



بررسی اثربخشی آموزش هوش هیجانی بر افسردگی، اضطراب و کیفیت زندگی بیماران قلبی

نسترن نقوی^۱، علی محمد رضایی^۲

۱- کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی دانشگاه آزاد ارسنجان

۲- دکترای روانشناسی، استادیار دانشگاه آزاد ارسنجان

چکیده

هدف پژوهش حاضر تعیین اثربخشی آموزش هوش هیجانی بر افسردگی، اضطراب و کیفیت زندگی بیماران قلبی بود. طرح پژوهش نیمه آزمایشی، با طرح پیش آزمون، پس آزمون با گروه گواه بود. جامعه آماری پژوهش حاضر را تمامی بیماران قلبی مراجعه کننده به بیمارستان شهید چمران شهر بروجرد در سال ۱۴۰۱ را تشکیل داد. از میان جامعه آماری فوق به روش نمونه‌گیری در دسترس تعداد ۳۰ نفر انتخاب و با جایگزینی تصادفی در گروه‌های آزمایش (۱۵ نفر) و کنترل (۱۵ نفر) قرار گرفتند و به پرسشنامه افسردگی بک (۱۹۹۶)، اضطراب بک (۱۹۹۸) و پرسشنامه کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی-فرم کوتاه (1996) پاسخ دادند. گروه گواه در انتظار ماند و آموزش هوش هیجانی برای گروه آزمایش طی ۷ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای به صورت هر هفته ۲ جلسه به اجرا گذاشته شد. داده‌های پژوهش با استفاده از روش‌های آمار توصیفی و تحلیل کوواریانس دو متغیره تحلیل گردید. نتایج نشان داد که در ابعاد افسردگی، اضطراب و کیفیت زندگی بین دو گروه آزمایش و کنترل تفاوت معناداری وجود داشت ($P < 0/001$) و میانگین گروه آزمایش در افسردگی، اضطراب و کیفیت زندگی بیماران قلبی کمتر از میانگین گروه کنترل در این متغیرها بود.

کلمات کلیدی: هوش هیجانی، افسردگی، اضطراب، کیفیت زندگی



مقدمه

بیماری قلبی از جمله شایع ترین بیماریهایی است که امروزه در جوامع مختلف به چشم می خورد، به طوریکه طی آمار به دست آمده از آمریکا سالانه حدود ۱/۵ میلیون نفر به سکت قلبی مبتلا شده و شمار بسیار زیادی از آنان بستری می گردند و در نهایت به علت از کار افتادگی نسبی این بیماران، ضررهای اقتصادی فراوانی به جوامع وارد می شود (تایموسی، ۲۰۰۲؛ سادوک، ۱۹۹۸؛ به نقل از صفایی، ۲۰۱۲). پیش بینی می شود که از سال ۲۰۲۰ نزدیک به ۲۵ میلیون مرگ و میر ناشی از اختلالات قلبی - عروقی در هر سال رخ می دهد و این بیماری در رده ی اولین ضایعه ی کشنده ناتوان کننده به شمار رود (کوهنس، ۱۹۹۶؛ به نقل از صفایی، ۲۰۱۲). از جمله مسائل مهمی که بیماران قلبی با آن مواجه هستند، مشکلات روحی و روانی آنهاست که باید حالتهای روحی آنها را شناخته و در کاهش ناراحتی ناشی از آن اقدام کرد؛ به طوری که عدم توجه به استرسها و واکنشهای روانی مبتلایان سبب گسترش و تشدید بیماری آنها می گردد (رحیمی، ۱۳۷۹؛ به نقل از صفایی، ۲۰۱۲).

یکی از مشکلات روحی شایع در میان افراد دارای بیماریهای قلبی، افسردگی است. افسردگی شایعترین اختلال خلقی است که هیجان غالب آن احساس غمگینی است. غمگینی، خلق افسرده، فقدان لذت و علاقه به امور، افت انگیزش و بی تفاوتی، بدبینی و بیزارى و عیب جویی علایم بالینی افسردگی محسوب میشوند. غمگینی و فقدان لذت از علایم کلیدی افسردگی هستند (American Psychiatric Association, 2013). افسردگی بالینی به شکلهای مختلف بروز می کند. افسردگی اساسی که به شکل حاد بروز می کند و حداقل به مدت دو هفته ادامه می یابد. افسرده خوبی که یک اختلال مزمن می باشد و حداقل به مدت دو سال بدون تجربه بهبودی ادامه می یابد. افسردگی عود کننده گذرا، که شامل دوره های تکرار شونده افسردگی اساسی به مدت کمتر از دو هفته است. افسردگی جزئی، که شامل تجربه علایم افسردگی با شدت اندک است. افسردگی ناشی از سوء مصرف مواد، افسردگی ناشی از یک بیماری طبی عمومی نظیر بیماری قلبی و افسردگی نامشخص، نمونه هایی از این نوع افسردگی می باشد (کاپلان و سادوک، ۲۰۰۷، ترجمه رضایی، ۱۳۹۰).

افسردگی می تواند به هر کسی ضربه بزند. تحقیقات نشان می دهد که این آسیب ها در افراد مبتلا به بیماریهای قلبی می تواند به مراتب بیشتر باشد. همچنین افراد مبتلا به افسردگی خطر بیشتری برای ابتلا به بیماریهای قلبی دارند. بنابراین خطر مرگ، بعد از بیماران قلبی افسرده بیشتر از بیماران قلبی فاقد افسردگی می باشد (Murise, 2006). افسردگی و اضطراب بر ریتم ضربان قلب تأثیر می گذارد. افزایش فشار خون، بالا رفتن سطوح انسولین و کلسترول، بالا رفتن سطوح هورمونهای استرس مانند آدرنالین و کورتیزول به خصوص وقتی با اضافه وزن و چاقی همراه شود، به احتمال قوی ابتلا به بیماریهای قلبی - عروقی را افزایش می دهد. افسردگی علیرغم پیشرفتهای عظیم در تحقیقات مغزی، اغلب در مراحل اولیه قابل تشخیص و درمان نمی باشد (بلاکسترا و همکاران، ۲۰۱۰). خانواده ها و نزدیکان بیماران قلبی و حتی پزشکان متخصص در حوزه ی بیماران قلبی - عروقی ممکن است نشانه های افسردگی بیماران را به اشتباه به عنوان نشانه های اجتناب ناپذیر همراه بیماری قلبی تفسیر کنند (Lawton, 2011).



همچنین افراد مبتلا به بیماری های قلبی ممکن است در طول زندگی خود نسبت به افراد عادی، دوره هایی از اضطراب را تجربه کنند. اضطراب یک احساس ناخوشایند و نافذ از تنش و ترس است که موجب آشفتگی فرد می شود (Lui et al, 2010). اضطراب اغلب پاسخی به یک تهدید نامشخص و ناشناخته است که ممکن است ریشه در تعارضات درونی، احساس ناامنی و تکانه های ممنوع داشته باشد. اضطراب نیز مانند افسردگی به دنبال بیماریهای قلبی شایع است (Yameogo et al, 2015). بطور کلی اضطراب شایعترین و مهمترین واکنش در برابر بیماری است. مطالعات و تحقیقات نشان داده اند که بیماران بیشترین علت اضطراب را ترس از مردن بیان کرده اند. با توجه به این که اغلب بیماران دچار اضطراب و افکار منفی در خصوص احتمال حمله ی بعدی و مرگ ناگهانی می شوند و این اشتغالات ذهنی، بهداشت جسمی و روانی آنها را دچار مخاطره می سازد، استفاده از روشهای ضد اضطراب و درمانهای شناختی که به واسطه ی آنها بتوان باورها و افکار منفی بیماران را تغییر داد از اقدامات مهم برای آنها به شمار می آید (Kaplan and sadock, 2003).

یکی دیگر از مهمترین مولفه هایی که بیماری قلبی روی آن تاثیر زیادی دارد، کیفیت زندگی است که با بیماری رابطه مستقیم دارد، زیرا بیماران قلبی اغلب محدودیتهایی در فعالیتهایشان دارند و کاهش کیفیت زندگی آنها از خستگی و تنگی نفس ناشی می شود. در حقیقت بیماریهای قلبی یکی از بیماریهای مزمن است که کیفیت زندگی را تحت تأثیر قرار می دهد (رفیعی، ۱۳۸۸). از طرف دیگر، بازگشت مجدد بیماری و بستری شدن بیماران فهم این موضوع را که چگونه کیفیت زندگی این افراد بدتر می شود را آسان می کند. به همین دلیل، بیشترین مطالعاتی که بر روی بیماران مبتلا به ناراحتی های قلبی صورت می گیرد، در مورد کیفیت زندگی است. به علاوه کیفیت زندگی دلیل مهمی برای مرگ و میر و بستری شدن است (Wood et al, 2003).

طی چند دهه ی اخیر کیفیت زندگی به عنوان جزء مهم سلامت شناخته شده است، به نحوی که نتایج خدمات سلامت نه تنها باید موجب افزایش امید به زندگی شود، بلکه باید موجب ارتقاء کیفیت زندگی گردد (رفیعی، ۱۳۸۸). از طرفی، کیفیت زندگی یک احساس خوب بودن است که از رضایت از جنبه های مختلف زندگی ناشی می شود و حوزه های سلامتی و کار، اقتصادی، اجتماعی، روانی و خانوادگی را شامل می شود (Blokstra et al, 2010). به علاوه، از جنبه های روانشناختی عمده این مفهوم استرس، اضطراب و افسردگی می باشد. این مولفه ها، علاوه بر آنکه از عوامل زمینه ساز بیماریهای قلبی عروقی است، روند درمان را نیز به شدت مختل می کند و احتمال بازگشت بیماری و یا مرگ و میر ناشی از آن را افزایش می دهد (Pisinger et al, 2009). به طوریکه پژوهشهای رو به گسترش سالهای اخیر نشان می دهد که استرس، اضطراب و تنشهای روانی_ اجتماعی عامل خطر مستقل از سن، جنس و سایر عوامل خطر کلاسیک جسمانی بیماریهای قلبی هستند که از طریق مکانیسمهای روانی_عصبی_ فیزیولوژیک و تحریک سیستم عصبی خودکار به ویژه بخش سمپاتیك، واکنشهای قلبی_ عروقی را افزایش داده و به بروز یا تداوم بیمار_های قلبی عروقی کمک می کند و افسردگی حاصل از آن مانع بهبود و یا کاهش سرعت روند درمان این بیماران می شود (Atkinson, 2000).



پژوهش های بسیاری از نقش کمک کننده مداخلات روانشناختی بر بهبود وضعیت فشار روانی و کاهش تشدید بیماری های قلبی عروقی حکایت میکنند. به عنوان مثال، نتایج پژوهش کاست و همکاران (۲۰۰۱) نشان دادند که مداخلات روان شناختی، می توانند به کاهش احتمال بروز مشکلات قلبی و افزایش سطح سلامت روانی منجر شوند. همچنین لانتز و همکارانش (۲۰۰۳) نیز در پژوهش خود نشان دادند با گروه درمانی کوتاه مدت شناختی رفتاری به منظور کنترل فشار روانی، می توان تاثیرات زیانبار تحریک عصبی درون ریز ناشی از فشارهای روانشناختی را جلوگیری کرد. نتایج پژوهشهای گاب (۲۰۰۳) و کایسون (۲۰۰۶) نیز از موفقیت های درمان روانشناختی در کاهش فشار روانی و مشکلات روانی-اجتماعی بیماران کرونر قلبی حمایت می کنند. به طور کلی، مطالعاتی که ارتباط نزدیکی بین بیماری های قلبی - عروقی و اختلالات روانپزشکی بویژه اختلالات خلقی و اضطرابی نشان دادند، یافتند که روان درمانی می تواند در آسیب شناسی روانشناختی این بیماران موثر واقع شود و حداقل به کاهش رشد بیماری آنها منجر شود (Peters and Lamley, 2007).

یکی از روشهایی که می تواند در کاهش مشکلات روانشناختی بیماران قلبی تاثیر گذار باشد، آموزش هوش هیجانی است. مهارت هوش هیجانی به فرد اجازه می دهد تا قبل از این که احساساتش غیرقابل کنترل شوند با مدیریت هیجان، به کنترل آنها پرداخته و مانع بروز عوارض جسمانی شوند. بنابراین هوش هیجانی در ارتقاء سلامت روان نقش مؤثری دارد، زیرا استرس موجود به هنگام مقابله های دشوار را کاهش می دهد (Bradberry et al, 2002). در واقع هوش هیجانی، توانایی درک هیجانها و عواطف می باشد تا ضمن کمک به تفکر، فرد بتواند به شناخت هیجانها و عواطف پردازد. هوش هیجانی یعنی تواناییهایی مانند اینکه فرد بتواند انگیزه خود را حفظ نماید، در مقابل ناملايمات پایداری کند، تکانشهای خود را کنترل کرده، کامیابی خود را به تعویق بیندازد و با دیگران همدلی کند و امیدوار باشد. با آموزش هوش هیجانی می توان 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 ناراحت کننده اجتناب کرد (Goleman, 2004). همانطور که گفته شد هوش هیجانی نقش مهمی در سلامت جسم و روان دارد. بیمارانی که در دوره درمان، مهارتهای هوش هیجانی خود را پرورش دهند از بسیاری از بیماریها زودتر رها میشوند. چرا که بین هوش هیجانی و آمادگی برای ابتلاء به انواع بیماریها هم همبستگی بالایی وجود دارد، به طوری که استرس، اضطراب و افسردگی، دستگاه ایمنی بدن را تضعیف کرده و باعث آسیب پذیری بیشتر در آنها می شود (Bradberry et al, 2002).

بنابراین، از آنجایی که بیماریهای قلبی هزینه های اقتصادی زیادی به بار می آورد و عدم وجود چنین مداخلاتی، باعث افزایش طول بیماری و عوارض جانبی زیادی در زمینه های مختلف جسمانی و روانشناختی می گردد، انجام پژوهشهایی در این زمینه، دانش جدیدی در مورد مداخلات موثرتر بر افسردگی، اضطراب و کیفیت زندگی بیماران قلبی فراهم می کند. لذا پژوهش حاضر به دنبال پاسخ به این سوال است که آیا آموزش هوش هیجانی بر افسردگی، اضطراب و کیفیت زندگی بیماران قلبی تاثیر دارد یا خیر.



روش پژوهش

پژوهش حاضر با روش نیمه تجربی از نوع پیش آزمون، پس آزمون با گروه کنترل انجام شد. جامعه آماری پژوهش شامل کلیه بیماران قلبی مراجعه کننده به بیمارستان شهید چمران شهر بروجرد بود. از بین کلیه بیماران قلبی-عروقی که در بیمارستان شهید چمران شهر بروجرد بستری بودند و بیماری قلبی آنها محرز گردیده بود، ۳۰ نفر به روش نمونه گیری در دسترس از بین ۶۷ بیمار واجد ملاکهای پژوهش انتخاب و به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش (۱۵ نفر) و کنترل (۱۵ نفر) قرار گرفتند. حجم نمونه با استفاده از نرم افزار G_Power محاسبه شد. سپس هر دو گروه پرسشنامه های افسردگی بک ویرایش دوم (II BDI-)، اضطراب بک (BDI) و کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی-فرم کوتاه را تکمیل کردند. بعد از آموزش مهارت های هوش هیجانی به گروه آزمایش طی هفت جلسه، دوباره از هر دو گروه پس آزمون گرفته شد. در پژوهش حاضر شرایط ورود به نمونه گیری عبارتند از: ۱- داشتن رضایت آگاهانه برای شرکت در جلسات ۲- داشتن حداکثر سن ۷۰ سال ۳- داشتن حداقل سواد خواندن و نوشتن. همچنین شرایط خروج از نمونه گیری عبارتند از: ۱- وجود اختلال روانی نیازمند درمان فوری ۲- ایجاد اختلال در روند طبیعی درمان ۳- عدم توانایی همکاری و ناتوانی جسمی شدید. جهت رعایت ملاحظات اخلاقی، فرم رضایت آگاهانه در اختیار آزمودنیها قرار گرفت که در آن ضمن تشریح نحوه تکمیل پرسشنامه، عدم نیاز به درج نام و محرمانه ماندن اطلاعات دریافتی مورد تأکید قرار گرفت.

ابزار سنجش

پرسشنامه افسردگی بک ویرایش دوم (BDI-II): این پرسشنامه شکل بازنگری شده پرسشنامه افسردگی بک (BDI) است که جهت سنجش شدت افسردگی در جمعیت ۱۳ سال به بالا تدوین شده است (Beck, 1996). این پرسشنامه شامل ۲۱ گویه است و در سه گروه نشانه های عاطفی، نشانه های شناختی و نشانه های جسمانی طبقه بندی می شود. همسانی درونی این پرسشنامه را بین (۰/۷۳ تا ۰/۹۳) با میانگین (۰/۸۶) و ضریب آلفای کرونباخ آن را برای گروه بیمار برابر با (۰/۸۶) و برای گروه غیر بیمار برابر با ۰/۸۱ گزارش کرده اند (آشتیانی و همکاران، ۲۰۰۹). پایایی و روایی این پرسشنامه در مطالعات مختلفی در ایران نیز تأیید شده است. مثلاً فتی در یک نمونه ۹۴ نفری در ایران، ضریب آلفای کرونباخ (۰/۹۱) و اعتبار بازآزمایی این مقیاس را در طی یک هفته (۰/۹۶) گزارش کرده است (فتی و همکاران، ۲۰۰۵). به طور کلی نتایج مؤید اعتبار و پایایی مناسب این آزمون میباشد.

پرسشنامه اضطراب بک (BDI): بک، اپستین، براون و استین در سال (۱۹۹۸) پرسشنامه اضطراب بک، را معرفی کردند که به طور اختصاصی شدت اضطراب بالینی را در افراد می سنجد. این پرسشنامه از اعتبار روایی بالایی برخوردار است. ضریب همسانی درونی آن (ضریب آلفای کرونباخ) ۰/۹۲، اعتبار آن با روش بازآزمایی به فاصله یک هفته ۰/۷۵ و همبستگی ماده های آن از ۰/۳۰ تا ۰/۷۶ متغیر است. پنج نوع روایی محتوا، همزمان، سازه، تشخیصی و عاملی برای این آزمون سنجیده شده است که همگی نشان دهنده کارایی بالای این ابزار در اندازه گیری شدت اضطراب می باشد. این پرسشنامه یک مقیاس ۲۱



ماده‌ای است که آزمودنی در هر ماده یکی از چهار گزینه که نشان دهنده شدت اضطراب است را انتخاب می‌کند. چهار گزینه هر سؤال در یک طیف چهار بخشی از ۰ تا ۳ نمره گذاری می‌شود. هر یک از ماده‌های آزمون یکی از علائم شایع اضطراب (علائم ذهنی، بدنی و هراس) را توصیف می‌کند. بنابراین نمره کل این پرسشنامه در دامنه‌ای از ۰ تا ۶۳ قرار می‌گیرد.

پرسشنامه کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی_ فرم کوتاه: پرسشنامه کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی یک پرسشنامه ۲۶ سوالی است که کیفیت زندگی کلی و عمومی فرد را می‌سنجد. این مقیاس در سال ۱۹۹۶ توسط گروهی از کارشناسان سازمان بهداشت جهانی و با تعدیل گویه‌های فرم ۱۰۰ سوالی این پرسشنامه ساخته شد. این پرسشنامه دارای ۴ زیرمقیاس و یک نمره کلی است. این زیرمقیاسها عبارتند از: سلامت جسمی، سلامت روان، روابط اجتماعی، سلامت محیط اطراف و یک نمره کلی. در ابتدا یک نمره خام برای هر زیرمقیاس به دست می‌آید که باید از طریق یک فرمول به نمره‌ای استاندارد بین ۰ تا ۱۰۰ تبدیل شود. نمره بالاتر نشان دهنده کیفیت زندگی بیشتر است. مقادیر همبستگی درون خوشه‌ای و آلفای کرونباخ این آزمون در تمام حیطه‌ها، بالای ۰/۷ بدست آمده ولی در حیطه روابط اجتماعی مقدار آلفای کرونباخ ۰/۵۵ بود، که می‌تواند به علت تعداد سوال کم در این حیطه یا سوالات حساس آن باشد (شاه حسینی و توکلی، ۱۳۹۳).

مداخله آموزشی

آموزش مهارتهای هوش هیجانی به گروه آزمایش، طی ۷ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای توسط پژوهشگر ارائه شد. این مهارتها با توجه به مبانی نظری هوش عاطفی و شیوه‌های آموزشی هوش هیجانی گاتمن و گلنن بر اساس تقسیمات مؤلفه‌های هوش هیجانی بار _ان تدوین شده است (Houshan, 2012). با توجه به اینکه جلسات آموزشی برای گروه آزمایش برگزار شد و گروه کنترل هیچ مداخله‌ای دریافت نکرد، به گروه کنترل قول داده شد که بعد از اتمام جلسات آموزشی گروه آزمایش، جلسات مشابهی نیز برای آنان برگزار شود. خلاصه محتوای جلسه آموزش مؤلفه‌های هوش هیجانی به این صورت بود: در جلسه اول، مصاحبه و پیش آزمون انجام گرفت. جلسه دوم مهارتهای خودآگاهی هیجانی، شناخت هیجانها و احساسات دیگران آموزش داده شد. در جلسه سوم، آزمودنیها نحوه ابراز وجود و احترام به خود و مهارتهای بین فردی و همدلی را فرا گرفتند. جلسه چهارم، چگونگی کنترل استرس و آموزش مسئولیت پذیری اجتماعی و افزایش کیفیت زندگی به آزمودنیها داده شد. جلسه پنجم، روشهای حل مسئله و انعطاف پذیری آموزش داده شد و در جلسه ششم در رابطه با شادکامی و خوش بینی صحبت شد و جلسات قبل نیز مرور گردید. جلسه هفتم که جلسه آخر آموزش بود ارزشیابی مجدد صورت گرفت و پس آزمون گرفته شد. در پژوهش حاضر از شاخصهای آمار توصیفی (میانگین و انحراف استاندارد) و تحلیل واریانس آمیخته با اندازه گیری مکرر توسط نرم افزار SPSS_24 جهت بررسی تفاوت متغیرهای پیامد در دو گروه آزمایش و کنترل استفاده شد.



یافته ها

در پژوهش حاضر ۳۰ نفر شرکت کردند، که بصورت تصادفی و در دو گروه کنترل و آزمایش شرکت کردند. سن شرکت کنندگان در گروه آزمایش شامل ۳/۳۳ درصد (۵ نفر) ۳۵_۴۵ سال، ۶۷/۴۶ درصد (۷ نفر) ۴۶_۵۵ سال و ۲۰ درصد (۳ نفر) ۵۶_۶۵ سال بودند. همچنین در گروه کنترل پژوهش ۶۷/۲۶ درصد (۴ نفر) ۳۵_۴۵ سال، ۲۰ درصد (۳ نفر) ۴۶_۵۵ سال و ۳۳/۵۳ درصد (۸ نفر) ۵۶_۶۵ سال بودند.

جدول ۱ شاخص های توصیفی متغیرهای پژوهش را در پیش آزمون و پس آزمون به تفکیک گروهها نشان می دهد. برای بررسی نرمال بودن متغیرهای پژوهش از آزمون کولموگراف-اسمرینف استفاده شده است. با توجه به این جدول آماره کولموگراف-اسمرینف برای همه متغیرهای پژوهش معنادار نمی باشد، بنابراین توزیع این متغیرها در گروهها نرمال است و می توان از آزمونهای پارامتریک استفاده کرد.

جدول ۱: شاخص های توصیفی متغیرهای پژوهش به تفکیک گروههای آزمایش و گواه

متغیر	مولفه	گروه	میانگین	خطای استاندارد	K_SZ	P
افسردگی	شناختی	پیش آزمون	6/41	2/97	0/585	0/872
		گواه	7/53	3/07	0/564	0/908
	پس آزمون	آزمایش	1/27	0/70	1/175	0/134
		گواه	6/67	2/43	0/606	0/856
جسمانی	پیش آزمون	آزمایش	5/81	2/34	0/632	0/822
		گواه	6/47	2/90	0/582	0/887
	پس آزمون	آزمایش	3/81	1/57	1/14	0/138
		گواه	5	2/33	0/905	0/388
عاطفی	پیش آزمون	آزمایش	9/21	3/98	0/474	0/978
		گواه	8/66	3/77	0/524	0/948
	پس آزمون	آزمایش	5/81	1/96	0/747	0/632
		گواه	9/86	3/43	0/632	0/818
بدنی	پیش آزمون	آزمایش	9	3/78	0/980	0/292
		گواه	8/80	4/36	0/541	0/931
	پس آزمون	آزمایش	5/32	1/50	0/754	0/621
		گواه	10/33	6/34	0/647	0/797
اضطراب ذهنی	پیش آزمون	آزمایش	6/07	2/49	0/530	0/942
		گواه	6/27	3/48	0/580	0/890
	پس آزمون	آزمایش	3/87	0/84	1/16	0/142
		گواه	5/73	2/43	0/814	0/521



0/70	0/707	2/90	7/13	آزمایش	پیش آزمون	
1	0/339	3/29	7	گواه		هراس
0/108	1/21	0/83	1/47	آزمایش	پس آزمون	
0/509	0/822	3/30	6/73	گواه		
0/637	0/746	2/45	9/48	آزمایش	پیش آزمون	سلامت
0/672	0/723	2/68	10/47	گواه		جسمی
0/328	0/952	4/38	21/87	آزمایش	پس آزمون	
0/682	0/719	2/18	12/26	گواه		
0/548	0/798	2/26	9/08	آزمایش	پیش آزمون	سلامت
0/171	1/12	3/28	11	گواه		روانی
0/829	0/627	2/45	21/88	آزمایش	پس آزمون	کیفیت زندگی
0/524	0/812	1/59	8/41	گواه		
0/248	1/01	0/89	3/74	آزمایش	پیش آزمون	
0/267	1/002	1/04	4/06	گواه		
0/387	0/905	1/29	8/07	آزمایش	پس آزمون	روابط
0/158	1/127	2/28	4/61	گواه		اجتماعی
0/654	0/735	1/17	10/08	آزمایش	پیش آزمون	سلامت
0/249	1/01	1/78	10/53	گواه		محیط
0/515	0/818	3/57	22/61	آزمایش	پس آزمون	اطراف
0/252	10/01	3/57	11/67	گواه		

مطابق جدول ۱ میانگین نمرات گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل در مولفه‌های افسردگی و اضطراب کاهش و در مولفه‌های کیفیت زندگی افزایش بیشتری داشته است. در جدول ۲ نتایج تحلیل کوواریانس چند متغیره گزارش شده است.



جدول ۲: نتایج آزمون تحلیل کوواریانس چند متغیره مربوط به ابعاد افسردگی، اضطراب و کیفیت زندگی در گروههای آزمایش و کنترل

سطح معناداری	F	مقدار	آزمون لامبدای ویلکز
0/001	13/967	0/375	ابعاد افسردگی
0/001	19/42	0/31	ابعاد اضطراب
0/001	17/851	0/253	ابعاد کیفیت زندگی

مطابق جدول ۲ مقدار لامبدای ویلکز تفاوت گروهها در ابعاد افسردگی، ۰/۳۷، اضطراب برابر با ۰/۳۱ و کیفیت زندگی برابر با ۰/۲۵ می باشد. آماره F نیز برای ابعاد افسردگی ۱۳/۹۶، اضطراب برابر با 19/42 و کیفیت زندگی برابر با ۱۷/۸۵ در سطح 0/001 معنادار می باشد. مطابق این یافته ها می توان گفت که در ابعاد افسردگی، اضطراب و کیفیت زندگی بین دو گروه تفاوت معناداری وجود دارد. در جدول ۳ نتایج تحلیل واریانس یک راهه برای بررسی تفاوت گروههای آزمایش و کنترل در مولفه های افسردگی، اضطراب و کیفیت زندگی گزارش شده است.

جدول ۳: نتایج تحلیل واریانس یک راهه برای بررسی تفاوت گروههای آزمایش و کنترل در مولفه های افسردگی، اضطراب و کیفیت زندگی

سطح معناداری	F	میانگین مجدورات خطا	میانگین مجدورات آزمایشی	مجموع مجذورات خطا	مجموع مجدورات آزمایشی	مولفه
0/001	36/356	4/962	180/367	133/945	180/367	شناختی
0/062	3/782	2/463	9/321	66/517	9/321	جسمانی
0/001	16/648	9/994	166/382	269/865	166/382	عاطفی
0/001	16/133	16/502	266/244	445/548	266/244	علائم بدنی
0/01	6/73	3/449	23/248	93/129	23/248	علائم ذهنی
0/001	57/956	3/858	223/638	104/180	223/638	علائم هراس
0/001	22/270	20/184	449/528	544/978	449/528	سلامت جسمی
0/001	51/179	18/215	932/131	491/767	932/131	سلامت روانی
0/01	11/132	4/622	51/438	124/768	51/438	روابط اجتماعی
0/001	23/667	24/725	585/119	667/538	585/119	سلامت محیط اطراف



مطابق جدول ۳ در ابعاد افسردگی، اضطراب و کیفیت زندگی بین گروههای آزمایش و کنترل تفاوت معناداری وجود دارد. بنابراین فرضیه های پژوهش تایید می گردد و می توان نتیجه گرفت که آموزش هوش هیجانی در بهبود افسردگی، اضطراب و کیفیت زندگی بیماران قلبی موثر است.

بحث و نتیجه گیری

هدف از پژوهش حاضر تعیین اثربخشی آموزش هوش هیجانی بر افسردگی، اضطراب و کیفیت زندگی بیماران قلبی بود. نتایج حاصل از تجزیه و تحلیل داده ها نشان داد که میانگین گروه آزمایش در افسردگی، اضطراب و کیفیت زندگی کمتر از میانگین گروه کنترل است و با توجه به آزمون F این تفاوت معنادار است. همچنین می توان گفت که بین گروههای آزمایش و کنترل در ابعاد متغیرهای پژوهش تفاوت معناداری وجود دارد، بنابراین می توان نتیجه گرفت که آموزش هوش هیجانی در بهبود افسردگی، اضطراب و کیفیت زندگی بیماران قلبی موثر است.

این یافته با نتایج پژوهش های امیدواری (۱۳۹۸)، احمدی (۱۳۹۶)، مهری نژاد (۱۳۹۵)، یوسف پور (۱۳۹۵)، علی پور (۱۳۹۵)، احمدوند (۱۳۹۲)، سجادیان (۱۳۹۱) و همچنین با پژوهش های جوی، ویکرز و تاسون (۲۰۱۶)، دروزیر و همکاران (۲۰۱۳)، ماسودا و تولی (۲۰۱۲)، بریتون، شاهار، سزپ سنول و ژاکوبس (۲۰۱۲)، بلاکسترا و همکاران (۲۰۱۰)، آرچ و کراسک (۲۰۱۰)؛ وی، کرسول، ایسنبرگر و لیبرمن (۲۰۱۰)؛ هافمن، ساویر، وایت و او (۲۰۱۰) و گادفرین و ون هیرینجن (۲۰۱۰) همسو می باشد.

در تبیین نتایج پژوهش حاضر می توان گفت که افسردگی و اضطراب بر ریتم ضربان قلب تأثیر می گذارد. افزایش فشار خون، بالا رفتن سطوح انسولین و کلسترول، بالا رفتن سطوح هورمونهای استرس مانند آدرنالین و کورتیزول به خصوص وقتی با اضافه وزن و چاقی همراه شود، به احتمال قوی ابتلا به بیماریهای قلبی - عروقی را افزایش می دهد. افسردگی علیرغم پیشرفتهای عظیم در تحقیقات مغزی، اغلب در مراحل اولیه قابل تشخیص و درمان نمی باشد. خانواده ها و نزدیکان بیماران قلبی و حتی پزشکان متخصص در حوزه ی بیماران قلبی - عروقی ممکن است نشانه های افسردگی بیماران را به اشتباه به عنوان نشانه های اجتناب ناپذیر همراه بیماری قلبی تفسیر کنند. مطالعات و تحقیقات نشان داده اند که بیماران بیشترین علت اضطراب را ترس از مردن بیان کرده اند. اغلب بیماران دچار اضطراب و افکار منفی در خصوص احتمال حمله ی بعدی و مرگ ناگهانی می شوند و این اشتغالات ذهنی، بهداشت جسمی و روانی آنها را دچار مخاطره می سازد .

همچنین بیماران قلبی اغلب محدودیتهایی در فعالیتهایشان دارند و کاهش کیفیت زندگی آنها از خستگی و تنگی نفس ناشی می شود. در حقیقت بیماریهای قلبی یکی از بیماریهای مزمن است که کیفیت زندگی را تحت تأثیر قرار می دهد. از طرف دیگر، بازگشت مجدد بیماری و بستری شدن بیماران فهم این موضوع را که چگونه کیفیت زندگی این افراد بدتر می شود را آسان می کند. به همین دلیل، بیشترین مطالعاتی که بر روی بیماران مبتلا به ناراحتی های قلبی صورت می گیرد، در مورد



کیفیت زندگی است. در بیماریهای روانی مزمن، کیفیت زندگی شاخصی است که نشان می دهد اقدامات درمانی تا چه حد برای بیمار مؤثر بوده است چرا که در بسیاری از این بیماریها، هدف درمان کامل افراد نیست، بلکه ایجاد شرایطی از زندگی است که فرد، احساس آرامش و امنیت نماید (Singhi et al, 2011).

پژوهش های بسیاری از نقش کمک کننده مداخلات آموزش هوش هیجانی بر بهبود افسردگی، اضطراب و کیفیت زندگی بیماری های قلبی عروقی حکایت میکنند. مداخلاتی از این نوع به دلیل گروهی بودن درمان و تمرکز بر زمینه های روانشناختی و اجتماعی مؤثر در بیماریهای قلبی، باعث مقرون به صرفه شدن درمان، کاهش عود مجدد و طول مدت درمان و همچنین سبب بهبود وضعیت روانی-اجتماعی- جسمانی بیمار و خانواده و به دنبال آن بهبود کیفیت زندگی آنها می گردد (Cohen et al, 2010).

در این پژوهش آموزش هوش هیجانی منجر به بهبود افسردگی، اضطراب و کیفیت زندگی بیماران قلبی شده است. افراد دارای هوش هیجانی بالا، هنگام فشار روانی، توانایی بهتری برای مقابله با استرس دارند. مهارت هوش هیجانی است که به فرد اجازه می دهد تا قبل از این که احساساتش غیرقابل کنترل شوند با مدیریت هیجان، به کنترل آنها پرداخته و مانع بروز عوارض جسمانی شوند. در واقع هوش هیجانی، توانایی درک هیجانها و عواطف می باشد تا ضمن کمک به تفکر، فرد بتواند به شناخت هیجانها و عواطف بپردازد. هوش هیجانی یعنی تواناییهایی مانند اینکه فرد بتواند انگیزه خود را حفظ نماید، در مقابل ناملازمات پایداری کند، تکانش های خود را کنترل کرده، کامیابی خود را به تعویق بیندازد و با دیگران همدلی کند و امیدوار باشد. بنابراین با توجه به اینکه هوش هیجانی قابل یادگیری است و با آموزش آن سلامت روان فرد افزایش می یابد، لذا جهت استفاده بهتر از نتایج پژوهش در رابطه با موضوع تحقیق پیشنهاد می شود با فراهم نمودن امکانات تصویری و صوتی کیفیت بالا، سیدیهای آموزشی از جلسات درمانی توسط پژوهشگران و درمانگران با حمایت های مالی سازمانهای مربوطه تهیه گردد و در اختیار متخصصین و خانواده های آنان به صورت بسته آموزشی- درمانی قرار گیرد تا مشاوران، روان درمانگران و خانواده های آنها و سایر افرادی که با بیماران قلبی سر و کار دارند، استفاده بهینه ای از این تحقیقات به عمل آورند. همچنین با توجه به اهمیت هوش هیجانی در زندگی افراد، که به گفته برخی از محققین از هوش ذاتی انسان نیز مؤثرتر است، پیشنهاد می گردد آموزش هوش هیجانی به عنوان یک مهارت پایه از سنین پایین تر در آموزش و پرورش مورد توجه قرار گیرد.

تشکر و قدردانی

در پایان از کلیه بیماران قلبی که در این پژوهش شرکت داشتند، تشکر و سپاسگزاری می گردد .



منابع فارسی و انگلیسی

- احمدی، ن. (۱۳۹۶). ارتباط هوش عاطفی و حمایت اجتماعی با تحمل پریشانی در زنان شاغل پایان نامه کارشناسی ارشد. تهران. تربیت دانشگاه شاهد، دانشکده علوم انسانی.
- اتکینسون، ریتال، اتکینسون، ریچاردسی، اسمیت ادروارد ای، بم، داریل ج، هوکسما، سوزان نولن (۱۳۷۸)، زمینه روانشناسی هیلگارد، مترجمان: دکتر محمدنقی براهنی و دیگران، تهران: رشد.
- امیدواری، ا. (۱۳۹۸). تاثیر آموزش ذهن آگاهی بر کیفیت زندگی بیماران قلبی- عروقی، پایاننامه کارشناسی ارشد، دانشگاه پیام نور، تهران شمال.
- رحیمی، م. و خیر، م. (۱۳۸۸). رابطه الگوی ارتباطی خانواده و کیفیت زندگی دانش آموزان دوره متوسطه شهر شیراز. مجله مطالعات تربیتی و روانشناسی دانشگاه فردوسی، ۱۰(۱)، ۱۳-۲۵.
- رفیعی، م. (۱۳۸۸). اثربخشی آموزش مهارت های ارتباطی و تنش زدایی تدریجی بر کیفیت زندگی و بهزیستی روان شناختی زنان نابارور، پایان نامه کارشناسی ارشد روان شناسی عمومی دانشگاه پیام نور تهران.
- سادوک، ویرجینیا و سادوک، بنیامین. (۱۳۸۷). خلاصه روانپزشکی: علوم رفتاری- روانپزشکی بالینی. ترجمه فرزین رضاعی، تهران: ارجمند. (تاریخ انتشار به زبان اصلی، ۲۰۰۷).
- سجادیان، ب، رفیعی، ا. (۱۳۹۱). رابطه ی بین آموزش هوش هیجانی، عملکرد جسمانی و روانشناختی زنان مبتلا به کمر درد مزمن. مجله دانشکده پزشکی شیراز، ۳۰(۲۲۰)، ۲۳۹۲-۲۴۰۲.
- شاه حسینی، پروانه، و توکلی، هانیه. (۱۳۹۳). تحلیل شاخص های کیفیت زندگی شهری مورد: محله وردآورد منطقه ۲۱ شهر تهران. نشریه آمایش، ۲۴(۷)، ۱۲۷-۱۴۴.
- صفایی فیروزآبادی، س (۱۳۹۱). اثربخشی آموزش سبک زندگی از طریق روش مرور خود بر علائم استرس، اضطراب و افسردگی در بیماران قلبی. قلب، ۲۳، ۲۰-۳۴.
- کاپلان-سادوک (۲۰۰۷). خلاصه روانپزشکی، علوم رفتاری و روانشناسی بالینی. ترجمه دکتر نصرت اهل پورافکاری (۱۳۸۷). انتشارات شهرآب تهران.

American Psychiatric Association. (2013). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (2013). 5th edition. Arlington (AV): American psychiatric publishing.

Beck, A. T. (1990). Depression: Clinical, experimental and theoretical aspects. New York:

Bradberry T, Greaves J, Parks T. (2002). Emotional intelligence 2.0. 2nd ed. Brilliance Audio; MP3/Psc Un edition.

Berkes, A., Varni, J. W., Pataki, I., Kardos, L., Kemény, C., & Mogyorósy, G. (2010). Measuring Health-Related Quality Of Life In Hungarian Children Attending A Cardiology Clinic With The Pediatric Quality Of Life Inventory. European Journal Of Pediatrics, 169(3), 333-347.
[Http://Doi.Org/10.1007/S00431_009_1059_0](http://doi.org/10.1007/S00431_009_1059_0)



Blokstra, A.; Dis, I. V. & MoniquVerschuren, W. M. (2010), "Efficacy of multifactorial lifestyle interventions in patients with established cardiovascular diseases and high risk groups", European Journal of cardiovascular Nursing(Article in press).

Britton, W.B., Shahar, B., Szepsenwol, O. & Jacobs, W.J. (2012). Mindfulness_based cognitive therapy improves emotional reactivity to social stress: Results from a randomized controlled trial Behavior Therapy, 43, 365_380.

Cohen BE, Panguluri P, Na B, Whooley MA.(2010). Psychological risk factors and the metabolic syndrome in patients with coronary heart disease: Findings from the Heart and Soul Study. Psychia Re; 175: 133_137.

Houshan A. (2012). The effect of emotional intelligence education on children's self_confidence supported by Behzisti organization. MA thesis. Payam Noor University of Tehran.

Kaplan, H; Sadok, v. (2015). summary psychiatry. Translated by Mehdi Gaini. Tehran: Sullawan publication. [Persian]

Lawton, Y. S. (2011), "Sex and gender in coronary Artery Disease", Seminar in Thoracic and Cardiovascular Surgery, 23(2),126_130.

Peters, R. M. & Lumley, M. A. (2007), "Relationsheep of alexitymia to cardiovascular diseases risk factor among Aferican Americans", Journal of comprehensive psychiatry,48,34_41.

Pisinger, C. & et al.(2009), "Five years of lifestyle intervention improved selfreported mental and physical health in a general population the Inter99 study", preventive Medicine, 4.424_428.

Wood, S. E.; Noble, G.; Smith, Y. M.; & Hasselfeld, K. (2003), "The influence of gender in patients undergoing coronary artery bypass graft surgery:An eight_year prospective hospitalized cohort study", Journal of Am coll sury,196,428_434.

Singhi, P. D., Goyal, L., Pershad, D., Singhi, S., & Walia, B. (2011). Psychosocial problems in families of disabled children. British Journal of Medical Psychology, 63(2), 173_182.

Yaméogo, N. V., Samadoulougou, A., Kagambèga, L. J., Yaméogo, A. A., Ilboudo, E., Millogo, G., ... Zabsonré, P. (2015). [Sleep Disorders, Anxiety And Depressive Symptoms And414 Hypertensive Followed As Outpatients At The University Hospital Of Ouagadougou (Burkina Faso)]. The Pan African Medical Journal, 21, 115.



Abstract

The aim of this study was to determine the effectiveness of emotional intelligence training on depression, health and quality of life of heart patients. The research design was quasi_experimental with pre_test and post_test with control group. The statistical population of the present study consisted of all patients with the disease to Shahid Chamran Hospital in Boroujerd in ۱۴۰۱. From the above statistical population, ۳۰ people were selected by sampling method and randomly assigned to experimental (n = ۱۵) and control (n = ۱۵) groups. Beck Depression Inventory (۱۹۹۶), Beck Anxiety Inventory (۱۹۹۸) and Quality of Life Letter World Health Organization_Short Form (۱۹۹۶) responded. The control group waited and the emotional intelligence training for the experimental group was performed in a ۹۰_minute session with ۲ sessions per week. Research data were analyzed using descriptive statistics and two_way analysis of covariance. The results showed that there was a significant difference in the dimensions of depression, anxiety and quality of life between the experimental and control groups ($P < ۰,۰۰۱$) and the mean of the experimental group in depression, anxiety and quality of life of heart patients was less than the mean of the control group .in these variables

Keywords: Emotional intelligence, Depression, Anxiety, Quality of life