

The Effect of Educational Intervention Based on Health Belief Model on Nurses' Stress Management in Intensive Care Units

ABSTRACT

Background and Objective: Stress is one of the main problems of nurses, which greatly affects their professional performance and their personal life and causes conflict between work and life. The purpose of this research was to identify the effects of Health Belief model-based training on nurses' occupational stress.

Materials and Methods: This is a Quasi-experimental study conducted on nurses. 45 nurses were randomly selected from special wards of a hospital as the interventional group and also 42 nurses from another hospital were randomly selected as the control group. Data gathering tool was included the Nursing Stress Scale (NSS) for determining nurses' occupational stress and HBM Model constructs questionnaire to determine the effect of educational intervention. Training program was carried out in three 2-hour sessions. Subjects were monitored for 1 month. Statistical analysis was performed before, and 1 month after training using SPSS software. Statistical tests including Chi-Square, independent t-test, Paired t-test, Kolmogorov-Smirnov were used in this study.

Results: Mean NSS score of the intervention group reduced from 107.311 ± 20.800 to 89.578 ± 23.352 after the training. Moreover, after training, the variables of perceived susceptibility, perceived severity, perceived benefits, cue to action, self-efficacy, and behaviors showed a significant increase and perceived barriers decrease in the intervention group compared to the control group ($P < 0.05$).

Conclusion: Results showed that the Health Belief Model for stress management education was effective in the reduction of nurses' stress level. Considering that behavioral and non-behavioral factors are effective in reducing stress; as a result, to change behavior of individuals, in addition to themselves, it is necessary to pay attention to the environment surrounding them and others influencing their behavior.

Keywords: Management, Occupational stress, Nurses, critical care unit, Health Belief Model

Paper Type: Research Article.

► **Citation (Vancouver):** Khazar N, Jalili Z, Nazary Manesh L. The Effect of Educational Intervention Based on Health Belief Model on Nurses' Stress Management in Intensive Care Units. *Iran J Health Educ Health Promot. Winter 2020*;7(4):300-311. [Persian]

► **Citation (APA):** Khazar N., Jalili Z., Nazary Manesh L. (Winter 2020). The Effect of Educational Intervention Based on Health Belief Model on Nurses' Stress Management in Intensive Care Units. *Iranian Journal of Health Education & Health Promotion.*, 7(4),300-311. [Persian]

Khazar Nahid

MSc in Health Education, Science and Research Branch, Islamic Azad University, Tehran, Iran

Jalili Zahra

Associate Professor, Dept of Health Education and Promotion, Science and Research Branch, Islamic Azad University, Tehran, Iran

Nazary Manesh Leila

Assistant Professor, Dept of Health Care Management, Science and Research Branch, Islamic Azad University, Tehran, Iran

Received: 04 January 2019

Accepted: 05 August 2019

DOI: 10.29252/ijhehp.7.4.300

تأثیر مداخله آموزشی مبتنی بر مدل اعتقاد بهداشتی بر مدیریت استرس شغلی پرستاران بخش‌های مراقبت ویژه

چکیده

زمینه و هدف: استرس از مشکلات اصلی پرستاران است که تأثیر زیادی بر عملکرد حرفه‌ای و زندگی شخصی آن‌ها گذاشته و موجب تعارض بین کار و زندگی می‌شود. هدف پژوهش حاضر تعیین تأثیر آموزش مبتنی بر مدل اعتقاد بهداشتی بر استرس شغلی پرستاران بود.

مواد و روش‌ها: تحقیق حاضر یک مطالعه نیمه تجربی است که در پرستاران انجام شد. بطور تصادفی ساده ۴۵ پرستار بخش ویژه یک بیمارستان به عنوان گروه مداخله و ۴۲ پرستار بیمارستان دیگر به عنوان گروه کنترل انتخاب شدند. ابزار گردآوری داده‌ها شامل پرسشنامه Nursing stress scale (NSS) جهت تعیین استرس شغلی پرستاران و پرسشنامه سازه‌های مدل اعتقاد بهداشتی به منظور تعیین تأثیر مداخله آموزشی بود. برنامه آموزشی در سه جلسه ۲ ساعته اجرا شد. نمونه‌ها به مدت یک ماه تحت نظر قرار گرفتند. تجزیه و تحلیل آماری قبل و یک ماه بعد از آموزش با استفاده از نرم افزار SPSS انجام شد. از آزمونهای آماری کای دو و تی استیودنت مستقل، تی استیودنت مزدوج و کالموگرووف-اسمیرنوف استفاده شد.

یافته‌ها: میانگین نمره استرس شغلی در گروه مداخله، بعد از آموزش از $20/800 \pm$ به $107/311 \pm$ به $23/352 \pm$ درک شده، منافع درک شده، خودکارآمدی و راهنمای عمل و رفتار افزایش معنی‌دار و موانع درک شده کاهش داشت ($P < 0/050$).

نتیجه‌گیری: استفاده از مدل اعتقاد بهداشتی جهت آموزش مدیریت استرس بر کاهش استرس پرستاران مؤثر می‌باشد. با توجه به اینکه عوامل رفتاری و غیررفتاری کاهش استرس بر سلامت افراد مؤثر است در نتیجه برای تغییر رفتار در افراد علاوه بر فرد باید به محیط پیرامون او و سایرینی که بر تغییر رفتار مؤثر هستند نیز توجه نمود.

کلید واژه: مدیریت، استرس شغلی، پرستاران، بخش مراقبت ویژه، مدل اعتقاد بهداشتی
نوع مقاله: مطالعه پژوهشی.

ناهد خزر

دانشجوی کارشناسی ارشد آموزش بهداشت، دانشگاه آزاد واحد علوم و تحقیقات تهران، تهران، ایران

زهرا جلیلی

دانشیار، گروه آموزش بهداشت و ارتقا سلامت، دانشکده علوم پزشکی، واحد علوم و تحقیقات، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران (نویسنده مسئول)

لیلا نظری منش

* استادیار، گروه مدیریت خدمات بهداشتی و درمانی، دانشکده علوم و فناوری‌های پزشکی، واحد علوم و تحقیقات، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران
نویسنده مسؤول:
Zahra.Jalili@gmail.com

◀ **استناد (ونکوور):** خزر، ن، جلیلی، ز، نظری منش ل. تأثیر مداخله آموزشی مبتنی بر مدل اعتقاد بهداشتی بر مدیریت استرس شغلی پرستاران بخش‌های مراقبت ویژه. *فصلنامه آموزش بهداشت و ارتقاء سلامت*. زمستان ۱۳۹۸؛ ۷(۴): ۳۰۰-۳۱۱.

◀ **استناد (APA):** خزر، ناهد؛ جلیلی، زهرا؛ نظری منش، لیلا. (زمستان ۱۳۹۸). تأثیر مداخله آموزشی مبتنی بر مدل اعتقاد بهداشتی بر مدیریت استرس شغلی پرستاران بخش‌های مراقبت ویژه. *فصلنامه آموزش بهداشت و ارتقاء سلامت*، ۷(۴): ۳۰۰-۳۱۱.

تاریخ دریافت: ۱۳۹۷/۱۰/۱۴

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۸/۰۵/۱۴

مقدمه

استرس به مجموعه واکنش‌های عمومی انسان نسبت به عوامل ناسازگار و پیش‌بینی نشده داخلی و خارجی اطلاق می‌گردد. بدین گونه که هرگاه تعادل داخلی یا خارجی از میان برود، استرس پدید می‌آید (۱).

آرنورد لازاروس (۱۹۸۴) به عنوان یکی از پیشگامان در عرصه استرس و سبک‌های مقابله‌ای، معتقد است که تنیدگی هنگامی اتفاق می‌افتد که نیازهایی در فرد بوجود آید که از منابع سازگارانه و هماهنگی فرد بسیار فراتر است (۲).

استرس شغلی عبارت‌است از پاسخ‌های هیجانی آزار دهنده‌ای که در صورت عدم تناسب بین خواسته‌ها و الزامات شغل با استعداد، منابع یا نیازهای کارکنان بروز می‌کند. استرس شغلی یکی از عوامل اصلی در کاهش بهره‌وری سازمان‌ها و ایجاد عوارض جسمی و روانی در پرسنل است (۳). طبق تعریف انستیتو ملی ایمنی و بهداشت آمریکا (NIOSH) استرس شغلی عبارت است از: پاسخ‌های حسی و جسمی در زمانی که نیازهای شغلی با توانایی‌ها، منابع و نیازهای کارمند مطابقت ندارد. علائم استرس شغلی در افراد مختلف، متفاوت است و به عوامل بی‌شماری از قبیل موقعیت و شرایط کاری مختلف، مدت زمان قرار گرفتن در معرض تنش و میزان تنش وارد شده به فرد بستگی دارد (۴). فشار روانی کم در زندگی روزمره باعث تحرک انسان شده و احساس کسالت را از زندگی انسان دور کرده در صورتیکه فشار روانی شدید و طولانی مدت موجب اثرات آسیب‌زای فیزیولوژی و روانشناختی می‌شود (۵). یکی از مهمترین منابع ایجاد کننده تنش در زندگی هر فرد شاغل، شغل وی می‌باشد. بر طبق تعریف کوپر، تنش شغلی نتیجه کنش متقابل میان فرد و محیط کار او تلقی می‌شود. تنش شغلی به عکس‌العمل شدید فیزیکی و احساسی فرد در برابر شرایط و محیط کار اطلاق می‌شود (۶).

پرستاران بخش‌های ویژه در مقایسه با پرستاران شاغل در بخش‌های عمومی، با استرس بیشتری مواجه هستند که آگاهی و اقدام مناسب سبب افزایش بهداشت روانی و رضایت شغلی این گروه

می‌شود. بررسی‌ها در ایران نشان داده است که پرستاران تطابق و سازگاری موثری جهت مقابله با تنیدگی شغلی ندارند و میزان فرسودگی شغلی پرستاران در ایران بالاتر از میزان استاندارد جهانی گزارش شده است (۷). به طور کلی استرس شغلی باعث کاهش کارایی پرستاران در انجام مراقبت‌های بالینی به ویژه در بین پرستاران شاغل در بخش‌های ویژه می‌گردد. این پرستاران بعلت مواجه بودن با استرس‌های متعدد از جمله بیماران بد حال و نیازمند ونتیلاتور، ناپایدار بودن وضعیت بیماران، تزریق داروهای حساس از جمله دوپامین، کنترل مداوم علائم حیاتی و سطح هوشیاری و ناپایدار بودن آن در بیماران، جلوگیری از ایجاد زخم بستر و... تنش بیشتری دارند (۷). در اصل حرفه پرستاری دارای ماهیت استرس‌زایی است و این تنش به یک مشکل عمده برای پرستاران تبدیل شده و بر کیفیت زندگی و سلامت آن‌ها تأثیر گذاشته است (۷). مدیریت استرس به فرآیندی اطلاق می‌شود که برای مهار ناهماهنگی ادراک شده بین ملزومات و منابع در یک موقعیت استرس‌زا جهت کنار آمدن استفاده می‌شود (۸). مدیران باید در برنامه‌ریزی‌های خود برنامه مدیریت استرس برای کارکنان را به عنوان یک اولویت برای جلوگیری از فرسودگی آنان قرار دهند. در این راستا مدیریت استرس توانایی افراد را برای کاهش تنش و سازگاری مناسب با موقعیت‌های تنش‌زا افزایش می‌دهد. بعضی از راهبردهای مقابله با استرس عبارتند از آرام‌سازی، مدیریت زمان، مدیریت فشارهای کاری و شغلی، آموزش رفتار جرات‌آموزی، مقابله با افکار غیرمنطقی، حل مسئله، ورزش و تغذیه می‌باشد (۸).

با توجه به اهمیت مدیریت استرس در پرستاران، در تحقیق حاضر از مدل اعتقاد بهداشتی جهت طراحی برنامه تاثیرگذار آموزشی استفاده شده است. این مدل بدلیل باور محور بودن، یکی از موثرترین مدل‌ها برای بررسی عوامل روانشناختی مانند استرس می‌باشد. این مدل بر روی تغییر در باورها تمرکز دارد بدین سان که تغییر در باورها منجر به تغییر در رفتارها می‌شود چرا که رفتار فرد تابعی از دانش و نگرش اوست (۹).

در مطالعات قبلی انجام شده در زمینه مدیریت استرس از مدل

سازه‌های مدل اعتقاد بهداشتی و همچنین مقیاس استرس پرستاری استاندارد شده (۱۰) بکار گرفته شد.

پرسشنامه: مربوط به اطلاعات دموگرافیک شامل سن، جنس، وضعیت تاهل، مقطع تحصیلی، سابقه کار، بخش کاری و بیمارستان محل خدمت بود.

پرسشنامه محقق ساخته بر اساس سازه‌های مدل اعتقاد بهداشتی بر اساس مقیاس لیکرت به صورت کاملاً موافق و کاملاً مخالف برای سازه‌های مدل اعتقاد بهداشتی تنظیم شد.

مقیاس استرس پرستاری: (NSS) (The Nursing Stress Scale)

توسط گری تافت و اندرسون در سال ۱۹۸۱ طراحی شده، و میزان استرس شغلی در پرستاران را بدست می‌دهد. این ابزار بر اساس مقیاس لیکرت به صورت هرگز استرس‌زا نیست (۱ امتیاز) تا همیشه استرس‌زا است (۴ امتیاز) تنظیم شده است. مجموع امتیازات آن بین ۳۴ تا ۱۳۶ است که نمره کمتر یا مساوی ۶۸ استرس کم، ۶۹ تا ۱۰۳ استرس متوسط و بیشتر یا مساوی ۱۰۴ استرس زیاد طبقه بندی می‌شود. این ابزار شامل ۳۴ عبارت است که در ۷ حیطه: رنج و مرگ بیمار (۷ عبارت)، تعارض با پزشکان (۵ عبارت)، عدم آمادگی کافی (۳ عبارت)، کمبود منابع حمایتی (۳ عبارت)، تعارض با دیگر پرستاران (۵ عبارت)، فشار کاری (۶ عبارت) و عدم اطمینان از درمان (۵ عبارت) تنظیم شده است (۱۰).

جهت تعیین روایی، ابزارها به پست الکترونیکی ۹ نفر از متخصصان آموزش بهداشت و ارتقای سلامت ارسال شد و سپس جمع‌بندی نظرات صورت گرفت که ابزارها از نظر CVR (Content Validity Ratio) = ۰/۸۱ و CVI (Content Validity Index) = ۰/۸۸ در محدوده قابل قبول مورد تایید قرار گرفت. جهت تعیین پایایی، ابزارها در جامعه پژوهش به ۲۰ نفر از پرستاران که جزء جامعه پژوهش بوده اما جزء نمونه‌ها نبودند داده شد. پس از جمع‌آوری ابزارها، پایایی با نرم افزار SPSS Version 18 و به روش آلفا کرونباخ محاسبه شد که ضریب بدست آمده برابر با بود. از آنجایی که به ازای، آزمون از پایایی قابل قبولی برخوردار است (۱۰) مقدار فوق در بازه مورد نظر قرار داشته و پرسشنامه دارای پایایی مطلوبی

پرسید استفاده شده است (۴، ۱۰) که در آنها بر عوامل بیرونی در مدیریت استرس تاکید شده است در حالی که در مطالعه حاضر از مدل اعتقاد بهداشتی بهره گرفته شده است که در آن به سازه خودکارآمدی به عنوان یک عامل درونی که یکی از عوامل موثر در کنترل استرس افراد می‌باشد، توجه شده است. بنابراین مطالعه حاضر با هدف تعیین تاثیر مداخله آموزشی مبتنی بر مدل اعتقاد بهداشتی بر مدیریت استرس شغلی پرستاران بخش‌های ویژه بیمارستان‌های خصوصی شهر تهران در سال ۹۷-۱۳۹۶ انجام شد.

روش تحقیق

مطالعه حاضر یک مطالعه‌ی مداخله‌ای از نوع نیمه تجربی قبل و بعد با گروه کنترل می‌باشد که در آن تاثیر مداخله آموزشی بر اساس مدل اعتقاد بهداشتی در پرستاران بخش‌های مراقبت ویژه ۲ بیمارستان خصوصی شهر تهران سنجش شده است. با توجه به مطالعه مشابه برای متغیر مورد مطالعه، میانگین استرس شغلی ۴۲/۴۵ با انحراف معیار ۱۱/۲۷۵ در گروه مداخله و میانگین استرس شغلی ۳۵/۶۱ با انحراف معیار ۱۰/۱۸۴ در گروه کنترل، ضریب اطمینان ۹۵٪ و توان آزمون ۸۰٪ و خطای نوع اول ۰/۰۵ می‌باشد (۱۰) و با در نظرگرفتن ریزش ۲۰٪ نمونه‌ها، تعداد ۵۰ نفر نمونه برای هرکدام از دو گروه بصورت تصادفی در نظر گرفته شد.

جامعه پژوهش شامل تمامی پرستاران شاغل در بخش‌های ویژه بیمارستان‌های خصوصی شهر تهران بود. در این خصوص لیست بیمارستان‌های خصوصی شهر تهران تهیه شد که شامل ۶۳ بیمارستان بود. از این تعداد، ۵۶ بیمارستان دارای بخش ویژه بودند که به صورت تصادفی بیمارستان پارسیان به عنوان مداخله و بیمارستان بهمن بعنوان کنترل تعیین شد. نمونه‌ها از میان لیست پرستاران شاغل در بخش‌های مراقبت ویژه هر دو بیمارستان، که به طور همزمان در دو بیمارستان مشغول به فعالیت نبودند، بصورت تصادفی ساده انتخاب شدند.

در این مطالعه سه ابزار اندازه‌گیری شامل پرسشنامه مربوط به اطلاعات دموگرافیک، پرسشنامه پژوهشگر ساخته بر اساس

می‌باشد. پس از تایید روایی و پایایی ابزارها و هماهنگی با ریاست و مدیریت پرستاری و برنامه‌ریزی با سوپروایزر آموزشی هر دو بیمارستان منتخب جهت اجرای مطالعه اقدامات لازم انجام گرفت. بخش‌های CCU, ICU, NICU بعنوان بخش منتخب انتخاب شد و از بین پرستاران شاغل در این بخش‌ها، آنهایی که معیارهای ورود که شامل: پرستاران شاغل در بخشهای ویژه، نداشتن بیماریهای روانی و افسردگی که تحت درمان بوده و با پژوهش تداخل داشته باشند. عدم مصرف هرگونه داروهای آرامبخش، پرستاران چرخشی تمام شیفت‌ها، سابقه کار حداقل یکسال و معیارهای خروج شامل: عدم تکمیل فرم رضایت آگاهانه، عدم حضور بیش از یک جلسه در کلاس‌های آموزشی، انتقال پرستاران از بخش ویژه به بخش‌های دیگر را داشتند و حاضر به همکاری بودند بصورت تصادفی ساده انتخاب شدند. به شرکت‌کنندگان در خصوص محرمانه بودن اطلاعات و عدم نیاز به ذکر نام در ابزارها اطمینان داده شد. پس از جلب همکاری شرکت‌کنندگان، ابزارها در شیفت‌های کاری پرستاران در اختیار آنها قرار گرفت. بدلیل بالا بودن تعداد بیماران، کم بودن نیرو در شیفت‌ها و بالا رفتن حجم کاری از پرستاران خواسته شد در زمان استراحت و یا در منزل اقدام به پرکردن ابزارها نمایند. از نمونه‌ها شماره تلفن تماس گرفته شد تا هم جهت تشکیل کانال آموزشی در شبکه‌های مجازی برای اعضا استفاده شود و هم در صورت نقص در پر کردن ابزارها تلفنی مبادرت به تکمیل آنها شود. بدین ترتیب، جمع‌آوری داده‌ها حدوداً یکماه بطول انجامید.

بعد از ارزیابی‌های اولیه و کدبندی، با استفاده از نرم‌افزار داده‌های حاصل از پیش‌آزمون مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. بر اساس نتایج بدست آمده از پیش‌آزمون، مداخله آموزشی مبتنی بر مدل اعتقاد بهداشتی و با تاکید بر سازه‌های شدت درک شده، راهنمای عمل، خودکارآمدی و رفتار آغاز شد. جهت تهیه محتوای آموزشی از نتایج حاصل از مرحله پیش‌آزمون و مشورت با تیم پژوهش، استفاده گردید. بعد از هماهنگی با سرپرستاران بخش‌ها و با توجه به برنامه ماهانه نمونه‌ها تاریخ‌های برگزاری جلسات آموزش تعیین شد و از شرکت‌کنندگان دعوت شد که در تاریخ

تعیین شده در جلسات آموزشی شرکت کنند. همچنین با توجه به چرخشی بودن شیفت‌ها و یا احتمال مرخصی رفتن پرستارانی که در تاریخ مشخص شده حضور نداشتند، تاکید شد که در جلسه مشابه که برای بخش ویژه دیگر برگزار می‌شود شرکت کنند. جلسات آموزشی برای هر بخش ویژه به تفکیک برای پرستاران صبح‌کار، عصرکار و شب‌کار و برای هر گروه ۳ جلسه ۲ ساعته آموزش با توجه به محتوای آموزشی تعیین شده برگزار گردید تا تمامی نمونه‌ها کاملاً از آموزش‌های یکسانی برخوردار شوند. محتوای جلسات آموزشی شامل: تعاریف استرس، انواع استرس، انواع روش‌های مدیریت استرس، روش نوشتن موارد استرس‌زا، نحوه انجام تمرینات تنفسی، مدیریت زمان و اجرای روش آرام‌سازی بود که بصورت سخنرانی، پرسش و پاسخ، نمایش عملی، بحث گروهی و بارش افکار انجام گرفت. سعی شد جلسات آموزشی با توجه به سازه‌های مدل اعتقاد بهداشتی با افزایش حساسیت و شدت درک شده‌ی موضوع در نمونه‌ها، برجسته‌سازی منافع استفاده از آموزش‌ها و کاهش تاثیر موانع و با کمک گرفتن از افراد موثر شامل دوستان و همکاران و حضور مسئولین بیمارستان در جلسات به تغییر رفتار و افزایش مدیریت استرس منتهی شود.

همچنین در خلال برگزاری کلاس‌های آموزشی در یکی از شبکه‌های مجازی (واتس‌آپ) گروهی تشکیل شد که مطالبی در خصوص استرس و مدیریت استرس در راستای محتوای آموزشی در اختیار شرکت‌کنندگان قرار داده شد و از این طریق موجبات تقویت راهنمای عمل در بین پرستاران فراهم شد. همچنین هر هفته پیام آموزشی در خصوص استرس و مدیریت استرس در برهه‌های رنگی جهت نصب روی برد آموزشی به بخش‌های ویژه تحویل داده شد و جهت تاکید بیشتر بر مطالب آموزشی کلاس‌ها پمفلت مدیریت استرس تهیه و به تعداد نمونه‌ها تحویل افراد داده شد. به‌علاوه، در بین شیفت‌ها با مراجعه به بخش‌های ویژه توصیه به انجام راهکارهای مدیریت استرس در زمان شیفت کاری و استراحت شد. در خصوص انجام تکنیک‌های تنفسی و آرام‌سازی با شرکت‌کنندگان بصورت عملی در هر جلسه تمرین شد و روش

برای مقایسه متغیرهای دموگرافیک در دو گروه مداخله و کنترل از آزمون کای دو استفاده شد (جدول ۱)

جدول ۱. مقایسه متغیرهای دموگرافیک در دو گروه مداخله و کنترل

نتیجه مقایسه	درجه آزادی	متغیر
همگن	۰/۸۴۵	رده سنی
همگن	۰/۴۸۴	جنسیت
همگن	۰/۱۱۱	وضعیت تأهل
همگن	۰/۴۳۵	سطح تحصیلات
همگن	۰/۷۴۸	سطح تحصیلات همسر
همگن	۰/۸۲۵	سمت در بخش
همگن	۰/۸۲۶	نوبت کاری
همگن	۰/۳۶۱	تعداد شب کاری در ماه
همگن	۰/۴۰۲	نام بخش
همگن	۰/۰۶۴	دوره کار در بخش ویژه

نتایج بیان شده در جدول یک نشان می‌دهد که گروه‌های مداخله و کنترل در تمامی متغیرهای دموگرافیک همگن می‌باشند.

جهت بررسی سازه‌های مدل در ابتدا برای تصمیم‌گیری در مورد استفاده از آزمون‌های پارامتریک یا ناپارامتریک از آزمون آماری کولموگروف-اسمیرنوف استفاده شده است. نتایج حاصل از این آزمون آماری در جدول ۲ ارائه شده است.

جدول ۲. توزیع شرکت‌کنندگان به تفکیک سازه‌های مدل اعتقاد بهداشتی در دو گروه

متغیر	گروه مداخله		گروه کنترل	
	پیش آزمون	پس آزمون	پیش آزمون	پس آزمون
حساسیت درک شده	۰/۸۶۹۰	۰/۲۴۶۲	۰/۸۶۸۸	۰/۴۲۰۵
شدت درک شده	۰/۲۵۰۹	۰/۶۱۵۴	۰/۱۷۳۰	۰/۲۵۳۳
منافع درک شده	۰/۳۹۰۶	۰/۱۸۹۳	۰/۸۱۸۱	۰/۵۹۸۷
موانع درک شده	۰/۲۹۹۵	۰/۰۶۸۵	۰/۰۵۰۰	۰/۰۵۲۵
خودکارآمدی	۰/۱۹۵۱	۰/۱۸۵۶	۰/۷۴۳۶	۰/۱۶۸۵
راهنمای عمل	۰/۹۵۶۶	۰/۲۳۰۳	۰/۰۶۱۱	۰/۴۱۲۷
رفتار (مدیریت استرس)	۰/۲۷۱۷	۰/۵۶۳۷	۰/۹۰۶۲	۰/۴۰۳۷

ایفای نقش با مشارکت خودشان جهت اجرا برای دیگر اعضا و تمرین مجدد استفاده شد. تمام مطالب آموزش داده شده در جزوه‌ای با عنوان مدیریت استرس در اختیار پرستاران بخش‌های مراقبت ویژه گذاشته شد که در صورت تمایل به مرور مطالب دسترسی داشته باشند. یک ماه پس از پایان جلسات آموزش از نمونه‌ها در گروه مداخله و کنترل پس آزمون بعمل آمد که برخی از شرکت کنندگان از پرکردن فرم‌های پرسشنامه امتناع کردند و تعدادی هم به دلیل استعفا و یا تغییر بخش از بخش ویژه به عادی از نمونه‌ها خارج شدند و در نهایت تعداد ۴۵ ابزار از گروه مداخله در مرحله پس آزمون جمع‌آوری شد. در گروه کنترل نیز بعد از هماهنگی با مسئولین بیمارستان مربوطه و با همکاری سوپروایزر آموزشی همزمان با گروه مداخله از افرادی که شرایط ورود را داشتند پیش آزمون گرفته شد و یکماه بعد همزمان با گروه مداخله پس آزمون بعمل آمد که در آنجا هم مشکلات مشابه وجود داشت و تعداد ۴۲ پرسشنامه بدست آمد. برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از آمار توصیفی و آزمون‌های کای دو، آزمون تی مستقل، آزمون تی زوجی، و آزمون کولموگراف-اسمیرنوف استفاده شد.

بعد از اتمام پژوهش برای گروه کنترل نیز کلاس‌های آموزش مدیریت استرس برگزار شد و مواد آموزشی در بین نمونه‌ها توزیع شد. پژوهش حاضر با شناسه IR.IAU.SRB.REC.1397.010 مصوبه اخلاق در پژوهش را دریافت کرده است.

یافته‌ها

طبق نتایج حاصله در زمینه اطلاعات دموگرافیک، گروه مداخله شامل ۴۵ نفر (۷/۵۱٪) و گروه کنترل شامل ۴۲ نفر (۳/۴۸٪) شرکت کننده در پژوهش می‌باشند. بیشترین فراوانی‌ها در گروه سنی ۴۰-۵۰ سال، در جنس زن، افراد متأهل، تحصیلات لیسانس، تحصیلات همسر در مقطع لیسانس، سمت پرستار، شیفت در گردش، گذراندن دوره بخش‌های ویژه تا ابتدای سال ۱۳۹۱ در هر دو گروه، دیده شد. وضعیت استخدامی تمامی ۸۷ نفر شرکت کننده در این پژوهش، قراردادی بوده است.

جدول ۲ نشان می‌دهد که در تمامی موارد فوق، مقدار از بزرگتر بوده و بنابراین توزیع داده‌های هر دو گروه مداخله و کنترل در هر دو مرحله پیش‌آزمون و پس‌آزمون، تابع توزیع نرمال می‌باشد و در نتیجه بایستی از آزمون‌های پارامتریک استفاده نمود.

جدول ۳. نتایج آزمون آماری تی- استیودنت مستقل در مراحل پیش‌آزمون و پس‌آزمون

مرحله	متغیر	گروه مداخله		گروه کنترل	
		میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
پیش‌آزمون	حساسیت درک شده	۲۷/۸۲۲	۴/۳۸۱	۲۸/۰۹۵	۴/۶۲۱
	شدت درک شده	۱۳/۹۷۸	۲/۰۷۲	۱۴/۰۰۰	۱/۹۶۳
	منافع درک شده	۲۸/۸۶۷	۴/۱۴۳	۲۸/۲۳۸	۵/۰۵۰
	موانع درک شده	۲۱/۰۶۷	۲/۷۳۴	۲۰/۵۲۴	۲/۹۰۷
	خودکارآمدی	۲۰/۴۰۰	۳/۸۸۱	۲۰/۵۰۰	۴/۷۹۵
	راهنمای عمل	۱۸/۹۳۳	۵/۳۹۹	۲۰/۵۲۴	۶/۳۶۴
	رفتار (مدیریت استرس)	۲۶/۲۸۹	۴/۵۳۶	۲۵/۸۵۷	۴/۶۳۶
	NSS	۱۰۷/۳۱۱	۲۰/۸۰۰	۱۰۷/۹۷۶	۲۵/۹۱۳
پس‌آزمون	حساسیت درک شده	۳۱/۱۳۳	۳/۲۱۶	۲۸/۳۸۱	۴/۹۸۸
	شدت درک شده	۱۷/۰۰۰	۲/۲۹۶	۱۴/۴۲۹	۲/۰۷۴
	منافع درک شده	۳۰/۹۳۳	۳/۱۰۰	۲۸/۶۹۰	۵/۵۹۰
	موانع درک شده	۲۰/۸۶۷	۲/۴۷۳	۲۰/۲۳۸	۲/۵۵۵
	خودکارآمدی	۲۲/۶۲۲	۲/۸۷۱	۲۱/۲۸۶	۴/۰۲۰
	راهنمای عمل	۲۴/۳۷۸	۲/۹۳۳	۲۱/۴۵۲	۶/۶۹۶
	رفتار (مدیریت استرس)	۳۱/۱۳۳	۳/۰۴۲	۲۶/۲۱۴	۵/۵۳۷
	NSS	۸۹/۵۷۸	۲۳/۳۵۲	۱۰۴/۵۲۴	۲۵/۸۰۶

بر اساس جدول ۴، نتایج نشان داد که میانگین تمامی متغیرها پس از آموزش تغییر یافته است و در گروه کنترل، تغییری در هیچ‌یک از متغیرها دیده نمی‌شود.

با توجه به جداول ۳ و ۴، برای متغیر NSS در مرحله پیش‌آزمون میانگین نمره استرس دو گروه در محدوده استرس زیاد قرار دارد در حالی که بعد از برگزاری مداخله آموزشی میانگین نمره استرس گروه مداخله به محدوده استرس متوسط کاهش یافته که نشان دهنده تاثیر مداخله آموزشی می‌باشد.

مطابق جدول ۳ در مرحله پیش‌آزمون مقایسه اختلاف میانگین تمامی متغیرها در دو گروه با هم معنادار نیست. اما در مرحله پس‌آزمون فقط میانگین متغیر موانع درک شده در دو گروه با هم یکسان بوده و میانگین سایر متغیرها تغییر یافته است.

برای بررسی امکان وجود اختلاف بین میانگین مراحل پیش‌آزمون و پس‌آزمون در هر یک از گروه‌های مداخله و کنترل، از آزمون تی‌استیودنت مزدوج استفاده شده است. نتایج این آزمون در جدول ۴ آمده است.

جدول ۴: نتایج آزمون آماری تی- استیودنت مزدوج در گروه‌های مداخله و کنترل

گروه	متغیر	میانگین پیش آزمون	میانگین پس آزمون	آیا میانگین تغییر یافته است؟
گروه مداخله	حساسیت درک شده	۲۷/۸۲۲	۳۱/۱۳۳	بلی
	شدت درک شده	۱۳/۹۷۸	۱۷/۰۰۰	بلی
	منافع درک شده	۲۸/۸۶۷	۳۰/۹۳۳	بلی
	موانع درک شده	۲۱/۰۶۷	۲۰/۸۶۷	بلی
	خودکارآمدی	۲۰/۴۰۰	۲۲/۶۲۲	بلی
	راهنمای عمل	۱۸/۹۳۳	۲۴/۳۷۸	بلی
	رفتار (مدیریت استرس)	۲۶/۲۸۹	۳۱/۱۳۳	بلی
	NSS	۱۰۷/۳۱۱	۸۹/۵۷۸	بلی
گروه کنترل	حساسیت درک شده	۲۸/۰۹۵	۲۸/۳۸۱	خیر
	شدت درک شده	۱۴/۰۰۰	۱۴/۴۲۹	خیر
	منافع درک شده	۲۸/۲۳۸	۲۸/۶۹۰	خیر
	موانع درک شده	۲۰/۵۲۴	۲۰/۲۳۸	خیر
	خودکارآمدی	۲۰/۵۰۰	۲۱/۲۸۶	خیر
	راهنمای عمل	۲۰/۵۲۴	۲۱/۴۵۲	خیر
	رفتار (مدیریت استرس)	۲۵/۸۵۷	۲۶/۲۱۴	خیر
	NSS	۱۰۷/۹۷۶	۱۰۴/۵۲۴	خیر

بحث

بهداشت بر اساس مدل اعتقاد بهداشتی بر رفتارهای پیشگیری کننده از مصرف خودسرانه داروها در مادران باردار شهر اراک " نتایج نشان داد هر چه حساسیت درک شده بالاتر باشد، عملکرد افراد بهتر می‌شود (۱۲).

در مطالعه حاضر، میانگین نمره سازه شدت درک شده در گروه مداخله بعد از آموزش بر اساس مدل اعتقاد بهداشتی نسبت به گروه کنترل افزایش معنی‌دار داشت.

در مطالعه‌ای که توسط کارتال و همکاران در ترکیه در سال ۲۰۰۷ بر روی بیماران دیابتی با استفاده از مدل اعتقاد بهداشتی انجام شد، افزایش نمره تهدید درک شده (مشمول بر سازه‌های شدت و حساسیت درک شده) بلافاصله بعد از آموزش گزارش شد (۱۳). در پژوهش بهمنی و همکاران (۱۳۹۴) با عنوان " اثر آموزش مبتنی بر مدل اعتقاد بهداشتی بر میزان مشارکت زنان روستایی در انجام آزمایش پاپ اسمیر " نتایج نشان داد در مقایسه

نتایج پژوهش حاضر که با هدف تاثیر مداخله آموزشی بر اساس مدل اعتقاد بهداشتی بر مدیریت استرس شغلی پرستاران انجام گرفته است، نشان داد که آموزش موجب افزایش نمرات سازه‌های مدل و کاهش نمره استرس شده است.

میانگین نمره سازه حساسیت درک شده در گروه مداخله بعد از آموزش نسبت به گروه کنترل افزایش معنی‌دار داشت. این نتیجه نشان می‌دهد که آموزش بر اساس مدل اعتقاد بهداشتی بر افزایش نمره عامل حساسیت درک شده موثر بوده است که موجب شد پرستاران در نتیجه آموزش خود را حساس در مقابل خطر عوارض استرس شغلی بدانند. در پژوهش ضیایی و همکاران با عنوان " تاثیر مداخله آموزشی مبتنی بر مدل اعتقاد بهداشتی در ارتقاء رفتارهای تغذیه‌ای زنان باردار " پس از آموزش میانگین نمره سازه حساسیت درک شده در گروه آزمون به طور معناداری افزایش یافته بود (۱۱). در مطالعه شمسی و همکاران با عنوان " بررسی تاثیر برنامه آموزش

میانگین نمرات سازه‌های مدل در دو گروه آزمون و گروه کنترل در سازه شدت درک شده اختلاف معنی داری وجود داشت (۱۴). در تحقیق معینی و همکاران با عنوان "نقش استرس در آمادگی برای درمان وابستگی به مواد مخدر بر مبنای مدل اعتقاد بهداشتی" بین سازه شدت درک شده در مورد تاثیر استرس با میزان آمادگی معتادان برای درمان رابطه معنی داری یافت شد. به طوری که با افزایش میزان شدت درک شده میزان آمادگی درمان وابستگی به مواد افزایش می‌یافت (۹). در پژوهش حاضر نیز افزایش میزان شدت درک شده با اتخاذ رفتارهای مدیریت استرس ارتباط داشت. در پژوهش حاضر میانگین نمره سازه منافع درک شده در گروه مداخله بعد از آموزش نسبت به گروه کنترل افزایش معنی دار داشت. به نظر می‌رسد برنامه آموزشی حاضر به صورت پرسش و پاسخ و بحث گروهی و انجام عملی روش‌های مدیریت استرس توانسته است به خوبی منافع اتخاذ رفتارهای مدیریت استرس را برای پرستاران روشن کند. در پژوهشی که توسط پارک و همکاران در سال ۲۰۰۵ با عنوان تاثیر یک برنامه متمرکز شناخت احساسات برای افزایش مشارکت عمومی در غربالگری پاپ اسمیر انجام شد، نتیجه نشان داد که آموزش فردی تاثیر مناسبی در افزایش میانگین نمره منافع درک شده زنان گروه آزمایش نسبت به گروه شاهد در برنامه غربالگری سرطان دهانه رحم داشته است (۱۵). در تحقیقی که توسط رحیمی و همکاران با عنوان "ارتقای رفتارهای پیشگیری کننده از بیماری های قلبی - عروقی با استفاده از مدل اعتقاد بهداشتی، در زنان مراجعه کننده به مراکز بهداشتی درمانی شهر قم" انجام شد، مقایسه نمره منافع درک شده پس از اجرای مداخله آموزشی نشان داد که اگرچه در گروه آزمون افزایش معنی دار یافته بود، ولی این تفاوت نسبت به گروه کنترل معنی دار نبوده و نتیجه گرفتند که نیاز به تلاش بیشتر در اجرای مداخلات آموزشی و افزایش ادراکات زنان در این خصوص است (۱۶). در مطالعه شمسی و همکاران وضعیت درک افراد از منافع مصرف صحیح داروها بعد از مداخله آموزشی در گروه تجربی نسبت به گروه کنترل به مراتب افزایش نمره بیشتری پیدا کرد (۱۲). همچنین در

مطالعه شریفی راد نتیجه نشان داد که بین منافع درک شده و دوری از سیگار کشیدن در بین نوجوانان رابطه مثبت وجود داشت (۱۷) که در هر دو مطالعه بیشترین منافع درک شده مربوط به احساس سالم زیستن بوده است. کایرآماندا و همکارانش در سال ۲۰۱۰ مطالعه‌ای با عنوان تاثیر مدل اعتقاد بهداشتی در پیش بینی قصد انجام آزمایش ژنتیک برای سرطان کولورکتال بر روی ۲۱۹ زن و ۳۳۹ مرد آمریکایی انجام دادند که میانگین نمره منافع درک شده بعد از آموزش افزایش معنی داری یافت (۱۸).

نتایج پژوهش کنونی نشان داد که میانگین نمره سازه موانع درک شده در گروه مداخله بعد از آموزش نسبت به قبل از آموزش کاهش داشت. اما تغییر این سازه در گروه مداخله نسبت به گروه کنترل معنی دار نبود که از علل آن می‌توان به متفاوت بودن سبک مدیریت دو بیمارستان و تسهیلات در نظر گرفته شده برای کنترل استرس در هر کدام از بیمارستانها اشاره کرد. ولی نتایج مطالعه غفاری (۱۹) با نتایج مطالعه حاضر همخوانی نداشت که می‌تواند علت این تناقضات در نتایج، تفاوت در تنوع انواع موانع درک شده از جمله موانع مادی و فیزیکی، موانع روانی و اجتماعی از طرفی و اثر متفاوت مداخلات آموزشی بر تعدیل موانع مذکور از طرف دیگر باشد. در تحقیق خداویسی و همکاران با عنوان "بررسی ارتباط سازه‌های مدل اعتقاد بهداشتی با رفتارهای پیشگیری کننده از هیپاتیت «ب» در معتادین مراجعه کننده به مرکز ترک اعتیاد شهر همدان" نتایج نشان دهنده همبستگی مستقیم بین تمام سازه‌ها به جز سازه موانع درک شده با رفتارهای پیشگیری کننده از هیپاتیت «ب» بود. اگرچه این رابطه به لحاظ آماری معنی دار نبود، باتوجه به فرض مدل اعتقاد بهداشتی، احتمال اینکه فرد عملی را در خصوص سلامتی خود انجام دهد، به حساسیت درک شده، شدت درک شده و منافع درک شده در مقابل موانع انجام رفتار بهداشتی بستگی دارد (۲۰). مطالعه مودی و همکاران با هدف به کارگیری مدل اعتقاد بهداشتی بر انجام رفتار غربالگری ماموگرافی نشان داد، در نمرات اجزای مدل قبل و سه ماه پس از آموزش در سه گروه آموزش گروهی، آموزش با کتاب و از طریق ارسال پستی تفاوت معناداری وجود داشت (۲۱).

نتایج مطالعه لاگامین و همکارانش با عنوان برنامه آموزش تعلیم و تربیت بهداشتی برای آموزش تالاسمی در دانش آموزان دبیرستان با مدل اعتقاد بهداشتی نشان داد که در پس آزمون انجام یافته بلافاصله و یک ماه بعد از مداخله، نمره عملکرد در هر دو گروه آزمون (دریافت کننده آموزش مبتنی بر مدل) و گروه شاهد (دریافت آموزش معمول) افزایش معنادار داشته با این تفاوت که این افزایش در گروه آزمون بیشتر بوده است (۲۳).

نتایج پژوهش کنونی نشان داد میانگین نمره استرس شغلی پرستاری در گروه مداخله قبل از آموزش در محدوده استرس بالا (۱۰۷) بود در حالی که بعد از آموزش بر اساس مدل اعتقاد بهداشتی میانگین نمره استرس شغلی به محدوده متوسط (۸۹) کاهش یافت که این نشان دهنده تاثیر برنامه آموزشی بر اساس این مدل می باشد. در حالی که میانگین نمره استرس شغلی در گروه کنترل تغییری نکرده و در همان محدوده پیش آزمون باقی مانده است.

بر اساس مطالعه مظلوم و همکاران با عنوان "بررسی تاثیر برنامه ایمن سازی در برابر استرس بر استرس ادارک شده پرستاران شاغل در بخش روان" در سال ۱۳۹۰، استرس افراد گروه آزمون در طی انجام مداخله، کاهش یافت (۲۴). در واقع اجرای این برنامه به پرستاران کمک کرد تا احساس کاردانی آموخته شده را به واسطه تجارب موفقیت آمیز در مقابله با سطوح قابل کنترل استرس در خود پدید آورند و مکانیسم های دفاعی آینده نگر شامل مهارتها و انتظارات مثبت را که به آنان آموخته شده بود به طور مؤثر و مفید در مقابله با موقعیت های استرس زا پیش گیرند. کاواهارادا و همکارانش در سال ۲۰۰۹ در یک مطالعه کارآزمایی کنترل شده غیر تصادفی، تاثیر برنامه آموزش ایمن سازی در برابر استرس را بر استرس خدمتکاران در ژاپن سنجیدند. نتایج این مطالعه نشان داد که پس از انجام سه جلسه مداخله، میانگین استرس گروه مداخله، به طور معنی داری کاهش نیافت (۲۵) که این یافته ها با نتایج مطالعه کنونی همخوانی ندارد. عدم همخوانی نتایج پژوهش کنونی با مطالعه کاواهارادا، می تواند به علت تفاوت در شرایط فرهنگی-اجتماعی و متفاوت بودن موقعیت کاری و زندگی پرستاران با خدمتکاران باشد.

نتایج مطالعه حاضر نشان داد، میانگین نمره سازه خودکارآمدی در گروه مداخله بعد از آموزش بر اساس مدل اعتقاد بهداشتی نسبت به گروه کنترل افزایش معنی دار داشت. خودکارآمدی به عمق اطمینان فرد راجع به کارایی شخصی اش اشاره دارد که در این پژوهش با بالا رفتن احساس خودکارآمدی پرستاران، اتخاذ رفتارهای مدیریت استرس در آنها افزایش یافت. در مطالعاتی که رابطه خودکارآمدی درک شده با رفتارهای بهداشتی را مورد مطالعه قرار داده اند نشان داده شده که خودکارآمدی، اثر قوی بر رفتارهای بهداشتی دارد و موجب عملکرد هدفمند فرد می شود (۲۲). سازه خودکارآمدی از این جهت که می تواند ارتباط قوی با بروز رفتار داشته باشد، باید مورد توجه قرار گیرد چرا که اطلاع از انجام و علل انجام آن رفتار به تنهایی کافی نیست، بلکه باید فرد برای انجام یک رفتار خود را توانا بداند (۲۰). در پژوهشی که توسط بهمنی و همکاران انجام شده است آموزش سبب افزایش خودکارآمدی درک شده در زنان تحت آموزش شد. مطالعات متعدد نشان داده اند که خودکارآمدی یکی از عوامل بسیار مهم در انجام رفتارهای بهداشتی است (۱۴).

یکی از راهکارهایی که می توان خودکارآمدی افراد را برای انجام رفتار بهداشتی بالا برد، کاهش موانعی است که در سر راه انجام رفتار وجود دارد. در این رابطه، در مطالعه رحیمی و همکاران مقایسه میانگین نمره خودکارآمدی بعد از مداخله آموزشی در دو گروه، دارای اختلاف معنی داری بود (۱۶). در تحقیقی که توسط غفاری بر روی اطلاعات دانش آموزان دبیرستانی پسر انجام گرفت بعد از مداخله آموزشی خودکارآمدی تغییر معنی داری نیافت که مغایر با نتایج تحقیق حاضر بود (۱۹) که احتمالاً بدلیل سن پایین نمونه ها و نیاز به آموزش های مداوم و مستمر در این گروه سنی می باشد.

بر اساس نتایج مطالعه کنونی میانگین نمره سازه راهنمای عمل در گروه مداخله بعد از آموزش بر اساس مدل اعتقاد بهداشتی نسبت به گروه کنترل افزایش معنی دار داشت. همچنین، میانگین نمره سازه رفتار در گروه مداخله بعد از آموزش نسبت به گروه کنترل افزایش معنی دار داشت. این نتیجه نشان می دهد که آموزش بر اساس مدل اعتقاد بهداشتی بر افزایش نمره عامل رفتار مؤثر بوده است.

در تحقیق فحی و همکاران با عنوان تاثیر آموزش ریلکسیشن در کاهش استرس شغلی پرستاران مشخص شد که با درجه‌ی اطمینان ۹۹ درصد خودهیپنوتیزم و آرام سازی پیشرونده عضلانی (ریلکسیشن) بر کاهش استرس ناشی از محیط کار (شغلی استرس) تاثیر دارد (۲۶). در مطالعه پورابولی و همکاران با عنوان "اثر بخشی آموزش مهارت های توانمندسازی روان شناختی بر استرس شغلی پرستاران بخش های مراقبت ویژه بیمارستان شهید رجایی شیراز" میانگین نمرات استرس شغلی به جز در مورد محیط فیزیکی، دچار کاهش چشم گیری شده بود و سطح نمرات استرس شغلی نسبت به قبل از اجرای برنامه آموزش مهارت های خود توانمند سازی روان شناختی به متوسط تغییر یافته بود (۷).

نتیجه گیری

آگاهی از استرس و آموزش راهبردهای مقابله با استرس، سازگاری افراد را بالا می برد و ارزیابی شناختی، نقش شایان توجهی در این زمینه دارد. مدیریت استرس توانایی افراد را برای کاهش استرس و سازگاری مناسب با موقعیت های استرس آور افزایش می دهد. به طور کلی تمام تکنیکهای مدیریت استرس به شیوهی شناختی در خدمت افراد است تا آنها را به راهبردهای مقابله ای جدید و آموزش آرام سازی مجهز کند. بر اساس یافته های پژوهش حاضر آموزش مدیریت استرس بر اساس مدل اعتقاد بهداشتی موجب افزایش نمره سازه های حساسیت درک شده، شدت درک شده، منافع درک شده، خود کارآمدی و راهنمای عمل و کاهش نمره سازه موانع درک شده،

گردید. همچنین نتایج پژوهش نشان داد که آموزش مدیریت استرس بر اساس مدل اعتقاد بهداشتی باعث افزایش معنادار میانگین نمره رفتار که همان مدیریت استرس بوده و کاهش معنادار میانگین نمره استرس شغلی در پرستاران گروه مداخله نسبت به گروه کنترل می شود. با توجه به این که هم عوامل رفتاری و هم عوامل غیر رفتاری کاهش استرس بر سلامت افراد موثر است در نتیجه برای تغییر رفتار در افراد علاوه بر توجه به فرد باید به محیط پیرامون او و سایرینی که بعنوان راهنمای عمل با فرد در ارتباط بوده و بر تغییر رفتار موثر هستند نیز توجه نمود. همچنین محیط حمایت کننده و مسئولین دلسوز در برطرف کردن موانع جهت مدیریت استرس و کاهش استرس شغلی نقش بسزایی دارند.

تشکر و قدردانی

این پژوهش حاصل پایان نامه کارشناسی ارشد گروه آموزش بهداشت و ارتقای سلامت دانشگاه علوم و تحقیقات تهران است که از اساتید گروه آموزش بهداشت و ارتقای سلامت دانشگاه مربوطه نهایت سپاس را دارد. همچنین از همکاری مسئولین بیمارستان های پارسیان و بهمن و تمامی پرستارانی که در تکمیل پرسشنامه همکاری نمودند تشکر می شود.

تضاد منافع

سهم تمامی نویسندگان در این مطالعه یکسان است و هیچ گونه تضاد منافی وجود ندارد.

References

- Ghasem zadeh, A, Seyed Abas zadeh, M, Hasani, M, Structural modeling of personality traits on stress and job performance considering the mediating effects of individual accountability behavior. Iranian Occupational Health J. 2012.10(2):54-64.
- Lazarus RS, Folkman S. Stress, appraisal and coping. New York J: Springer 1984; 2(5): 345-65.
- Murphy LR. Stress management in work stress: A critical review of the health effects. American J health promot 1996; 11(2): 112-35. <https://doi.org/10.4278/0890-1171-11.2.112> PMID:10163598
- Esmailzadeh Gatabi G, Jalili Z, Rabie zadeh, F. The Effect of stress management training based on PRECEDE model on pre-hospital emergency staff occupational tension in Mazandaran university of medical sciences in 2016. HDQ.2017; 3 (1):11-20 <https://doi.org/10.29252/nrip.hdq.3.1.11>
- Sobhi-Gharamaleki N, Porzoor P, Aghajani S, Narimani M. Effectiveness of Emotion Regulation Training on Reduction of Anxiety, Stress and Depression Symptoms among University Students. Iran J Health Educ Health Promot. 2015; 3 (1) :5-13
- Saberinia, A, Nekooi moghadam M, Mahmoodi F, Identification of stressors causing dissatisfaction in emergency hospital staff in Kerman 2013, J Payavard

- salamat, 2012, 6(6): 489-497.
7. Pouraboli B, Esfandiari S, Ramezani T, Miri S, Jahani Y, Sohrabi N, Effectiveness of their. teaching skills to reduce stress job psychological empowerment of nursing staff in intensive care units in the center of Shiraz Shahid Rajae 1392. *Journal of Clinical Nursing and Midwifery* 2016; 5 (1) :23-35
 8. Heshmat H, Behnampour N, Homaei E, Khajavi S. Predictors of fruit and vegetable consumption among female high school students based on PRECEDE model. *Iran J Health Educ Health Promot.* 2014; 1 (4) :5-14
 9. Moeini B, Hazavehei S M M, Shahrabadi R, Faradmal J, Dashti S. Role of stress in treatment readiness of drug dependence based on Health Belief Model. *koomesh.* 2015; 16 (2) :185-192.
 10. Didehvar M, Jalili Z, Zareban I, Bakhshani Noor M, Shahrakipour M, The Effect of Stress Management Education Based on PRECEDE Model on Occupational Stress of Nurses in Hospitals of Iranshahr, Iran, *Strides in Develop Med Educ J of Med Educa Develop Center,* 2015: 12(3):472-484
 11. Ziaee R, Jalili Z, Tavakoli Ghouchani H. The effect of education based on Health Belief Model (HBM) in improving nutritional behaviors of pregnant women, *J North Khorasan Uni Med Sci,* 2016:8(3),427-437 <https://doi.org/10.18869/acadpub.jnkums.8.3.427>
 12. Shamsi M, Bayati A, Mohamad Beigy A, Tajik R. The effect of health education program based on health belief model on preventive behaviors of drug abuse in pregnant women in Arak (1999), *Research J Shahid Beheshti uni med sci,* 1999. 4(6), 324-331
 13. Kartal A, Ozsoy SA. Validity and reliability study of the Turkish version of Health Belief Model Scale in diabetic patients. *Int J Nurs Stud.* 2007; 44(8): 1447-58 <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2007.06.004> PMID:17655849
 14. Bahmani A, Gharib A, Rahmani Kh, Ahmadian F, Alizadeh Z, Akhtar B, Effect of Health Belief Model Education on the Participation of Rural Women in Papsmear Test, *J nurs educ,* September-October 2016, 5(4) :34-40 <https://doi.org/10.21859/jne-05045>
 15. Park S, Chang S, Chung C. Effects of a cognition-emotion focused program to increase public participation in Papanicolaou smear screening. *Public Health Nurs* 2005;22(4):289-98. <https://doi.org/10.1111/j.0737-1209.2005.220404.x> PMID:16150010
 16. Rahimi T, Shojaei S, Mousavi Miyandashti Z, Amini Z, Khazir Z, Promotion of Preventive Behaviors of Cardiovascular Diseases Using Health Belief Model in Women Referring to Health Centers in Qom, Iran, *Qom Uni Med Sci J ,* 2015; 9(11): 51- 59.
 17. Sharifirad GhR, Hazavehei MM, Hasanzadeh A, Daneshamouz A. The effect of health education based on health belief model on preventive actions of smoking in grade one, middle school students. *Arak Medical University Journal (Rahavard Danesh).* 2007; 10(1): 1-8
 18. Cyr A, Dunnagan TA, Haynes G. Efficacy of the Health Belief Model for Predicting Intention to Pursue Genetic Testing for Colorectal Cancer. *J Genet Counsel.* 2010; 19(2): 174-86. <https://doi.org/10.1007/s10897-009-9271-7> PMID:19902341
 19. Gaffari M, Niknami S, Kazemnejad A, Mirzaie E. Design, Reliability and validity of the Ten-scale HIV prevention in adolescents. *J Behboud* 2007; 11(1): 36-50.
 20. Khodaveisi M, salehikha M, Bashirian S, Karami M, study of Preventive Behaviors of Hepatitis B Based on Health Belief Model among Addicts Affiliated to Hamedan, *sci J of Hamadan nursing & Midwifery faculty,* 2016; 24(2): 129-137.
 21. Moodi M, Norozi E, Rezaeian M, Mostafavi F, Sharifirad Gh. Comparing the effectiveness of Three Educational Interventions based on Health Belief Model on Mammography screening Behaviors in Women above 40 Years in Isfahan. *IJHSR.* 2013; 9 (4): 385-94.
 22. Karimy M, Zareban I, Tabasi A, Taher M, Fayazi N. Beliefs and factors affecting preventive behaviors of HIV transmission in patient's positive HIV, *Quarterly Journal of infectious diseases and tropical medicine, affiliated with the society for tropical and diseases,* 2016. 21(72). 41-47.
 23. Lagampan S, Lapvongwatana P, Tharapan C, Nonthikorn J. Health Belief Model teaching program for thalassemia education in high school students. *J Chula Med* 2004 Nov; 48(11): 723-735.
 24. Mazlom SR, Darban F, Vaghei S, Modarres Gharavi M, Kashani Lotfabadi M, Shad M, The effect of Stress Inoculation Program (SIP) on nurses' Perceived stress in psychiatric wards. *Quarterly Journal of Nursing Management,* 2012;2(1); 35-43.
 25. Kawaharada M, Yoshioka E, Saijo Y, Fukui T, Ueno T, Kishi R. The Effects of a Stress Inoculation Training Program for Civil Servants in Japan: A Pilot Study of a Non-randomized Controlled Trial. *Industrial Health.* 2009; 47: 173-82. <https://doi.org/10.2486/indhealth.47.173> PMID:19367047
 26. Fathi M, Joodi M, Sadeghi A, Sharifi A, Joodi M, Poorfereidooni F. Evaluation of effect of relaxation training in nurse's stress reduction. *Zahedan J Res Med Sci (ZJRMS)* 2011; 13(4):47.