

بررسی تأثیر آموزش برنامه‌ریزی عصبی-کلامی بر سلامت روان پرستاران بخش‌های ویژه شهر ارومیه

فرزانه میکائیلی^۱، معصومه همتی مسلک پاک*^۲، معصومه فرهادی^۳، هایده فیضی‌پور^۴

تاریخ دریافت ۱۳۹۵/۰۱/۱۸ تاریخ پذیرش ۱۳۹۵/۰۳/۲۴

چکیده

پیش‌زمینه و هدف: سلامت پرستاران از جمله سلامت روان پرستاران به‌عنوان ارائه‌دهندگان خدمات مراقبتی از بیماران در کیفیت خدمات آنان بر بیماران تأثیرگذار است. این تحقیق به‌منظور تعیین تأثیر آموزش برنامه‌ریزی عصبی-کلامی بر سلامت روان پرستاران انجام یافته است.

مواد و روش‌ها: پژوهش حاضر از نوع نیمه تجربی (طرح پیش‌آزمون - پس‌آزمون) با گروه کنترل می‌باشد. نمونه‌های این مطالعه، ۶۰ نفر از پرستاران بخش‌های ویژه است که به روش سرشماری انتخاب و به روش تصادفی به دو گروه مداخله و کنترل تخصیص داده شدند. جهت سنجش سلامت روان از پرسشنامه سلامت عمومی ۲۸ سؤالی گلدبرگ استفاده شد. گروه مداخله به تعداد هشت جلسه سه‌ساعتی تحت آموزش برنامه‌ریزی عصبی کلامی قرار گرفتند. نتایج با استفاده از آزمون تی گروه‌های مستقل مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند.

یافته‌ها: نتایج این مطالعه نشان داد که پیش از اجرای مداخله بین میانگین نمرات سلامت روان پرستاران و حیطه‌های آن تفاوت معنی‌داری وجود نداشت. بعد از آموزش برنامه‌ریزی عصبی-کلامی، میانگین نمره کلی سلامت روان، علائم جسمانی سازی، اضطراب، اختلال در عملکرد اجتماعی و افسردگی شدید در پرستاران گروه مداخله به شکل معنی‌داری نسبت به گروه کنترل بهبود یافته است ($P < 0/05$).

نتیجه‌گیری: آموزش و یادگیری برنامه‌ریزی عصبی-کلامی بر سلامت روان پرستاران و بر کلیه مؤلفه‌های آن، تأثیر مثبت داشت. لذا پیشنهاد می‌گردد که آموزش‌های آ.بی به‌عنوان دوره‌های آموزشی مصوب جهت ارتقای سلامت روان کلیه پرستاران اجرا گردد.

واژه‌های کلیدی: برنامه‌ریزی عصبی-کلامی، سلامت روان، پرستار

مجله دانشکده پرستاری و مامایی ارومیه، دوره چهاردهم، شماره پنجم، پی‌درپی ۸۲، مرداد ۱۳۹۵، ص ۴۴۵-۴۳۷

مقاله حاضر برگرفته از پایان‌نامه کارشناسی ارشد آموزش پرستاری می‌باشد.

آدرس مکاتبه: ارومیه، کیلومتر ۱۱ جاده سرو، پردیس نازلو، دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی ارومیه

Email: hemmatma@yahoo.com

مقدمه

خواست‌های روانی بالا و دامنه تصمیم‌گیری کم برخوردارند استرس شغلی بالایی دارند (۲). انجمن ملی ایمنی حرفه‌ای آمریکا، پرستاری را در رأس ۴۰ حرفه دارای شیوع بالای بیماری‌های مرتبط با استرس معرفی کرده و معتقد است که پرستاری در رأس مشاغل بهداشتی پرسترس قرار دارد (۳).

سوزوکی^۶ در ژاپن نشان داد که ۶۸/۸ درصد پرستاران در وضعیت نامطلوبی از نظر سلامت روان قرار دارند (۴). بر اساس

اصولاً تمام حرفه‌هایی که به‌نوعی با موضوع سلامت و جان انسان‌ها سروکار دارند، همواره پرسترس بوده و استرس سلامتی جسمی- روانی شاغلین مذکور را تهدید می‌کند. از جمله این حرفه‌ها پرستاری می‌باشد؛ پرستار مسئول کنترل ۲۴ ساعته بیماران است و مدام در معرض عوامل استرس‌زا قرار دارد (۱). بر اساس تئوری معروف کنترل- تقاضای کارازاک^۵ شغل‌هایی مانند پرستاری که از

^۱ هیئت علمی گروه روانشناسی، دانشگاه ارومیه، دانشکده ادبیات و علوم انسانی، ارومیه، ایران^۲ دانشیار، دانشکده پرستاری و مامایی ارومیه، دانشگاه علوم پزشکی ارومیه، ارومیه، ایران (نویسنده مسئول)^۳ کارشناس ارشد دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی ارومیه، ارومیه، ایران^۴ دانشجوی دکتری دانشگاه علوم پزشکی ارومیه، ارومیه، ایران^۵ karasak^۶ Sozoki

آمارهای اعلام شده از سوی نظام پرستاری کشور ایران، حدود ۷۵ درصد پرستاران دچار استرس، افسردگی و انواع ناراحتی‌های جسمی و روان‌شناختی هستند (۵). همچنین مطالعات انجام شده در ایران نشان داده‌اند که حدود ۵۲ درصد از پرستاران در خرم‌آباد (۶)، ۵۳/۸ درصد در قم (۷) و ۵۳ درصد در استان گلستان از سلامت روان کمتری در مقایسه با سایر اقشار جامعه برخوردارند (۸).

طبق گزارش شورای بین‌المللی پرستاران، منابع و علل اصلی استرس پرستاران، برخورد با مرگ‌ومیر، تعارض با همکاران، آمادگی ناکافی برای برخورد با نیازهای عاطفی بیماران و خانواده‌هایشان، کمبود حمایت، بار کاری و برنامه‌های درمانی نامطمئن می‌باشد (۹). از میان پرستاران، پرستاران شاغل در بخش‌های ویژه به دلیل شرایط خاص ناشی از محیط کار و نوع بیماران بستری در این بخش‌ها بیشترین استرس را تحمل می‌نمایند (۱۰). بخش‌های مراقبت ویژه بیمارستان‌ها محل نگهداری بیماران بدحال است که نیاز به مراقبت مداوم و دقیق دارند و پرستاران شاغل در این بخش‌ها باید از سلامت جسمی و روحی برخوردار باشند تا بتوانند از عهده مراقبت آنان برآیند. پرسنل بخش‌های ویژه به علت بالا بودن مرگ‌ومیر در این بخش‌ها، در معرض افسردگی روحی قرار دارند (۱۱). رحمانی و همکاران مطالعه‌ای باهدف تعیین سطح استرس شغلی، فرسودگی شغلی، سلامت عمومی و ارتباط بین این متغیرها در میان پرستاران شاغل در بخش‌های ویژه بیمارستان‌های وابسته به دانشگاه علوم پزشکی تبریز انجام دادند. یافته‌های پژوهشی در رابطه با سطح کلی استرس شغلی در پرستاران نشان داد که فقط ۳۷ درصد از پرستاران از سطح کلی سلامت عمومی مناسبی برخوردار بودند (۱۲).

وجود استرس شغلی باعث می‌شود که یک شغل رضایت‌بخش به‌مرورزمان به منبع نارضایتی تبدیل شود و فرد را به سمت ناسازگاری، فرسودگی شغلی و سایر مشکلات روحی و جسمی رهنمون سازد (۱۳). گارتنر و همکاران^۱ در مطالعه خود نشان دادند که کاهش سلامت روان در پرستاران با آسیب‌های جدی در عملکرد شغلی همراه است و با اشتباهات دارویی، امنیت بیمار و رضایت بیمار رابطه دارد (۱۴). استرس شغلی خطر اشتباهات و بروز حوادث شغلی را افزایش می‌دهد (۱۵).

میزان بالای استرس شغلی عاملی است که پژوهشگران در پی شناسایی روش‌های مواجهه با استرس شغلی در پرستاران باشند. روش‌های مختلف طبی، روان‌شناختی و روان‌پزشکی برای مواجهه وجود دارد. طی چند دهه اخیر برخی روانشناسان به ارائه روش‌های

آموزشی - درمانی نوینی تحت عنوان برنامه‌ریزی عصبی-کلامی^۲ (ان. آل. پی) مبادرت کرده‌اند. در این برنامه تأکید بر این است که رفتار آدمی از فرآیندهای عصب‌شناختی نشأت می‌گیرد، به طوری که تجربه دنیای پیرامونی به پردازش‌های عصب روان‌شناختی منتهی شده و عمل را هدایت می‌کند (۱۶، ۱۷). برنامه‌ریزی عصبی-کلامی برای نخستین بار توسط بندلر و گریندر^۳ به منظور ارائه الگوی روان‌درمانی موفق عرضه شد. به کارگیری آن، پی در عرصه زندگی به هدفمندی حیات فرد و درنهایت تجربه زندگی انسانی قوی که سرشار از حق انتخاب و خلاقیت است منتهی خواهد شد (۱۸). ان. آل. پی با ساختار تجربه ذهنی انسان سروکار دارد، این که چگونه فرد آنچه را می‌بیند و می‌شنود و احساس می‌کند، سازمان می‌دهد و چگونه از طریق حواس خود دنیای بیرون را پالایش می‌کند (۱۹). ان. آل. پی دربرگیرنده چهاراصل؛ ارتباط مؤثر، آگاهی از هدف، دقت و انعطاف‌پذیری است. مهارت برقراری ارتباط اثربخش، مهارتی آموختنی است که شامل مهارت گوش کردن فعال و پاسخ‌های انعکاسی می‌باشد. ان. آل. پی به فرد کمک می‌کند تا در مورد اهدافش عمیق‌تر تفکر کند و درست‌ترین هدف را در هر موقعیت زمانی انتخاب کند و در صورت لزوم آن را تغییر دهد. مسئله هشجاری، حسی در لحظه حال است و بدین معناست که فرد هنگام برقراری ارتباط با دیگران به نشانه‌های کوچک اما تعیین‌کننده‌ای که خبر از واکنش آن‌ها می‌دهد، توجه نماید (۲۰-۲۲). هدفان. آل. پی این است که به اشخاص درباره کاری که انجام می‌دهند امکان انتخاب‌های بیشتری بدهد، هرکسی که از انعطاف رفتاری بیشتری برخوردار باشد می‌تواند شرایط را به سود خود کنترل کند (۱۹).

ان. آل. پی به جای تمرکز بر وقایع استرس‌آور بیرونی، بر واکنش‌های فرد نسبت به آن وقایع متمرکز می‌شود و راهکارهایی عملی برای افزایش ظرفیت سازگاری و مقابله در اختیار افراد می‌دهد (۲۳). مهم‌ترین شیوه‌های که ان. آل. پی برای بهبود تعاملات بین فردی پیشنهاد می‌کند عبارت از استفاده از مهارت‌های مشاهده‌ای، تغییر دیدگاه‌ها، ایجاد و ابقای ارتباط مؤثر، انعطاف‌پذیری در استفاده از زبان، انگیزش و تأثیر می‌باشد (۲۴).

کاروناراتنه^۴ در پژوهشی به بررسی کاربردهای برنامه‌ریزی عصبی-کلامی در درمان ترس پرداخت، نتایج پژوهش او نشان داد که ان. آل. پی در درمان ترس موفق عمل کرده است به‌ویژه این که وقت کمی نیز برای نشان دادن اثر بهبودی نیاز دارد (۲۵). بیگلی و همکاران^۵ نشان دادند که ۷۵ درصد از کسانی که از انجام آرای^۶

⁴ Kaunaratne

⁵ Bigly & et al

⁶ Magnetic Resonance Imaging (MRI)

¹ Gartner & et al

² Neuro-linguistic programming

³ Bandler & Grinder

استخدام و شیفت کاری و پرسشنامه سلامت عمومی بود. پرسشنامه سلامت عمومی توسط گلدبرگ^۲ در سال ۱۹۷۲ تنظیم گردید و جهت تفکیک موارد مبتلا به اختلالات روانی ساخته شده است. این پرسشنامه دارای ۲۸ سؤال و ۴ حیطه ۱- نشانگان جسمانی ۲- اضطراب و اختلالات خواب ۳- اختلال در عملکردهای اجتماعی ۴- افسردگی و گرایش به خودکشی است که هر حیطه دارای ۷ سؤال با لیکرت ۴ درجه‌ای می‌باشد. کم‌ترین نمره در این پرسشنامه صفر و بیشترین نمره ۸۴ می‌باشد، نمره بیشتر بیانگر اختلال در سلامت عمومی می‌باشد (۷، ۲۸). در مطالعه سپهرمنش و همکاران روایی این پرسشنامه تأیید شده و در بررسی پایایی این پرسشنامه ضریب آلفای کرونباخ ۰/۹۳ بود (۲۹).

برنامه راهبردی آموزشیان. آل. پی برای گروه مداخله در مرکز آموزشی درمانی شهید مطهری ارومیه در ۱۸ جلسه سه‌ساعته به مدت ۶ ماه توسط یک نفر از پژوهشگران که در کانونان. آل. پی ایران تحت آموزش قرار گرفته بود و گواهی موردنظر را دریافت کرده بود، برگزار گردید. جلسه اول جلسه توجیهی بود در این جلسه با خصوصیات، اهداف و ارزش‌های پرستاران آشنا شده و بازخورد مناسب به ویژگی‌های آن‌ها داده شد. همچنین در این جلسه تعریف برنامه‌ریزی عصبی کلامی و فواید آن در زندگی مطرح شد. جلسه دوم و سوم جلسه هدف‌گذاری بود، پس از بیان ضرورت و اهمیت " تعیین هدف" از پرستاران خواسته شد تا دیدگاه خود را درباره تعیین هدف مطرح کنند. این مرحله با طرح سؤالات چالش‌برانگیز جهت برانگیختگی مشارکت‌کنندگان شروع شد. سپس پرستاران تشویق شدند تا در مورد هدف‌هایشان فکر کرده و در برگ‌های یادداشت کنند. فرم‌هایی در اختیار شرکت‌کنندگان قرار گرفت تا اهداف خود را بر اساس زمان رسیدن به آن‌ها فهرست بندی و آن‌ها را اولویت‌بندی کنند. در بخش دیگری از این مرحله الگوی اسمارت^۳ و مراحل رسیدن به اهداف ارائه شد. با ارزیابی اهداف، شرکت‌کنندگان دریافته‌اند که چگونه بر اساس این الگو اهداف خویش را انتخاب کنند. در نهایت تکلیف خانگی در اختیار شرکت‌کنندگان قرار گرفت.

در جلسه چهارم بعد از مرور تمرینات جلسه گذشته شرکت‌کنندگان با تنظیم زمان آشنا شدند. پس از ارائه خطوط زمان انواع خطوط زمان، آموزش‌دهنده با ایجاد چالش‌های فکری سعی کرد تا شرکت‌کنندگان اهمیت مهار زمان را هر چه بیشتر درک کنند. سپس برگ‌های در اختیار شرکت‌کنندگان قرار گرفت تا برای جلسه پنجم برنامه‌هایشان را بر اساس آن اولویت‌بندی کنند. در

می‌ترسیدند با کمک آموزه‌های ان. آل. پی توانستند، ام آر آی را بدون ترس و اضطراب به انجام برسانند (۲۶). کجباف و همکاران اثر ان. آل. پی را بر سازگاری زناشویی مورد آزمون قرار دادند و شاهد تأثیر مثبت آن بودند (۲۷).

با توجه به اهمیت و ضرورت ارتقای سلامت روان پرستاران و اثر آن بر کیفیت خدمات پرستاری و همچنین با تأکید بر این‌که در سال‌های اخیر اولویت و تمرکز سیستم‌های درمانی بیشتر بر روی مقولات ایمنی بیمار و حاکمیت بالینی که اصلی‌ترین رسالت آن ارتقاء کیفیت خدمات درمانی می‌باشد، به نظر می‌رسد که ارائه راهکارهای عملی و آموزنده چون ان. آل. پی و ارائه خدمات روان‌شناختی و مشاوره جهت رفع این مشکل الزامی می‌باشد. لذا هدف این مطالعه این تحقیق به‌منظور تعیین تأثیر آموزش برنامه‌ریزی عصبی-کلامی بر سلامت روان پرستاران شاغل در بخش‌های ویژه بیمارستان شهید مطهری شهر ارومیه بود.

مواد و روش کار

مطالعه حاضر از نوع نیمه تجربی (طرح پیش‌آزمون - پس‌آزمون) بود که با شرکت پرستاران شاغل در بخش‌های ویژه مراکز آموزشی درمانی امام خمینی^۱ و شهید مطهری شهر ارومیه در سال ۱۳۹۲ انجام گرفت. ۶۰ نفر از پرستاران که معیارهای ورود به مطالعه اعم از تمایل به شرکت در مطالعه، داشتن مدرک لیسانس پرستاری یا بالاتر، حداقل ۶ ماه سابقه کار در بخش ویژه، نداشتن شغل دوم، عدم تجربه استرس شدید در ۶ ماه گذشته (تصادف شدید، مرگ یکی از نزدیکان، جدایی از همسر) و عدم سابقه دریافت داروهای روان‌گردان حداقل در ۶ ماه گذشته را داشتند، وارد مطالعه شدند. جهت رعایت ملاحظات اخلاقی پژوهش، اهداف و نحوه اجرای پژوهش به کلیه شرکت‌کنندگان توضیح داده شد و رضایت آگاهانه از آنان جهت شرکت در این پژوهش کسب شد و همچنین با اطمینان دادن به آزمودنی‌ها در رابطه با محرمانه ماندن اطلاعات آنان قرار بر این شد که در صورت معنی‌دار بودن نتایج پژوهش، دوره‌های آموزشی برای گروه کنترل نیز (پس از اتمام پژوهش) اجرا گردد. سپس پرستاران مرکز آموزشی درمانی امام خمینی^۱ در گروه کنترل و پرستاران مرکز شهید مطهری در گروه مداخله قرار داده شدند و سلامت عمومی پرستاران توسط پرسشنامه سلامت عمومی^۱ ارزیابی شد.

ابزار گردآوری داده‌ها در این پژوهش، پرسشنامه مشخصات فردی شامل سن، جنسیت، وضعیت تأهل، سطح تحصیلات، وضعیت

³SMART (Specific-Measurable-Achievable-Realistic-Timely)

¹ General Health Questionnaire

² Goldberg

آن‌ها قرار گرفت. در پایان این بخش، شرکت‌کنندگان قادر به شناسایی نظام‌های بازنمایی خود و دیگران شدند و در ادامه به تمرین برقراری ارتباط مؤثر پرداختند. در جلسات شانزدهم تا هجدهم به تغییرات فردی و وجود هماهنگی بین سطوح متفاوت عصب‌شناختی (محیط، رفتار، قابلیت، باور، هویت و معنویت) پرداخته شد و آموزش‌دهنده درباره این‌که این سطوح چگونه از هم تأثیر می‌پذیرند، صحبت کرد. آموزش‌دهنده با پرسیدن سؤال و ارائه مثال‌هایی از شرکت‌کنندگان خواست تا برای شناخت بیشتر سطوح و تعیین وضعیت خود در هر سطح به او پاسخ دهند. بعد از آن فرمی حاوی سؤالات ذی‌ربط در اختیار پرستاران قرار گرفت تا برای جلسه آینده تکمیل کنند. در جلسات بعدی با انجام تمرینات عملی در کلاس، شرکت‌کنندگان آموختند که چگونه مشکلی را شناسایی کنند و سپس با ایجاد هماهنگی بین سطوح به موفقیت دست یابند.

پس از گذشت یک ماه با توزیع مجدد پرسشنامه بین پرستاران در هر دو گروه کنترل و مداخله سلامت روانی آن‌ها مجدداً بررسی شد. پس از گردآوری داده‌ها، از نرم‌افزار SPSS16 جهت تجزیه و تحلیل داده‌ها استفاده گردید و از آمار توصیفی (فراوانی نسبی و میانگین و انحراف معیار) و از آمار استنباطی (آزمون آماری کای دو و آزمون تی مستقل) استفاده گردید.

یافته‌ها

مشخصات جمعیت‌شناختی و اطلاعات شغلی نمونه‌ها در جدول ۱ آورده شده است. آزمون آماری کای دو، تفاوت آماری معناداری را بین دو گروه کنترل و مداخله در متغیرهای کیفی تحصیلات، وضعیت تأهل، وضعیت استخدام، شیفت کاری و تعداد فرزند نشان نداد. آزمون تی مستقل تفاوت آماری معناداری را بین دو گروه کنترل و مداخله در متغیرهای کمی سن و سابقه کار نشان نداد.

جلسه ششم، فرم برنامه‌ریزی روزانه برای خارج از محیط کار در اختیار شرکت‌کنندگان قرار گرفت. پس از بررسی برنامه روزانه به پرستاران گفته شد که آنچه را که لازم است در یک هفته انجام دهند، بشناسند و در فرم مربوطه یادداشت کنند. در جلسه هفتم راهکارهایی برای مقابله با عوامل محلی که مانع پیشرفت برنامه‌ها بود ارائه شد. سپس برای تمرین بیشتر فرم‌هایی برای انجام تکالیف در خانه در اختیار شرکت‌کنندگان قرار گرفت. در جلسات هشتم تا دوازدهم مهارت‌های ابراز وجود پس از مرور تکالیف خانگی، آموزش‌دهنده با مطرح کردن سؤالاتی شرکت‌کنندگان را به‌ضرورت کسب مهارت‌های ابراز وجود آگاه کرد. مهارت‌هایی نظیر چگونگی طرح درخواست "بله گفتن" و "نه گفتن" آموزش داده شد. همچنین درباره دلایلی که مانع ابراز وجود و درخواست کردن می‌شوند، توضیحاتی ارائه شد و شرکت‌کنندگان به سؤالات مندرج در فرم‌های مربوطه پاسخ دادند. علاوه بر این به‌منظور تمرین مهارت‌های ابراز وجود در محل کار، پرستاران در جایگاه‌های مختلف قرار گرفتند. در پایان هر جلسه فرم‌های مربوط به تکالیف خانگی در زمینه موردنظر در اختیار فراگیران قرار گرفت.

در جلسات سیزدهم تا پانزدهم هدف آشنایی شرکت‌کنندگان با نظام‌های بازنمایی و ارتباط کلامی و غیرکلامی بود. پس از بررسی تکالیف ضرورت آشنایی با نظام‌های بازنمایی تجربه ذهنی و چگونگی ادراک جهان از طریق حواس پنج‌گانه بررسی شد. سپس فرم‌هایی در اختیار پرستاران قرار گرفت و شرکت‌کنندگان با حرکات چشمی افراد و نشانگرهای کلامی آشنا شدند. پس از تکمیل فرم و پاسخ به سؤالات آن، نظام‌های بازنمایی برتر شرکت‌کنندگان مشخص شد. بر این اساس، شرکت‌کنندگان به گروه‌هایی دو نفره تقسیم شدند و به تمرین در مورد نظام‌های بازنمایی پرداختند. سپس راهبردهایی متناسب یادگیری برحسب اولویت‌های حسی هر گروه در اختیار

جدول (۱): مقایسه مشخصات جمعیت‌شناختی بین دو گروه

| P* | گروه مداخله | | گروه کنترل | | طبقه | متغیر |
|------|-------------|-------|------------|-------|---------------|---------------|
| | درصد | تعداد | درصد | تعداد | | |
| ۰/۳۱ | ۷۶/۶ | ۲۳ | ۸۶/۶ | ۲۶ | کارشناسی | تحصیلات |
| | ۲۳/۳ | ۷ | ۱۳/۳ | ۴ | کارشناسی ارشد | |
| ۰/۳۰ | ۶۰ | ۱۸ | ۳۳/۳ | ۱۰ | مجرد | وضعیت تأهل |
| | ۴۰ | ۱۲ | ۶۶/۷ | ۲۰ | متأهل | |
| ۰/۱۹ | ۲۰ | ۶ | ۴۰ | ۱۲ | قراردادی | وضعیت استخدام |
| | ۵۶/۶ | ۱۷ | ۳۶/۶ | ۱۱ | پیمانی | |
| | ۲۳/۳ | ۷ | ۲۳/۳ | ۷ | رسمی | |

| P* | گروه مداخله | | گروه کنترل | | طبقه | متغیر |
|-------|------------------------|-------|------------------------|-------|------------|-------------|
| | درصد | تعداد | درصد | تعداد | | |
| ۰/۶۷ | ۳۰ | ۹ | ۳۳/۵۳ | ۱۶ | صبح | شیفت کاری |
| | ۷۰ | ۲۱ | ۴۶/۶ | ۱۴ | نوبتی | |
| ۰/۱۷ | ۶۳/۳ | ۱۹ | ۴۰ | ۱۲ | صفر | تعداد فرزند |
| | ۱۶/۶ | ۵ | ۳۳/۳ | ۱۰ | یک | |
| | ۱۹/۹ | ۶ | ۲۶/۶ | ۸ | دو و بیشتر | |
| | | | | | | |
| P** | میانگین و انحراف معیار | | میانگین و انحراف معیار | | متغیر | |
| ۰/۹۸۴ | ۳۳/۸۳ ± ۶/۰۷ | | ۳۳/۸۷ ± ۶/۸۰ | | سن | |
| ۰/۹۲۵ | ۹/۷۰ ± ۶/۴۵ | | ۹/۵۵ ± ۵/۸۰ | | سابقه کار | |

* نتیجه آزمون کای دو، ** نتیجه آزمون تی مستقل

آزمون تی مستقل، اختلاف آماری معنی‌داری را بین تفاضل میانگین نمرات بعد-قبل در کلیه حیطه‌های سلامت روان شامل نشانگان جسمانی، اضطراب و بدخواهی، اختلال در عملکرد اجتماعی و افسردگی شدید با گرایش به خودکشی، بین دو گروه نشان داد ($P < 0.05$).

قبل از مداخله، میانگین نمرات سلامت روان و ابعاد آن در دو گروه کنترل و مداخله از نظر آماری تفاوت معنی‌داری نداشت ($p > 0.05$). بعد از آموزش برنامه ان آل پی، میانگین نمرات در متغیر نمرات سلامت روان و ابعاد آن در گروه مداخله نسبت به گروه کنترل کاهش یافت که این تفاوت از نظر آماری معنی‌دار بود ($P < 0.05$).

جدول (۲): مقایسه میانگین نمرات سلامت روان و ابعاد آن بین دو گروه کنترل و مداخله قبل و بعد از آموزش برنامه‌ریزی عصبی-کلامی

| نتیجه آزمون تی مستقل | تفاضل کنترل-مداخله | گروه مداخله | | گروه کنترل | | متغیر |
|----------------------|--------------------|------------------------|------------------------|------------------------|------------------------|--------------------------------|
| | | میانگین و انحراف معیار | میانگین و انحراف معیار | میانگین و انحراف معیار | میانگین و انحراف معیار | |
| P= ۰/۳۹۴ | -۱ | ۸/۱۳ ± ۳/۶۰ | ۹/۱۳ ± ۵/۲۵ | قبل از مداخله | | نشانگان جسمانی |
| P= ۰/۰۰۰ | -۶/۱۶ | ۲/۶۰ ± ۳/۰۴ | ۸/۷۷ ± ۵/۲۰ | بعد از مداخله | | |
| P= ۰/۰۰۰ | -۵/۱۶ | -۵/۵۳ ± ۴/۰۳ | -۰/۸۷ ± ۳/۴۸ | تفاضل بعد-قبل | | |
| P= ۰/۹۶۲ | -۰/۰۶ | ۹/۴۷ ± ۴/۲۴ | ۹/۵۳ ± ۶/۲۷ | قبل از مداخله | | اختلال در عملکرد اجتماعی |
| P= ۰/۰۰۰ | -۵ | ۳/۱۷ ± ۳/۴۹ | ۸/۱۷ ± ۵/۷۹ | بعد از مداخله | | |
| P= ۰/۰۰۰ | -۴/۹۳ | -۶/۳۰ ± ۵/۰۷ | -۱/۳۶ ± ۲/۴۵ | تفاضل بعد-قبل | | |
| P= ۰/۱۷۱ | ۱/۶۳ | ۱۰/۱۳ ± ۳/۷۳ | ۸/۵۰ ± ۵/۲۶ | قبل از مداخله | | اضطراب و بدخواهی |
| P= ۰/۰۰۱ | -۳/۸ | ۴/۹۷ ± ۳/۰۳ | ۸/۷۷ ± ۴/۷۶ | بعد از مداخله | | |
| P= ۰/۰۰۰ | -۵/۴۳ | -۵/۱۶ ± ۴/۱۱ | -۰/۲۸ ± ۳/۸۲ | تفاضل بعد-قبل | | |
| P= ۰/۱۸۹ | ۱/۸۶ | ۷/۸۷ ± ۵/۸۵ | ۶/۰۰ ± ۵/۰۰ | قبل از مداخله | | افسردگی شدید و گرایش به خودکشی |
| P= ۰/۰۰۳ | -۳/۲۳ | ۱/۴۰ ± ۱/۷۳ | ۴/۶۳ ± ۵/۱۶ | بعد از مداخله | | |
| P= ۰/۰۰۰ | -۴/۳۴ | -۶/۴۶ ± ۵/۵۶ | -۲/۱۲ ± ۳/۷۳ | تفاضل بعد-قبل | | |
| P= ۰/۵۶۲ | ۲/۴۳ | ۳۵/۶۰ ± ۱۴/۰۶ | ۳۳/۱۷ ± ۱۷/۹۸ | قبل از مداخله | | سلامت عمومی |
| P= ۰/۰۰۰ | -۱۸/۴۶ | ۱۲/۱۳ ± ۸/۶۹ | ۳۰/۶۰ ± ۱۷/۶۴ | بعد از مداخله | | |
| P= ۰/۰۰۰ | -۲۰/۹۰ | -۲۳/۴۶ ± ۱۴/۲۹ | -۲/۵۶ ± ۴/۲۸ | تفاضل بعد-قبل | | |

بله گفتن، نظام‌های بانمایی و سطوح بین فردی فراگیران ایجاد می‌شود به نحوی که آن‌ها قادر به ادراک واقع بینانه خود و جهان پیرامون، همسوسازی باورها و احساسات فردی، کنترل احساسات و

بحث و نتیجه‌گیری

در فرایند آموزش ان آل پی، راهبردهای متنوعی از قبیل هدف‌گذاری، مدیریت زمان، ابراز وجود، درخواست کردن، نه گفتن،

در کاهش میزان افسردگی مؤثر است که با نتایج تحقیق حاضر، هم‌خوانی دارد (۱۶). از روش برنامه‌ریزی عصبی-کلامی در مطالعات موردی اضطراب هم استفاده شده است که پس از مدتی اضطراب بیمار کم و اهداف زندگی او واقعی‌تر شد. در تبیین این یافته‌ها می‌توان به این موضوع اشاره کرد که در فرایند آموزش راهبردهای برنامه‌ریزی عصبی کلامی، راهبردهای متعددی از قبیل هدف‌گذاری، مدیریت زمان، مهارت‌های ابراز وجود و مهارت نه گفتن، مهارت‌های برقراری ارتباط مؤثر بین فردی، تمرینات آرمیدگی و غیره آموزش داده می‌شوند که با فراگیری این راهبردها تغییرات متنوعی در شاخص‌های فردی و بین فردی حاصل می‌گردد به نحوی که افراد به ادراک واقع‌بینانه‌ای از خود و جهان پیرامون، خودآگاهی، کنترل احساسات و رفتارها، هدفمندی در زندگی، تلاش معنی‌دار در راستای اهداف تعیین‌شده، برقراری ارتباط مؤثر با دیگران، نگرش مثبت نسبت به خود و دیگران، اعتمادبه‌نفس بالا و احساس خودکارآمدی، مجهز می‌شوند (۲۴). چنین مهارت‌هایی می‌تواند در کنترل اضطراب و استرس شغلی، افسردگی و روابط بین فردی و به تبع آن‌ها در سلامت روان پرستاران مؤثر واقع گردد. برنامه‌ریزی عصبی-کلامی فن درست زیستن است و نحوه برخورد صحیح با دیگران را به افراد آموزش می‌دهد و گمان می‌رود افراد دچار اختلالات خلقی در این زمینه‌ها شدیداً دچار مشکل بوده و با آموختن آن‌ها می‌توان امید داشت زندگی بهتر را تجربه کنند (۱۶). از مشکلات این مطالعه می‌توان به موضوع تداخل ساعات اجرای آموزش‌ها با ساعات کاری برخی از پرستاران اشاره کرد که مجبور بودند برای شرکت در کلاس‌ها از همکاران خود به‌عنوان جانشین استفاده کنند و در شرایط اورژانسی مجبور به ترک کلاس می‌شدند.

تشکر و قدردانی

مطالعه حاضر برگرفته از پایان‌نامه کارشناسی ارشد آموزش پرستاری می‌باشد لذا پژوهشگران بر خود لازم می‌دانند تا از کلیه مسئولین محترم دانشگاه علوم پزشکی ارومیه و دانشکده پرستاری و مامایی ارومیه که حمایت مادی و معنوی لازم برای اجرای این مطالعه را فراهم نمودند، نهایت تشکر را داشته باشند. از کلیه پرستاران شاغل در بخش‌های ویژه مراکز آموزشی درمانی شهید مطهری و امام خمینی شهر ارومیه که در انجام این پژوهش به‌عنوان مشارکت‌کننده همکاری نمودند، تقدیر و تشکر می‌گردد.

References:

رفتارها، هدفمندی در زندگی، تلاش معنی‌دار در راستای اهداف تعیین‌شده، برقراری ارتباط مؤثر با دیگران، توانایی کنترل خود و دیگران، نگرش مثبت به خود و دیگران، داشتن عزت‌نفس بالا و احساس خود کارآمدی می‌شوند (۲۲). یافته‌های این مطالعه نشان داد که از نظر متغیرهای جمعیت‌شناختی شامل سن، تحصیلات، وضعیت تأهل، وضعیت استخدام، شیف‌ت کاری و تعداد فرزند در دو گروه کنترل و مداخله از نظر آماری تفاوت معنی‌دار وجود نداشت به‌عبارتی دیگر دو گروه کنترل و مداخله قبل از اجرای آموزش همگن بوده و در نتیجه تفاوت آماری معنی‌دار در متغیر وابسته در گروه مداخله بعد از مداخله ناشی از تأثیر مثبت آموزش راهبردهای برنامه‌ریزی عصبی کلامی بوده است.

یافته‌های این پژوهش نشان دادند که بعد از اجرای آموزش راهبردهای برنامه‌ریزی عصبی-کلامی، سلامت روان پرستاران از نظر آماری تفاوت معنی‌داری بین دو گروه کنترل و مداخله داشت، یعنی آموزش برنامه ان.آل.پی توانست سلامت روان گروه مداخله را بهبود بخشد. احمدی می‌نویسد، در مطالعه استپانیک^۱ و همکاران، آموزش برنامه‌ریزی عصبی-کلامی برای بیماران با مشکلات روان‌شناختی باعث ارتقاء کیفیت زندگی آنان شد (۳۰). سعادت و زحمتکش باهدف بررسی تأثیر آموزش راهبردها ان.آل.پی بر میزان سلامت روان و مسئولیت‌پذیری دانش‌آموزان دبیرستانی در بجنورد پژوهشی را به‌مورد اجرا گذاشتند. نتایج نشان دادند که پس از آموزش راهبردهای ان.آل.پی تفاوت معنی‌داری بین میانگین گروه‌های مداخله و کنترل در مؤلفه‌های سلامت روان و مسئولیت‌پذیری مشاهده شد و دانش‌آموزانی که تحت آموزش قرار گرفتند در مؤلفه‌های سلامت روان و مسئولیت‌پذیری نمره بهتری را کسب کردند (۲۲). احتشامی تبار و مرادی باهدف تعیین اثربخشی آموزه‌های ان.آل.پی در سلامت عمومی و انگیزش تحصیلی دانش‌آموزان دبیرستانی پژوهشی را انجام دادند. مقایسه نتایج آزمون‌ها در مراحل پیش‌آزمون و پس‌آزمون نشانگر مؤثر بودن مداخلات بود (۱۸).

نتایج این مطالعه بیانگر تفاوت معنی‌داری بین حیطه‌های متغیر سلامت روان (نشانه‌های جسمانی، اختلال در عملکرد اجتماعی، اضطراب، افسردگی شدید و گرایش به خودکشی) بعد از اجرای برنامه عصبی-کلامی بین دو گروه مداخله و کنترل بود. این یافته‌ها با یافته‌های سعادت و احتشامی تبار همسو می‌باشد (۱۸، ۲۲). نتایج تحقیق احمدی نیز نشان داد که آموزش برنامه‌ریزی عصبی-کلامی

¹ Spanic

1. Lundy KS, Janes Sh. Community health nursing: Caring for the publics Health. 2nd ed. Kevin Sullivan Publisher; 2009.P. 31-45.
2. Rezaee Sh, Hoseini MMf. The effect of training communication skills on job stress in nurses occupying in rehabilitation centers of tehran,rey and shemiranat. J Med fac 2007;1(64): 21-6.
3. Chang EM, Hancock KM, Jahson A, Daly JDJ. Role stress in nurses, review of forward. Nurs Health Sci 2005;5(7): 57-65.
4. Sozoki k, Ohaid T, Kaneita Y, Yagi Y, Yokoyama EMU. Mental health status,shift work and occupational accidents among hospital nurses in Japan. J Occup Health 2004;6(46): 448-54.
5. Alizadeh A. The stressors in nurses occupying in emergency. J Men Health 1378;1(5): 80-5.
6. Badrizadeh A, Farhadi A, Tarrahi MJ, Saki M, GH. B. Assessing of mental health level of employed nurses in gov hospital in Khoram abad. J Lorestan UnivMed Sci 2013;13(15): 62-9.
7. Pourreza A, Monazam MR, Abassinia M, AsghariM. Relationship between job burnout and mental health of nurses working in province of Qom. J hosp 2012;11(2): 45-54.
8. Hojjati H, Tahery N, Sharifniyai SH. Review of mental health and physical health in night working nurses in Golestan University of medical sciences in 2008-2009. J Urmia Nurs Midwifery Fac 2010;8(3):144-9.
9. ICN - International Council of Nurses [Internet]. [cited 2016 Aug 17]. Available from: <http://www.icn.ch/>
10. Hemmati Maslarpak M, Farhadil M, Javid Fereidoni. The effect of neuro-linguistic programming on occupational stress in critical care nurses. Iran J Nurs Midwifery Res 2016 21(1): 38-44.
11. Garth MC, Reid N, Boor J. Occupational stress in nursing. J Nurs Stud 2003, 40: 55-6.
12. Rahmani F, Behshid M, Zamanzadeh VFR. Relationship of general health stress and occupying in Tabriz critical wards . Iran Nurs Midwifery Fac 2011;23(66): 59-74.
13. Ghasemi A, Attar M. Evaluation of occupational stressors in nurses working Babol, Sari and Behshar hospitals [Internet]. 2005 [cited 2014 Jan 5].
14. Gartner F R, Nieuwenhuijsen K, Van Dijk FJ, JK. S. The impact of common mental disorders on the work functioning of nurses and allied health professionals.A systematic review. Int J Nurs Stud 2010;47(8): 147-61.
15. Soleimany M, Nasiriziba F, kermani A, F. H. Comparison of the general health and sleep of nurses in two groups of without shift and with shift working. Iran J Nurs 2008;20(50): 29.
16. Ahmadi R, Ahadi H, Mazaheri M, Delavar A. effect of training Nlp on depression in student. New findings in psychology 2012;6(18): 59-74.
17. Dilts RB, Delozier JA: Encyclopedia of systemaic Neuro- linguistic Programming and NLP New Coding. 1nd ed. NLP university press, Scotts Valley; 2000. P. 201-12.
18. Ehteshamitabar A, Moradi AMS. Efficacy of NLP on general health and training motivation. J Counsel Psychotherapy Res 2006;10(1): 52-6.
19. Karunaratne M: Nero-Linguistic-programming and application in treatment of phobias. Complement Therap Clin Practice 2010, 16: 203-7.
20. Bigly J, Griffith PD, prydderch A, Romanowski CA, Mikes L, Lidiard H, et al. Neurolinguistic programming used to reduce the need for anaesthesia in claustrophobic patients undergoing MRI. IJCEH 2011, 59: 225-41.
21. Harman LR, Oneill M: Neuro linguistic programming for counselors. J Instructional Psychol 2001, 38(5): 167-76.
22. Sadati Shamir A, Zahmatkesh Z. Effects of teaching strategies. Neuro linguistic programming on mental health and student responsibility Bojnoord. Bojnoord Azad Univ Educ Res 2005. 8(2): 63-77.
23. Scheemeister E: The impact of regular NLP training on the performancec motivation of children in primary school. 1nd ed. Santa Cruz, NLP university press; 2002. P.67-76.
24. Stipancic M, Renner W, Schutz P, Donel R: Effects of Neuro linguistic pscho therapy on psychological difficulties and perceived quality of life. Counse Psychotherapy Res 2009, 10: 39-49.

25. Karunaratne M. Neuro-Linguistic Programming and application in treatment of phobia. *Complement Therap Clin Practice* 16(4): 203-7.
26. Bigley J, Griffiths PD, Prydderch A, Romanowski CAJ, Miles L, Lidiard H; et al. Neurolinguistic programming used to reduce the need for anaesthesia in claustrophobic patients undergoing MRI. *Br J Radiol* 2010, 83 (986): 113-7.
27. Kajbaf M, Moghaddas M. Efficacy of NLP strategies on matrimony adaptation. *Sci Res Psychol* 2010;4(2): 30-40.
28. Pai VM, Rodgers M, Conroy R, Luo J, Zhou R, Seto B. Workshop on using natural language processing applications for enhancing clinical decision making: an executive summary. *J Am Med Inform Assoc* 2014;21(e1):e2-5.
29. Sephrmanesh Z, Ahmadvand A, Moraveji A, M. M. Mental health of nurses occupying. *Rafsanjan Med Univ J* 2014;12: 325-30.
30. Stipancic M, Renner W, Schutz PR. D. Effect of Neuro Linguistic psycho therapy on psychological difficulties and perceived quality of life. *J Counsel Psychotherapy Res* 2009. (10): 39-49.

THE EFFECT OF NEURO-LINGUISTIC PROGRAMMING ON MENTAL HEALTH IN CRITICAL CARE NURSES IN URMIA

Farzane Mikaeeli¹, Masoume Hemati Maslakkak^{2}, Masoume Farhadi³, Hayede Feizipour⁴*

Received: 7 Apr, 2016; Accepted: 14 June, 2016

Abstract

Background & Aims: Nurses' health especially mental health of the nurses as providers of care for patients is effective on their care service. This study aimed to determine the effect of neuro-linguistic programming on mental health of nurses.

Materials & Methods: This study is a quasi-experimental (pre-test and post-test) with the control group. Sample size of the study consists of 60 nurses of special sectors who were recruited and randomly assigned into two groups of intervention and control. Goldberg's General Health 28-question questionnaire was used to assess their mental health. Intervention group was held in 8 three-hour sessions trained by Neuro-linguistic programming. T-test was used to analyze the results of independent groups.

Results: The results showed that there was not statistically significant difference between mental health of the nurses and their domains in pre-intervention scores. The mean scores of mental health, somatization symptoms, anxiety, social dysfunction and severe depression in nursing among intervention group improved significantly compared to the control group after training neuro-linguistic programming, ($P < 0.05$).

Conclusion: Neuro-linguistic programming education has a positive effect on mental health of nurses and all of its components. It is recommended to implement NLP training courses to improve the mental health of nurses.

Keywords: Neuro-linguistic programming, mental health, nurse

Address: Urmia University of Medical Sciences, School of Nursing and Midwifery, Nazlo Campus, 11 km Seru Road, Urmia

Tel: (+98) 4432754962

Email: hemmatma@yahoo.com

¹ Department of Psychology, Urmia University, Faculty of Literature and Human Sciences, Urmia, Iran

² Associate Professor, School of Nursing and Midwifery, Urmia University of Medical Sciences, Urmia, Iran (Corresponding Author)

³ Master of Nursing and Midwifery, Urmia University of Medical Sciences, Urmia, Iran

⁴ PhD student Urmia University of Medical Sciences, Urmia, Iran