

بازتاب هوش هیجانی مدیران پرستاری بر تعهد سازمانی پرستاران

فرناز بیوک‌زاده، حسن ناوی‌پور[■]، زهره و نکى، مرضیه عصاره

چکیده

مقدمه: مدیران پرستاری متناسب با توسعه سازمان‌ها باید بیشتر به مسئله تعهد کارکنان توجه داشته باشند تا بتوانند مشکلات نیروی انسانی شاغل را به‌روشنی مناسبتی جهت دستیابی به اهداف سازمان حل کنند. هوش هیجانی آنان نقش یک واسطه دارد که تنظیم آن منجر به توانایی مدیریت و بهبود عملکرد و وظایف می‌شود.

هدف: این مطالعه تعیین تأثیر برنامه‌ی طراحی شده بهسازی هوش هیجانی مدیران پرستاری بر تعهد سازمانی پرستاران بوده است.

مواد و روش‌ها: این مطالعه نیمه تجربی بوده که در سال (۱۳۹۵) مداخله آن بر مبنای مدل هوش هیجانی بار-آن (۱۹۸۲) در (۸) جلسه آموزشی رسمی و به‌مدت (۲) ماه پیگیری و نظارت غیرمستقیم با بررسی و تحلیل موقعیت‌های رفتاری مدیران پرستاری (۱۵ نفر) در گروه آزمون اجرا شده است. تأثیر برنامه بهسازی در دو گروه آزمون و کنترل بر تعهد سازمانی پرستاران شاغل در دو بیمارستان قبل و بعد از مداخله بررسی شده و نمونه‌گیری به‌صورت تمام شماری (گروه آزمون ۹۴ و گروه کنترل ۸۰ نفر پرستار) و با یکدیگر همسان شده بودند. انتخاب بیمارستان‌ها و تخصیص آنها به دو گروه تصادفی بوده است. پرسشنامه تعهد سازمانی آلن و مایر (۱۹۹۰) استفاده شده (با آلفای کرونباخ: ۰/۹۵) و برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از نرم‌افزار SPSS₁₆ و آزمون‌های آماری کای دو، تی تست و آزمون علامت و یلکاکسون استفاده شد.

یافته‌ها: آزمون من ویتنی نشان داد قبل از مداخله بین دو گروه آزمون و کنترل پرستاران از نظر میانگین نمره تعهد سازمانی (کل) تفاوت آماری معنی‌داری وجود ندارد ($P=0/896$) و دو گروه از این نظر همسان بودند. اما بعد از مداخله بین دو گروه آزمون و کنترل از نظر میانگین نمره تعهد سازمانی (کل) تفاوت آماری معنی‌داری وجود داشت ($P<0/001$).
نتیجه‌گیری: به مدیران آموزشی بیمارستان‌ها پیشنهاد می‌شود که از این برنامه برای بهسازی مدیران پرستاری استفاده نمایند تا اثرات آن منجر به بهبود رفتارهای سازمانی پرستاران شود.

کلمات کلیدی: تعهد سازمانی، بهسازی مدیران، هوش هیجانی، پرستاران، مدیران پرستاری

فرناز بیوک‌زاده

کارشناس ارشد پرستاری، گروه پرستاری، دانشکده علوم پزشکی، دانشگاه تربیت مدرس

■ مؤلف مسؤول: حسن ناوی‌پور

استادیار پرستاری، گروه پرستاری، دانشکده علوم پزشکی، دانشگاه تربیت مدرس

آدرس: h-nvaipour@modares.ac.ir

زهره و نکى

دانشیار پرستاری، گروه پرستاری، دانشکده علوم پزشکی، دانشگاه تربیت مدرس

مرضیه عصاره

دانشیار و فوق تخصص روانپزشکی، بیمارستان امام حسین، دانشگاه علوم پزشکی البرز، کرج، ایران

فصلنامه
مدیریت پرستاری

سال ششم، دوره ششم، شماره اول و دوم
بهار و تابستان ۱۳۹۶

■ مقدمه

تعهد سازمانی یکی از متغیرهایی است که می‌تواند در تحقق اهداف سازمان نقش اساسی ایفا کند. از مهم‌ترین دلایل اهمیت موضوع تعهد سازمانی این است که سازمان‌هایی با کارکنان متعهد معمولاً دارای عملکرد بهتری هستند، همچنین از آن‌جا که تعهد سازمانی می‌تواند بر عواملی چون رضایت شغلی، ترک خدمت، غیبت و تأخیر و عملکرد کارکنان تأثیرگذار بسیار مورد توجه است [۱]. تعهد سازمانی را می‌توان به طور ساده اعتقاد به ارزش‌ها و اهداف سازمان، احساس و فاداری به سازمان، الزام اخلاقی، تمایل قلبی و احساس نیاز به ماندن در سازمان تعریف کرد [۲].

تعهد سازمانی یک حالت روانی است که نشان‌دهنده نوعی تمایل، نیاز و الزام جهت ادامه اشتغال در یک سازمان می‌باشد. تمایل یعنی علاقه و خواست قلبی فرد برای ادامه خدمت در سازمان، نیاز یعنی فرد به خاطر سرمایه‌گذاری‌هایی که در سازمان کرده است ناچار به ادامه خدمت در آن است و الزام عبارت از مسؤلیت و تکلیفی است که فرد در برابر سازمان دارد و خود را ملزم به ماندن در آن می‌بیند. از دیدگاهی دیگر، تعهد سازمانی نوعی احساس و ابستگی و تعلق خاطر به سازمان است و تعاملی پویا بین یک شخص و محیط او را شامل می‌شود [۳] و یک ساختار چند بعدی است که می‌توان آن را یک حالت روانی دانست که پایبندی اشخاص را به سازمان منتقل می‌کند. طبق این رویکرد تعهد سازمانی نوعی و ابستگی عاطفی به سازمان تلقی می‌شود و فردی که به شدت متعهد است، هویت خود را از سازمان می‌گیرد، در سازمان مشارکت می‌کند و با آن در می‌آمیزد و از عضویت در آن لذت می‌برد [۴]. به عبارتی می‌توان گفت تعهد سازمانی یک نگرش درباره و فاداری کارمندان به سازمان است و فرآیند مستمری است که از طریق آن اعضای سازمان علاقه خود را به سازمان و موفقیت و کارایی پیوسته آن نشان می‌دهند. بدیهی است تعهد سازمانی کارکنان زمانی ارزشمند خواهد گردید که بر روی عملکرد سازمان تأثیر مثبت داشته باشد و موجب ارتقاء بهره‌وری گردد [۵].

با توجه به اجتناب‌ناپذیر بودن برخی از عوامل در حرفه پرستاری و لزوم پیشگیری از آثار روانی و رفتاری مخربی که به کاهش تعهد سازمانی کمک می‌کند، به کارگیری تمهیدات و اقداماتی در جهت بهبود کیفیت زندگی کاری و آموزش روش‌های مقابله‌ای از جمله وظایف مدیران سازمان‌های خدمات بهداشتی درمان است. هم‌چنین توصیه‌های زیادی به پرستاران برای استفاده از مراقبت‌های پرستاری غیر دارویی برای کنترل نشانه‌های بیماری شده است [۶].

اما با استفاده از هوش هیجانی به عنوان یک ابزار مدیریتی می‌توانیم مانع از عوارض ناشی از آن شویم [۷]. دانیل گلنن هوش هیجانی را

موفقیت هر سازمان در نیل به اهداف تعیین‌شده در گرو یک رشته عوامل به هم پیوسته است. از جمله عواملی که در بقای سازمان‌ها بسیار مؤثر است و همواره مدنظر مسؤولان و مدیران سازمان‌ها می‌باشد، نیروی انسانی است و هر سازمانی جهت نیل به اهداف خود به منابع مختلفی نیاز دارد. بدون شک مهم‌ترین منبع هر سازمانی نیروی انسانی شاغل در آن سازمان است و به عنوان جزیی جدایی‌ناپذیر و از مهم‌ترین ابزارها برای پیشبرد اهداف در هر سازمان مطرح است. چنانچه این نیرو دارای انگیزه و رضایت و تعهد بالا باشد، توان و استعداد خود را در آن سازمان به کار خواهد گرفت. لذا موفقیت و پیشرفت هر سازمانی به نیروی انسانی و کاربرد صحیح آن در سازمان بستگی دارد. نیروی انسانی و فادار، سازگار با اهداف و ارزش‌های سازمانی، حاضر است فراتر از وظایف مقرر در شرح و وظایف، فعالیت نماید و می‌تواند عامل مهمی در اثربخشی سازمانی باشد. وجود چنین نیرویی در سازمان توأم با بالا رفتن سطح عملکرد و پایین آمدن نرخ غیبت، تأخیر و ترک خدمت می‌باشد و وجه اعتبار سازمان را در اجتماع، مناسب جلوه داده و زمینه را برای رشد و توسعه سازمان فراهم می‌آورد. برعکس نیروی انسانی با احساس و فاداری، تعلق و تعهد سازمانی کم، نه تنها خود در جهت نیل به اهداف سازمان حرکت نمی‌کند، بلکه با ایجاد بی‌تفاوتی نسبت به مسائل و مشکلات سازمان ممکن است در بین دیگر همکاران تأثیر منفی داشته باشد، که این امر خود منشاء ناهنجاری‌های بسیاری در ابعاد مختلف اجتماعی، سیاسی، اقتصادی و فرهنگی در جامعه است.

یکی از مهم‌ترین مسائل انگیزشی که امروزه با حجم گسترده‌ای در مطالعات روان‌شناسی سازمانی گسترش یافته است، مسأله تعهد سازمانی است. مبحث تعهد سازمانی که امروزه جایگاه مهمی را در تحقیقات از آن خود ساخته است، بیش از هر چیز ناشی از اعتقاد شدید فرد به سازمان و پذیرش اهداف آن و تلاش در جهت رسیدن به آن اهداف است، بطوری که نوعی و ابستگی عاطفی و روانی در فرد شکل می‌گیرد و او را مایل به بقاء در سازمان می‌کند. شاید هیچ موضوعی به اندازه تعهد و احساس تعلق کارکنان در کارایی و بهره‌وری سازمان اهمیت نداشته باشد. افراد متعهد همچون منبعی از انرژی و توان هستند که با قدرت به سمت آرمان و اهداف سازمان پیش می‌روند. این افراد به قوانین و ساختارهای موجود اکتفا نمی‌کنند و خود را در چارچوب محدود نمی‌سازند. اگر قانون و ساختاری را در مقابل آرمان خود ببینند، سعی در تغییر آن و رفع موانع موجود می‌کنند.

به عنوان معین‌کننده‌ی ظرفیت شناخت احساسات شخصی خود و دیگران و ایجاد انگیزه در خود و مدیریت این احساسات بطور صحیح در روابط ما تعریف کرده است [۸]. هوش هیجانی نقش یک واسطه را بازی می‌کند، که این واسطه بین سلامت روانی و عوامل مخرب‌گر قرار دارد. کسانی که دارای هوش هیجانی بالاتری هستند توانایی بیشتری در مقابله با درگیری‌های زیست‌محیطی نسبت به افرادی که از هوش هیجانی پایین تری برخوردار هستند، دارند. آگاهی عاطفی و تنظیم آن منجر به توانایی مدیریت و بهبود عملکرد و ظایف می‌شود. پرستاران به دلیل رو به رو بودن با عوامل استرس‌زای شغلی از جمله محتوی شیفت‌کاری، بالا بودن حجم کار، مجاورت مکرر با بیماران، درد، رنج و مرگ، بیشتر مستعد ابتلا به استرس هستند، که این موضوع باعث افزایش درگیری‌هایی می‌شود که در نهایت منجر به خطر انداختن روابط میان فردی می‌شود. هوش هیجانی مدیران و سلامت روانی آنها می‌تواند به افراد کمک کند تا مشکلات شغلی خود را بهتر حل کنند [۹] و باعث افزایش و پرورش پرستاران متعهد می‌شود. مهارت‌های هوش هیجانی به ویژه "خودآگاهی" به پرستاران کمک می‌کند که با احساسات و رفتار خود آشنا شوند و از فرآیند خودآگاهی به عنوان عکس‌العمل استفاده کنند، این فرآیند شامل درک افکار، مناقشه، و انگیزه فرد است [۱۰]. هوش هیجانی برای پرستاران به عنوان یک محافظ حقیقی در مقابل عوامل مخرب‌گر عمل می‌کند و نیز به عنوان یک عامل تسهیل‌دهنده برای سلامت نشان داده می‌شود [۱۱]. هرچه هوش هیجانی بالاتر باشد تعهد بیشتر است که این رابطه‌ی مستقیم، نمایانگر رابطه‌ی معناداری است [۱۲].

مداخلات توسعه هوش هیجانی یک ایده است که با علاقه زیادی مورد بحث قرار گرفته است. برنامه‌های آموزشی که باعث ارتقاء هوش هیجانی در متخصصان مراقبت‌های سلامت و بهداشت می‌شود نه تنها در محیط کار بلکه در مطالعات پرستاری معرفی شده‌اند. شناخت و پذیرش احساسات، طرز رفتار صحیح در زمان خاص و مهم‌تر از همه بیان هیجان، موضوعاتی است که باید به عنوان هسته‌ی اصلی این برنامه‌ی آموزشی قرار گیرند [۱۳]. شواهدی وجود دارد که نشان می‌دهد آموزش هوش هیجانی امکان افزایش کنترل احساسات و ارتقاء شایستگی و صلاحیت را به همراه دارد [۱۴]. با یکپارچه‌سازی هوش هیجانی و با تدارک دیدن برنامه‌ی آموزشی برای مدیران پرستاری، همراه با انتخاب یک فرصت مناسب برای دریافت و درک کردن خود، همکاران و بیماران، راه مناسبی پیدا خواهد شد که در آن توانایی برقراری ارتباط سالم با دیگران را به دست خواهند آورد. این مسئله به عنوان یک نیاز اصلی در ایجاد

و گسترش آموزش‌های استراتژیک به منظور ارتقاء هوش هیجانی در محیط‌های مراقبت سلامت احساس می‌شود [۹]. مطالعات مختلف نشان می‌دهد که هوش هیجانی خصوصیتی است که قابل توسعه می‌باشد و برنامه‌هایی به منظور افزایش آن نیز طراحی شده است. هر کودکی که به دنیا می‌آید دارای استعداد‌های خاصی برای حساسیت هیجانی، حافظه هیجانی، پردازش اطلاعات هیجانی و توان یادگیری هیجانی می‌باشد؛ این استعداد به وسیله تجارب زندگی، به خصوص از طریق مبادلاتی که حاوی پیام‌های هیجانی می‌باشند، توسعه یافته یا آسیب می‌بیند. این پیام‌های هیجانی که فرد به مرور از معلمین، والدین و همسالان خود به مرور دریافت می‌کند، ظرفیت‌های هیجانی او را شکل می‌دهد.

هوش هیجانی بر عکس هوش، می‌تواند توسعه یابد و این به‌عنوان یکی از عوامل شهرت یافتن تئوری هوش هیجانی است که طیف وسیعی از یافته‌ها از رشته‌های روان‌درمانی و برنامه‌های آموزش مدیران همه مدارکی را فراهم می‌کند و شایستگی‌های اجتماعی و هیجانی افراد می‌تواند با تلاش مستمر و برنامه‌ریزی منظم بهبود یابد و لازم است به منظور غنی‌سازی هوش هیجانی الزاماتی از قبیل تمایل به تغییر، خود تأملی (اگر شخصی نداند که در درونش چه اتفاقی می‌افتد، غیر ممکن است که بداند بر دیگران چه می‌گذرد)، کنترل هیجان، تمرین همدلی، توسعه مهارت‌های گوش دادن فعال و تصدیق هیجانات دیگران به کار گرفته شود.

برای برون رفت از این مسئله‌ای که پرستاران به‌عنوان نیروی انسانی در سازمان که نقش بسزایی در تأمین، حفظ و ارتقاء سطح سلامت جامعه دارند و با آن روبرو هستند و می‌توان از تعهد سازمانی پایین یاد کرد و بررسی کرد که دارای چه پیامدهایی است، برای پاسخ به این سؤال که آیا هوش هیجانی تعهد سازمانی افراد را می‌تواند بهبود بخشد؟ و به منظور پاسخ به این سؤال که آیا هوش هیجانی مدیران پرستاری بر تعهد سازمانی پرستاران تأثیر دارد یا خیر، پژوهشی با هدف تعیین میزان تأثیر برنامه‌ی طراحی شده به‌سازی هوش هیجانی مدیران پرستاری بر تعهد سازمانی پرستاران شاغل در بیمارستان طراحی و اجرا شد و در نهایت پژوهشگر به دنبال پاسخ به این سؤال بود که آیا با به‌سازی هوش هیجانی مدیران پرستاری تغییری در سطح تعهد سازمانی پرستاران ایجاد خواهد کرد یا خیر؟

■ مواد و روش‌ها

این پژوهش یک تحقیق نیمه تجربی است که در سال ۱۳۹۵ بر روی دو گروه کنترل و آزمون صورت گرفته است. مداخله در این پژوهش به‌کارگیری تأثیر برنامه طراحی شده به‌سازی هوش هیجانی مدیران پرستاری بر بهبود تعهد سازمانی پرستاران شاغل

از بسیار مخالفم تا بسیار موافقم پاسخ دهد و دارای سه بعد: تعهد عاطفی (وابستگی عاطفی فرد به سازمان از سؤال‌های ۱ الی ۸)، تعهد مستمر (دربردارنده هزینه‌های متصور ناشی از ترک سازمان است از سؤال‌های ۹ الی ۱۶) و تعهد هنجاری (الزام و احساس تکلیف به باقی ماندن در سازمان از سؤال‌های ۱۷ الی ۲۴) است؛ این پرسشنامه که دارای مقیاس لیکرت است که از ۱ تا ۷ امتیازدهی می‌شود: کاملاً مخالفم (۱ امتیاز)، نسبتاً مخالفم (۲ امتیاز)، کمی مخالفم (۳ امتیاز)، نظری ندارم (۴ امتیاز)، کمی موافقم (۵ امتیاز)، نسبتاً موافقم (۶ امتیاز)، کاملاً موافقم (۷ امتیاز). این نکته مورد توجه قرار گرفته است که سؤالات: (۲۴-۲۱-۱۹-۱۸-۹-۸-۶-۴) به صورت معکوس نمره‌گذاری و پس از به دست آوردن امتیاز هر سؤال زیر مقیاس‌ها به ترتیب محاسبه می‌شوند. بالاترین امتیازی که فرد در این پرسشنامه اخذ خواهد کرد (۱۶۸) و پایین‌ترین نمره (۲۴) است. هر چقدر امتیاز فرد در این آزمون بالاتر باشد به معنی بالا بودن تعهد سازمانی فرد است و امتیاز کل از جمع بستن نمره همه عبارات به دست می‌آید. روایی پرسشنامه تعهد سازمانی آلن و مایر قبلاً در مطالعه‌ی جعفرزاده در سال (۱۳۸۴) مورد تأیید قرار گرفته است. روایی عاطفی (۰/۸۶)، مستمر (۰/۷۹)، و هنجاری (۰/۷۵) و ضریب پایایی این مقیاس را از طریق آلفای کرونباخ تعهد سازمانی (۰/۸۴)، تعهد هنجاری (۰/۷۳)، تعهد مستمر (۰/۷۰) و تعهد عاطفی (۰/۹۱) به دست آمده که بیانگر پایایی مناسب این پرسشنامه است. در پژوهش حاضر، برای تعیین پایایی پرسشنامه‌ها از (۲۰) نفر از پرستاران خواسته شد تا پرسشنامه تعهد سازمانی آلن و مایر را تکمیل نمایند و با روش همبستگی درونی گویه‌ها با ضریب آلفا کرونباخ محاسبه گردید (۰/۹۵). همچنین در این پژوهش از پرسشنامه دموگرافی به منظور حصول اطلاعات و متغیرهای زمینه‌ای پرستاران در جنبه‌های سن، جنس، و وضعیت تأهل، تعداد فرزندان، سابقه‌ی کاری، میزان تحصیلات، ساعات اضافه کاری در ماه، شیفت کاری و ... تهیه گردید. در گروه آزمون و کنترل میزان هوش هیجانی مدیران پرستاری توسط پرسشنامه‌ی هوش هیجانی بار-آن سنجیده شد. (در گروه کنترل جهت اطمینان از همسان‌سازی هوش هیجانی مدیران پرستاری در دو گروه پرسشنامه توزیع شد) نیازسنجی مدیران پرستاری گروه آزمون از طریق کسب نمرات هر مؤلفه در پرسشنامه‌ی هوش هیجانی تعیین شد.

مرحله مداخله: مربوط به اجرای برنامه‌ی طراحی شده‌ی بهسازی هوش هیجانی مدیران پرستاری در گروه آزمون است. که این برنامه از ۸ جلسه تشکیل شده است، که هر جلسه به مدت (۱/۵) ساعت بوده و در برگزاری این جلسات از وسایل آموزشی مثل تخته و

بوده و نمونه‌گیری به صورت تمام شماری انجام شده است. مداخله بر روی گروه آزمون انجام شده است، در این پژوهش دو گروه آزمون و کنترل مورد اندازه‌گیری متغیر وابسته قرار گرفته‌اند. روش کار در این پژوهش شامل سه مرحله قبل از مداخله، مداخله و بعد از مداخله بود.

در این مطالعه دو بیمارستان دولتی-آموزشی اقماری شهر کرج به عنوان جامعه پژوهش، بعد از بررسی ۱۱ بیمارستان استان البرز انتخاب و در این پژوهش مورد مطالعه قرار گرفته است. تخصیص دو بیمارستان مورد نظر به دو گروه آزمون و کنترل به صورت تخصیص تصادفی ساده به صورت قرعه‌کشی انجام شد. گروه‌های آزمون و کنترل بطور حتمی باید از یکدیگر جدا می‌بودند؛ به دلیل انتقال روش و برخورد ناخودآگاه مدیران پرستاری در حین و بعد از شرکت در برنامه مداخله پژوهش و تأثیرگذاری بر روی گروه کنترل، به این ترتیب گروه آزمون و کنترل جامعه پژوهش از دو بیمارستان جداگانه انتخاب شدند که از نظر تعداد بخش‌ها، نحوه‌ی اداره کردن بیمارستان، سیستم مدیریتی، سیستم حسابداری و کارگزینی و نحوه‌ی محاسبه‌ی کارانه و حقوق پرسنل و نحوه‌ی پاداش و توبیخ و نوع و ترکیب شیفت بندی پرستاران (شیفت در گردش، ثابت صبح، ثابت عصر و ثابت شب) دو گروه آزمون و کنترل همسان بودند. در این مطالعه نمونه‌های پژوهش عبارت است از کلیه پرستاران (تمام شماری) شاغل در محیط‌های پژوهش که در گروه آزمون تعداد آنها (۹۴) و در گروه کنترل (۱۰۸) تا بوده است، که و اجد خصوصیات؛ چون؛ داشتن حداقل (۲) سال سابقه کار در این بیمارستان‌ها، عدم استفاده از هرگونه داروی اعصاب و روان از زمان شروع پژوهش، حداقل دارای مدرک کارشناسی بوده‌اند. آنها در این صورت از پژوهش خارج می‌شدند؛ استعفاء یا انتقال از بیمارستان مورد مطالعه، اعلام عدم ادامه‌ی همکاری در این پژوهش، ناقص پر کردن پرسشنامه‌ها و عدم اطمینان به همکاری صادقانه شخص مورد بررسی، در صورت بروز حادثه ناگوار در طول انجام پژوهش (از دست دادن عزیزی و یا ابتلا به بیماری خاص).

در این پژوهش جهت روایی ابزارهای گردآوری اطلاعات توسط مطالعه کتب، مجلات، نشریات داخلی و خارجی از پایگاه‌های اطلاعاتی الکترونیک بهره گرفته شد و در نهایت ابزار سنجش تعهد سازمانی آلن و مایر به دلیل اعتبار علمی بالا به عنوان پرسشنامه استاندارد مورد توجه قرار گرفته است. آلن و مایر پرسشنامه تعهد سازمانی را در سال (۱۹۹۰) طراحی نمودند. فرم اولیه این پرسشنامه در سال (۱۹۸۷) ساخته شده بود این پرسشنامه دارای (۲۴) سؤال است که پاسخ‌دهنده باید به آن در یک طیف لیکرت

ایت برد، و ویدئو پرژکتور، پمفلت استفاده شده است. مبنا و پایه این مداخله برگرفته از مدل هوش هیجانی بار-آن (۱۹۸۲) می باشد. بار-آن مفهوم هوش هیجانی را در پنج مؤلفه، مؤلفه درون فردی، مؤلفه بین فردی، مؤلفه سازگاری، مؤلفه مدیریت استرس و مؤلفه خلق عمومی و پانزده زیرمقیاس تشکیل دهنده آنها ارائه کرده است. محتوای جلسات و اهداف هر جلسه بطور خلاصه شامل این موارد می شدند: جلسه اول: جلسه‌ی توجیهی نام گرفت و به گونه‌ای نیز مدیران پرستاری را به چالش کشید و مدیران پرستاری گروه آزمون با موضوعات آموزشی آشنا شدند. جلسه دوم و سوم: آموزش نظری هوش هیجانی. از جلسه چهارم تا هشت محتویات جلسه شامل طرح مسأله یا موقعیت موردی، فعالیت مدیران پرستاری شرکت کننده در پژوهش و بحث پیرامون موقعیت مطرح شده (به‌روش طوفان مغزی)، تصمیم‌گیری و نتیجه‌گیری کلی از آن موقعیت و خود گزارش‌دهی مدیران و از جلسه هشتم به بعد کنترل، نظارت، و مانیتورینگ انجام شد.

پس از اتمام جلسات رسمی مداخله پژوهشگر به صورت هفتگی به محیط پژوهش مراجعه کرد و از هر یک از مدیران پرستاری خواسته می شد در برگ‌های خود گزارش‌دهی با موقعیت‌ها و مواردی که مواجه شده‌اند را گزارش کنند و هر دو هفته یکبار مدیران را در جلسه‌ی گرد هم جمع کرد و موقعیت‌های خود در برای کلیه افراد ارائه می کردند و خود به تحلیل موقعیت‌ها می پرداختند، تعداد مدیران ۱۵ نفر می بود که هر دو هفته یکبار مدیران پرستاری به بیان موقعیت‌های پیش آمده، پرداختند. در انتهای جلسات پژوهشگر فقط بازخورد موقعیت بیان شده را می داد.

بطور میانگین بیش از دو ماه طول می کشد تا یک رفتار به انجام خود به خودی آن برسد، اگر بخواهیم دقیق بگوییم می شود ۶۶ روز. اما لازم به ذکر است طول مدت شکل‌گیری یک عادت جدید به مقدار زیادی به نوع رفتار، خود شخص و شرایط محیطی بستگی دارد [۱۵]. سپس پس از گذشت ۶۶ روز پس از اتمام مداخله میزان تعهد سازمانی پرستاران در گروه آزمون و کنترل سنجیده شد. برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از نرم‌افزار SPSS استفاده شد. آزمون‌های آماری کای دو، تی تست و آزمون علامت و یلکاکسون برای تجزیه و تحلیل استفاده شد.

■ یافته‌ها

در این مطالعه (۱۳۶) نفر از پرستاران بالینی زن از (۲) بیمارستان دولتی-آموزشی اقماری استان البرز و ارد مطالعه شدند که آمار توصیفی آنها به شرح زیر است:

جدول (۱) نشان می دهد که اکثر پرستاران در گروه کنترل (۸۳/۸٪)

و در گروه آزمون (۷۲/۱٪) در گروه سنی (۳۵-۲۵) بوده‌اند. همچنین اکثر پرستاران در گروه کنترل (۹۵/۶٪) و گروه آزمون (۱۰۰/۰٪) دارای تحصیلات کارشناسی بوده‌اند. در گروه کنترل اکثریت افراد متأهل و مجرد (هر کدام ۴۴/۱٪) و در گروه آزمون، متأهل (۴۸/۸٪) بوده‌اند. اکثریت پرستاران در گروه کنترل (۳۸/۲٪) بطور مساوی دارای سابقه کمتر از (۵) یا (۱۱-۱۵) سال و در گروه آزمون (۳۶/۸٪) دارای سابقه کار (۵-۱۰) سال بوده‌اند. اکثریت (۸۹/۷٪) پرستاران در گروه کنترل و آزمون شیفت کاری در گردش بوده‌اند. اکثریت پرستاران در گروه کنترل (۵۲/۹٪) و در گروه آزمون (۴۷/۱٪) (۸۰-۳۰) ساعت اضافه کار بوده‌اند. اکثریت (۸۵/۳٪) پرستاران در هر دو گروه کنترل و آزمون به دلیل استرس از روش دارویی استفاده نکرده‌اند. آزمون آماری کای دو نشان داد بین دو گروه آزمون و کنترل از نظر سن، تحصیلات، وضعیت تأهل، سابقه کار مدیریتی، شیفت کاری، ساعت اضافه کاری و استرس از روش دارویی تفاوت آماری معنی داری وجود ندارد. به عبارت دیگر؛ پرستاران در هر دو گروه همسان بوده‌اند.

جدول شماره (۲) مقایسه میانگین نمرات زیرمقیاس‌های تعهد سازمانی پرستاران در دو گروه کنترل و آزمون قبل و بعد از مداخله را نشان می دهد که آزمون تی مستقل و من ویتنی نشان داد قبل از مداخله از نظر میانگین نمرات زیر مقیاس‌های تعهد عاطفی، تعهد مستمر و تعهد هنجاری دو گروه کنترل و آزمون تفاوت آماری معنی داری وجود ندارد ($P > 0/05$) و دو گروه از نظر این زیرمقیاس‌ها همسان می باشند.

آزمون تی مستقل و من ویتنی نشان داد بعد از مداخله میانگین نمرات زیر مقیاس‌های تعهد عاطفی، تعهد مستمر و تعهد هنجاری بین دو گروه کنترل و آزمون تفاوت آماری معنی داری یافته است ($P < 0/05$).

همچنین آزمون تی زوجی و رتبه علامت‌دار و یلکاکسون نشان داد که میانگین نمرات زیر مقیاس‌های تعهد عاطفی و تعهد هنجاری در هر دو گروه آزمون و کنترل بعد از مداخله نسبت به قبل از مداخله تفاوت آماری معنی داری یافته است ($P < 0/05$) با این تفاوت که مقدار آن در گروه آزمون افزایش و در گروه کنترل کاهش یافته است. همچنین میانگین نمره زیر مقیاس تعهد مستمر در گروه آزمون بعد از مداخله نسبت به قبل مداخله تفاوت آماری معنی داری یافته و مقدار آن افزایش یافته است ($P < 0/05$) ولی در گروه کنترل تفاوت آماری معنی داری ایجاد نشده است ($P > 0/05$).

بنابراین نتایج نشان می دهد که میانگین نمرات زیر مقیاس‌های تعهد عاطفی، تعهد مستمر و تعهد هنجاری در گروه آزمون بعد

جدول (۱): توزیع فراوانی مطلق و نسبی پرستاران برحسب سن در دو گروه کنترل و آزمون

مؤلفه	زیر مؤلفه	گروه کنترل	گروه آزمون			جمع	نتیجه آزمون کای دو
			تعداد	درصد	تعداد		
سن	۲۵-۳۵	۵۷	۸۳/۸	۴۹	۷۲/۱	۱۰۶	$\chi^2 = ۲/۷۳۷$ $df = ۱$ $P = ۰/۰۹۸$
	۳۶-۴۵	۱۱	۱۶/۲	۱۹	۲۷/۹	۳۰	
	کل	۶۸	۱۰۰/۰	۶۸	۱۰۰/۰	۱۳۶	
تحصیلات	کارشناسی	۶۵	۹۵/۶	۶۸	۱۰۰/۰	۱۳۳	$\chi^2 = ۳/۰۶۸$ $df = ۱$ $P = ۰/۰۸۰$
	کارشناسی ارشد	۳	۴/۴	۰	۰/۰	۳	
	کل	۶۸	۱۰۰/۰	۶۸	۱۰۰/۰	۱۳۶	
تاهل	مجرد	۳۰	۴۴/۱	۲۹	۴۲/۶	۵۹	$\chi^2 = ۰/۴۴۶$ $df = ۲$ $P = ۰/۸۰۰$
	متاهل	۳۰	۴۴/۱	۳۳	۴۸/۸	۶۳	
	مطلقه یا بیوه	۸	۱۱/۸	۶	۸/۸	۱۴	
	کل	۶۸	۱۰۰/۰	۶۸	۱۰۰/۰	۱۳۶	
سابقه کار	کمتر از ۵ سال	۲۶	۳۸/۲	۲۳	۳۳/۸	۴۹	$\chi^2 = ۲/۹۴۲$ $df = ۳$ $P = ۰/۲۳۰$
	۵-۱۰	۱۶	۲۳/۵	۲۵	۳۶/۸	۴۱	
	۱۱-۱۵	۲۶	۳۸/۲	۲۰	۲۹/۴	۴۶	
	کل	۶۸	۱۰۰/۰	۶۸	۱۰۰/۰	۱۰۰	
شیفت کاری	ثابت صبح	۶	۸/۸	۶	۸/۸	۱۲	$\chi^2 = ۰/۰۰$ $df = ۱$ $P = ۱/۰۰$
	ثابت شب	۱	۱/۵	۱	۱/۵	۲	
	درگردش	۶۱	۸۹/۷	۶۱	۸۹/۷	۱۲۲	
	کل	۶۸	۱۰۰/۰	۶۸	۱۰۰/۰	۱۳۶	
اضافه کاری	کمتر از ۳۰ ساعت	۹	۱۳/۳	۱۰	۱۴/۷	۱۹	$\chi^2 = ۰/۴۷۲$ $df = ۱$ $P = ۰/۷۹۰$
	۳۰-۸۰	۳۶	۵۲/۹	۳۲	۴۷/۱	۶۸	
	بیشتر از ۸۰ ساعت	۲۳	۳۳/۸	۲۶	۳۸/۲	۴۹	
	کل	۶۸	۱۰۰/۰	۶۸	۱۰۰/۰	۱۳۶	
روش دارویی استفاده از	بلی	۱۰	۱۴/۷	۱۰	۱۴/۷	۲۰	$\chi^2 = ۰/۰۰۰$ $df = ۱$ $P = ۱/۰۰$
	خیر	۵۸	۸۵/۳	۵۸	۸۵/۳	۱۱۶	
	کل	۶۸	۱۰۰/۰	۶۸	۱۰۰/۰	۱۳۶	

از اجرای برنامه‌ی هوش هیجانی نسبت به گروه کنترل ارتقاء یافته است. جدول شماره (۳) مقایسه میانگین نمره تعهد سازمانی (کل) پرستاران در دو گروه کنترل و آزمون قبل و بعد از مداخله را نشان می‌دهد که آزمون من ویتنی نشان داد قبل از مداخله بین دو گروه آزمون و کنترل پرستاران از نظر میانگین نمره تعهد سازمانی (کل) تفاوت آماری معنی‌داری وجود ندارد ($P = ۰/۸۹۶$) و دو گروه از این نظر همسان می‌باشند. اما بعد از مداخله بین دو گروه آزمون و کنترل از نظر میانگین نمره تعهد سازمانی (کل) تفاوت آماری معنی‌داری وجود دارد ($P < ۰/۰۰۱$). همچنین نتیجه آزمون رتبه علامت‌دار و یلکاکسون نشان داد که میانگین نمره تعهد سازمانی (کل) پرستاران در هر دو گروه آزمون

از اجرای برنامه‌ی هوش هیجانی نسبت به گروه کنترل ارتقاء یافته است. جدول شماره (۳) مقایسه میانگین نمره تعهد سازمانی (کل) پرستاران در دو گروه کنترل و آزمون قبل و بعد از مداخله را نشان می‌دهد که آزمون من ویتنی نشان داد قبل از مداخله بین دو گروه آزمون و کنترل پرستاران از نظر میانگین نمره تعهد سازمانی (کل) تفاوت آماری معنی‌داری وجود ندارد ($P = ۰/۸۹۶$) و دو گروه از این نظر همسان می‌باشند. اما بعد از مداخله بین دو گروه آزمون و کنترل از نظر میانگین نمره تعهد سازمانی (کل) تفاوت آماری معنی‌داری وجود دارد ($P < ۰/۰۰۱$). همچنین نتیجه آزمون رتبه علامت‌دار و یلکاکسون نشان داد که میانگین نمره تعهد سازمانی (کل) پرستاران در هر دو گروه آزمون

جدول (۲): مقایسه میانگین نمرات زیرمقیاس‌های تعهد سازمانی پرستاران در دو گروه کنترل و آزمون قبل و بعد از مداخله

نوع و نتایج آزمون	بعد از مداخله		قبل از مداخله		گروه	زیرمقیاس
	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین		
رتبه علامت دار ویلکاکسون $Z=-5/126, P<0/001$	7/920	24/926	8/321	27/029	کنترل	تعهد عاطفی
t زوجی $t(67)=8/065, P<0/001$	6/053	31/456	8/883	27/309	آزمون	
نوع و نتایج آزمون (t مستقل و من وینتی)	$U=974/500$ $P<0/001$		$t(134)=0/189$ $P=0/850$			
t زوجی $t(67)=-0/032, P=0/974$	7/315	28/500	7/766	28/515	کنترل	تعهد مستمر
t زوجی $t(67)=5/296, P<0/001$	6/480	31/206	8/106	28/073	آزمون	
نوع و نتایج آزمون (t مستقل)	$t(132/078)=2/283$ $P=0/024$		$t(134)=-0/324$ $P=0/746$			
رتبه علامت دار ویلکاکسون $Z=-3/225, P=0/001$	5/487	25/206	6/590	26/941	کنترل	تعهد هنجاری
رتبه علامت دار ویلکاکسون $Z=-3/474, P=0/001$	4/306	29/897	7/189	27/368	آزمون	
نوع و نتایج آزمون (من وینتی و t مستقل)	$t(134)=5/546$ $P<0/001$		$U=2232/00$ $P=0/727$			

جدول (۳): مقایسه میانگین نمره تعهد سازمانی (کل) پرستاران در دو گروه کنترل و آزمون قبل و بعد از مداخله

نمره تعهد سازمانی (کل)					
نوع و نتایج آزمون	بعد از مداخله		قبل از مداخله		گروه
	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	
رتبه علامت دار ویلکاکسون $Z=-4/254, P<0/001$	15/316	78/632	15/276	82/485	کنترل
رتبه علامت دار ویلکاکسون $Z=-6/430, P<0/001$	11/310	92/559	16/243	82/750	آزمون
نوع و نتایج آزمون (من وینتی و t مستقل)	t مستقل $t(134)=6/032$ $P<0/001$		من وینتی $U=2282/00$ $P=0/896$		

و کنترل در بعد از مداخله نسبت به قبل از مداخله تفاوت آماری معنی‌داری یافته است ($P<0/001$) با این تفاوت که مقدار آن در گروه آزمون افزایش و در گروه کنترل کاهش یافته است. بنابراین نتایج نشان می‌دهد که میانگین نمره تعهد سازمانی (کل) پرستاران در گروه آزمون بعد از اجرای برنامه‌ی هوش هیجانی نسبت به گروه کنترل ارتقا یافته است.

جدول (۴): ضریب همبستگی تعهد سازمانی پرستاران و هوش هیجانی مدیران پرستاری

نام متغیر	نتیجه آزمون ضریب همبستگی پیرسون
تعهد سازمانی کل پرستاران	$r = 0/379$
هوش هیجانی مدیران پرستاری	$P < 0/001$

جدول (۵): ارتباط ویژگی‌های دموگرافیک با تعهد سازمانی و هوش هیجانی در دو گروه پرستاران و مدیران پرستاری

گروه	نام متغیر	سن	وضعیت تحصیلی	سابقه کار	ساعت اضافه کاری	وضعیت تأهل	شیفت کاری
پرستاران	نوع آزمون	همبستگی اسپیرمن	همبستگی اسپیرمن	همبستگی اسپیرمن	همبستگی اسپیرمن	آنالیز واریانس	آنالیز واریانس
	تعهد سازمانی	$r = 0/054$ $P = 0/536$	-	$r = 0/119$ $P = 0/167$	$r = -0/192$ $P = 0/025$	$F(2,133) = 1/437$ $P = 0/241$	$F(2,133) = 1/219$ $P = 0/299$

جدول شماره (۴) ضریب همبستگی تعهد سازمانی پرستاران و هوش هیجانی مدیران پرستاری را نشان می‌دهد که آزمون همبستگی پیرسون نشان داد بین تعهد سازمانی پرستاران با هوش هیجانی مدیران ارتباط آماری معنی‌داری وجود دارد ($P < 0/001$).

جدول (۵) ارتباط ویژگی‌های دموگرافیک با تعهد سازمانی و هوش هیجانی در دو گروه پرستاران و مدیران پرستاری را نشان می‌دهد که در بررسی ارتباط بین ویژگی‌های دموگرافیک با تعهد سازمانی پرستاران، آزمون همبستگی اسپیرمن نشان داد بین متغیرهای تعهد سازمانی و ساعت اضافه کاری ارتباط منفی معنی‌دار ($P = 0/025$) و ($r = -0/192$) وجود دارد.

■ بحث

این مطالعه برای آزمون این فرضیه "تعهد سازمانی پرستاران پس از اجرای برنامه‌ی طراحی شده بهسازی هوش هیجانی مدیران پرستاری در گروه آزمون نسبت به گروه کنترل بهبود می‌یابد" انجام شد و نتایج نشان‌دهنده تأیید آن است. مطالعه سان هان و همکار (۲۰۱۵) که به بررسی فشارهای روانی ناشی از تعهد سازمانی که بر پرستاران وارد می‌شود پرداخته است که نشان داد که پرستارانی که از پشتوانه روان‌شناختی بیشتری برخوردار هستند احساس تعهد بیشتری نسبت به شغل سازمانی خود می‌کنند [۱۶]؛ و در مطالعه صلاح‌الدین غریب و همکاران (۲۰۱۴) که به بررسی تعهد سازمانی در میان پرستاران زن بیمارستان‌های دانشگاهی مصر پرداخته که نتایج آن نشان داد که برگزاری جلسات بطور منظم بین سرپرستاران و سوپروایزران

و پرستاران برای بحث و حل مشکل پرستاران باعث ارتقای تعهد سازمانی آنان می‌شود [۱۷]، نتیجه‌ی مطالعه یعقوبی و همکاران (۱۳۸۶) به بررسی رابطه تعهد سازمانی در مدیران بیمارستان‌های آموزشی دانشگاه علوم پزشکی اصفهان پرداخته شده است که نشان داد که مدیران پرستاری باید تعهد و پایداری کارکنان به سازمان را نیز حفظ کرده و پرورش دهند [۱۸].

نتایج حاصل از پژوهش انجام شده با نتایج تحقیقات ذکر شده مطابقت داشته و تفاوت مطالعه ما در روش مداخله‌ای آن نسبت به سایر مطالعات بوده است و نیز با مداخله بر روی هوش هیجانی مدیران پرستاری و بهبود هوش هیجانی آن‌ها و بررسی مجدد تعهد سازمانی پرستاران گروه آزمون ثابت کرد که ارتقای هوش هیجانی مدیران پرستاری باعث افزایش تعهد سازمانی پرستاران شده است. در این قسمت به بررسی رابطه نمره تعهد سازمانی پرستاران و هوش هیجانی مدیران پرستاری می‌پردازیم، جدول (۴) ضریب همبستگی نمره تعهد سازمانی پرستاران و هوش هیجانی مدیران پرستاری را نشان می‌دهد که آزمون همبستگی پیرسون نشان داد میان نمره تعهد سازمانی پرستاران با هوش هیجانی مدیران پرستاری ارتباط آماری معنی‌داری وجود دارد ($P < 0/001$). در مطالعه بازوند و همکاران (۱۳۹۱) رابطه معنی‌دار هوش هیجانی با تعهد سازمانی تأیید شده است [۱۹]. نتایج حاصل از پژوهش انجام شده با نتایج تحقیقات ذکر شده مطابقت داشته و به رابطه‌ی معنی‌دار بین تعهد سازمانی و هوش هیجانی پرداخته است.

پژوهش حاضر با هدف، بررسی تأثیر برنامه طراحی شده بهسازی

پرستاری بردارند. در آموزش پرستاری نیز می‌توان به نقش پر اهمیت آموزش هوش هیجانی در ارتقای سلامت روانی دانشجویان پرستاری اشاره کرد تا قبل از ورود دانشجویان پرستاری در حیطه‌ی کاری، با ایجاد ریشه و پای محکم تعهد سازمانی آنها را وارد عرصه‌ی محیط‌های کاری (بیمارستان‌ها) کرد، که این خود تأثیر بزرگ و به سزایی در رشد و بهسازی پرستاری آینده خواهد داشت.

■ تشکر و قدرانی

این مقاله حاصل طرح پژوهشی IR.TNU.REC.1394.168 در معاونت دانشجویی دانشگاه تربیت مدرس مورد تأیید قرار گرفته است. بدین‌وسیله، پژوهشگران مراتب قدرانی خود را از اساتید و معاونت پژوهشی دانشگاه تربیت مدرس و دانشگاه علوم پزشکی البرز و پرستاران و مدیران پرستاری عزیز بیمارستان‌های مورد بررسی که نهایت همکاری را برای اجرای این پژوهش داشته‌اند، صمیمانه سپاسگذاری می‌کنیم. و در نهایت سپاس و قدردانی از حمایت مالی معاون پژوهش دانشگاه تربیت مدرس بر خود لازم می‌دانم.

هوش هیجانی مدیران پرستاری بر تعهد سازمانی پرستاران شاغل در بیمارستان‌های مورد مطالعه انجام گرفت، نتایج حاصل از آن نشان می‌دهد که اجرای برنامه طراحی شده بهسازی هوش هیجانی مدیران پرستاری موجب نوعی افزایش تعهد سازمانی پرستاران گروه آزمون شده است که این امر نشأت گرفته از تغییر در هوش هیجانی و بهبود مهارت‌های هوش هیجانی مدیران پرستاری بوده است که بطور مستمر با پرستاران شاغل در گروه آزمون ارتباط داشته‌اند و در نهایت نتیجه به دست آمده حاکی از آن است که بین ارتقاء هوش هیجانی مدیران پرستاری با بهبود تعهد سازمانی پرستاران رابطه‌ی معنی‌داری وجود دارد.

■ نتیجه‌گیری

کاربرد نتایج در پرستاری را می‌توان این‌گونه بیان داشت که مدیران پرستاری می‌توانند با استفاده از یافته‌های این پژوهش، برنامه‌های آموزشی ضمن خدمت در خصوص آشنایی پرسنل پرستاری با هوش هیجانی گام مهمی در جهت سلامتی روانی و اجتماعی پرسنل

■ References

- 1- Behbodi M.R. A comparative study of organizational commitment in public and private companies and explain its background. Shahid Beheshti University. Tehran 2000. [Persian]
- 2- Madani H. The study of organizational commitment and its influencing factors. Second Conference on Human Resource Development.2005. [Persian]
- 3- Liou,shwu-ru. An analysis of the concept of organizational commitment. Nursing Forum. 2008; 43(3):116-25. doi: 10.1111/j.1744-6198.2008.00103. x.
- 4- Zarchi, M. Study of relationship between organizational commitment and job satisfaction of librarians: a case Study of Guilan university libraries. Thesis Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements for the Degree of Master of Science (M.S) in knowledge and information science Tarbiat Modares University.2013.
- 5- Ahmadi, A.Sh. In the effect of lavender on fatigue and work-related stress in Nurses. Msthesis. Tarbiat Modares University.2014
- 6- Nooryan K, Gasparyan K, Sharif F, Zoladl M. Controlling Anxiety in physicians and nurses working in intensive care units using emotional intelligence items as an anxiety management tool in Iran. International Journal of General Medicine .2012;5: 5-10.[Persian]
- 7- Goleman D. Emotional Intelligence, New York, NY, Bantam Books, Inc. England, 1995.
- 8- Kadda O. Emotional Intelligence on nursing as an anxiety management tool. Health Science Journal.2014; 8(2):152-3
- 9- Sharif F, Rezaie S, Keshavarzi S, Mansoori P, Ghadakpoor S. Teaching emotional intelligence to intensive care unit nurses and their general health: a randomized clinical trial.International Journal of Occupational Environment Medicine.2013;4(3): 141-8.[Persian]
- 10- Augusto Landa JM, López-Zafra E, Berrios Martos MP, Aguilar-Luzón Mdel C. The relationship between emotional intelligence, occupational stress and health in nurses: a questionnaire survey. International Journal of Nursing Studies.2008;45(6): 888-901.
- 11- Görgens-Ekermans G, Brand T. Emotional intelligence as a moderator in the stress-burnout relationship: a questionnaire study on nurses.Journal of Clinical Nursing. 2012;21(15-16): 75-85.

- 12- Yvonne F B, Ian S W. Emotional intelligence and patient-centred care. *Journal of the Royal Society of Medicine*. 2007;100(8): 368=374.
- 13- Birks Y, McKendree J, Watt I. Emotional intelligence and perceived stress in health care students: a multi-institutional, multi-professional survey. *BMC Medical Education*. 2009 ;9:61
- 14- Lally P, Cornelia H.M, Jaarsveld V, Henry W.W, Wardle J, Wardle P. How are habits formed: Modelling habit formation in the real world. *European Journal of Social Psychology*.2010;40: 998-1009
- 15- Sun Han K, Hee Chung K. Positive psychological capital, organizational commitment and job stress of nurses in small and medium-sized hospitals. *Journal of Advanced Science and Technology Letters (Healthcare and Nursing)*. 2015;88 :208-211
- 16- Ghareeb N S, Aboserea M M, Oraby E E. Assessment of work stress and organizational commitment among female nurses at Zagazig University Hospitals, Sharkia Governorate, Egypt. *Middle East Journal of Applied Sciences*. 2014;4(1): 86-95
- 17- Yaghoubi M, Yarmohammadian M, Javadi M. Organizational commitment and job stress at Isfahan university of Medical Sciences teaching hospitals managers. *Journal of Health Administration*. 2008; 11 (33): 63-68. [Persian]
- 18- Bazvand K, Kashef M.M, Esmaeili M.R. The relationship between emotional intelligence, emotional commitment, organizational commitment and job satisfaction of employees Physical Education Department Lorestan. *Journal of Sport Managment*. 2014; (5) 4: 125-143. [Persian]

Reflection of emotional intelligence's nurse managers on nurses' organizational commitment

Farnaz Boyokzadeh, Hassan Navipour[■], Zohreh Vanaki, Marziye Asareh

Introduction: Nurse managers must be notice to staff commitment more than other organizational issues, because they can solve the staff problems effectively in order to attainment of organozational goals. So, their emotional intelligence play a mediator role for their abilities in managerial tasks and improving their performances.

Aim: This study was done for assessing the effect of management development plan in emotional intelligence on nurses' organizational commitment.

Method: This study was a semi- experimental that was done in (2016), and its intervention was based on the Bar-On Model of Emotional Intelligence in (8) formal educational session and (2) months follow up with indirect control and supervision on nurse managers' behaviors (18 nurse managers) in case group. The effects of this education program (management development plan) in two groups assessed on nurses' organizational commitment in two hospitals before and after intervention. All of nurses in two hospitals were samples (94 nurses in case group and 108 nurses in control group). Of course, hospitals allocated to two groups, randomly. And nurses in two groups were matched. For data gathering Allen & Meyer (1990) scale with Alpha-Cronbach (0.95) used. And for analyzing statistics test such as Mann-Whitney test, t-test, Chi-squared and Sign test of Wilcoxon used by SPSS₁₆.

Results: Findings showed that before intervention organizational commitment between nurses in two groups are the same, Mann-Whitney test ($P=0.896$). After intervention there was a significant difference between means in two groups ($P<0.001$).

Conclusion: It is recommanded to nurse managers that use this plan for management development (nurse managers training) and they observe improving nurses' organizational commitment.

Key words: emotional intelligence, management development, nurses, nurse managers, organizational commitment

Boyokzadehn F.

MSc, Nursing, Faculty of Medical Sciences, Tarbiat Modares University, Tehran, Iran

■ Corresponding author: Navipour Hassan H.

Assistant Professor of Nursing, Faculty of Medical Sciences, Tarbiat Modares University, Tehran, Iran

Address: seyedjavadi_mehri@yahoo.com

Vanaki Z.

Associate Professor of Nursing, faculty of Medical Sciences, Tarbiat Modares University, Tehran, Iran

Asareh M.

Associate Professor of child & adolescence Psychiatrist, emam hossien hospital, Alborz University of Medical Sciences, Karaj, Iran

Nursing Management

Quarterly Journal of Nursing Management

Five Six, Vol 6, No 1 & 2

Spring & Summer 2017