

August-September 2020, Volume 9, Issue 3

The Effect of Emotional Intelligence Training on Mental Health of Nurses in the Intensive Care Unit

Amir Hamzeh Sabzi¹, Kobra Karami^{2*}, Laila Lak³

1- PhD in Physical education, Assistant Professor, Payame Noor University, Tehran, Iran.

2- PhD in Nursing, Dept of Nursing, Faculty of Nursing and Midwifery, Lorestan University of Medical, Khorramabad, Iran.

3- MSc. Student of Nursing, Faculty of Nursing and Midwifery, Lorestan University of Medical, Khorramabad, Iran.

Corresponding author: Kobra Karami, PhD in Nursing, Dept of Nursing, Faculty of Nursing and Midwifery, Lorestan University of Medical, Khorramabad, Iran.

Email: kbkarami@gmail.com

Received: 17 May 2020

Accepted: 6 Sep 2020

Abstract

Introduction: Psychologists believe that paying attention to nurses' psychological health can increase their motivation for conducting their duties while are at work. Inattention to mental health is one of the most important factors in reduced productivity, be loosed human power, and develops physical and mental complications especially in professional services. The purpose of this study was to investigate the effect of emotional intelligence training on the mental health of nurses in the intensive care unit.

Methods: This was an experimental study with pretest, posttest design which was done in 1397 in Khorramabad. Fifty nurses were selected based on inclusion criteria and purposive sampling method and randomly divided into two groups of experimental and control by using a table of random numbers. The Goldberg Questionnaire was used to assess mental health. Experimental protocol included emotional intelligence training for seven sessions, 60 minutes each session. Data were analyzed using SPSS 22 software and Statistical tests.

Results: The experimental and control groups were significantly different in posttest in terms mental health, Somatic Symptoms, Anxiety and Sleep Disorder, Disorder in Social Function, Depression Symptoms($p < 0.05$). The mental health score in the experimental and control groups were 22.32 ± 3.86 and 30.84 ± 5.65 , respectively, indicating an improvement in mental health in the experimental group.

Conclusions: According to the results, emotional intelligence training interventions for seven sessions could be effective to improve mental health among nurses in the intensive care unit hospital.

Keywords: Emotional Intelligence, Mental Health, Intensive care unit, Intervention, Nurse .

تأثیر آموزش مهارت‌های هوش هیجانی بر سلامت روان پرستاران بخش‌های مراقبت ویژه

امیر حمزه سبزی^۱، کبری کرمی^{۲*}، لیلا لک^۳

۱- استادیار، گروه تربیت بدنی، دانشگاه پیام نور، تهران، ایران.

۲- استادیار، گروه پرستاری، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی لرستان، خرم‌آباد، ایران.

۳- دانشجوی کارشناسی ارشد پرستاری، دانشگاه علوم پزشکی لرستان، خرم‌آباد، ایران.

نویسنده مسئول: کبری کرمی، استادیار، گروه پرستاری، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی لرستان، خرم‌آباد، ایران.
ایمیل: Kbkarami@gmail.com

تاریخ دریافت: ۱۳۹۹/۲/۲۸

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۹/۶/۱۶

چکیده

مقدمه: روانشناسان معتقدند که توجه به سلامت روان پرستاران می‌تواند اثر مثبتی در انگیزش آنان برای انجام وظایف محوله آنها داشته باشد. عدم توجه به سلامت روان یکی از عوامل مهم در کاهش کارایی، از دست رفتن نیروی انسانی و ایجاد عوارض جسمی و روانی، خصوصاً در خدمات حرفه‌ای می‌باشد. هدف از انجام تحقیق تعیین تأثیر آموزش مهارت‌های هوش هیجانی بر سلامت روان پرستاران بخش‌های مراقبت ویژه بود.

روش کار: این مطالعه از نوع نیمه تجربی با طرح پیش‌آزمون، پس‌آزمون همراه با گروه کنترل بود که در سال ۱۳۹۷ در خرم‌آباد انجام گرفت. از طریق روش نمونه‌گیری مبتنی بر هدف و بر اساس معیارهای ورود ۵۰ نفر انتخاب و به صورت تصادفی با استفاده از جدول اعداد تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل قرار گرفتند. به منظور ارزیابی سلامت روان از پرسش‌نامه GHQ استفاده گردید. پروتکل تمرینی شامل آموزش مهارت‌های هوش هیجانی به گروه آزمایش، طی ۷ جلسه ۶۰ دقیقه‌ای بود. داده‌ها با نرم‌افزار آماری SPSS نسخه ۲۲ و با استفاده از آزمون‌های آمار تجزیه و تحلیل شد.

یافته‌ها: نتایج تحلیل کوواریانس نشان داد که پس از مداخله آموزش هوش هیجانی، تفاوت معناداری در میانگین سلامت روان پرستاران و زیرمقیاس‌های آن در گروه آزمایش با کنترل یافت شد ($p < 0/05$). نمره سلامت روان در گروه آزمایش و کنترل به ترتیب $3/86 \pm 22/32$ و $30/84 \pm 5/65$ بود که حاکی از بهبود سلامت روان در گروه آزمایش بود.

نتیجه‌گیری: بر اساس نتایج، مداخلات آموزش هوش هیجانی به مدت هفت جلسه می‌تواند در بهبود سلامت روان پرستاران بیمارستان بخش مراقبت‌های ویژه مؤثر باشد.

کلیدواژه‌ها: هوش هیجانی، سلامت روان، بخش مراقبت‌های ویژه، مداخله، پرستار.

مقدمه

بالای دانش و مهارت برای کار در این بخش‌ها و حجم حرفه‌ای بالا، لزوم سریع و بی‌درنگ پرستار به موقعیت‌های فوری و مسئولیت‌سنگین ناشی از مراقبت بیمار اشاره کرد [۳]. بنا به تعریف سازمان بهداشت جهانی در سال ۲۰۱۰، سلامت روانی به‌عنوان چیزی بیش از نبود اختلالات روانی یا ناتوانی‌های روانی توصیف شده است، همچنین ذکر شده است که سلامت روانی حالتی از بهزیستی است که در آن یک فرد توانایی‌هایش را درک می‌کند، می‌تواند با فشارزاهای طبیعی زندگی‌اش سازگار شود، به گونه‌ای بهره

توجه به مؤلفه‌های مختلف سلامت جامعه تضمین‌کننده حفظ سلامت در آینده خواهد بود [۱]. پرستاری حرفه‌ای پیچیده است که نیاز به تعامل مستمر با افراد مختلف (همکاران، بیماران، همراهان) دارد. پرستاری در بخش‌های ویژه از اهمیت به خصوصی برخوردار است زیرا آن‌ها به دلیل شرایط خاص ناشی از محیط کار و بیماران استرس بیشتری را تجربه می‌کنند [۲]. از عوامل استرس‌زای بخش‌های ویژه می‌توان به مواردی چون نیاز به سطح

هیجانی از جمله مهارت‌های لازم برای مدیریت تنش‌های روزانه و در نتیجه ارتقاء سلامت روان است. این مهارت به فرد اجازه می‌دهد تا قبل از این که احساساتش غیرقابل کنترل شوند با مدیریت هیجان، به کنترل آن‌ها پرداخته و مانع بروز عوارض جسمانی شود. می‌توان گفت که هوش هیجانی در ارتقاء سلامت روان نقش مؤثری دارد، زیرا قادر به کاهش استرس موجود به هنگام مقابله با وضعیت‌های است [۱۵]. هوش هیجانی بالا به معنی دارا بودن توانایی‌هایی مانند حفظ انگیزه، پایداری در مقابل ناملایمات، کنترل تکانش‌ها، به تعویق انداختن کامیابی و داشتن حس همدلی و امیدواری است. متأسفانه در برخی از مطالعات انجام شده در ایران هوش هیجانی پرستاران در سطح پائین گزارش شده است [۱۶]. با آموزش هوش هیجانی می‌توان پایداری افراد را در مواجهه با ناکامی‌ها تقویت کرد، حالات خلقی را تنظیم کرد و توانایی تسلط بر خود را افزایش داد و همچنین ارضاء نیازهای زودگذر را به تعویق انداخته و از غرق شدن در مسائل ناراحت‌کننده اجتناب کرد [۱۷]. نتایج نشان داده که هوش هیجانی با سلامت روان رابطه داشته [۱۸] و مؤلفه‌های هوش هیجانی قادر به پیش بینی سلامت روان هستند [۱۹]. پژوهشی فرا تحلیلی نیز نشان داد که هوش هیجانی یکی از مهم‌ترین متغیرهای پیش‌بینی کننده سلامت روان و سلامت جسم است [۲۰]، به طوری که هوش هیجانی بالا با سلامت روان و سلامت جسم [۲۱]، سلامت عمومی، بهزیستی، خودکنترلی، هیجان پذیری، توانایی اجتماعی [۲۲]، علائم جسمانی [۲۳] رابطه دارد. پایین بودن هوش هیجانی بر احساس شادی و سلامتی پرستاران تأثیر می‌گذارد و مدیریت آن‌ها را در برخورد با مشکلات و تعارضات با دشواری مواجه خواهد کرد [۲۴].

با توجه به اهمیت سلامت روان پرستاران و شناسایی روش‌هایی بهبود آن، هدف از انجام مطالعه حاضر تعیین تأثیر آموزش مهارت‌های هوش هیجانی بر سلامت عمومی پرستاران بخش‌های مراقبت ویژه بود.

روش کار

روش تحقیق تجربی با طرح پیش‌آزمون پس‌آزمون با گروه کنترل بود. ۵۰ نفر از پرستاران شاغل در بخش‌های

ور کار کند و قادر است تا به جامعه‌اش یاری رساند، در این مفهوم مثبت، سلامت روانی اساسی برای بهزیستی فردی و کارکرد مؤثر یک جامعه است. سلامت روانی ضعیف با شرایط کاری استرس‌آور، تبعیض جنسیتی، محرومیت اجتماعی، سبک زندگی غیرسالم، خشونت، بیماری جسمانی و نقص حقوق بشر مرتبط بوده است [۴]. سلامت روان در پرستاران بخش‌های ویژه به دلایل مختلفی از جمله زیاد بودن ساعات کار، کار در نوبت‌های چرخشی، کم بودن نیروهای کمک بهیار و خدمات، کمبود وسایل و ابزارهای پیشرفته و بیشتر بودن استرس‌ها به دلیل مراقبت از بیماران بدحال و استرس‌های ناشی از همراهان بیماران، در معرض خطر بیشتری قرار داد [۵]. قطعاً پرستارانی که از سلامت خوبی برخوردار نباشند، قادر نخواهند بود حمایت‌های فیزیکی و روانی را از بیماران به عمل آورند. توجه به سلامت پرستاران که خود مسئول سلامت بیماران و جامعه هستند از اهمیت به‌سزایی برخوردار است [۶]. 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 [۷].

نتایج مطالعه Suzuki و همکاران (۲۰۰۴) نشان داد که ۶۸/۸ درصد پرستاران ژاپنی در وضعیت نامطلوبی از نظر سلامت روان قرار دارند [۸]. بر اساس آمار اعلام شده از سوی نظام پرستاری کشور ایران، حدود ۷۵ درصد پرستاران دچار استرس، افسردگی و انواع ناراحتی‌های جسمی و روان‌شناختی هستند [۹]. همچنین سایر مطالعات نشان دادند که ۵۲ درصد از پرستاران در خرم‌آباد [۱۰]، ۵۳/۸ درصد در قم [۱۱] و ۵۳ درصد در استان گلستان از سلامت کمتری در مقایسه با سایر اقشار جامعه برخوردارند [۱۲]. وجود استرس شغلی باعث می‌شود که یک شغل رضایت‌بخش به‌مرورزمان به منبع ناراضی‌تبی تبدیل شود و فرد را به سمت ناسازگاری، فرسودگی شغلی و سایر مشکلات روحی و جسمی رهنمون سازد [۱۳]. 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].

حفظ و ارتقاء سلامت روان عاملی است که پژوهشگران در پی افزایش مهارت‌هایی برای بهبود آن هستند. هوش

غیبت در جلسات آموزش، عدم همکاری در ادامه شرکت در مطالعه بود. حجم نمونه با در نظر داشتن سطح اطمینان ۹۵ درصد، و توان آماری ۸۰ صدم و خطای استاندارد/ انحراف معیار مشاهده شده بر اساس تحقیق قبلی [۲۵] و جایگزینی در فرمول پیشنهادی کوهن (۱۹۷۰) ۲۵ نفر برای هر گروه تعیین شد [۲۶].

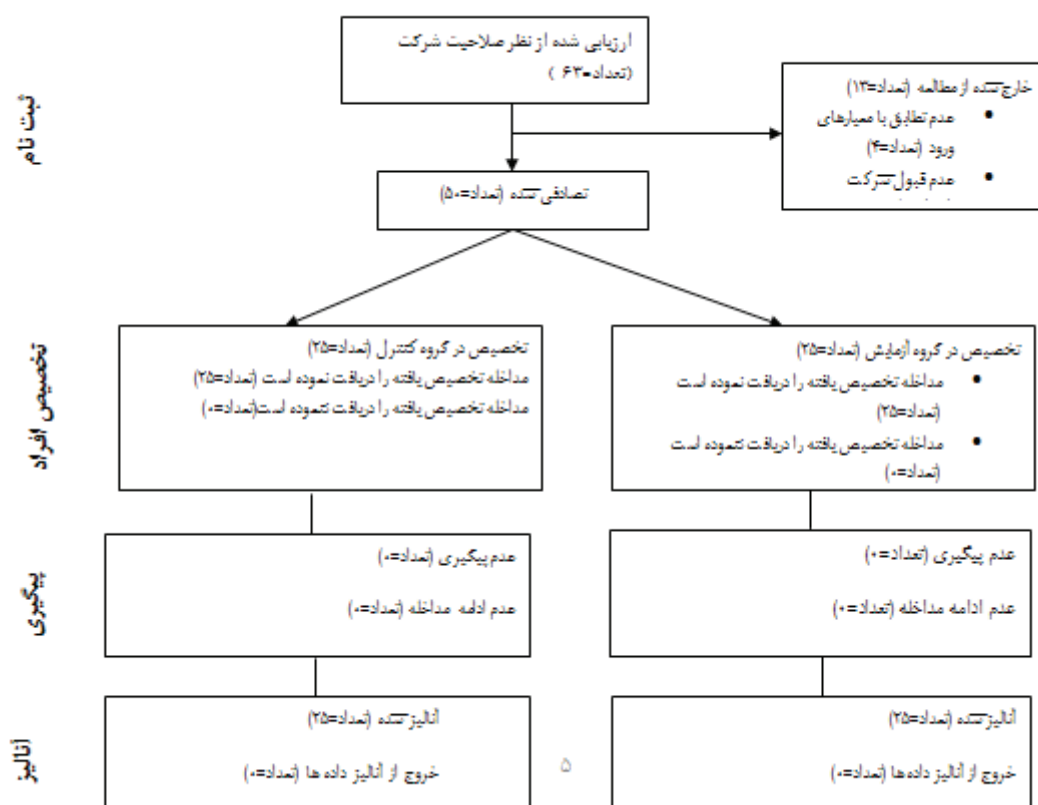
مراقبت‌های ویژه (۲۶ نفر بخش ICU، ۲۰ نفر بخش CCU، ۴ نفر بخش دیالیز) بیمارستان‌های آموزشی شهر خرم‌آباد به صورت مبتنی بر هدف انتخاب و به صورت تصادفی و بر اساس جدول اعداد تصادفی در دو گروه ۲۵ نفری آزمایش و کنترل قرار گرفتند. معیارهای ورود به مطالعه شامل پرستار شاغل در بخش مراقبت‌های ویژه، نداشتن بیماری روانی تأیید شده توسط پزشک و معیارهای خروج از مطالعه شامل:

$$\text{Effect Size} = ES = \frac{|\mu_1 - \mu_0|}{\sigma}$$

$$n = \left(\frac{Z_{1-\alpha/2} + Z_{1-\beta}}{ES} \right)^2$$

ابتدا ۵۰ نفر از پرستاران بخش‌های مراقبت ویژه که شرایط ورود به مطالعه را دارا بودند، به صورت داوطلبانه انتخاب شدند. پس از توضیح اهداف پژوهش و دادن اطمینان در خصوص محرمانه بودن اطلاعات و اخذ رضایت شفاهی، از نظر سن، جنسیت، مدرک و نوع استخدامی هم‌تاسازی شده و به طور تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل قرار گرفتند. این کار با استفاده از قانون تخصیص تصادفی انجام گرفت. پس از ارائه اهداف آموزش، با استفاده از پرسشنامه ابتدا مشخصات دموگرافیک و سلامت روان پرستاران قبل از شروع مطالعه، در دو گروه آزمایش و کنترل سنجیده شد. پس از اعمال پروتکل مداخله‌ای در گروه آزمایش از شرکت‌کنندگان دو گروه خواسته شد مجدداً پرسشنامه سلامت روانی را تکمیل نمایند. پرسش‌نامه‌ها بصورت خودگزارشی تکمیل شد. فرآیند انجام تحقیق در (نمودار ۱) ارائه شده است. برای جمع‌آوری داده‌ها از پرسش‌نامه سلامت روان گلببرگ استفاده شد. این پرسش‌نامه حاوی ۲۸ سؤال است که قادر به اندازه‌گیری ۴ زیر مقیاس علائم جسمانی، علائم اضطراب و بی‌خوابی، عملکرد اجتماعی و علائم افسردگی

است. دو نوع روش نمره‌گذاری برای این گزینه‌ها وجود دارد. یکی روش نمره‌گذاری GHQ، که در این روش، گزینه‌های آزمون به صورت (۰، ۱، ۰، ۰) نمره‌گذاری می‌شوند و در نتیجه، نمره فرد از صفر تا ۲۸ متغیر خواهد بود. روش دوم، شیوه نمره‌گذاری لیکرت است که بر اساس این شیوه، گزینه‌های آزمون به صورت (۱، ۰، ۳، ۴) نمره‌گذاری می‌شوند و در نتیجه، نمره کل یک فرد از صفر تا ۸۴ متغیر خواهد بود. در این تحقیق از شیوه دوم نمره‌گذاری استفاده شد. نمره مربوط به هر سؤال به صورت (۰-۱-۲-۳) و حداکثر نمره آزمودنی در کل ۸۴ است. نمره بالاتر بیانگر سلامت روان کمتر در آن زیر مقیاس است. در پژوهشی روی گروه ۷۵۱ نفری، ضریب آلفای کرونباخ برای زیر مقیاس‌های علائم جسمانی ۰/۸۵، علائم اضطراب و بی‌خوابی ۰/۸۷، عملکرد اجتماعی ۰/۷۹ و علائم افسردگی ۰/۹۱ و برای کل مقیاس ۰/۸۳ و برای روایی این آزمون ۰/۸۲ گزارش شده است [۲۷]. در پژوهش حاضر نیز پایایی این ابزار به روش همسانی درونی با آلفای کرونباخ ۰/۸۳ به دست آمد.



نمودار ۱: فرآیند انجام تحقیق

Bradberry و Greaves تدوین گردید [۲۸]. خلاصه محتوای هفت جلسه آموزش مهارت‌های هوش هیجانی در (جدول ۱) ارائه شده است.

پروتکل مداخله‌ای آموزش مهارت‌های هوش هیجانی به گروه آزمایش، طی ۷ جلسه ۶۰ دقیقه‌ای توسط محققین ارائه شد. محتوای برنامه آموزشی بر اساس مدل

جدول ۱: برنامه آموزش هوش هیجانی

جلسات	محتوای جلسات	روش آموزش
۱	معرفی و شناخت هیجان‌ها	سخنرانی و توزیع پمفلت
۲	درک هیجان‌ها و همدلی، آموزش مهارت‌های اجتماعی در ایجاد ارتباط مؤثر	سخنرانی، بحث گروهی
۳	تنظیم و مدیریت هیجان‌ها	سخنرانی، بحث گروهی، پرسش و پاسخ
۴	معرفی استرس و منابع آن	سخنرانی، بحث گروهی و توزیع پمفلت
۵	مدیریت استرس	سخنرانی، بحث گروهی، پرسش و پاسخ
۶	آگاهی اجتماعی و انعطاف پذیری در مقابل تغییر	سخنرانی، بحث گروهی، پرسش و پاسخ
۷	استفاده از هیجان‌ها	سخنرانی، بحث گروهی، پرسش و پاسخ

شرکت در پژوهش انجام شد. داده‌های جمع‌آوری شده با محاسبه میانگین و انحراف معیار و رسم جدول طبقه‌بندی و توصیف شد. برای تحلیل داده‌ها و آزمون فرضیه‌های تحقیق از تحلیل کوواریانس

ملاحظات اخلاقی در این پژوهش به صورت اخذ شناسه اخلاقی (IR.LUMS.REC.1397.047)، اخذ کد کار آزمایشی بالینی (IRCT20181012041316N1)، بیان اهداف پژوهش و کسب رضایت آگاهانه از پرستاران برای

داشتند و از این میان، ۱۸ نفر (۳۶ درصد) متأهل بودند. تعداد ۴۸ نفر (۹۶ درصد) دارای مدرک کارشناسی پرستاری بودند که همگی بومی شهر خرم‌آباد بودند. میانگین سنی شرکت‌کنندگان ۳۳/۵ سال بود. نتایج نشان داد که دو گروه آزمایش و کنترل از نظر سن، جنسیت و نمره سلامت روان قبل از مطالعه تفاوت معنی‌داری با یکدیگر نداشتند. میانگین و انحراف استاندارد نمرات پیش آزمون- پس آزمون سلامت روان دو گروه آزمایش و کنترل در (جدول ۲) ارائه شده است. همچنین در این جدول نتایج آزمون کالموگروف-اسمیرنف $(K-S Z)$ برای بررسی نرمال بودن توزیع متغیرها در گروه‌ها گزارش شده است. با توجه به این جدول آماره Z آزمون کالموگروف-اسمیرنف برای تمامی متغیرها معنی‌دار نیست. لذا می‌توان نتیجه گرفت که توزیع این متغیرها نرمال هست.

استفاده گردید. بدین منظور، ابتدا پیش‌فرض‌های آماری تحلیل کوواریانس شامل طبیعی بودن توزیع داده‌ها با استفاده از آزمون Kolmogorov-Smirnov، همگنی واریانس گروه‌ها با استفاده از Levene، خطی بودن رابطه بین متغیر وابسته و همپراش با استفاده از ترسیم نمودار و همگنی شیب‌های رگرسیون با استفاده از بررسی تعامل متغیر مستقل و همپراش بررسی و مورد تأیید قرار گرفت. در نهایت، داده‌ها در نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۲ (version 22, IBM Corporation, Armonk, NY) تجزیه و تحلیل شد. در کلیه تحلیل‌ها سطح معنی‌داری $p < 0/05$ در نظر گرفته شد.

یافته‌ها

شرکت‌کنندگان در تحقیق، ۴۸ نفر (۹۶ درصد) جنسیت مؤنث

جدول ۲: شاخص‌های توصیفی نمرات پیش آزمون-پس آزمون در دو گروه آزمایش و کنترل (تعداد=۵۰)

متغیرها	گروه	مقاطع اندازه‌گیری
سلامت روان	آزمایش	پیش آزمون (انحراف استاندارد \pm میانگین) پس آزمون (انحراف استاندارد \pm میانگین)
	کنترل	
علائم جسمانی	آزمایش	
	کنترل	
علائم اضطراب و بی‌خوابی	آزمایش	
	کنترل	
عملکرد اجتماعی	آزمایش	
	کنترل	
علائم افسردگی	آزمایش	
	کنترل	

لویین برای بررسی همگنی واریانس متغیر وابسته در گروه‌ها نشان داد که واریانس سلامت روان ($F_{1,38} = 3/11, P = 0/21$) در گروه‌ها برابر است. در (جدول ۳) نتایج تحلیل کوواریانس تک متغیری برای بررسی تفاوت گروه آزمایش و کنترل در پیش‌آزمون با پس‌آزمون گزارش شده است.

برای بررسی تأثیر آموزش هوش هیجانی بر سلامت روان از تحلیل کوواریانس استفاده شد. نتایج آزمون بررسی شیب همگنی رگرسیون پیش‌آزمون و پس‌آزمون در دو گروه آزمایش و کنترل، نشان داد که شیب رگرسیون در هر دو گروه ($F_{1,36} = 2/89, P = 0/08$) برابر است. نتایج آزمون

جدول ۳: نتایج تحلیل کوواریانس تک متغیری برای بررسی تفاوت گروه آزمایش و کنترل (تعداد=۵۰)

متغیر	منبع تغییر	مجموع مجزورات	درجه آزادی	میانگین مجزورات	آماره F	p	اندازه اثر
	پیش آزمون	۵۳۶/۷۵۲	۱	۵۳۶/۷۵۲	۴۲/۴۶۷	۰/۰۰۱	۰/۴۷۵
سلامت روان	گروه	۷۸۷/۵۱۶	۱	۷۸۷/۵۱۶	۶۲/۳۰۷	۰/۰۰۱	۰/۵۷
	پیش آزمون	۰/۰۴۸	۱	۰/۰۴۸	۱/۲۴	۰/۶۴	۰/۰۳۱
علائم جسمانی	گروه	۶۶/۵۴۲	۱	۶۶/۵۴۲	۱۱/۴۱۲	۰/۰۰۱	۰/۲۸۴
	پیش آزمون	۰/۰۵۲	۱	۰/۰۵۲	۱/۲۸	۰/۵۷	۰/۰۳۲
علائم اضطراب و بی‌خوابی	گروه	۵۵/۸۴	۱	۵۵/۸۴	۱۱/۳۴	۰/۰۰۱	۰/۲۹
	پیش آزمون	۰/۰۳۹	۱	۰/۰۳۹	۱/۰۸۳	۰/۶۴	۰/۰۳۵
عملکرد اجتماعی	گروه	۴۵/۸۵	۱	۴۵/۸۵	۱۲/۵۶	۰/۰۰۱	۰/۳۴
	پیش آزمون	۰/۰۶۷	۱	۰/۰۶۷	۱/۲۸	۰/۷۲	۰/۰۳۱
علائم افسردگی	گروه	۶۱/۳۸	۱	۶۱/۳۸	۱۱/۸۴	۰/۰۰۱	۰/۳۲

کرده و از این طریق سلامت روان آن‌ها را بهبود ببخشد. نتایج مطالعه حاضر نشان داد که آموزش هوش هیجانی بر افسردگی پرستاران تأثیر داشته و سبب کاهش میزان افسردگی در مقایسه با گروه کنترل شده بود. این یافته‌ها با نتایج Austin و همکاران (۲۰۰۵) و Mavrouli و همکاران (۲۰۰۷) همخوانی دارد [۳۲، ۳۳]. یکی از فواید مهم توانایی تنظیم هیجان، بهبود هیجان‌های منفی و پرورش هیجان‌های خوشایند و مثبت است؛ بدین معنی که تنظیم هیجان باعث توانایی بیشتر فرد در جبران حالات هیجانی منفی از طریق شرکت در فعالیت‌های خوشایند می‌شود که این تنظیم می‌تواند در کاهش افسردگی و اضطراب افراد مؤثر باشد. در تبیین این یافته می‌توان به مدل خودکارآمد پنداری Petrides و همکاران [۳۴] استناد کرد. بر طبق این مدل هوش هیجانی مجموعه‌ای از آمادگی‌ها و تمایلات رفتاری را در فرد ایجاد می‌کند و افرادی که دارای هوش هیجانی بالا هستند آمادگی هیجانی و رفتاری بالاتری برای غلبه بر هیجان‌های منفی (افسردگی) خود دارند [۴۱].

نتایج مطالعه حاضر نشان داد که آموزش هوش هیجانی بر عملکرد اجتماعی پرستاران تأثیر داشته و سبب افزایش میزان کارکرد اجتماعی در مقایسه با گروه کنترل شده بود. این یافته با نتایج کریمی و همکاران (۱۳۹۶) و Rogers و همکاران (۲۰۰۶) همخوانی دارد [۳۶، ۳۵]. در تبیین این یافته می‌توان بیان کرد که افراد باهوش هیجانی بالا، قادرند

بر اساس داده‌های (جدول ۳)، پس از کنترل اثر پیش آزمون، اثر گروه بر سلامت روان ($p=0/001$)، علائم جسمانی ($p=0/001$)، علائم اضطراب و بی‌خوابی ($p=0/001$)، عملکرد اجتماعی ($p=0/001$)، علائم افسردگی ($p=0/001$) معنی‌دار بوده؛ بدین معنی که سطوح این متغیرها در پس‌آزمون بین دو گروه آزمایش و کنترل تفاوت معنی‌داری را نشان داد. بر اساس نتایج به دست آمده و با توجه به آماره‌های (جدول ۲) می‌توان نتیجه‌گیری کرد که آموزش مهارت‌های هوش هیجانی بر بهبود سطح این متغیرها در پرستاران بخش‌های ویژه مؤثر بوده است.

بحث

پژوهش حاضر با هدف بررسی تأثیر آموزش هوش هیجانی بر سلامت روان پرستاران بخش‌های مراقبت ویژه انجام شد و یافته‌ها نشان داد که آموزش مهارت‌های هوش هیجانی به‌طور معنی‌داری سبب افزایش سلامت روان پرستاران شده بود. این یافته‌ها با نتایج رزاقی و همکاران (۲۰۲۰)، Francis و همکاران (۲۰۱۹) و Pérez و همکاران (۲۰۱۸) همخوانی دارد [۲۹-۳۱]. در تبیین نتایج می‌توان بیان نمود که پرستاران بخش‌های ویژه با تأثیرپذیری از آموزش مهارت‌های هوش هیجانی، به‌احتمال می‌توانند توانایی درک، مدیریت هیجان و حل مسئله را افزایش دهند و به‌طور مؤثری فرد را با نیازها، فشارها و چالش‌های زندگی سازگار

باعث کاهش استرس در پرستاران و در نتیجه آن موجب کاهش علائم جسمانی شده است.

پژوهش حاضر همانند هر پژوهش دیگر با محدودیت‌هایی همانند عدم تمایل برخی از پرستاران جهت شرکت در مطالعه، طولانی بودن پروسه مداخله، عدم تعمیم نتایج به سایر بخش‌ها و محدودیت‌های جغرافیایی مواجه بود. بنابراین پیشنهاد می‌شود که پژوهش حاضر در پرستاران سایر بخش‌های بیمارستان انجام شود تا قدرت تعمیم یافته‌ها افزایش یابد.

نتیجه‌گیری

نتایج مطالعه حاضر نشان داد که هوش هیجانی و مهارت‌های آن می‌توانند نقش بسزایی در افزایش و بهبود سلامت روان پرستاران ایفا نمایند. با توجه به نقش مؤثر این شیوه آموزشی در بهبود سلامت روان برگزاری دوره‌های آموزش مهارت‌های هوش هیجانی به دست اندرکاران حوزه سلامت توصیه می‌گردد. از آنجایی که آموزش هوش هیجانی یک روش نسبتاً ارزان، کاربردی و کارآمد است، لذا نتایج این مطالعه برای برنامه ریزان و مسئولان بیمارستان‌ها و حتی مشاوران و درمانگران کلینیک‌های خدمات روان‌شناختی اشارات کاربردی دارد. بنابراین، توصیه می‌گردد که سرپرستاران و مسئولان بیمارستان‌ها، پرستاران دارای مشکلات سلامت روانی را به مشاوران و درمانگران متخصص و متبحر ارجاع دهند و آنان برای بهبود سلامت روانی پرستاران از روش آموزش مهارت‌های هوش هیجانی در کنار سایر روش‌های آموزشی و درمانی استفاده نمایند. نظر به اینکه حرفه‌ی پرستاری نیازمند دارا بودن صلاحیت بالینی در عمل می‌باشد بنابراین نیازمند آموزش‌هایی برای افزایش و بهبود سلامت روانی است که از طریق بکارگیری آموزش مهارت‌های هوش هیجانی می‌توان به این مهم دست یافت. بنابراین با توجه به اثربخشی آموزش هوش هیجانی بر سلامت روان پرستاران، آموزش آن در ابتدای استخدام و یا در آموزش‌های ضمن خدمت توصیه می‌گردد. همچنین پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آتی اثربخشی این مداخله بر سایر مولفه‌های روانشناختی پرستاران مورد بررسی قرار گیرد.

سپاسگزاری

این مقاله حاصل طرح پژوهشی مصوب منتج از پایان‌نامه‌ی

به‌طور عمیق منطقی بیندیشند و به جای اینکه واکنش ناگهانی نشان دهند، می‌توانند گوش کنند و خواسته‌هایشان را به شکل مناسب اظهار نمایند و به‌جای سرکوب احساسات، آن‌ها را با روش سازنده اظهار کنند، لذا می‌توانند خود را کنترل کرده و از این طریق کارکرد اجتماعی و روابط بین فردی خود را بهبود بخشند. به‌طور کلی افراد باهوش هیجانی بالا، احساسات خود را به روش غیر خصمانه بروز می‌دهند، از احساساتی که در افراد دیگر به وجود آمده آگاه‌اند و از ارتباطات بین فردی رضایت بخش لذت می‌برند اما افراد فاقد هوش هیجانی بالا نمی‌توانند با حوادث فشارزا و ناخوشایند سازگار شوند، بیشتر دچار ناامیدی می‌گردند، تکانشی عمل می‌کنند و در ارتباطات اجتماعی دچار مشکل می‌گردند که در نتیجه سلامت جسمانی این افراد به خطر خواهد افتاد.

نتایج مطالعه حاضر نشان داد که آموزش هوش هیجانی بر علائم اضطراب و بی‌خوابی پرستاران تأثیر داشته و سبب کاهش میزان علائم اضطراب و بی‌خوابی در مقایسه با گروه کنترل شده بود. این یافته با نتایج کشاورز و میرزایی (۱۳۹۷) و وحیدی سبزواری و همکاران (۱۳۹۴) همخوانی دارد [۳۸،۳۷]. در تبیین این یافته می‌توان بیان کرد هنگامی که فشار روانی تظاهر پیدا می‌کند، هوش هیجانی به فرد کمک می‌کند به تحلیل موقعیت بپردازد و باتدبیر کامل، با احساسات خود رویارویی کند. افرادی که از هوش هیجانی بالایی برخوردارند می‌توانند با چالش‌های زندگی سازگار گردند و موجب افزایش سلامت روانی و جسمانی خود شوند. هوش هیجانی بر پاسخ به هیجان‌ها اثر می‌نماید بنابراین در جریان مقابله با فشار روانی نقش عمده‌ای ایفا می‌کند. نتایج مطالعه حاضر نشان داد که بین میانگین پس‌آزمون بعد علائم جسمانی از مؤلفه‌های سلامت روان پرستاران گروه آزمایش و کنترل تفاوت معنی‌داری وجود دارد. بنابراین می‌توان گفت که آموزش هوش هیجانی بر علائم جسمانی پرستاران تأثیر معنی‌داری داشته و سبب کاهش میزان علائم جسمانی شده است. این یافته با نتایج مختاری و همکاران (۱۳۹۳) و علی‌پور و همکاران (۱۳۹۵) همخوانی دارد [۴۰،۳۹]. در تبیین نتایج می‌توان گفت که پرستاران طی آموزش هوش هیجانی، چگونگی مقابله با تنش‌ها و فشارهای روانی، ارزیابی مثبت از وقایع و حوادث پیرامون، راه‌های تجربه‌ی هیجان‌ات مثبت و خوشایند به‌جای هیجان‌ات منفی و ناخوشایند را فراگرفته و این آموزش‌ها

پژوهش تشکر و قدردانی می کنند.

تضاد منافع

هیچ گونه تضاد منافع برای نویسندگان در این مطالعه وجود ندارد.

References

1. Rettek SI. Cultural differences and similarities in cognitive appraisals and emotional responses. 1991. Elibrary ID: 6655457
2. Rushton CH, Batcheller J, Schroeder K, Donohue P. Burnout and resilience among nurses practicing in high-intensity settings. *American J Critical Care*. 2015;24(5):412-20. <https://doi.org/10.4037/ajcc2015291> PMID:26330434
3. Komeili-Sani M, Etemadi A, Boustani H, Bahreini M, Hakimi A. The relationship between nurses' clinical competency and job stress in Ahvaz university hospital, 2013. *J Clinical Nursing and Midwifery*. 2015;4:39-49.
4. World Health Organization (WHO). Mental health retrived from WHO.[Internet].[Cited 2010].Avaiable from: www.hoint/mentalhealth
5. Rahimzadeh M, Zabihi A, Hoseini J. Study of nurses' exposure to physical and verbal violence in hospitals. *Iranian J Hayate Tabestan*. 2004;17(2):5-11.
6. Craven R, Hirnle C. *Fundamentals of nursing. human health and function*. Fourth Ed. Philadelphia, Lippincott Comp; 2003.
7. Chang EM, Hancock KM, Johnson A, Daly J, Jackson D. Role stress in nurses: review of related factors and strategies for moving forward. *Nursing & Health Sciences*. 2005;7(1):57-65. <https://doi.org/10.1111/j.1442-2018.2005.00221.x> PMID:15670007
8. Suzuki K, Ohida T, Kaneita Y, Yokoyama E, Miyake T, Harano S, et al. Mental health status, shift work, and occupational accidents among hospital nurses in Japan. *J Occupational Health*. 2004;46(6):448-54. <https://doi.org/10.1539/joh.46.448> PMID:15613767
9. Alizadeh A. The stressors in nurses occupying in emergency. *J Men Health*. 1999(1):80-5.
10. Badrizadeh A, Farhadi A, Tarrahi M, Saki M, Gholamreza B. Assessing of mental health level of employed nurses in gov hospital in Khoram abad. *J Lorestan UnivMed Sci*. 2013;13(15):62-9.
11. Pourreza A, Monazam MR, Abassinia M, Asghari

دانشجویی به شماره ۷۹۰ مورخ ۹۶/۱۰/۱۷ با شناسه اخلاقی (IR.LUMS.REC.1397.047) از دانشگاه علوم پزشکی لرستان است. بدین وسیله نویسندگان از معاونت محترم پژوهش و تحقیقات دانشگاه علوم پزشکی لرستان، مسئولان بیمارستان های شهر خرم آباد و پرستاران شرکت کننده در

- M, Safari H, Sorani M, et al. Relationship between job burnout and mental health of nurses working in province of Qom. *J hospital*. 2012;11(2):45-54.
12. Hojjati H, Sharifnia S, Tahery N. Review of mental health and physical health in night working nurses in Golestan University of medical sciences in 2008-2009. *J Urmia Nursing and Midwifery Faculty*. 2010;8(3):144-9.
13. Ghasemi A, Attar M. Evaluation of occupational stressors in nurses working Babol. Sari and Behshar hospitals. 2005.
14. GärtnerFR, NieuwenhuijsenK, VanDijkFJ, Sluiter JK. The impact of common mental disorders on the work functioning of nurses and allied health professionals: a systematic review. *International J Nursing Studies*. 2010;47(8):1047-61. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2010.03.013> PMID:20444449
15. Bradberry T, Greaves J. *The emotional intelligence quick book: Everything you need to know to put your EQ to work*: Simon and Schuster; 2006.
16. Sirati M. On the relationship between emotional intelligence and demographic variables in nurses. *J Mil Med*. 2013;15(1):87-94.
17. Hamidzade M. *Smart and creative decisions: Emotional Intelligence*. Tehran: Termeh Publ. 2007.
18. Parker JD, Taylor GJ, Bagby RM. The relationship between emotional intelligence and alexithymia. *Personality and Individual Differences*. 2001;30(1):107-15. [https://doi.org/10.1016/S0191-8869\(00\)00014-3](https://doi.org/10.1016/S0191-8869(00)00014-3)
19. Martins A, Ramalho N, Morin E. A comprehensive meta-analysis of the relationship between emotional intelligence and health. *Personality and Individual Differences*. 2010;49(6):554-64. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2010.05.029>
20. Ahmadi Rad M. The relation of emotional intelligence and social support with occupational distress in employed women: MA thesis. Tehran. Tarbiat Modarres University, Faculty of Humanities; 2009.
21. Schutte NS, Malouff JM, Thorsteinsson EB, Bhullar N, Rooke SE. A meta-analytic

- investigation of the relationship between emotional intelligence and health. *Personality and Individual Differences*. 2007;42(6):921-33. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2006.09.003>
22. Greven C, Chamorro-Premuzic T, Artech A, Furnham A. A hierarchical integration of dispositional determinants of general health in students: The Big Five, trait emotional intelligence and humour styles. *Personality and Individual Differences*. 2008;44(7):1562-73. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2008.01.012>
 23. Thompson BL, Waltz J, Croyle K, Pepper AC. Trait meta-mood and affect as predictors of somatic symptoms and life satisfaction. *Personality and Individual Differences*. 2007;43(7):1786-95. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2007.05.017>
 24. Akhoondlotfali P, Hoseini M, Khankeh H, Fallahi KM, Hoseinzadeh S. The effect of emotional intelligence education on job conflict in nurses. *J Health Promotion Management*. 2012;1:7-16.
 25. Ghorbanshiroodi S, Rangrazian F. The Effect of Training Emotional Intelligence on Public Health of Nurses Working in Hospitalization Wards of Shafa Hospital of Rasht City. *Research in Medical Education*. 2013;5(2):1-7. <https://doi.org/10.18869/acadpub.rme.5.2.1>
 26. Cohen J. Approximate power and sample size determination for common one-sample and two-sample hypothesis tests. *Educational and Psychological Measurement*. 1970;30(4):811-31. <https://doi.org/10.1177/001316447003000404>
 27. Taghavi MR. The study of validity and reliability of general health questionnaire (GHQ). *J Psychol*. 2001;20:381-94.
 28. Bradberry T, Greaves J. *Emotional Intelligence 2.0: TalentSmart*; 2009.
 29. Razaghi S PS, Saemi E. The mediating role of physical activity in the relationship of emotional intelligence with psychological well-being in elderly people. *Iranian J Ageing*. 2020;14(4):392-405.
 30. Francis LJ, Emslie NJ, Payne VJ. The effect of emotional intelligence on work-related psychological health among anglican clergy in wales. *J Religion and Health*. 2019;58(5):1631-47. <https://doi.org/10.1007/s10943-019-00798-7> PMID:30924101
 31. Pérez-Fuentes MDC, Molero Jurado MDM, Gázquez Linares JJ, Oropesa Ruiz NF. The role of emotional intelligence in engagement in nurses. *International J Environmental Research and Public Health*. 2018;15(9):1915. doi: [10.3390/ijerph15091915](https://doi.org/10.3390/ijerph15091915)
 32. Austin EJ, Saklofske DH, Egan V. Personality, well-being and health correlates of trait emotional intelligence. *Personality and Individual Differences*. 2005;38(3):547-58. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2004.05.009>
 33. Mavroveli S, Petrides K, Rieffe C, Bakker F. Trait emotional intelligence, psychological well-being and peer-rated social competence in adolescence. *British j developmental psychology*. 2007;25(2):263-75. <https://doi.org/10.1348/026151006X118577>
 34. Petrides KV, Frederickson N, Furnham A. The role of trait emotional intelligence in academic performance and deviant behavior at school. *Personality and Individual Differences*. 2004;36(2):277-93. [https://doi.org/10.1016/S0191-8869\(03\)00084-9](https://doi.org/10.1016/S0191-8869(03)00084-9)
 35. Karimi M, Ashori M, Salemi khamene A. Investigation of relationship social development with emotional intelligence and mental health in slow paced students. *Empowering Exceptional Children*. 2017;8(23):85-94.
 36. Rogers P, Qualter P, Phelps G, Gardner K. Belief in the paranormal, coping and emotional intelligence. *Personality and Individual Differences*. 2006;41(6):1089-105. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2006.04.014>
 37. Keshavarz Afshar H, Javad Mirzaee J. Role of social adjustment, emotional intelligence and motivational strategies in academic anxiety among students. *Counseling Culture and Psychotherapy*. 2018; 9 (34):211-38.
 38. Vahidi Sabzevar A, Koushan M, Khosrorad R, Tabarraee Y, Shegerf Nakhaee M. The impact of emotional intelligence training on reducing anxiety of practitioner nurses in sabzevar. *J Sabzevar University of Medical Sciences*. 2015;22(5):805-14.
 39. Mokhtari Z, Alipor A, Hasanzadeh pashang S, Exiri Fard M. Effect of emotional intelligence training on physical health among heart patient's bed ridden. *Pars of Jahrom University of Medical Sciences*. 2014;12(2):9-14. <https://doi.org/10.29252/jmj.12.2.9>
 40. Alipor A, Aliakbari Dehkordi M, Hasanzadeh Pashang S, Faraji R. The effect of emotional intelligence training on mental health of the patients hospitalized in cardiology department of shahid modares hospital, Tehran, Iran. *Neuroscience J Shefaye Khatam*. 2016;4(3):41-50. <https://doi.org/10.18869/acadpub.shefa.4.3.41>