

تأثیر آموزش مؤلفه‌های هوش هیجانی بر اضطراب پرستاران شاغل در شهر سبزوار

علی وحیدی سبزواری^۱، محسن کوشان^۲، راضیه خسروورد^۳، یاسر تیرایی^۴، محمدرضا شگرف نخعی^{۵*}

^۱ دانشجوی کارشناسی ارشد پرستاری، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی سبزوار، سبزوار، ایران.

^۲ گروه روان پرستاری، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی سبزوار، سبزوار، ایران

^۳ مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت، دانشکده، دانشگاه علوم پزشکی سبزوار، سبزوار، ایران

^۴ گروه بهداشت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی سبزوار، سبزوار، ایران

^۵ گروه اعصاب و روان، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی سبزوار، سبزوار، ایران.

*نشانی نویسنده مسؤول: سبزواری، دانشگاه علوم پزشکی سبزوار، گروه اعصاب و روان، محمدرضا شگرف نخعی

E-mail: Rezashegarf@gmail.com

وصول: ۹۳/۱۲/۶، اصلاح: ۹۴/۱/۲۷، پذیرش: ۹۴/۳/۲

چکیده

زمینه و هدف: پرستاران از جمله افرادی هستند که همواره در معرض آسیب‌های ناشی از اضطراب قرار دارند. این استرس‌ها می‌تواند روی سلامت روانی و نیز عملکرد پرستاران تأثیر منفی بگذارد. لذا مطالعه حاضر با هدف بررسی تأثیر آموزش هوش هیجانی بر وضعیت اضطراب پرستاران شاغل در بیمارستان‌های شهر سبزوار انجام شد.

مواد و روش‌ها: در این مطالعه تجربی، تعداد ۱۳۵ نفر از پرستاران شاغل در بیمارستان‌های سبزوار در سال ۱۳۹۳، به صورت به روش تصادفی ساده انتخاب شدند. سپس از طریق پرسش‌نامه و مصاحبه حضوری معیارهای ورود و خروج، کنترل و پس احراز شرایط ورود به مطالعه و پس از تکمیل فرم رضایت‌نامه وارد مطالعه شدند. سپس به صورت نمونه به صورت تصادفی به دو گروه مورد و کنترل تقسیم شدند. در ابتدا توسط تمام نمونه پرسش‌نامه‌های مشخصات فردی، هوش هیجانی بار-اون و اضطراب وضعیتی و صفتی اسپیل برگر تکمیل شد. سپس گروه مورد مؤلفه‌های هوش هیجانی را طی شش جلسه توسط یک متخصص روان‌شناسی آموزش دیدند. در نهایت در پایان دوره آموزش مجدداً پرسش‌نامه‌ها از هر دو گروه، تکمیل و در پایان نتایج به دست آمده از طریق آزمون‌های تی زوجی، تی دونمونه‌ای مستقل، Monte Carlo و آزمون ناپارامتری کای-دو در محیط نرم افزار نسخه‌ی SPSS۲۰ آنالیز و مقایسه شدند. سطح معناداری ۰۵ < p در نظر گرفته شد.

یافته‌ها: یافته‌های مطالعه نشان داد میزان هوش هیجانی در آغاز مطالعه در گروه مداخله و کنترل به ترتیب $319/06 \pm 34/02$ و $333/76 \pm 31/62$ بود و بعد از مداخله $350/11 \pm 29/67$ و $330/49 \pm 43/84$ شد. میزان اضطراب کل در گروه مورد قبل از مداخله $84/95 \pm 15/76$ و در گروه کنترل $77/61 \pm 13/77$ بود و بعد از مداخله در گروه مورد $72/98 \pm 13/55$ و در گروه کنترل $79/52 \pm 15/68$ شد که این تفاوت از نظر آماری معنادار بود (۱ هزارم < p).

نتیجه‌گیری: یافته‌های مطالعه نشان می‌دهد با افزایش نمره هوش هیجانی به علت اثر آموزش مؤلفه‌های هوش هیجانی؛ میزان اضطراب صفتی و وضعیتی به طور معنادار کاهش می‌یابد.

واژه‌های کلیدی: هوش هیجانی، اضطراب صفتی، اضطراب وضعیتی، پرستاران، آموزش.

مقدمه

پرستاران به‌عنوان بزرگ‌ترین گروه ارایه‌دهنده خدمات بهداشتی باید از کیفیت زندگی کاری مطلوب و حداقل اضطراب برخوردار باشند تا بتوانند مراقبت‌ها را به شکل مطلوب به مددجویان ارایه دهند. پرستاران از جمله افرادی هستند که همواره در معرض آسیب‌های ناشی از اضطراب قرار دارند. محیط کار و فعالیت‌های مربوط به کار پرستاران از عوامل تهدیدکننده و ایجاد اضطراب می‌باشد. این استرس‌ها، می‌توانند روی سلامت روانی و همین‌طور عملکرد پرستاران تأثیر منفی بگذارد. موقعیت‌های اورژانسی، مراقبت از بیماران در حال مرگ، کمبود وسایل و امکانات به‌نحوی برای پرستاران استرس ایجاد می‌کند (۱).

تحقیقات متعددی، وجود تنش شغلی و تحلیل جسمی و روانی زیادی را که منجر به اختلال در سلامت و ناتوانی در انجام وظایف، آسیب‌پذیری در ارتباطات حرفه‌ای، کاهش کیفیت مراقبت‌ها و در نهایت ناراضی‌تی و ترک حرفه می‌شود، در پرستاران نشان داده است (۲). براساس مطالعات صورت گرفته، در هر هفته ۷/۴ درصد پرستاران به‌علت فرسودگی یا ناتوانی ناشی از استرس و اضطراب غیبت می‌کنند که ۸۰ درصد بیشتر از سایر گروه‌های شغلی هستند (۳).

مسئله استرس شاید ناشی از ماهیت و کیفیت شغل پرستاری باشد. چراکه یک پرستار در کار خویش با مرگ و زندگی، سلامت و بهبودی انسان‌ها سرو کار دارد. همان مسایلی که به خودی‌خود استرس فراوان دارند (۵ و ۴).

روش‌های متفاوتی در جهت کاهش اضطراب در پرستاران وجود دارد که از جمله آن‌ها می‌توان به آموزش و فراگیری مؤلفه‌های هوش هیجانی اشاره کرد (۶). هوش هیجانی توانایی درک، توصیف، دریافت و کنترل هیجان‌ها را دارد (۷). نحوه برخورد با وقایع ریز و درشت زندگی است که هوش هیجانی خوانده می‌شود. افرادی که هوش

هیجانی بالایی دارند، به وقایع منفی زندگی پاسخ‌های سازگارانه‌تری می‌دهند. گذشته از این، اصولاً افرادی که هوش هیجانی بالایی دارند، به زندگی خود نظم و ثبات می‌بخشند. تا آنجا که وقایع منفی کمتری در زندگی تجربه می‌کنند و این می‌تواند در کاهش اضطراب فرد مؤثر باشد (۸).

مطالعات نشان داده است که افراد با بدتنظیمی هیجانی، در درک هیجان‌ات خود با مشکل مواجهند و به موقعیت‌های هیجانی واکنش منفی نشان می‌دهند، در مدیریت و کنترل آن مشکل دارند و هیجان‌ات شدیدی را تجربه می‌کنند (۹-۱۱). افراد با تنظیم هوش هیجانی از درجات پایین‌تری از اضطراب و افسردگی برخوردار هستند و از طرفی می‌تواند آنان را در برابر فشارهای روانی محافظت و منطبق با شرایط سازد (۱۲-۱۷).

استرس‌های فراوانی در محیط کار به پرسنل پرستاران وارد می‌شود. این استرس‌ها می‌تواند روی احساس خوب بودن از نظر روانی و همین‌طور عملکرد پرستاران تأثیر منفی بگذارد. با استفاده از هوش هیجانی می‌توان از عوارض ناشی از استرس‌ها جلوگیری کرد. افراد دارای هوش هیجانی بالاتر، احساسات و تمایلات خود را بیشتر ابراز می‌کنند و در نتیجه آن‌ها را در شبکه اجتماعی وسیع‌تر و حمایت اجتماعی بیشتری برای خود فراهم می‌آورند. هوش هیجانی با عاطفه‌ی مثبت، شامل: احساس لذت، علاقه‌مندی و اشتیاق رابطه مستقیم و با عاطفه منفی اضطراب، احساس خصومت و ناراضی‌تی رابطه معکوس دارد (۸).

در آموزش‌های ارایه شده، تأکید بر شناخت هیجان‌ات و تعامل آنها با دیگر زمینه‌های درونی و بیرونی فرد، پذیرش هیجان‌ات و مهمتر از همه ابزار درست و سازمان‌یافته هیجان‌ات ارایه می‌گردد. لذا هوش هیجانی بالا می‌تواند در مهار و کاهش اضطراب موقعیتی نقش مؤثری داشته باشد و می‌توان از آن در پیش‌برد بهداشت روان پرستاران و پیشگیری از عوارض منفی و مخرب فردی و

اجتماعی ناشی از استرس و اضطراب بهره‌گیری نمود (۱۹ و ۱۸).

استرس‌های موجود در حرفه‌ی پرستاری افت کیفی و کمی خدمات بهداشتی و درمانی را به دنبال دارد که آثار نامناسبی بر سلامت جامعه خواهد داشت. به سبب فراوانی بالای پرستاران در گروه‌های درمانی مراقبتی، زمان طولانی تماس و ارتباط پرستار با بیماران، نقش مراقبتی حساس آن‌ها و با توجه به اهمیت پیشگیری و کنترل استرس و نیز ارتقای کیفیت و اثربخشی مراقبت‌ها، شناخت عوامل استرس‌زای پرستاران می‌تواند گام مؤثری در جهت اتخاذ تدابیر مناسب جهت کاهش استرس کادر پرستاری و ارتقای کیفیت خدمات پرستاری باشد (۲۳-۲۰). پس از شناخت عوامل اضطراب‌آور و تعیین سطح آن باید روش‌های مقابله با آن و یا کاهش اثرات آن را دانست تا این عوامل استرس‌زا تأثیر منفی بر عملکرد پرستاران برجای نگذارد.

لذا مطالعه حاضر با هدف تعیین تأثیر آموزش مؤلفه‌های هوش هیجانی بر کاهش اضطراب پرستاران شاغل در بیمارستان‌های سطح شهر سبزواری انجام گرفته است. انتظار می‌رود با انجام این مطالعه و تعیین وضعیت هوش هیجانی و میزان اضطراب پرستاران شاغل در سطح شهر سبزواری، راهکارهای مناسبی جهت کاهش اضطراب این پرسنل درمانی، اتخاذ گردد تا این امر، به بهبود کارایی آنان منجر شود.

مواد و روش‌ها

در این مطالعه تجربی که در بیمارستان‌های شهر سبزواری وابسته به دانشگاه علوم پزشکی انجام شد، جامعه‌ی آماری را کلیه پرستاران شاغل در این مراکز تشکیل می‌دادند. از این بین، تعداد ۱۳۵ نفر که معیارهای خروج از مطالعه را مانند ابتلا به عارضه‌ی روانی اثبات شده، افرادی که قبلاً آموزشی در این زمینه دریافت نکرده بودند، پرستاران غیره باردار و آن‌هایی که مبتلا به سایر

بیماری‌های زمینه‌ای نبودند و یا مصرف داروهای آرامبخش نداشتند، به مطالعه راه یافتند. در بدو ورود، نمونه به صورت تصادفی در دو گروه مورد و کنترل قرار گرفتند. پس از اخذ رضایت‌نامه کتبی از نمونه‌ها، پرسش‌نامه‌ای شامل متغیرهای سن، جنسیت، تحصیلات، سابقه کار، بخش کاری و وضعیت اسکان توسط نمونه‌ها تکمیل شد. سپس پرسش‌نامه‌های ۲۰ سؤالی اضطراب وضعیتی و صفتی اشیپیل-برگر و نیز پرسش‌نامه ۹۰ سؤالی هوش هیجانی بار-اون توسط نمونه‌ها تکمیل گردید.

پرسش‌نامه هوش هیجانی بار-اون پس از هنجاریابی براساس پژوهش‌های قبلی، حاوی ۹۰ سؤال است که از طریق آن ۱۵ خرده‌مؤلفه‌ی هوش هیجانی مورد اندازه‌گیری قرار می‌گیرد. این پرسش‌نامه در ایران هنجاریابی شده است. پایایی آن با استفاده از آلفاکرونباخ در مورد مقیاس‌ها از ۶۹ دهم تا ۸۶ دهم و با میانگین ۷۶ دهم گزارش شده است (۵۹). نتایج پژوهش بیانی و همکاران نیز نشان داد که آلفا کرونباخ مقیاس هوش هیجانی ۸۹ دهم و پایایی بازآزمایی آن با فاصله زمانی ۴ هفته ۷۷ دهم است (۲۰). در این مطالعه جهت تأیید پایایی پرسش‌نامه‌ها از روش آلفاکرونباخ استفاده شد که میزان آن برای پرسش‌نامه‌های اضطراب اشیپیل برگر ۷۷ درصد تا ۸۱ درصد محاسبه گردید که خود نشان‌دهنده میزان بالای همگنی سوالات این پرسش‌نامه‌ها می‌باشد. برای پرسش‌نامه‌ی هوش هیجانی بار-اون ۷۸ درصد به دست آمد که خود نشان‌دهنده پایایی مطلوب این پرسش‌نامه می‌باشد. گزینه‌ها روی یک طیف پنج درجه‌ای لیکرت تنظیم شده‌اند. نمره‌گذاری از پنج به یک («کاملاً موافقم» با نمره‌ی ۵ و «کاملاً مخالفم» با نمره‌ی ۱) انجام شد. کمترین نمره‌ی اخذ شده در کل آزمون، ۹۰ و بیشترین آن ۴۵۰ بود که این محدوده برای مؤلفه‌ها بین ۶ تا ۳۰ است.

از واحدهای پژوهش خواسته شد تا در کمال

آرامش و صداقت نسبت به تکمیل پرسش‌نامه‌ها اقدام نمایند. به آزمودنی‌ها گفته شد که پاسخ‌های آن‌ها به عنوان راز حفظ خواهد شد و در پایان مطالعه نتایج به آن‌ها منعکس می‌گردد.

پس از تکمیل پرسش‌نامه‌ها، گروه مورد، مؤلفه‌های هوش هیجانی را طی ۶ جلسه دو ساعته به صورت کنفرانس و پرسش و پاسخ زیر نظر متخصص روان‌شناسی و کمک پژوهشگر به صورت سخنرانی و پمفلت آموزش دیدند. در پایان آموزش مجدداً از هر دو گروه خواسته شد تا پرسش‌نامه‌های هوش هیجانی و اضطراب را تکمیل نمایند.

پس از تعیین گروه مورد، طی دعوت‌نامه‌ای، هم‌قرارگرفتنشان در گروه مورد و محل و زمان برگزاری شش جلسه آموزش هوش هیجانی به آنان اطلاع‌رسانی شد. در ضمن به آنان گوشزد گردید که در صورت عدم شرکت در نصف جلسات (سه جلسه) از پژوهش حذف خواهند شد.

پس از هماهنگی‌های لازم از طریق سوپروایزر محترم آموزشی، محل برگزاری جلسات و سامانه آموزش مداوم دانشگاه علوم پزشکی برای این جلسات امتیازی معادل ۲۲ ساعت آموزشی با کد بازآموزی: ۱۹۲۱۵۹۳۰۳ لحاظ گردید.

جلسات آموزش طی ۶ هفته متوالی برگزار گردید. این جلسات توسط یک دکترای روان‌شناس آموزش تدریس شد. به این ترتیب که هر هفته یک جلسه دو ساعته (ساعت ۱۰-۸ صبح)، با تفکیک هر جلسه به صورت ذیل برگزار گردید:

- جلسه اول: شامل معارفه گروه و اعضا با یکدیگر، آشنایی با روش کار و ساختار جلسات، بررسی انتظارات از برنامه آموزش و تکمیل پرسش‌نامه توسط گروه مورد بود.

- جلسه دوم: در مورد آموزش و بحث راجع به هوش هیجانی و مؤلفه‌های آن (با تأکید بر ۱۵ خرده‌مقیاس

هوش هیجانی و به‌خصوص برنامه‌های کاهش اضطراب) بود. در این برنامه‌های آموزشی، ابتدا آموزش لازم درخصوص موارد فوق، داده و سپس روش‌های سازگاری با عوامل استرس‌آور و شرایط محیط استرس‌زا نیز به آن‌ها آموزش داده شد.

- جلسه سوم: شامل آشنایی با مفهوم خودنظم‌دهی هیجانی، ابراز هیجانات، دل‌بستگی‌ها و روش‌های تغییر ادراک بود.

- جلسه چهارم: درباره خودمهارگری هیجانی، شیوه‌های قضاوت در مورد باورهای خودهم‌دلی، قدرت سازگاری و ریلکسیشن تراپی بود.

- جلسه پنجم: شامل خودانگیزی هیجانی بود.

- جلسه ششم: در باره پالایش عواطف، تکنیک‌ها، مثال‌ها و کاربردهای هوش هیجانی و سپس تکمیل پرسش‌نامه‌ها بود.

در پایان هر جلسه اسامی افراد شرکت‌کننده، نوشته می‌شد و پس از پذیرایی و پایان پرسش و پاسخ، جلسه به اتمام می‌رسید و اسلایدها، برگه‌ها و چارت‌های آموزشی همان جلسه جهت تمرین و مطالعه بیشتر در اختیار افراد حاضر قرار می‌گرفت.

در پایان مطالعه، پرسش‌نامه‌ها، جمع‌آوری و پس از استخراج اطلاعات داده‌ها در محیط نرم افزار SPSS20 وارد شد. برای آنالیز آماری داده‌ها از آزمون‌های تی مستقل، تی زوجی و نیز آزمون‌های ناپارامتری از قبیل کای-دو و همچنین تحلیل کوواریانس استفاده شد. در این مطالعه، سطح معناداری $p < 0.05$ در نظر گرفته شد.

یافته‌ها

در مجموع تعداد ۱۳۵ نفر وارد مطالعه شدند که ۱۱۲ نفر (۸۳ درصد) آنان جنسیت مؤنث داشتند و از این میان، ۱۰۴ نفر (۷۷ درصد) متأهل بودند. تعداد ۱۲۵ نفر (۹۲/۶ درصد) دارای مدرک کارشناسی پرستاری بودند که اکثر آنان (۱۲۹ نفر، ۹۵/۶ درصد) بومی شهر سبزوار بودند

جدول ۱: فراوانی مطلق و نسبی متغیرهای

| مجموع | فراوانی (%) | متغیر | کیفی واحدهای پژوهش |
|-------|-------------|-------------------------------|--------------------|
| ۱۳۵ | ۱۱۲ (۸۳) | مونث | جنسیت |
| | ۲۳ (۱۷) | مذکر | |
| ۱۳۵ | ۱۲۵ (۹۲/۶) | کارشناسی | سطح |
| | ۱۰ (۷/۴) | کارشناسی ارشد | تحصیلات |
| ۱۳۵ | ۳۱ (۲۳) | مجرد | وضعیت |
| | ۱۰۴ (۷۷) | متاهل | تاهل |
| | ۲۷ (۵/۲) | فقط صبح کار | شیفت |
| ۱۳۵ | ۱۲۳ (۹۱/۱) | در دو شیفت | های |
| | ۵ (۳/۷) | در سه شیفت | کاری |
| | ۱۹ (۱۴/۱) | اورژانس و سوختگی | |
| | ۴۳ (۳۱/۹) | .CCU, ICU, NICU | |
| | | دیالیز | |
| ۱۳۵ | ۳۶ (۲۶/۷) | داخلی، اعصاب و روان، عفونی | نوبت کاری |
| | ۲۰ (۱۴/۸) | جراحی، ارتوپدی | |
| | ۹ (۶/۷) | اطفال و نوزادان | |
| | ۸ (۵/۹) | قلب | |
| ۱۳۵ | ۱۲۹ (۹۵/۶) | بومی | وضعیت |
| | ۶ (۴/۴) | غیر بومی | اسکان |

جدول ۲: میانگین و انحراف معیار متغیرهای کمی واحدهای پژوهش (۱۳۵ نفر)

| میانگین ± انحراف معیار | |
|------------------------|--------------------------------|
| ۳۲/۱۱ ± ۶/۶۸ | سن |
| ۷/۲۴ ± ۵/۷۲ | سابقه کاری |
| ۴۲/۹۸ ± ۷/۷۶ | نمره اضطراب وضعی قبل از مداخله |
| ۳۸/۰۰ ± ۸/۳۶ | نمره اضطراب صفتی قبل از مداخله |
| ۳۲۷/۰۲ ± ۳۳/۴۴ | نمره هوش هیجانی قبل از مداخله |
| ۴۰/۱۱ ± ۷/۷۰ | نمره اضطراب وضعی بعد از مداخله |
| ۳۶/۴۰ ± ۸/۷۵ | نمره اضطراب صفتی بعد از مداخله |
| ۳۳۹/۵۰ ± ۳۹/۱۱ | نمره هوش هیجانی بعد از مداخله |

مشخص کرد که گروه‌ها از نظر وضعیت تاهل و وضعیت اسکان نیز همگن هستند. به علت فراهم نبودن شرایط استفاده از کای-دو برای متغیرهای بخش‌ها و شیفت‌های کاری (به علت دو در دو بودن و تعدد آن‌ها) از مدل بازنمونه‌گیری Monte Carlo برای محاسبه مقدار دقیق P value استفاده شد که این دو متغیر نیز در مطالعه ما معنادار نبودند.

با افزایش هوش هیجانی اضطراب وضعی در گروه کنترل ($R = -0.476$ ؛ $p < 0.001$) و نیز

(جدول ۱).

همچنین نتایج نشان داد که میانگین سنی واحدهای پژوهش ۳۲/۱۱ سال بود. نمره یافته‌های مطالعه مشخص کرد میزان هوش هیجانی در آغاز مطالعه در گروه مداخله و کنترل به ترتیب 34.02 ± 319.06 و 31.62 ± 333.76 بود و بعد از مداخله 29.67 ± 350.11 و 23.84 ± 330.49 شد. میزان اضطراب کل در گروه مورد قبل از مداخله 84.95 ± 84.95 و در گروه کنترل 77.61 ± 13.77 بود و بعد از مداخله در گروه مورد 72.98 ± 13.55 و در گروه کنترل 79.52 ± 15.68 شد که این تفاوت از نظر آماری معنادار بود ($p < 0.05$) (جدول ۲).

نتایج نشان داد که نمره اضطراب کل در گروه مورد قبل و بعد از مداخله اختلاف معناداری دارد ($p < 0.05$). نیز مقایسه میزان متغیرهای اضطراب وضعی، صفتی و نیز هوش هیجانی در قبل و بعد از مداخله در گروه مورد اختلاف معناداری نشان داد ($p < 0.05$). در صورتی که میزان این متغیرها در گروه کنترل قبل و بعد از مداخله اختلاف معناداری نداشت ($p > 0.05$) (جدول ۳).

از آزمون تی دو نمونه‌ای مستقل جهت مقایسه گروه‌های مورد مطالعه از نظر متغیرهای مطالعه در قبل و بعد از مداخله، استفاده و مشخص شد که افراد گروه مورد در قبل از مداخله به طور معناداری دارای اضطراب بیشتری نسبت به گروه کنترل بودند. همچنین آنالیز نشان داد که نمره هوش هیجانی در دو گروه در مقایسه با یکدیگر بعد از آموزش اختلاف معناداری دارد (جدول ۴).

نتایج آنالیز کای-دو برای متغیر جنسیت در دو گروه نشان داد که دو گروه از نظر این متغیر همگن هستند و توزیع یکسان جمعیتی در گروه‌ها دیده شد. همچنین آنالیز کای-دو نشان داد که توزیع سطح تحصیلات نیز در دو گروه مورد مطالعه از نظر آماری اختلاف معناداری نداشته و همگن می‌باشد. این آزمون ناپارامتری (کای-دو)

جدول ۳: مقایسه متغیرهای مطالعه قبل و بعد از مداخله به تفکیک گروه با استفاده از آزمون تی زوجی

| P Value | میانگین | | |
|----------|--------------|--------------------------------|------------|
| | ۸۴/۹۵±۱۵/۷۶ | نمره اضطراب کل قبل از مداخله | |
| * < .001 | ۷۲/۹۸±۱۳/۵۵ | نمره اضطراب کل بعد از مداخله | |
| | ۴۵/۱۷±۷/۵۵ | نمره اضطراب وضعی قبل از مداخله | |
| * < .001 | ۳۹/۹۱±۷/۳۲ | نمره اضطراب وضعی بعد از مداخله | گروه مورد |
| | ۳۹/۷۷±۹/۰۷ | نمره اضطراب صفتی قبل از مداخله | (۶۲) |
| * < .001 | ۳۴/۰۶±۷/۵۲ | نمره اضطراب صفتی بعد از مداخله | |
| | ۳۱۹/۰۶±۳۴/۰۲ | نمره هوش هیجانی قبل از مداخله | |
| * < .001 | ۳۵۰/۱۱±۲۹/۶۷ | نمره هوش هیجانی بعد از مداخله | |
| | ۷۷/۶۱±۱۳/۷۷ | نمره کل اضطراب قبل از مداخله | |
| ۰/۳۹ | ۷۹/۵۲±۱۵/۶۸ | نمره کل اضطراب بعد از مداخله | |
| | ۴۱/۱۲±۷/۹۲ | نمره اضطراب وضعی قبل از مداخله | |
| ۰/۱۴۴ | ۴۱/۱۲±۷/۵۰ | نمره اضطراب وضعی بعد از مداخله | گروه کنترل |
| | ۳۶/۴۹±۷/۹۹ | نمره اضطراب صفتی قبل از مداخله | (۷۳) |
| ۱/۰ | ۳۸/۳۹±۹/۲۷ | نمره اضطراب صفتی بعد از مداخله | |
| | ۳۳۳/۷۶±۳۱/۶۲ | نمره هوش هیجانی قبل از مداخله | |
| ۰/۵۶ | ۳۳۰/۴۹±۴۳/۸۴ | نمره هوش هیجانی بعد از مداخله | |

جدول ۴: مقایسه‌ی تغییرات مطالعه بین گروه مورد (۶۲ نفر) و گروه کنترل (۷۳ نفر) قبل و بعد از مداخله با استفاده از آزمون تی

دو نمونه‌ای مستقل

| P Value | میانگین | گروه | |
|----------|--------------|-------|---------------------------|
| | ۸۴/۹۵±۱۵/۷۶ | مورد | اضطراب کل قبل از مداخله |
| * < .005 | ۷۷/۶۱±۱۳/۷۷ | کنترل | |
| | ۴۵/۱۷±۷/۵۵ | مورد | اضطراب وضعی قبل از مداخله |
| * < .002 | ۴۱/۱۲±۷/۵۰ | کنترل | |
| | ۳۹/۷۷±۹/۰۷ | مورد | اضطراب صفتی قبل از مداخله |
| * < .027 | ۳۶/۴۹±۷/۹۹ | کنترل | |
| | ۳۱۹/۰۶±۳۴/۰۲ | مورد | هوش هیجانی قبل از مداخله |
| * < .010 | ۳۳۳/۷۶±۳۱/۶۲ | کنترل | |
| | ۷۲/۹۸±۱۳/۵۵ | مورد | اضطراب کل بعد از مداخله |
| * < .01 | ۷۹/۵۲±۱۵/۶۸ | کنترل | |
| | ۳۹/۹۱±۷/۳۲ | مورد | اضطراب وضعی بعد از مداخله |
| ۰/۰۹۸ | ۴۱/۱۲±۷/۵۰ | کنترل | |
| | ۳۴/۰۶±۷/۵۲ | مورد | اضطراب صفتی بعد از مداخله |
| * < .003 | ۳۸/۳۹±۹/۲۷ | کنترل | |
| | ۳۵۰/۱۱±۲۹/۶۷ | مورد | هوش هیجانی بعد از مداخله |
| * < .003 | ۳۳۰/۴۹±۴۳/۸۴ | کنترل | |

و گروه مورد ($R=-0/0394$; $p\text{ value}=0/005$) وجود داشت.

آنالیز کوواریانس در مقایسه تک‌تک متغیرهای وابسته، با وضعیت هوش هیجانی در این مطالعه نشان داد که با افزایش میزان هوش هیجانی در اثر آموزش، میزان اضطراب به‌نحو معناداری درجهت معکوس حرکت می‌کند. در این آنالیز، اثر هوش هیجانی روی متغیرهای

گروه مورد ($R=-0.320$; $p\text{-value}=0.024$) به‌طور معناداری کاهش داشت. ارتباط معکوس و معناداری بین تغییرات اضطراب وصفی و تغییرات هوش هیجانی در گروه کنترل ($R=-0.190$; $p\text{ value}=0.142$) و گروه مورد ($R=-.384$; $p\text{-value}=0.006$) و همچنین ارتباط معکوس و معناداری بین اضطراب کل و وضعیت هوش هیجانی در گروه کنترل ($R=-0/0290$; $p\text{ value}=0/023$)

جدول ۵: بررسی اثر هوش هیجانی روی اضطراب کل بعد از مداخله در شرایطی که این نمرات اضطراب با مقادیر اولیه‌شان پیش از آزمون تعدیل شده باشند

| منبع | مجموع مربعات | درجه آزادی | میانگین مجموع مربعات | F | P value |
|------------------------------|--------------|------------|----------------------|--------|---------|
| مدل | ۱۳۵۱/۵۱۶ | ۱۷ | ۷۹۴/۷۳۶ | ۵/۵۲۰ | ۰/۰۰۰۰ |
| عرض از مبدأ | ۲۰۶۹/۶۳۲ | ۱ | ۲۰۶۹/۶۳۲ | ۱۴/۳۷۵ | ۰/۰۰۰۰ |
| مقایسه بین دو گروه | ۱۰۰۳/۷۱۸ | ۱ | ۱۰۰۳/۷۱۸ | ۶/۹۷۱ | ۰/۰۰۰۹ |
| تغییرات هوش هیجانی | ۴۵۲۲/۴۵۷ | ۱ | ۴۵۲۲/۴۵۷ | ۳۱/۴۱۱ | ۰/۰۰۰۰ |
| جنسیت | ۰/۰۴۰ | ۱ | ۰/۰۴۰ | ۰/۰۰۰ | ۰/۹۸۷ |
| سطح تحصیلات | ۱/۲۹۶ | ۱ | ۱/۹۲۶ | ۰/۰۰۹ | ۰/۹۲۵ |
| وضعیت تأهل | ۱۴۵/۹۹۲ | ۱ | ۱۴۵/۹۹۲ | ۰/۰۱۴ | ۰/۳۱۶ |
| شیفت کاری | ۲۶۸/۵۷۳ | ۲ | ۱۳۴/۳۷۶ | ۰/۹۳۳ | ۰/۳۹۶ |
| بخش کاری | ۱۷۵/۱۲۰ | ۵ | ۳۵/۰۲۴ | ۰/۲۴۳ | ۰/۹۴۲ |
| وضعیت اسکان | ۴۳/۰۰۴ | ۱ | ۴۳/۰۰۴ | ۰/۲۹۹ | ۰/۵۸۶ |
| سن | ۰/۰۵۹ | ۱ | ۰/۰۵۹ | ۰/۰۰۰ | ۰/۹۸۴ |
| سابقه کاری | ۲/۰۲۶ | ۱ | ۲/۰۲۶ | ۰/۰۱۴ | ۰/۹۰۶ |
| اضطراب کل قبل از مداخله | ۶۰۰۲/۳۵۲ | ۱ | ۶۰۰۲/۳۵۲ | ۴۱/۶۹۰ | ۰/۰۰۰۰ |
| اختلاف هوش هیجانی در گروه‌ها | ۸۳۶/۵۰۰ | ۱ | ۸۳۶/۵۰۰ | ۵/۸۱۰ | ۰/۰۱۷ |
| خطا | ۱۶۸۴۵/۱۸۸ | ۱۱۷ | ۱۴۳/۹۷۶ | | |
| مجموع | ۸۲۰۷۹۲/۰۰۰ | ۱۳۵ | | | |

(Adjusted R Squared = ۰/۳۶۴)

اثرات آموزش مؤلفه‌های هوش هیجانی بر اضطراب سنجیده شود. از طرفی مطالعات نشان داده‌اند که وضعیت دموگرافیک تأثیری بر اضطراب ندارد (۲۴) که این موضوع در مطالعه اخیر نیز به اثبات رسید.

همچنین مقایسه نمرات هوش هیجانی در گروه مورد، نشان‌دهنده‌ی افزایش معنادار آن بعد از آموزش بود. بدین معنا که با آموزش صحیح مؤلفه‌های هوش هیجانی می‌توان میزان هوش هیجانی گروه مخاطب را به‌نحو مطلوبی افزایش داد که با مطالعات مشابه همخوانی دارد (۱۹). نتایج به‌دست آمده با نتایج مطالعات مشابه کاملاً تطابق دارد و نشان می‌دهد فراگیری مؤلفه‌های هوش هیجانی در کاهش نمرات اضطراب مفید خواهد بود (۲۷-۱۹ و ۲۵).

براساس نتایج کسب‌شده، واضح است که اثر متقابل تغییرات هوش هیجانی و متغیر مداخله (تغییرات نمره‌ی اضطراب) معنادار می‌باشد. همچنین اثرات اصلی این دو نیز معنادار است. این مسأله نشان می‌دهد که تحت شرایطی در اثر سایر متغیرهای کنترل شده، افزایش یک واحدی هوش هیجانی به‌طور معناداری منجر به کاهش

اضطراب کل، صفتی و وضعی در شرایطی که در این نمرات، اضطراب با مقادیر اولیه‌شان در پیش از آزمون تعدیل شده باشند مورد بررسی قرار گرفت (جدول ۵).

بحث

نتایج مطالعه‌ی حاضر نشان می‌دهد که پرستاران شهر سبزواری از میانگین سنی جوانی برخوردار هستند. از طرفی پس از آموزش مؤلفه‌های هوش هیجانی نمره‌ی اضطراب پرستاران به‌طور معناداری کاهش یافت که خود نشان‌دهنده‌ی پرستاران در سنوات ابتدای خدمت اضطراب بیشتری را تجربه می‌کنند که با آموزش مناسب می‌توان از میزان این اضطراب کاست.

میانگین سنی شرکت‌کنندگان در مطالعه، ۳۲/۱۱ سال بود که نسبت به مطالعات مشابه در وضعیت جوان-تری قرار داشتند که با سایر مطالعات مشابه همخوانی ندارد (۱۹). نتایج این مطالعه نشان می‌دهد که وضعیت متغیرهای زمینه‌ای در هر دو گروه، یکسان و به‌عبارتی همگن هستند. لذا می‌توان از نقش احتمالی آنان در نمره‌ی اضطراب افراد صرف‌نظر نمود تا در تفسیر نتایج مستقیماً

بیشتر پرستاران با بیماران، نقش مهم مراقبتی آن‌ها و توجه به اهمیت پیشگیری و کنترل استرس و ارتقای کیفیت و اثربخشی مراقبت‌ها و نیز آموزش مؤلفه‌های هوش هیجانی در ابتدا و یا ضمن خدمت گام مؤثری در جهت اتخاذ تدابیر مناسب جهت کاهش استرس و اضطراب کادر پرستاری و ارتقای کیفیت خدمات پرستاری می‌باشد (۲۳-۲۰). با توجه به تأیید شدن تأثیر آموزش مؤلفه‌های هوش هیجانی در کاهش اضطراب پرستاران مورد مطالعه، آموزش این مؤلفه‌ها در ابتدای استخدام و یا در آموزش-های ضمن خدمت توصیه می‌گردد.

تشکر و قدردانی

مقاله حاضر برگرفته از پایان نامه کارشناسی ارشد مصوب دانشکده‌ی پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی سبزوار است بدین وسیله از اعضای محترم شورای تحصیلات تکمیلی دانشکده، معاونت محترم درمان، رئیس ارجمند بیمارستان واسعی دانشگاه علوم پزشکی سبزوار که همکاری لازم و صمیمانه‌ای را در برگزاری گارگاه آموزش هوش هیجانی و شرکت‌کنندگان محترم در این پژوهش مبذول داشته‌اند، کمال تشکر و قدردانی را داریم.

۲۲۱ دهم واحدی متوسط اضطراب کل در گروه شاهد و ۷/۱۸۶ واحدی در گروه مداخله می‌گردد. از طرفی اضطراب وصفی نیز همانند اضطراب کل می‌باشد. به طوری که با افزایش یک واحدی تغییرات هوش هیجانی به‌طور متوسط در گروه مداخله اضطراب وصفی به‌میزان ۴/۱۳۴ واحد کاهش می‌یابد. همچنین در گروه شاهد به-ازای یک واحد افزایش هوش هیجانی اضطراب وصفی به میزان ۱۴۱ دهم واحد کاهش می‌یابد.

اضطراب وضعی نیز همانند اضطراب کل و اضطراب وصفی می‌باشد. به طوری که با افزایش یک واحدی تغییرات هوش هیجانی به‌طور متوسط در گروه مداخله اضطراب وضعی به میزان ۲/۵۳۲ واحد کاهش می‌یابد. همچنین در گروه شاهد به‌ازای یک واحد افزایش هوش هیجانی متوسط اضطراب وضعی به میزان ۱۸ دهم واحد کاهش می‌یابد که با مطالعات از این دست مشابه و همخوان است (۲۷-۲۵).

در پایان مطالعات نشان می‌دهند استرس‌های موجود در حرفه‌ی پرستاری افت کیفی و کمی خدمات بهداشتی و درمانی را به دنبال دارد که آثار نامناسبی بر سلامت جامعه خواهد داشت. به سبب فراوانی بالای پرستاران در گروه‌های درمانی - مراقبتی، تماس و ارتباط

References

1. Mayer JD, Salovey P. Emotional Intelligence. *Imagination Cognition Personality*. 1990; 9:185-211.
2. Uddin MT. A study on the Quality of nurses of government hospitals in Bangladesh. *Proc Pakistan Acad Sci*. 2006; 43 (2): 121-9.
3. Khaghani Zadeh M, Salimi S H., Rahmani R. Factors in burnout military nurses. *Military Medicine Congress*. 2002. 290.
4. Krueger P, Brazil K, Lohfeld L, Edward HG, Lewis D, Tjam E. Organization specific predictors of job satisfaction: findings from a Canadian multi-site quality of work life cross-sectional survey. *BMC Health Serv Res*. 2002; 2: 6.
5. Pflanz S, Sonnek S. Work stress in the military: prevalence, causes, and relationship to emotional health. *Mil Med*. 2002; 167 (11): 877-82.
6. Sardar MA. Effect of eight weeks of aerobic training on mental health, depression, anxiety, somatic complaints, social dysfunction in male students [dissertation]. Ahvaz: Shahid Chamran University; 2008. [Persian]
7. Goleman D. Emotional intelligence. New York: Bantam Books; 1995.
8. Goleman D, Bar-On R, Parker JDA. The handbook of emotional intelligence: Theory, development, assessment and application at home, school and in the workplace. New York: Jossey-Bass; 2000.
9. Summerfeldt LJ, Kloosterman PH, Antony MM, Parker JD. Social anxiety, emotional intelligence, and interpersonal adjustment. *J Psychopathol Behav*. 2006; 28: 57-8.

10. Mennin DS, Heimberg R, Turk CL, Fresco DM. Applying an emotion regulation framework to integrative approaches to generalized anxiety disorder. *Clin Psychol*. 2002; 9(1): 85-90.
11. Mennin DS, Turk CL, Heimberg RG, Carmin CN. Focusing on the regulation of emotion: A new direction for conceptualizing and treating generalized anxiety disorder. In: Reinecke MA, Clark DA.(editors). *Cognitive therapy over the lifespan: Theory, research and practice*. Cambridge University Press; New York: 2004: 60-89.
12. Fernandez-Berrocal P, Alcaide R, Extremera N, Pizarro D. The role of emotional intelligence in anxiety and depression among adolescents. *Individ Dif Res*. 2006; 4: 16-7.
13. Summerfeldt LJ, Kloosterman PH, Antony MM, McCabe RE, Parker JD. Emotional intelligence in social phobia and other anxiety disorders. *J Psychopathol Behav*. 2010; 33(1): 69-78.
14. Sunil K, Rooprai KY. Role of emotional intelligence in managing stress and anxiety at workplace. *Proceedings of the ASBBS: Las Vegas, USA*. 2009; 16(1).
15. Siu AF. Trait emotional intelligence and its relationships with problem behavior in Hong Kong adolescents. *Pers Individ Dif*. 2009; 47(6): 553-7.
16. Boussiakou LG, Boussiakou Z, Kalkani EC. Student development using emotional intelligence. *Word Trans Technol Edu*. 2008; 79(1):18-23.
17. Ciarochi J, Deane FP, Anderson S. Emotional intelligence moderates the relationship between stress and mental health. *Personality and Individual Differences*. 2002; 32: 197-209.
18. Sunil K, Rooprai KY. Role of emotional intelligence in managing stress and anxiety at workplace. *Proceeding of the ASBBS Annual Conference; Las Vegas, USA*, 2009.
19. Salovey P, Grewal D. The science of emotional intelligence. *Curr Dir Psychol Sci*. 2005; 14(6): 281-5.
20. Nooryan K, Gasparyan K, Sharif F, Zoladl M, Moghimi M, Hosseini N. The Effects of Emotional Intelligence (EI) Items Education on Job Related Stress in Physicians and Nurses who Work in Intensive Care Units . *Armaghane danesh*. 2011; 16 (5) :472-9 . [Persian]
21. Yousefi R, Namdari Y, Adhamiyani A. Survey of depression and anxiety in nurses and employers of Psychiatrist and non- Psychiatrist sections. *Quarterly of nursing and midwifery*. 2005; (2): 76-85.
22. Delavar A. *statistic method in Education and psychology*. Payamnoor. 1988. [Persian]
23. Dehshiri Q. Norms of Bar-on emotional intelligence test on undergraduate students in Tehran University, MS thesis, Tabatabai University. 2003. [Persian]
24. Behdani F, Sargolzaee MR, Qorbani I. Study of the relationship of life with depression and anxiety in Sabzevar students. *Asrar - Journal of Medical Science and Health Services School in Sabzevar*. *J Sabzevar Med Sci Univ*. 1996; 2: 52-109. [Persian]
25. Hemati Mastak Pak M. Assessment of Anxiety Level of Employed Formal Nurses in Hospitals of Urmia University of Medical Sciences . *Nurs Mid Urmia Univ Med Sci*. 2005; 2: 1-10. [Persian]
26. Fernandez-Berrocal P, Alcaide R, Extremera N, Pizarro D. The role of emotional intelligence in anxiety and depression among adolescents. *Pers Individ Dif*. 2006; 4: 16-7.
27. Downey LA, Johnston P, Hansen K, Schembro R, Stough C, Tuckwell V, et al. The relationship between emotional intelligence and depression in a clinical sample. *Eur J Psychiatr*. 2008; 22(2): 93-8.

The Impact of Emotional Intelligence Training on Reducing Anxiety of Practitioner Nurses in Sabzevar

Ali Vahidi-Sabzevar.,

M.Sc. student of Nursing, Faculty of Nursing and Midwifery, Sabzevar University of Medical Sciences, Sabzevar, Iran

Mohsen Koushan.,

Psychiatric Nursing Group, Faculty of Nursing and Midwifery, Sabzevar University of Medical Sciences, Sabzevar, Iran

Razieh Khosrorad.,

Social Determinants of Health Research Center, Sabzevar University of Medical Sciences, Sabzevar, Iran

Yaser Tabarraie.,

Faculty Member of Department of Biostatistics, Faculty of Health, Sabzevar University of Medical Sciences, Sabzevar, Iran

* **Mohammadreza Shegarf -Nakhaie.,**

Assistant Professor of Psychiatric, Faculty of Medicine, Sabzevar University of Medical Sciences, Sabzevar, Iran

Received:25/02/2015, Revised:21/03/2015, Accepted:23/05/2015

Corresponding author:

Mohammadreza Shegarf –
Nakhaie,
Faculty of Medicine, Sabzevar
University of Medical Sciences,
Sabzevar, Iran
E-mail: Rezashegarf@gmail.com

Abstract

Background & Objectives: Nurses are the individuals who have been exposed to damage caused by improper anxiety. This stress can affect the mental health and nursing performance. So the present study aimed to investigate the effect of emotional intelligence on the anxiety levels of nurses working in hospitals of Sabzevar.

Materials & Methods: In this randomized trial, 135 nurses working in Sabzevar hospitals were enrolled and then randomly were assigned to intervention and control groups. The samples were completed demographic questionnaire, questionnaire of emotional intelligence (Bar-One), and Spiel-Berger's Situational and Characteristic anxiety questionnaires. Then the components of emotional intelligence were trained for intervention group. In termination of training questionnaires were completed and analyzed by T-test and non-parametrical tests and $p < 0.05$ considered as significance level.

Results: Totally, 80% of samples were female and average age was 32.11 ± 6.68 years. Before intervention the deference between groups was not significant ($p < 0.05$). After intervention a negative relationship was found for emotional intelligence between tow groups. Also the relation between Situational and Characteristic anxiety in studied groups was significant ($p < 0.003$). After intervention the emotional intelligence has a higher score than before intervention and anxiety status showed a lower status than before intervention in intervention group ($p < 0.001$).

Conclusion: Our results show an inverse significant relation between emotional intelligence score and anxiety status, so that nurses with training of emotional intelligence components have a lower anxiety status.

Keywords: Emotional intelligence, Situational anxiety, Characteristic anxiety, Nurses, Training