشنامه استرس شغلی پرستاری NSS تافت اندرسون(۱۹۸۱) استفاده شد. برای گروه مداخله ۱۲جلسه آموزش هوش معنوی بصورت کارگاه در طی ۲ماه برگزار شـــد. بلافاصله و یکماه بعد از مداخله هر دو گروه پرسشنامه‌ها را تکمیل کردند .به گروه شاهد آموزشی داده نشد. تجزیه و تحلیل داده‌ها با استفاده از spss ۱۶ و آمار توصیفی و استنباطی انجام شد.

یافته‌ها: یافته نشان دادند که دو گروه کاملا همسان بودند و آزمون تی مستقل نشان دادکه مقایسه میانگین نمره کل استرس شغلی پرستاران قبل از مداخله در دو گروه تفاوت آماری معناداری نداشـــت(P=۰/۶۸). میانگین نمره استرس شغلی در گروه ازمون؛ قبل از آموزش (۴۴/۹۱± ۱۱/۲۲) بـــود که بعد از آموزش به طور معنی داری (به۴۳ /۴۰ ± ۹/۰۶)کاهش یافت.(p<۰/۰۵). آزمون آنالیز واریانس درون گروهی نشـــان داد در پرستاران گروه شاهد از نظر آماری تفاوت معناداری در میانگین نمره اســـترس شغلی قبل و بعد از آموزش و در مرحله پیگیری وجود نداشته(p=/۶۷). ولی در گروه مداخله میانگین نمره استرس شغلی بعد از مداخله نســـبت به قبل از آموزش و یکمـــاه بعد آن به طور معناداری کاهش یافته است (p=۰/۰۲).

نتیجه‌گیری: البته آموزش هوش معنوی توانسته است استرس شغلی را کاهش دهد اما در مراحل پیگیری میزان اســـترس افزایش یافته لذا لازم است آموزش‌های مداوم و پیگیری در مورد رفتارهای هوشمندانه معنوی بوسیله پمفلت یا سایر شیوه‌های آموزشی ادامه یابد.

کلمات کلیدی: استرس شغلی، پرستاران، مقیاس استرس شغلی پرستاران (تافت و اندرسون)، هوش معنوی

غلامحسین محمودی راد
دکترای پرســـتاری، مرکز تحقیقات پرستاری و مامایی شرق کشور، استادیار وعضو هیأت علمی دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی بیرجند، بیرجند ، ایران

■ **مؤلف مسؤول: فاطمه باقریان**
دانشجوی کارشناسی ارشد پرستاری، مرکز تحقیقات پرستاری و مامایی شرق کشور، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی بیرجند، بیرجند، ایران
آدرس: fatemehbagherian19@yahoo.com

فصلنامه مدیریت پرستاری
سال چهارم، دوره چهارم، شماره اول
بهار ۱۳۹۴

■ مقدمه

استرس بیماری شایع قرن ۲۱ است که در شرایط مختلف بر انسان اثر می‌گذارد و مسئول ۳۰ ٪ از بیماری‌هاست که سالیانه هزینه‌ای معادل ۳۰۰-۴۰۰میلیون دلار را در بردارد و این رقم تنها بعد مادی مسأله استرس را بیان می‌کند در حالیکه استرس تأثیرات به سزایی بر جوانب مختلف زندگی افراد می‌گذارد (۱). تنیدگی یا استرس حالتی است که در اثر یک تغییر محیطی که به عنوان آسیب، چالش، یا تهدیدی برای تعادل پویای فردتلقی می‌شود ایجاد شده، در این حالت بین توانایی فرد برای رفع نیازها و تقاضاهای موقعیت جدید یک عدم تعادل بطور واقعی یا تصوری بوجود می‌آید(۲). یکی از مهمترین منابع ایجادکننده استرس در هر فردی شغل وی می‌باشد. امروزه استرس شغلی به مسئله‌ای شایع و پر هزینه در محیط کاری تبدیل شده است به طوری که سازمان ملل متحد آن را بیماری قرن بیستم نامید و در طی سال‌های اخیر هم سازمان جهانی بهداشت آن را مشکلی همه‌گیر اعلام کرد(۳). استرس شغلی به عنوان عدم تعادل بین نیازهای محیط کار و توانایی فردی برای سازگاری در نظر گرفته می‌شود(۲). اگرچه استرس شغلی در همه مشاغل وجود دارد ولی در حرفه‌هایی که با سلامتی انسانها سروکار دارند این موضوع اهمیت و فراوانی بیشتری پیدا می‌کند(۴). دست اندرکاران حرفه‌های پزشکی به دلیل برعهده داشتن مسئولیت تامین سلامت و درمان بیماران، تحت تاثیر عوامل متعدد استرس زا هستند (۵). درکشور ما (۸۰درصد) شاغلین سیستم بهداشت و درمان را پرستاران تشکیل می‌دهند. همچنین در این سیستم (۸۰درصد) کارها بر عهده آنها گذاشته شده است (۶). پرستاران به عنوان یکی از اجزای کلیدی در سیستم‌های بهداشتی درمانی نقش مهمی را در حفظ و بهبود سطح کیفی مراقبت‌های بالینی و سلامت بیماران ایفا می‌کنند(۷). کول (cole) معتقد است که ۹۳درصد پرستاران مرتبا تحت تاثیر عوامل استرس زای محیط کار قرار می‌گیرند که این مورد می‌تواند سلامت جسمی و روانی آنان را تحت تاثیر قرار دهد (۸). بر اساس گزارش موسسه ملی بهداشت آمریکا، پرستاران در مراجعه به پزشک جهت بررسی مشکلات روانی خود در بین (۱۳۰) شغل مورد بررسی رتبه (۲۷) را کسب کرده‌اند (۹). انجمن ملی ایمنی حرفه‌ای آمریکا، پرستاری را در راس (۴۰) حرفه پراسترس معرفی کرده است. شکی نیست که در دراز مدت این استرس می‌تواند باعث ایجاد فرسودگی شغلی شود(۱۰). استرس شغلی یکی از عوامل اساسی کاهش بهره‌وری در سازمانها و ایجاد عوارض جسمی و روانی کارکنان می باشد. استرس شغلی منجر به ترک شغل، اختلال سلامتی نارضایتی شغلی، کاهش خلاقیت، کاهش تصمیم‌گیری صحیح و به موقع، احساس بی کفایتی و افسردگی ، بیزاری و خستگی از کار، کاهش انرژی و بازده کاری و کاهش کیفیت مراقبتهای پرستاری می‌شود (۱۱). راهکارهای مختلفی جهت کاهش استرس شغلی پرستاران پیشنهاد شده است ازجمله حمایت اجتماعی و مدیریتی، آموزش مهارتهای مقابله‌ای، بکارگیری مشاوران مجرب جهت تامین بهداشت روانی پرسنل (۱۴)، همچنین مطالعات نشان می‌دهد بین هوش معنوی با هدف زندگی، رضایت از زندگی، استرس شغلی و سلامت روانی همبستگی بالایی وجود دارد. جورج (۲۰۰۶) مشخصات مهم هوش معنوی را اطمینان فردی ، تاثیرگذاری برقراری ارتباطات ، درک بین فردی ، اداره تغییرات و حرکت از مسیرهای دشوار می‌داند. هوش معنوی، یکی از انواع هوش‌های چندگانه است که به طور مستقل می‌تواند رشد و توسعه یابد.(۱۵) زوهار و مارشال (۲۰۰۰) معتقدند، هوش معنوی موجب می‌شود که فرد در برابر رویدادها و حوادث زندگی بینشی عمیق بیابد و از سختی زندگی نترسد و با صبر و تفکر با آنها مقابله نموده و راه‌های منطقی و انسانی برای آنها بیابد (۱۶). هوش معنوی باعث افزایش قدرت انعطاف پذیری و خودآگاهی انسان شده است، به طوری که در برابر مشکلات و سختی‌های زندگی، بردباری و صبوری بیشتری دارند(۱۷). الکینز و کاوندش(۲۰۰۴) بر این باورند که هوش معنوی موجب میشود که انسان با ملایمت و عطوفت بیشتری به مشکلات نگاه کند، تلاش بیشتری برای یافتن راه حل داشته باشد، سختیهای زندگی را بهتر تحمل کند و به زندگی خود پویایی و حرکت دهد(۱۸). هوش معنوی توانایی عمل همراه با آگاهی و ترحم را دارد، در عین حال سلامت و آرامش درونی و بیرونی (بردباری) را صرف نظر از شرایط حفظ می‌کند(۱۹). در حقیقت هوش معنوی مجموعه‌ای از فعالیت‌هاست که علاوه بر لطافت و انعطاف پذیری در رفتار سبب خودآگاهی و بینش عمیق فرد نسبت به زندگی و هدفدار نمودن آن می‌شود به گونه‌ای که اهداف فراتر از دنیای مادی ترسیم میگردد و همین فرایند موجب سازگاری فرد با محیط به خاطر خشنودی و رضایت دیگران شده است زیرا فرد با این سازگاری در صدد جلب رضایت خداوند است(۲۰). به عقیده جورج (۲۰۰۶) مهمترین کاربرد هوش معنوی در محیط کار ایجاد آرامش خاطر ، درک متقابل و تفاهم بین همکاران و در نتیجه رضایت شغلی و کاهش استرس شغلی می باشد (۱۵). مطالعه کریمی و همکاران (۱۳۹۰) نشان داد حدود (۴۵٪) پرستاران هوش معنوی پایین‌تر از نمره میانگین دارند(۲۱). نتایج برخی مطالعات نیز نشان داد

که بین اســـترس شغلی و هوش معنوی ارتباط وجود دارد(۲۰و۲۲). از آنجا که پرستاران با ســـلامت افراد جامعه سروکار دارند و کارکرد آنها علاوه بر ســـلامتی خود آنها تاثیر مستقیم بر سلامت سایر افراد جامعه نیز دارد و تاثیرات منفی اســـترس بر رضایت شغلی و کیفیت مراقبت‌های پرستاری و لزوم پیشگیری از آثار روانی و رفتاری استرس و تاثیر بکارگیری تمهیدات و اقدامات جهت کاهش استرس شغلی و با توجه به اینکه اغلب مطالعات انجام شده توصیفی بوده و ارتباط بین هوش معنوی و استرس شغلی را نشان دادند و همچنین مطالعه مداخله ای یافت نشد که تاثیر آموزش هوش معنوی بر استرس شغلی را سنجیده باشد محقق بر آن شد تا فرضیه بر گرفته از این مطالعات که تاثیر هوش معنوی بر کاهش استرس شغلی را مطرح می‌کند در قالب یک پژوهش مداخله‌ایی بـــا هدف تعیین تاثیر آموزش هوش معنوی بر استرس شغلی پرستاران مورد آزمون قرار دهد.

■ روش

این مطالعه نیمه تجربی از نوع پیش آزمون-پس آزمون با گروه کنترل با هدف تعیین تأثیر آموزش هوش معنوی بر استرس شغلی پرستاران، که در ســـال (۱۳۹۳) بر روی (۹۴) نفر از پرســـتاران بیمارســـتان ولیعصر(عج) بیرجند که بصورت تصادفی انتخاب شـــده بودند در دو گروه شـــاهد و مداخله انجام شده است. تعداد افراد در ابتدا با فرمول حجم نمونه و بر اساس مطالعه رضایی و همکاران (۱۳۸۵) (۲۳)، ۸۲ نفر برآورد شـــد که با توجه به پیش بینی ریزش (۱۰۲) نفر در نظر گرفته شد

$$\frac{(u+v)^2 (s_1^2 + s_2^2)}{(\mu_1-\mu_2)^2} = \frac{(۷/ ۸۴)(۸. ۲۳^2+۱۳. ۹۸^2)}{(۶۷. ۹۸ - ۶۰. ۸۶)^2} = ۴۰. ۹۲$$

پس از اینکه اهداف پژوهش، تعداد جلســـات و زمان و نحوه برگزاری جلسات به سمع و نظر افراد شرکت کننده در پژوهش رسید؛ (۸) نفراز هر دو گروه به دلیل مشـــکلات خانوادگی و تداخل با شیفت کاری از شرکت در پژوهش انصراف دادند و (۹۴) نفر با أخذ رضایت شفاهی از آنان وارد مطالعه شدند. سپس افراد شرکت کننده در مطالعه بر اساس تخصیص تصادفی در دو گروه شـــاهد و مداخله قرارگرفتند مداخله (۴۷نفر) و شـــاهد (۴۷نفر) و از افراد گروه مداخله خواسته شد که با توجه به اهداف پژوهش از تبادل هر گونه اطلاعاتی با گروه شـــاهد و سایر پرستاران متعهدانه خودداری نمایند. معیار ورود شامل رضایت برای شـــرکت در مطالعه، دارا بودن حداقل تحصیلات کارشناســـی پرستاری، عدم شرکت درکارگاه هوش معنوی، عدم شرکت در کارگاه مدیریت استرس، عدم مصرف داروهای آرامبخش و معیار خروج عدم تمایل به ادامه طرح و عدم حضور بیش از یک جلســـه از جلســـات آموزش در نظر گرفته شد.

قبل از اجرای مداخله، فرم مشخصات دموگرافیک شامل (اطلاعات مربوط به ســـن، جنسیت، وضعیت تأهل، ســـابقه کار، بخش محل خدمت، میزان تحصیلات، وضعیت اســـتخدامی و نوع شیفت کاری ثابت-درگردش) و پرسشنامه استرس شغلی تافت-اندرسون(۱۹۸۱) توسط دو گروه شاهد و مداخله تکمیل شد.

■ یافته‌ها

پرسشنامه‌ها بدون نام بوده و این اطمینان هم به پرستاران داده شد که اطلاعات افراد پاسخ دهنده بصورت محرمانه باقی خواهد ماند و تنها در راستای اهداف پژوهش استفاده خواهد شد و در صورت تمایل نتایج مطالعه در اختیار آنها قرار خواهد گرفت. شرکت کنندگان در مطالعه بصورت تصادفی در دو گروه مداخله و شاهد قرار گرفتند. سپس طی (۱۲) جلســـه (۹۰) دقیقه‌ای آموزش هـــوش معنوی بصورت کارگاه جهت گروه مداخله برگزار گردید. به گروه شـــاهد هیچ نوع آموزشی داده نشـــد. پروتکل آموزشی بر اساس مطالعات زوهر و مارشال(۱۶)، سیسک و تورنس (۲۴) و پایان نامه معینی(۲۵) انتخاب شد. محتوای آموزش شامل آموزش در زمینه افزایش خودآگاهی (رابطه با موجود متعالی ، افراد دیگر) صداقـــت با خود و عمل کردن بر طبق هدایت شـــهودی، آموزش در زمینه معنا و نقـــش آن در زندگی (ماموریت در زندگی ،حـــس تقدس در زندگی)، آمـــوزش در زمینه پرداختن به ســـجایای اخلاقی و اهمیت دادن به آنها (عشق، شفقت، تواضع، مهربانی، شفا و بخشـــش، پیوند و خدمت خلاق). آموزش در زمینه توانمندی درخودداری و کنترل خویش، توانایی رفتار کردن همراه با مهربانی و همدلی و تعقل بدون توجه به شرایط، برخورداری از حس انعطاف پذیری بالا بوده است. این جلسات بصورت کارگاه مجموعاً در طی ۲ماه برگزارشد. از پرستاران گروه مداخله خواسته شد تمرینات آموزشی شـــامل مدیریت خشم و ریلکسیشن، افزایش خودآگاهی و معنابخشیدن به کار و زندگی که توسط CD در اختیار آنها قرار گرفته بود را تا یک ماه بعد ادامه دهند. بلافاصله و یک ماه بعد از انجام مداخله آموزشی پرسشنامه استرس شغلی تافت-اندرسون (۱۹۸۱) توسط دو گروه مداخله و شاهد تکمیل شد. پس از پایان طرح تحقیقاتی محتوای آموزش در قالب ســـی دی در اختیار گروه شاهد قرار گرفت. ضمناً با هماهنگی با مسئول آموزش مداوم دانشگاه مجوز امتیاز آموزش مداوم

برای پرستاران گروه مداخله اخذ شد.

پرسشنامه استرس شـــغلی تافت - اندرسون که توسط گری تافت و اندرســـون (۱۹۸۱) تهیه شده است و نخستین ابزاری است که به منظور اندازه‌گیری استرس پرســـتاری به جای استرس شغلی کلی ساخته شده است. این ابزار شامل ۳۴ عبارت است که در۷ حیطه: رنج و مرگ بیمار(۷عبارت)، تعارض با پزشکان (۵ عبارت) عدم آمادگی کافی (۳ عبارت)، کمبود منابع حمایتی (۳ عبارت)، تعارض با دیگر پرستاران (۵ عبارت)، فشارکاری (۶ عبارت) و عدم اطمینان از درمان (۵عبارت) تنظیم شده است.

این ابزار براســـاس مقیاس لیکرت به صورت هرگز استرس زا نیست ۱امتیاز تا همیشه استرس زا است۴ امتیاز سنجیده شده است. مجموع امتیازات بین (۱۳۶-۳۴) است که نمره کمتر یا مساوی (۶۸) استرس کم، (۱۰۳-۶۹) استرس متوسط و بیشتر یا مساوی (۱۰۴) استرس زیاد طبقه‌بندی می‌شـــود. این پرسشنامه اســـتاندارد بوده و توسط پژوهشگران مختلفی مورد استفاده قرار گرفته (۲۶-۲۸) لذا از پایایی لازم برخوردار است.

دادها توســـط فردی غیر از گروه تحقیق جمع آوری و وارد نرم افزار spss ۱۶ شد. جهت تجزیه و تحلیل داده‌ها از آمار توصیفی (فراوانی، درصد و نمـــودار و..) و جهـــت آزمون فرضیه‌های پژوهـــش از آمار استنباطی (تی مستقل، آنالیز واریانس یک طرفه و آزمون اندازه‌های تکراری) استفاده شد.

■ یافته‌ها

این مطالعه بر روی (۹۴)پرســـتار در دو گروه شاهد و مداخله انجام شد. (۴۷) نفر در گروه شاهد و (۴۷) نفر در گروه مداخله قرار داشتند. اکثریت افراد شرکت‌کننده در این مطالعه زن (۸۴٪) و متاهل (۸۱٪) با ســـابقه کاری بیشتر از ۵ســـال (۶۰٪) و با میانگین سن (۶/۰۳ ± ۳۲/۵) بودنـــد (جـــدول۱). ازمون کای دو بین دو گـــروه از نظر این متغیرها تفاوت معناداری را نشان نداد. بعبارت دیگر، هر دو گروه کاملا همسان بودند. (P<۰/۰۵)

آزمون تی مستقل نشان داد میانگین نمره استرس شغلی در دو گروه شاهد و مداخله قبل مداخله تفاوت معنی داری نداشت. (p =۰/۶۸) (جدول ۲). بعد از مداخله میانگین نمره اســـترس شغلی در در گروه مداخله بصورت معنـــی داری کاهش پیدا کرده اســـت. (p=۰/۰۳) (جدول۲). ولیکن میانگین نمره استرس شغلی پرستاران یکماه بعد از آموزش نسبت به بلافاصله بعد از آن در گروه مداخله افزایش یافته است ولی این افزایش معنادار نمی‌باشد (P=۰/۸۶) (جدول ۲).

نتیجه آزمون آنالیز واریانس درون گروهی نشـــان داد در پرستاران

جدول شماره۱- مشخصات دموگرافیک پرستاران

متغیر	گروه	مداخله n=۴۷		شاهد n=۴۷		P value (chi-square)
		فراوانی	درصد	فراوانی	درصد	
وضعیت تأهل	مجرد	۶	۱۲/۸	۱۱	۲۳/۴	۰/۱
	متأهل	۴۱	۸۷/۲	۳۶	۷۶/۶	
جنسیت	مرد	۲	۴/۳	۸	۱۷	۰/۰۴
	زن	۴۵	۹۵/۷	۲۹	۸۳	
بخش	اورژانس	۷	۱۴/۹	۱۴	۲۹/۸	۰/۱
	ویژه	۱۴	۲۹/۸	۹	۱۹/۱	
	عمومی	۲۶	۵۵/۳	۲۴	۵۱/۱	
سن (سال)	۳۰ سال و کمتر	۱۵	۳۱/۹	۱۸	۳۸/۳	۰/۰۶
	۴۰-۳۱ سال	۱۸	۳۸/۳	۲۴	۵۱/۱	
	بیشتر از ۴۰ سال	۱۴	۲۹/۸	۵	۱۰/۶	
سابقه کار	۵سال و کمتر	۱۷	۳۶/۲	۲۱	۴۴/۷	۰/۳
	۱۰-۶ سال	۱۰	۲۱/۳	۱۰	۲۱/۳	
	۱۵-۱۱ سال	۱۱	۲۳/۴	۱۳	۲۷/۷	
	بیشتر از ۱۵ سال	۹	۱۹/۱	۳	۶/۴	

گروه شاهد از نظر آماری تفاوت معناداری در میانگین نمره استرس شغلی کلی قبل و بعد از آموزش و در مرحله پیگیری وجود نداشت (p= ۰/۶۷). (جدول۲). ولی در گروه مداخله میانگین نمره استرس شغلی کلی بعد از مداخله نسبت به قبل از آموزش به طور معناداری کاهش یافت. (جدول۲).

نتیجه آزمون تی مستقل در حیطه‌های استرس شغلی نشان می‌دهد میانگین نمره استرش شغلی کلی و مولفه‌های تعارض با پزشکان، کمبود حمایت، تعارض با پرستاران در پرستاران گروه شاهد نسبت به پرستاران گروه مداخله به طور معناداری بیشتر بود(p<۰/۰۵) ولی در سایر مولفه‌ها تفاوت معناداری مشاهده نشد (p>۰/۰۵) (جدول۳). در مرحله پیگیری فقط استرس شغلی در مولفه تعارض با پرستاران در گروه مداخله نسبت به گروه شاهد به طور معناداری کمتر بود ولی در سایر مولفه‌ها تفاوت معناداری مشاهده نشد(p>۰/۰۵) (جدول ۳) .میانگین نمره درد و رنج بیماران، عدم آمادگی کافی، کمبود حمایت،

جدول۲- مقایسه میانگین نمره‌ی کل استرس شغلی در دو گروه شاهد ومداخله قبل وبلافاصله ویکماه بعد از مداخله

زمان مداخله / گروه مورد مطالعه	قبل از مداخله (n=۴۷) میانگین انحراف معیار	بعد از مداخله (n=۴۷) میانگین انحراف معیار	یکماه بعد از مداخله (n=۴۷) میانگین انحراف معیار	P value آزمون آنالیز واریانس تکرارشونده
گروه مداخله	۱۱/۲۲±۴۴/۹۱	۹/۰۶ ±۴۰/۴۳	۱۲/۳۱±۴۴/۶۸	۰/۰۲
گروه شاهد	۱۰/۷۰±۴۳/۹۸	۱۳/۵۲±۴۵/۵۵	۱۲/۶۰± ۴۴/۲۳	۰/۶۷
P value آزمون تی مستقل	۰/۶۸	۰/۰۳	۰/۸۶	

عدم قطعیت در مورد درمان بعد از آموزش نسبت به قبل از آموزش کاهش یافت (جدول۳). در پرستاران گروه مداخله، میانگین نمره تعارض با پزشکان بعد از آموزش نسبت به قبل از آموزش به طور معناداری کاهش یافت(p=۰/۰۰۱)

میانگین نمره تعارض با پرستاران بعد از آموزش و در مرحله پیگیری نسبت به قبل از آموزش به طور معناداری کاهش یافت (جدول ۳).

در پرستاران گروه مداخله میانگین نمره حجم و فشار کاری بعد از آموزش نسبت به قبل از آن و در مرحله پیگیری نسبت به بعد از آموزش کاهش داشت ولی این تفاوت معنادار نبود (جدول۳). از نظر آماری تفاوت معناداری در میانگین نمره استرس شغلی کل و مولفه‌های آن با متغیرهای سن، جنسیت، وضعیت تاهل و سابقه کاری و نوع شیفت افراد مورد مطالعه وجود نداشت(p>۰/۰۵).

نتیجه آزمون انالیز واریانس یک طرفه نشان داد که در پرستاران گروه مداخله میانگین نمره استرس شغلی کلی و مولفه‌های تعارض با پزشکان و تعارض با پرستاران بعد از آموزش در حداقل ۲گروه از پرستاران بر حسب بخش محل خدمت تفاوت معناداری وجود دارد.

نتیجه ازمون تعقیب دامنه توکی نشان داد که میانگین نمره استرس شغلی کلی وتعارض با پزشکان بعد از آموزش در پرستاران بخش ویژه نسبت به پرستاران بخش عمومی و میانگین نمره تعارض با پرستاران در بخش اورژانس نسبت به پرستاران بخشهای ویژه و عمومی به طور معناداری بیشتر بود(p<۰/۰۵).

جدول ۳: مقایسه میانگین نمره‌ی حیطه‌های استرس شغلی قبل وبلافاصله و یکماه بعد از مداخله در گروه شاهد و مداخله

مولفه های استرس شغلی	گروه	قبل از مداخله (n=۴۷) میانگین± انحراف معیار	بعد از مداخله (n=۴۷) میانگین± انحراف معیار	یکماه بعد از مداخله (n=۴۷) میانگین± انحراف معیار	P آنالیز واریانس تکرارشونده
رنج و درد بیماران	مداخله	۱۱/۵۷±۳/۷۳	۱۱/۴۳±۳/۴۸	۱۲/۲۸±۳/۸۰	۰/۲۵
	شاهد	۱۱±۲/۹۱	۱۰/۴۷±۳/۴۷	۱۰/۸۷±۳/۴۱	۰/۵۹
P value	تی مستقل	۰/۴۱	۰/۱۹	۰/۰۶	
تعارض با پزشکان	مداخله	۷/۵۳±۲/۵۳	۶/۱۳±۲/۳۲	۷/۰۶±۲/۹۸	۰/۰۰۲
	شاهد	۶/۷۷±۲/۴۹	۷/۴۵±۳/۶۷	۷/۲۳±۳/۲۰	۰/۵۱
P value	تی مستقل	۰/۱۴	۰/۰۴	۰/۷۹	
عدم آمادگی کافی	مداخله	۲/۶۴±۱/۲۶	۲/۴۹±۱/۳۳	۲/۸۹±۱/۲۷	۰/۱۳
	شاهد	۲/۶۶±۱/۲۳	۲/۷۲±۱/۵۰	۲/۶۶±۱/۳۲	۰/۹۴
P value	تی مستقل	۰/۹۳	۰/۴۳	۰/۳۸	
کمبود حمایت	مداخله	۴/۲۸±۱/۹۰	۳/۹۶±۱/۴۳	۴/۵۷±۱/۹۶	۰/۰۹
	شاهد	۴/۸۳±۱/۸۹	۴/۷۷±۱/۹۰	۴/۴۳±۱/۸۵	۰/۴۶
P value	تی مستقل	۰/۱۶	۰/۰۲	۰/۷۱	
تعارض با پرستاران	مداخله	۴/۶۴±۲/۲۴	۲/۷۲±۱/۵۱	۳/۷۷±۱/۸۳	<۰/۰۰۱
	شاهد	۴/۸۱±۲/۳۷	۵/۴۳±۳/۰۵	۴/۸۷±۲/۶۲	۰/۲۰
P value	تی مستقل	۰/۷۷	<۰/۰۰۱	۰/۰۲	
حجم و فشارکاری	مداخله	۹/۱۵±۲/۷۷	۸/۸۱±۲/۷۰	۸/۵۷±۲/۹۶	۰/۴۹
	شاهد	۸/۹۱±۲/۹۵	۸/۹۱±۳/۲۷	۸/۴۳±۲/۸۳	۰/۴۴
P value	تی مستقل	۰/۶۹	۰/۸۶	۰/۸۰	
عدم قطعیت در درمان	مداخله	۵/۱۱±۲/۳۱	۴/۸۹±۲/۳۴	۵/۵۳±۲/۴۲	۰/۲۳
	شاهد	۵±۲/۵۸	۵/۸۱±۲/۶۷	۵/۷۴±۵/۵	۰/۲۴
P value	تی مستقل	۰/۸۳	۰/۰۸	۰/۶۸	

■ بحث

شغل پرســـتاری حرفه ایست که بر ســـلامت مردم متمرکز است و پرستاران بطور روزمره با انواع استرسورهای شغلی روبرو هستند(۲۹) استرس عاملی است که از انجام مراقبت بالینی بهینه جلوگیری کرده و همچنین صلاحیت شغلی را کاهش می‌دهد (۳۰) در موقعیت‌های پر استرس این معنویت است که به پرستاران کمک می‌کند؛ چرا که به زندگی معنا و هدف می‌دهد (۳۱) با عنایت به اهمیت موضوع، در مطالعه حاضر به بررسی تأثیر آموزش هوش معنوی بر استرس شغلی پرستاران پرداخته شد.

نتایج این مطالعه نشان داد که بعد از آموزش هوش معنوی، استرش شغلی پرســـتاران در کل و در ســـه مولفه‌ی "تعارض با پزشکان"، "کمبود حمایت"، " تعارض با پرســـتاران" در پرستاران گروه شاهد نسبت به پرستاران گروه مداخله به طور معناداری بیشتر است بدین معنا که مداخله آموزشی هوش معنوی در کاهش استرس پرستاران گروه مداخله مؤثر بوده است.

در راستای یافته‌های مطالعه حاضر می توان به نتایج مطالعه عبدالرانی و همکاران (۲۰۱۳) اشـــاره کرد که در مطالعه‌ایی توصیفی- تحلیلی تاثیر آموزش هوش معنوی را بر عملکرد کاری پرستاران مثبت ارزیابی کردنـــد؛ همچنین آنان به نقل از چندین مطالعه معتقدند که هوش معنوی به پرستاران کمک می‌کند که احساس خوب بودن، خرسندی

و همچنین توانایی فائق آمدن بر استرس‌ها و نگاه درست به مشکلات را داشته باشند.(۳۲)

مطالعـــات دیگری که نتایج پژوهش حاضر را تایید می‌کند شـــامل؛ پژوهش لواســـانی و همکاران (۱۳۷۸) که در مطالعه‌ایی مقطعی به بررسی رابطه معنویت، استرس شغلی، تعهدسازمانی و رضایت شغلی پرداختند. نتایج نشان داد که استرس شغلی رابطه منفی با معنویت دارد بعبارتی هرچه معنویت بیشتر باشد استرس شغلی کمتری نیز وجود خواهد داشت (۲۲) نتایج مطالعه باعزت و شریف زاده (۱۳۹۱) نیز که با هدف بررسی رابطه هوش معنوی و هوش هیجانی با استرس شغلی کارکنان دانشـــگاه بود نشان داد که مولفه‌های هوش معنوی (۳۱ درصد) از تغییرات استرس شغلی را تعیین می‌کنند که نسبت به هوش هیجانی (۱۷درصد) نقش چشمگیرتری در پیش بینی و تبیین استرس شغلی دارد (۲۰) اگرچه این مطالعات توصیفی بوده و ارتباط هوش معنوی و استرس شغلی را مورد بررسی قرار داده‌اند لکن مطالعه حاضر با انجام مداخله آموزش هوش معنوی نتایج آنان را مورد حمایت قرار داده است؛ نتایج مطالعاتی که به بررسی استرس شغلی پرستاران پرداخته است، علل استرس شغلی را عواملی مثل مسؤلیت بیش از اندازه بدون داشتن اختیار، انتظارات و ضرب‌الاجل‌های غیرواقع بینانه، تغییر مکان شـــغل، آموزش ناکافی، قدرنشناسی و سپاسگزار نبودن، وقت ناکافی برای تکمیل کردن مسؤلیت‌ها، نبود خلاقیت و استقلال، نداشتن منابع کافی، مشخص نبودن مشخصات شغل، همگام شدن با فن آوری، مشکلات رفت و آمد، فقدان توجه و مراقبت از فرزندان، شـــرایط کاری بد (نور، صدا، تهویه هوا (و خشـــونت در محل کار معرفی می‌کند (۱۴) همه‌ی این موارد منجر به ناخوشنودی و نداشتن احساس مثبت به کار و در نهایت ایجاد استرس در پرستاران می‌شود؛ بنابر آنچه گفته شد می‌توان اینگونه نتیجه گرفت که برخورداری از هوش معنوی بالا با ایجاد احساس خوشحالی، احساس رضایت کاری، خوب و مثبت بودن در فرد و همچنین معنا و هدف بخشـــیدن به زندگی (۳۲) ایجاد یک روحیه شاد (۳۳) ایجاد انگیزه، توانایی، قدرت و افزایش امید ناشـــی از تکیه به "خـــدا" و یا یک قدرت برتر(۳۲) و در واقع اصلاح نگرش فرد منجر به کاهش اســـترس شـــده است. در تایید این گفته هلای و مکی (۲۰۰۰) نیز تغییر نگرش پرستاران به استرس و استرسورها را به عنوان یکی از راهکارهای مدیریت استرس بیان می‌کنند (۳۴). ایمونز نیز در مطالعه خود با هدف پاسخ به این سوال که آیا معنویت به عنوان یک نوع هوش در نظر گرفته می‌شود، معتقد اســـت که معنویت عملکرد و میزان تطابق و سازگاری افراد را پیش بینی می‌کند و همچنین امکانات لازم را جهت حل مشکلات و نیل به اهداف در اختیار فرد قرار می‌دهد (۱۷). کاملا بدیهی است که اگر فردی دارای توانایی تطابق و سازگاری و نیز توانایی حل مشکلات باشد؛ قطعا اســـترس کمتری چه در محیط کار و چه در سایر ابعاد زندگی تجربه خواهد کرد.

همچنین نتایج مطالعات حاکی از این امر اســـت که رابطه معکوسی بین سلامت روان و استرس شغلی وجود دارد؛ بدین معنا که هر چه سلامت روان فرد بیشتر باشد استرس شغلی کمتری را تجربه می‌کنند (۳۵و۳۶) این احتمال نیز وجود دارد که هوش معنوی در ســـلامت جسمی و روانی همه افراد تأثیر داشته باشد؛ هم چنین به افراد کمک می‌کند تا خود با ثباتی داشته و بتوانند نگرانی‌ها و اضطراب را کاهش داده و بـــه طور عمیق‌تر با دیگران ارتباط برقرار نمایند (۳۳). از نتایج این مطالعات می‌توان به این صورت استنباط کرد که هوش معنوی با ارتقا سلامت روان و نیز داشتن رابطه مثبت با شادکامی بعنوان یکی از مؤلفه‌های سلامت روان (۳۳) در کاهش استرس شغلی بصورت غیر مستقیم مؤثر بوده است.

دیگر نتایج این مطالعه نشـــان داد که بررسی میزان استرس دو گروه یک ماه بعد از مداخله با یکدیگر تفاوتی ندارد؛ یکی از دلایل می‌تواند این امر باشـــد که بعد از مداخله آموزشی و در طول یک ماه پیگیری مداخله آموزشی از طریق انجام تمرینات، پرستاران شرکت کننده در مطالعه خود را چندان ملزم به انجام تمرینات آموزشـــی که از طریق CD در اختیار آنان قرار داده شـــده بود؛ ندانسته‌اند. از طرفی ممکن اســـت که اثر مداخله آموزشی با گذشت زمان پایدار نمانده و نیاز به پیگیری مســـتقیم دارد. در این راستا ســـپتا و همکاران (۲۰۱۳) در مطالعه خود ضمن اینکه به این نتیجه رسیدند که هوش معنوی اثر مستقیمی بر رضایت شغلی و تعهدسازمانی فرد دارد، اظهار داشتند که پیگیری موثر آموزش هوش معنوی و عاطفی جهت رسیدن به اهداف سازمان لازم است (۳۷) البته شایان ذکر است که در بررسی نتایج یک ماه بعد؛ همچنان میزان استرس (یا میانگین استرس) پرستاران گروه مداخله در حیطه "تعارض با پرستاران" نسبت به گروه شاهد کمتر است، بدین معنا که اثرآموزش هوش معنوی بر این حیطه تا یک ماه بعد از مداخله آموزشی باقی مانده است. علاوه بر این در مقایسه نتایج بلافاصله و یک ماه بعد از آموزش؛ میانگین تغییرات نمره " استرس شـــغلی در کل" و در حیطه " تعارض با پرستاران" در گروه مداخله بیشـــتر بود بدین معنا که کاهش استرس گروه مداخله در کل و در حیطه "تعارض با پرستاران" بیشتر بوده است؛ از آنجایی که مهمترین

کاربرد هوش معنوی در محیط کار ایجاد آرامش خاطر، ایجاد درک متقابل و تفاهم بین همکاران و در نتیجه رضایت شغلی است (۱۵). تأثیر بیشتر آموزش هوش معنوی بر این حیطه با بهبود ارتباط فرد با همکاران پرستار خود قابل توجیه است. یافته های اخیر حاکی از این امر بود که آموزش هوش معنوی به روش کارگاهی موفقیت نسبی خوبی در کاهش استرس پرستاران در حیطه "تعارض با پرستاران" داشته است؛ از آنجایی که اثر آموزش به هر شیوه‌ای و به هر فردی با هر ویژگی یک امر بدیهی است؛ لیکن از آنجایی که آموزش به روش های متفاوت نتایج متفاوتی نیز به همراه دارد، در مطالعات آتی تلاش جهت دستیابی به یک روش و محتوای مؤثر و پایدار آموزشی با توجه به عوامل دخیل در ایجاد استرس شغلی پرستاران ضروری است.

■نتیجه‌گیری

بر اساس یافته‌های این مطالعه آموزش هوش معنوی در کاهش استرس شغلی پرستاران مؤثر است در این راستا می‌توان به این صورت استنباط کرد که آموزش هوش معنوی می‌تواند با تغییر نگرش و معنابخشی به زندگی افراد منجر به ایجاد روحیه شاد و افزایش انگیزه و امید ناشی از تکیه بر قدرت برتر (خدا) شده، از طرفی با ارتقاء سلامت روان باعث افزایش قدرت تطابق و سازگاری و توانایی حل مشکلات شود و در نهایت درکاهش استرس شغلی پرستاران مؤثر باشد.

در نهایت با عنایت به یافته های این مطالعه می‌توان محتوی فراهم اورده شده را در اختیار واحد های اموزش ضمن خدمت قرار داد تا پرستاران با فراگیری فردی و جمعی بتوانند به کنترل استرس خود بپردازند. با توجه به اینکه اثر آموزش تا یک ماه بعد کاهش یافته است لزوم پیگیری مستقیم آموزش‌ها و نیز استفاده از استراتژی‌های تقویتی مناسب بصورت بحث‌های گروهی و تشکیل گروه های کوچک جهت حفظ اثر آموزش ضروری بنظر می‌رسد و از طرفی می‌توان مطالب آموزشی را در قالب سی دی و بصورت آموزش‌های فردی و بعنوان یک فرصت خود یادگیری در اختیار پرستاران قرار داد و جهت تقویت و بکارگیری این آموزش‌ها از آنان خواست که در جلسات درون بخشی به بحث و تبادل نظر پیرامون آن بپردازند.

از جمله محدودیت‌های این مطالعه این بود که جامعه آماری پژوهش، پرستاران بیمارستان ولیعصر بیرجند بود لذا تعمیم نتایج به سایر جوامع آماری باید با احتیاط صورت گیرد. با توجه به انتخاب گروه آزمون و شاهد ازیک بیمارستان احتمال انتقال اطلاعات وجود داشت که برای کاهش این خطا از گروه آزمون خواسته شد که متعهدانه از دادن اطلاعات و آموزش‌های داده شده در جلسات به گروه شاهد خودداری کنند. به پژوهشگران پیشنهاد می‌شود که، تحقیقی مشابه با این پژوهش در دیگر جوامع آماری بیمارستان‌ها و همچنین بیمارستان‌های غیر دولتی اجرا شود و نتایج آن با این تحقیق بررسی و مقایسه گردد. همچنین انجام تحقیقی که تأثیرات درازمدت آموزش هوش معنوی را براسترس شغلی افراد بررسی می‌کند و تحقیقاتی که شیوه های مختلف آموزش هوش معنوی بر استرس شغلی را مورد مقایسه قرار می‌دهند به پژوهشگران پیشنهاد می‌شود.

■ تشکر و قدرانی

این مقاله مستخرج از طرح تحقیقاتی کمیته تحقیقات دانشجویی دانشگاه علوم پزشکی بیرجند می‌باشد که در شورای پژوهشی و کمیته اخلاق آن دانشگاه با کد۹۳/۰۶ تایید شده است. بدین وسیله ازجناب آقای حسین اقبالی نسب که ما را در انجام این طرح یاری نمودند و همچنین کلیه پرستاران محترم شرکت کننده در این طرح کمال تشکر و سپاسگزاری را داریم.

■ **References**

1-Gholamnejad H, Nikpeima N, Causes of occupational stress in nurses, Iran Occupational Health Journal.2009;6(1):22-27[Persian].

2-Smeltzer SC, Bara BG, Hinkle JL, Cheever kh. Brunner & Suddarths Textbook of Medical – Surgical Nursing.11th ed.Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2007.

3-Torshizi M, Saadatjoo SA. Job stress in the staff of tire factory. Journal of Birjand University of Medical Sciences. 2012; 19(2): 200-207. [Persian].

4-ZeighamiMohammadi Sh, AsgharzadehHaghighi S. Relation between job stress and burnout among nursing staff. Scientific Journal of Hamadan Nursing & Midwifery .2011; 19(2): 42-49. [Persian].

5-Kabirzadeh A, Mohsenisaravi B, Asghari Z, Bagherianfarahabadi E, Bagerzadehladari R. Ebrahim. Rate of general health, job stress and factors in medical records workers. Journal of Health Information Management 2007; 4(2): 215-2. [Persian]

6-Ghasemi SA, Attar M, Investigation intensity of nurses occupational stressors at Babol, Sari,Behshahr. Betsa. 2008;2(1):1-7.[Persian]

7-Roberts R, Golding J, Towell T, Reid S, Woodford S, Vetere A et all. Mental and physical health in students: The role of economic circumstances. British Journal of Health Psychology (2000). 5(3): 289-297

8-Cole D, Nelson L. Stress at work: the relationship between hope and health in hospital nurse. Journal of Psychosocial Nursing .2001; 26 (4): 7-18

9-Bahrami A, Akbari H, Mousavi S, Hannani M, Ramezani Y. Job stress among the nursing staff of Kashan hospitals. Journal of Kashan University of Medical Sciences (FEYZ). 2011; 15 (4):366-373. [Persian].

10-Nelson DL, Simmons Bl. Stress at work: The relationship between hope and health in hospital nurses. Journal of

Health Care Manage Review. 2001; 26 :7-18.

11-Hosseini Z, Moeini B, Hazavehei SMM, Aghamollai T, Moghimbeigi A. Effect of educational stress management, based on precede model, on job stress of nurses. Hormozgan Medical Journal. 2011; 3 (15):200-208. [Persian].

12-Noorbala AA, Mohammad K, Bagheri Yazdi SA, Yasami MT. Study of mental health status of individuals above 15 years of age in Islamic Republic of Iran in the year 1999. Hakim Research Journal. 2002; 5(1): 1-10. [Persian]

13-Faraji O ,Valiee S , Moridi G , Ramazani AA ,Rezaei Farimani. Relationship between job characteristic and job stress in nurses of Kurdistan University of Medical Sciences educational hospitals. Journal of Nursing Research.2011;7(25):54-63[Persian].

14-Teimury F. Occupational stress in nurses. Journal of nursing Army.2011; 11(1):32-35[Persian].

15-George, M. How intelligent are you…really? From IQ to EQ to SQ, with a little intuition along the way. Training and Management Development Methods. 2006; 20(4), 425-36.

16-Zohar D, Marshall 1. Spiritual intelligence: the ultimate intelligence. New York, NY. USA: Bloomsbury. 2000

17-Emmons R. A. Is spirituality an intelligence? Motivation, cognition and the psychology of ultimate concern. The international Journal for the psychology of Religion 2000; 10(1), 3-26.

18-Elkins M. Cavendish R. Developing a plan for pediatric spiritual care. Holistic Nursing practice 2004; 18 (4):179-86.

19-McGuire M. B. Health and spirituality as contemporary concern, Annals of the American Academy of Political & Social science, 1993:144-55.

20-Baezzat F, Sharifzadeh,H. Relationship between spiritual intelligence and emotional intelligence with job stress in university employees quarterly. Journal of Career and Organizational Counseling.2012; 4(13):55-68[Persian].

21-Karimi Munaq H, Gazorani A, Vagheei S, Gholami H, Salehmoghadam A. Ashori A. Spiritual intelligence and

clinical competence. Journal of Sabzevar University of Medical Sciences. Health.2011; 18(2):132-139

22-Gholamali Lavasani M, Keyvanzade M, Arjmand N. Spirituality, job stress, organizational commitment, and job satisfaction among nurses in Tehran. Journal of Contemporary Psychology. 2008; 3(2): 61-73. [Persian]

23-Rezaei SH, Hosseini MA, Falahi M. Effect of communication skills teaching in job stress level among nurses occupying in rehabilitation center. Tehran University Medical Journal. 2006; 64(1): 21-26. [Persian]

24-Sisk D.A , Torrace E.P. Spiritual intelligence: Developing higher consciousness. Buffalo, NY: Creative Education Foundation Press. 2001.

25-Moeinei Z. The effects of training spiritual intelligence on existential anxiety and religious coping styles on college students. Master's thesis, unpublished, Islamic Azad University-Torbat-a- Jamm 2010. [Persian]

26-Noorian C, Parvin N, Mehrabi T. Evaluation of the relationship between occupational stress and general health condition in nurses working in Isfahan university hospitals 2005. Journal of Nursing, Midwifery Paramedical Sciences 2010; 5: 45-52.

27-Bousari M. Occupational burnout and some related factors in female nurses working at Zanjan educational hospitals in 2001. Journal of Zanjan University of Medical and Health Services 2002;10: 47-51.

28-Alavi-Arjmand N , Kashaninia ZM, Hosseini MA, Rezasoltani P. Effect of stress management on job stress and work-family conflict among nurses. Journal of Hayat 2012; 18: 81-91.

29-Harrisson M, Loiselle CG, Duquette A, Semenic SE. Hardiness, work support and psychological distress among nursing assistants and registered nurses in Quebec. Journal of Advanced Nursing.2002; 38: 584–91.

30-Samadi S, Golmohammadi A , Seyedahmadian M, RezapourT, Panahi H. The Relationship between Job Stress and occupational empowerment of nurses in selected military hospitals of the country .Journal of Police Medicine.2013;2(1):31-37[Persian].

31-Faribos B, Fatemeh A, Hamidreza H . The relationship between nurses' spiritual intelligence and happiness in Iran. Journal of Procedia Social and Behavioural Sciences.2010; 5: 1556-61.

32-Abdul Rani A, Abidin I, Hamid M. The impact of spiritual intelligence on work performance: case studies in government hospitals of east coast of Mala The Macro theme Review A multidisciplinary Journal of Global Macro Trends.2013;2(3):46-59.

33-Raisi M, Ahmari H, Heidari S, Jafarbegloo E, Abedini Z, Bathaie A.Relationship between spiritual intelligence, happiness and academic achievement in students of Qom University of Medical Sciences Iranian. Journal of Medical Education.2013;13(5):435-40[Persian].

34-Healy C, McKay F. Nursing stress: The effects of coping strategies and job satisfaction in a sample of Australian nurses. Journal of Advanced Nursing 2000; 31: 681-88.

35-Peiman Pak F, Mansur L, Sadeghi M , Purebraham T.The relationship of job stress with marital satisfaction and mental health in nurses of Tehran hospitals quarterly. Journal of Career & Organizational Counseling. 2012; 4(13): 27- 54 [Persian].

36-Barzyde M, Choobineh A, Tabatabai H. Aspects of occupational stress and its relation to the public health nurses. Journal of Occupational Medicine Specialist.2012;4(3):17-27[Persian].

37-Sapta A Hermawan A, Hubeis M .Training of emotional intelligence and spiritual intelligence to organizational commitment and job satisfaction. International Journal of Information Technology and Business Management.2013;11(1):40-55.

Effects of spiritual intelligence training on nurses' job stress

Gholamhossein Mahmoudirad , Fateme Bagherian ■

Mahmoudirad G.
PhD. Nursing. Assistant Professor-School of Nursing and Midwifery,Iran University of Medical Sciences, Tehran, Iran
Birjand University of Medical Sciences, Birjand, Iran

■ **Corresponding author:**
Bagherian F.
MSc.Medical-Surgical Nursing. Medical- Surgical Dept., School of Nursing and Midwifery,University of Medical Sciences, Tehran, Iran
Address: fatemehbagherian19@yahoo.com

Introduction: Job stress in nursing staff is an effective factor that decrease job competency and resulted to nursing care deliver non-effectively. But, applying spiritual intelligence could be decreased job stress and resulted to job satisfaction.

Aim: This study was done for determining effects spiritual intelligence training on nurses' job stress.

Method: This study was one group pre and post experimental and control group design that was done 2014. Sample size was(94) nurses who worked in Vali- e- Aser Hospital in Birjand province. They were selected based on units and then allocated to two groups (case/control) randomly. Data gathering was done by nurses stress scale's Taft and Anderson (1981) (NSS). After twelve training workshops for case group for two months; data gathered immediately after the end of workshop and after one month in two groups' pre and post intervention. Data were analyzed by descriptive and inferential statistics tests (ANOVA one way, t-test, repeated measurement) in $SPSS_{16}$.

Results: Findings showed that two groups were matched and there was no significant difference between two groups before intervention ($P = 0.68$) in their job stress. After intervention, the mean of job stress decreased in case group ($p \leq 0.05$); so, before intervention mean of job stress was (44/91± 11/22), and after intervention was (40/43 ± 9/06). ANOVA test in control group showed that mean job stress before, after and one month after intervention no changed ($p = 0.67$). But this repeated measurement test in case group showed that the mean of job stress were decreased significantly ($p = 0.02$) along the time.

Conclusion: Because of job stress is situational, it may be after long time changed and increased, and so, training must be continued all over time by nurse managers for spiritual intelligence behaviors.

Key words: job Stress, nurses stress scale (NSS), Taft and Anderson, spiritual intelligence

Nursing Management

Quarterly Journal of Nursing Management

Fourth Year,Vol 4, No1, Spring 2015