



# روان پرستاری

دوره سوم شماره ۴ (پیاپی ۱۲) زمستان ۱۳۹۴ - شماره استاندارد بین المللی: ۲۳۴۵-۲۵۰۱

- ۱..... ارتباط بین حمایت اجتماعی خانواده و رضایت از تصویر ذهنی در بیماران سوختگی  
طاهره آتش رزم جیرنده، کیانوش نیرومند زندی، فروزان آتش زاده شوریده، محمد جواد حسین آبادی فراهانی، الهه طالبی، فریبا بلورچی فرد
- ۱۰..... بررسی تأثیر آموزش مؤلفه های هوش هیجانی بر افزایش هوش هیجانی بیماران همودیالیزی  
فاطمه یاراحمدی، سیده فاطمه قاسمی، سعید فروغی
- ۱۸..... بررسی ارتباط طرحواره های اولیه ناسازگار با توجیه روابط فرا زناشویی در میان افراد متأهل  
جعفر نوایی، علیرضا محمدی آریا
- ۲۸..... تأثیر آموزش مهارت های هوش هیجانی بر تاب آوری پرستاران بخش های روان پزشکی  
صدیقه خوش نظری، محمدعلی حسینی، مسعود فلاحی خشکناز، عنایت اله بخشی
- ۳۷..... تأثیر آموزش مهارت های مثبت اندیشی بر فرسودگی شغلی پرستاران  
ناصر صدقی گوی آقاج، محمد رستمی، مریم خسرو زاده، محمدعلی حسینی
- ۴۸..... بررسی تأثیر مداخله چند عاملی بر بروز دلیریوم در بخش مراقبت ویژه جراحی قلب  
رضا ضیغمی، محمود علیپور حیدری، رضا بابائی
- ۵۸..... بررسی اثر بخشی درمان سیستمی اختلالات جنسی بر بهبود تمایل جنسی زنان مبتلا به اختلال کم میلی جنسی  
علی اکبر سلیمانیان، فاطمه نقی نسب اردهائی، اکرم ثناگو
- ۷۱..... تأثیر درمان شناختی رفتاری بر شادکامی و سلامت روان بیماران مبتلا به دیابت نوع دو  
جمال عاشوری

به نام خداوند جان و خرد  
نشریه تخصصی روان پرستاری  
فصلنامه علمی - پژوهشی انجمن علمی پرستاری ایران  
دوره سوم - شماره ۴ (پیاپی ۱۲) - زمستان ۱۳۹۴

- صاحب امتیاز: انجمن علمی پرستاری ایران
- مدیر مسؤول و سردبیر: دکتر مسعود فلاحی خشکتاب
- مدیر اجرایی: محمدرضا شیخی
- شماره پروانه انتشارات وزارت ارشاد اسلامی: ۹۱/۳۴۷۰۲ مورخ ۱۳۹۱/۱۱/۱۶
- شماره بین المللی نشریه چاپی: ۲۵۰۱-۲۳۴۵ مورخ ۱۳۹۲/۴/۱۶
- شماره بین المللی نشریه الکترونیکی: ۲۵۲۸-۲۳۴۵ مورخ ۱۳۹۲/۴/۱۶
- دارای رتبه علمی پژوهشی از یکصد و دهمین جلسه کمیسیون نشریات علوم پزشکی کشور: به شماره ۱۰۰/۵۱۱ مورخ ۱۳۹۲/۳/۲۷

• مشاوران علمی این شماره (به ترتیب الفبا):

- دکتر محمد رضا بلیاد
- دکتر حسن جهانی هاشمی
- دکتر آناهیتا خدابخشی کولایی
- دکتر محمد رضا خدایی اردکانی
- دکتر مریم روانی پور
- دکتر مولود رادفر
- دکتر نعیمه سید فاطمی
- دکتر نعیمه محتشمی
- دکتر محمد رضا شیخی
- دکتر محسن گل پرور
- دکتر علی نویدیان
- دکتر مصطفی شوکتی احمد آبادی
- آقای محمد ابراهیم ساریچلو
- دکتر مجیده هروی

• شورای نویسندگان (به ترتیب الفبا):

- دکتر فاطمه الحانی، دانشیار آموزش بهداشت دانشگاه تربیت مدرس
- دکتر مسعود بحرینی، دانشیار روان پرستاری دانشگاه علوم پزشکی بوشهر
- دکتر اکبر بیگلریان، استادیار آمار زیستی دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی
- دکتر یداله جنتی، استادیار روان پرستاری دانشگاه علوم پزشکی مازندران
- دکتر محمدرضا خدایی، دانشیار روان پزشکی دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی
- دکتر اصغر دادخواه، استاد توانبخشی روانی دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی
- دکتر محمد ذوالعدل، استادیار روان پرستاری دانشگاه علوم پزشکی یاسوج
- دکتر مهدی رهگذر، دانشیار آمار زیستی، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی
- دکتر کورش زارع، استادیار روان پرستاری دانشگاه علوم پزشکی جندی شاپور اهواز
- دکتر سادات سید باقر مداح، استادیار آموزش پرستاری دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی
- دکتر نعیمه سید فاطمی، استاد روان پرستاری دانشگاه علوم پزشکی تهران
- دکتر فرخنده شریف، استاد روان پرستاری دانشگاه علوم پزشکی شیراز
- دکتر فرشید شمسایی، استادیار روان پرستاری دانشگاه علوم پزشکی همدان
- دکتر رضا ضیغمی، استادیار روان پرستاری دانشگاه علوم پزشکی قزوین
- دکتر عبای عبادی، استاد پرستاری داخلی جراحی دانشگاه علوم پزشکی بقیه الله الاعظم (عج)
- دکتر فرید فدایی، دانشیار روان پزشکی دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی
- دکتر مسعود فلاحی خشکتاب، دانشیار روان پرستاری دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی
- دکتر پروانه محمدخانی، استاد روان شناسی دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی
- دکتر عیسی محمدی، استاد پرستاری داخلی جراحی دانشگاه تربیت مدرس
- دکتر ندا مهرداد، دانشیار پرستاری بهداشت جامعه دانشگاه علوم پزشکی تهران
- دکتر علی نجومی، دانشیار انیسیتو پاستور ایران
- دکتر علی نویدیان، دانشیار مشاوره دانشگاه علوم پزشکی زاهدان
- دکتر علیرضا نیکبخت نصرآبادی، استاد پرستاری داخلی جراحی دانشگاه علوم پزشکی تهران
- دکتر فریده یغمایی، دانشیار بهداشت دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی
- دکتر شهرزاد یکتاطلب، استادیار روان پرستاری دانشگاه علوم پزشکی شیراز

• ویراستار انگلیسی: دکتر علی نجومی

• ویراستار فارسی: محمد رضا شیخی

• حروفچینی و صفحه آرایی: اکرم پورولی

• طراح جلد: اکرم پورولی

• ناشر: انجمن علمی پرستاری ایران

• نشانی: تهران - میدان توحید - دانشکده پرستاری و مامایی تهران

• کد پستی: ۱۴۱۹۷۳۳۱۷۱، صندوق پستی: ۱۴۱۹۵/۳۹۸، تلفن و نامبر: ۶۶۵۹۲۵۳۵

e-mail: info@ijpn.ir Website: http://ijpn.ir

# تأثیر آموزش مهارت‌های هوش هیجانی بر تاب آوری پرستاران بخش‌های روان‌پزشکی

صدیقه خوش نظری<sup>۱</sup>، \* محمدعلی حسینی<sup>۲</sup>، مسعود فلاحی خشک‌تاب<sup>۳</sup>، عنایت اله بخشی<sup>۴</sup>

۱- کارشناسی ارشد مدیریت پرستاری گرایش داخلی جراحی، دانشگاه علوم بهزیستی توانبخشی، تهران، ایران.

۲- دانشیار گروه پرستاری، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی، تهران، ایران (نویسنده مسؤول)

پست الکترونیکی: mahmaimy2020@gmail.com

۳- دانشیار گروه پرستاری، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی، تهران، ایران.

۴- دانشیار گروه آمار و کامپیوتر، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی، تهران، ایران.

نشریه روان‌پرستاری، دوره ۳ شماره ۴ زمستان ۱۳۹۴ ۲۸-۳۷

## چکیده

**مقدمه:** ظرفیت تاب آوری به عنوان یک عامل پیش‌بینی‌کننده جهت‌جویی و کاهش تنیدگی و استرس‌های حرفه‌ای محسوب می‌شود. در این زمینه یکی از مهمترین مهارت‌هایی که باعث پیش‌بینی و ارتقاء تاب آوری می‌شود برخورداری از هوش هیجانی است. پژوهش حاضر با هدف تعیین تأثیر آموزش مهارت‌های هوش هیجانی بر میزان تاب آوری پرستاران روان‌پزشکی در سال ۱۳۹۳ انجام شد.

**روش‌ها:** در این مطالعه شبه‌تجربی، جامعه پژوهش شامل پرستاران شاغل در بیمارستان روان‌پزشکی روزبه بود که، مبتنی بر معیارهای ورود و محاسبات حجم نمونه ۷۶ نفر انتخاب و سپس به روش تصادفی ساده به دو گروه مداخله و شاهد تخصیص داده شدند. داده‌ها توسط پرسشنامه‌های جمعیت‌شناسی، هوش هیجانی بار-آن و تاب آوری کانر و دیویدسون جمع‌آوری گردید. ابتدا هر دو پرسشنامه توسط گروه مداخله و کنترل تکمیل سپس با برگزاری یک کارگاه یک‌روزه برای افراد گروه مداخله آموزش‌های لازم در خصوص هوش هیجانی و مهارت‌های آن همراه با تمرین‌های عملی در کارگاه ارائه گردید. در ادامه به مدت شش هفته با آموزش‌های مکتوب (از طریق ارائه پمفلت‌های آموزشی مهارت‌های هوش هیجانی بار-آن) نهادینه‌سازی آموزش‌ها پیگیری شد. سپس هر دو پرسشنامه مجدداً توسط هر دو گروه مداخله و کنترل تکمیل گردید. جهت تجزیه و تحلیل داده‌ها از آزمون کوواریانس در نرم‌افزار SPSS ۱۹ استفاده شد.

**یافته‌ها:** یافته‌های پژوهش نشان داد که متغیرهای جمعیت‌شناسی بین دو گروه مداخله و شاهد همسان بوده‌اند. میانگین نمره هوش هیجانی قبل از مداخله در گروه مداخله  $29/91 \pm 329/72$  و در گروه کنترل  $36/55 \pm 326/73$  بود ( $p=0/501$ ) که بعد از مداخله در گروه مداخله  $37/27 \pm 354/51$  و در گروه شاهد به  $34/92 \pm 325/92$  رسید ( $p=0/003$ ). تحلیل کواریانس با مقدار احتمال  $0/004$  نشان داد که تغییرات ایجاد شده در هوش هیجانی گروه مداخله ناشی از مداخله بود. میانگین نمره تاب آوری قبل از مداخله در گروه مداخله  $12/47 \pm 61/71$  و در گروه شاهد  $15/14 \pm 57/70$  بود ( $p=0/098$ ) که بعد از مداخله در گروه مداخله  $13/48 \pm 70/40$  و در گروه شاهد به  $13/71 \pm 58/92$  رسید ( $p=0/001$ ). تحلیل کواریانس با مقدار احتمال  $0/001$  نشان داد که تغییرات ایجاد شده در تاب آوری گروه مداخله ناشی از مداخله بود.

**نتیجه‌گیری:** یافته‌های حاصل از پژوهش نشان داد که آموزش مهارت‌های هوش هیجانی تاب آوری پرستاران بخش‌های روان‌پزشکی را ارتقاء داد، در حالی که قبل و بعد از مداخله در گروه شاهد تغییری حاصل نشده بود. لذا توصیه می‌شود آموزش مهارت‌های هوش هیجانی در برنامه آموزش ضمن خدمت پرستاران گنجانده شود.

**کلیدواژه‌ها:** هوش هیجانی، تاب آوری، پرستاران، بخش‌های روان‌پزشکی.

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۴/۹/۳۰

تاریخ دریافت: ۱۳۹۴/۵/۳۰

## مقدمه

سلامت روانی، نیاز اساسی انسان بوده و برای بهبود کیفیت زندگی امری حیاتی محسوب می‌شود. در دهه‌های اخیر با توجه به طرح رویکردهای مثبت‌نگر در حوزه روانشناسی سلامت، تحولی در چگونگی نگرش و نحوه‌نگریستن به استرس و فشار روانی در موقعیتها و شرایط تنیدگی‌زا صورت گرفته است. این رویکرد بر شناسایی سازه‌ها و پرورش توانمندی‌هایی تأکید می‌کند که ارتقاء سلامت و شادکامی انسان را فراهم می‌کند. تاب‌آوری مهمترین راهبردی است که در این رویکرد مورد توجه پژوهشگران است (۱).

تاب‌آوری عبارت است از توانایی سازگاری موفقیت‌آمیز با شرایط تهدیدکننده. کانر و دیویدسون که تاب‌آوری را در حوزه‌های اجتماعی مورد مطالعه قرار داده‌اند، معتقدند تاب‌آوری، تنها پایداری در برابر آسیب‌ها یا شرایط تهدیدکننده نیست، بلکه شرکت فعال و سازنده فرد در محیط است. آنها تاب‌آوری را توانمندی فرد در برقراری تعادل زیستی-روانی در شرایط خطرناک می‌دانند (۲). تاب‌آوری نقطه مقابل آسیب‌پذیری است و بر گروه‌هایی از افراد تمرکز دارد که علی‌رغم اینکه در معرض شرایط ناگوار و خطر آفرینی قرار دارند با پیامدهای منفی کمی مواجه شده و حتی ممکن است پیامدهای مثبتی را نیز کسب نمایند (۳).

تاب‌آوری نقش میانجی بسیار مهمی در جلوگیری یا بروز خیلی از اختلال‌های روانپزشکی از خود نشان می‌دهد. تاب‌آوری به واسطه کاهش هیجان‌های منفی و افزایش سلامت روان، رضایت بیشتر از زندگی را در پی دارد و به عنوان منجی برای تسهیل غلبه بر مصائب، مشکلات، مقاومت در برابر استرس و از بین بردن اثرات روانی آنها عمل می‌نماید. تاب‌آوری به افراد توانایی می‌بخشد تا با نامالیامات و مشکلات زندگی و شغلی رو به ور شوند (۴-۶).

به نظر می‌رسد یکی از تجارب تنیدگی‌زا می‌تواند اشتغال فرد یا افراد در حرفه‌ای خاص باشد. محیط کار از محرک‌های فیزیکی، روانی و اجتماعی تشکیل شده که هر کدام از اینها می‌تواند عامل بوجود آمدن تنیدگی باشد. اعضای تیم پزشکی کسانی هستند که سطح بالایی از تنیدگی را تجربه می‌کنند از آنجا که پرستاران نیز جزو این تیم به حساب می‌آیند عوامل تنیدگی‌آور می‌تواند برای آنها تهدیدی روانی یا روانی اجتماعی به حساب آورده شوند (۷).

بررسی Kawano (۲۰۰۸) در ژاپن نشان داد که پرستاران نسبت به مشاغل دیگر در معرض بیشترین عوامل تنیدگی‌زا قرار دارند، در این مطالعه گزارش گردید که سلامت جسمی و روانی پرستاران بر کیفیت خدمت‌رسانی و رضایتمندی بیماران تأثیرگذار است. به علاوه، میزان استرس شغلی آنها در بخش‌های مختلف با یکدیگر

متفاوت گزارش گردید (۸). بررسی تقوا و همکاران (۱۳۹۲) میزان افسردگی متوسط و شدید را در پرستاران بخش روانپزشکی نشان داد، در این پژوهش میزان افسردگی در پرستاران بخش روانپزشکی بیشتر از میزان افسردگی در پرستاران بخش‌های اورولوژی، ICU و دو بخش اورولوژی و گوش و حلق و بینی گزارش شد (۹). در مطالعه ای دیگر در کانادا Robinson (۲۰۰۳) و همکاران ثابت کردند که پرستاران بخش‌های روانپزشکی خستگی روانی زیادی را تجربه می‌کنند (۱۰).

امروزه برای حفظ و تأمین سلامت روانی پرستاران به مقوله تاب‌آوری توجه جدی شده و نگاه‌ها به ایجاد و تقویت تاب‌آوری و رفتارهای تاب‌آورانه در پرستاران معطوف گردیده است، از آنجائیکه مک‌آلستر و مک‌کینون (۲۰۰۹) و ایساکسون و همکاران (۲۰۰۹) ظرفیت تاب‌آوری را برای موفقیت در شغل پرستاری لازم می‌دانند (۱۱،۱۲).

مطالعات حسن‌زاده‌پشنگ و همکاران (۱۳۹۱)، کمرزین و همکاران (۱۳۹۱) و Jackson (۲۰۰۷) نشان دادند که عوامل مختلفی می‌تواند بر تاب‌آوری اثرگذار بوده و باعث تقویت رفتارهای تاب‌آورانه در افراد شود (۵،۱۳،۱۴). هر چند برخی از ویژگی‌های مرتبط با تاب‌آوری به صورت زیستی و ژنتیکی تعیین می‌شوند اما مهارت‌های مربوط به تاب‌آوری را می‌توان یاد داد و تقویت نمود (۳).

از جمله مسائلی که در حوزه عوامل مؤثر بر تاب‌آوری مطرح است، نقش هوش هیجانی در ارتقای تاب‌آوری است. نتایج پژوهش خداجوادی و پرو (۱۳۸۷) نشان داد که مهارت‌های هوش هیجانی با تاب‌آوری رابطه مثبت و معنی‌داری داشته و هر چه هوش هیجانی بالاتر باشد احتمال تاب‌آوری در شرایط پرخطر بیشتر است (۱۵). نتایج پژوهش جوکار (۱۳۸۶) نشان داد که هوش عمومی و هوش هیجانی با تاب‌آوری رابطه مستقیم دارند و هوش هیجانی پیش‌بینی‌کننده قوی‌تری برای تاب‌آوری است. همچنین تاب‌آوری نقش واسطه‌ای بین انواع هوش و رضایت از زندگی دارد و این نقش در مورد هوش هیجانی قوی‌تر است (۱۶).

نظریه پردازان هوش هیجانی بر این باورند که بین هوش هیجانی و قدرت مقابله با موقعیت‌های مخاطره‌آمیز رابطه مثبت وجود دارد و بالا بودن هوش هیجانی را به عنوان یک عامل محافظت‌کننده مطرح نموده‌اند (۱۷). Bar-On (۱۹۹۷)؛ به نقل از درکسن و همکاران (۲۰۰۲) معتقد است که هوش هیجانی در مقایسه با هوش عمومی شامل توانایی‌ها، شایستگی‌ها و مهارت‌های شناختی و غیرشناختی‌ای می‌شود که باعث فائق آمدن فرد بر فشارها و نیازهای محیط می‌گردد و موجبات و احساس شادمانی

های آموزشی هوش هیجانی، کسالت یا بیماری که مانع از شرکت یا ادامه همکاری در زمان تحقیق باشد، انصراف از تحقیق به دلیل عدم تمایل، بازنشستگی و یا انتقال به مرکز دیگر، تکمیل ناقص پرسشنامه یا باز نگرداندن پرسشنامه در حین مطالعه، و وجود مشکلات روانی - اجتماعی مشخص در فرد و استفاده دارو به واسطه آن بود.

ابزار جمع آوری داده‌ها شامل سه پرسشنامه اطلاعات جمعیت شناسی، هوش هیجانی بار-آن و تاب آوری کانر و دیویدسون بود. پرسشنامه اطلاعات جمعیت شناسی: این پرسشنامه شامل سؤالاتی در زمینه جنس، سن، وضعیت تأهل، میزان تحصیلات، میزان سابقه کاری، پست سازمانی، وضعیت استخدامی، میزان ساعات اضافه کاری، شیفت کاری، شاغل بودن در مکانی دیگر، داشتن سابقه آموزش رسمی هوش هیجانی و داشتن بیماری روانی اجتماعی مشخص می‌باشند.

پرسشنامه هوش هیجانی بار-آن: این پرسشنامه توسط دکتر ریون بار-آن در ابتدای دهه ۱۹۸۰ به منظور اندازه گیری هوش هیجانی طراحی شد. این پرسشنامه دارای ۹۰ سوال بوده که با لیکرت پنج درجه ای ۱ الی ۵ به ترتیب در پنج پاسخ "کاملاً مخالفم"، "مخالفم"، "تا حدودی"، "موافقم"، "کاملاً موافقم"، تنظیم گردیده است. پرسشنامه دارای یک نمره کلی (هوش هیجانی کلی)، پنج عامل مرکب (روابط درون فردی، روابط بین فردی، سازگاری، تنش و خلق عمومی) و ۱۵ خرده مقیاس (حل مسئله، شادکامی، استقلال، خود شکوفایی، تحمل فشار روانی، خود آگاهی هیجانی، واقع گرایی، روابط بین فردی، خوش بینی، عزت نفس، کنترل تکانه، انعطاف پذیری، مسئولیت پذیری، همدلی و خود ابرازی) است. سوالات در این پرسشنامه به دو دسته: سوالات با محتوای مثبت و سوالات با محتوای منفی تقسیم می‌شوند. سوالات با مضمون مثبت به ترتیب از گزینه کاملاً موافقم به کاملاً مخالفم از ۵ تا ۱ امتیاز دریافت می‌کنند، به این ترتیب که برای گزینه کاملاً موافقم امتیاز ۵، موافقم ۴، تا حدودی ۳، مخالفم ۲ و کاملاً مخالفم امتیاز ۱ تعلق می‌گیرد. برای سوالات منفی روند به صورت عکس است. به این ترتیب: برای گزینه کاملاً موافقم امتیاز ۱، موافقم ۲، تا حدودی ۳، مخالفم ۴ و کاملاً مخالفم امتیاز ۵ تعلق می‌گیرد. به طور کلی میانگین هوش هیجانی هر فرد بین ۴۵۰-۹۰ قرار می‌گیرد (۲۲).

بر اساس هنجاریابی نسخه یونانی این پرسشنامه که در سال ۲۰۱۲ بر روی ۲۷۲ معلم قبرسی انجام شد نتایج نشان داد که اعتبار داخلی از این پرسشنامه خیلی بالاست همچنین ضریب آلفای کرونباخ بین ۰/۶۹-۰/۸۶ گزارش شد (۲۳).

اعتبار پرسشنامه در ایران توسط پریناز آخوند لطفعلی (۱۳۸۸)

فرد در زندگی را فراهم می‌سازد (۱۸). هوش هیجانی مجموعه‌ای از توانایی‌ها، کفایت‌ها، و مهارت‌های شناختی و غیر شناختی است که توانایی فرد را برای کسب موفقیت در مقابله با فشارهای محیطی تحت تأثیر قرار می‌دهد که می‌توان آن را از طریق تلاش و کوشش و تمرین و تجربه آموزش داد و ارتقاء بخشید (۱۹).

تحقیق Sjöberg و Engelberg (۲۰۰۴) پیرامون واسطه هوش هیجانی و سازگاری اجتماعی نشان داد که در موفقیت‌های اجتماعی، پایین بودن هوش هیجانی به عنوان یک عامل خطرزا عمل می‌کند (۲۰).

گروه Groves (۲۰۰۸) با انجام پژوهش روی ۱۳۵ دانشجوی دوره مدیریت نشان دادند ۱۱ هفته آموزش هوش هیجانی تفاوتی معنی دار بین گروه مداخله و شاهد در مولفه‌های هوش هیجانی مثل درک و ابزار هیجان، آسان سازی تفکر، استفاده از هیجان‌ها، تشخیص هیجان‌ها و کنترل و مدیریت هیجان‌ها ایجاد می‌کند (۲۱).

با توجه به مطالب بیان شده سوال پژوهش اینست که اولا وضعیت هوش هیجانی و تاب آوری پرستاران مورد مطالعه چگونه است و در ثانی آموزش مهارت‌های هوش هیجانی چه تاثیری بر تاب آوری پرستاران خواهد داشت؟ از این رو محقق بر آن شد تا با انجام مطالعه‌ای با هدف تعیین تاثیر آموزش مهارت‌های هوش هیجانی بر میزان تاب آوری پرستاران بخش‌های روانپزشکی به سوال پژوهش پاسخ دهد.

## روش مطالعه

مطالعه حاضر یک مطالعه شبه تجربی از نوع پیش آزمون و پس آزمون همراه با گروه شاهد بود که جامعه آن را ۱۴۹ نفر از پرستاران شاغل در بیمارستان روانپزشکی روزه در سال ۱۳۹۳ تشکیل دادند.

نمونه تحقیق با استفاده از روش نمونه گیری مبتنی بر معیارهای ورود و همچنین در نظر گرفتن احتمال ریزش، ۷۶ نفر تعیین شد. سپس، افراد به صورت تصادفی ساده به دو گروه مداخله و شاهد (۳۸ نفر مداخله و ۳۸ نفر شاهد) تقسیم شدند.

معیارهای ورود به مطالعه شامل: داشتن رضایت جهت شرکت در مطالعه، داشتن مدرک کارشناسی پرستاری و بالاتر، مشغول به کار بودن در شیفت‌های صبح، عصر و شب بیمارستان روانپزشکی روزه، داشتن حداقل یکسال سابقه کار در مرکز روانپزشکی روزه، نداشتن سابقه آموزش هوش هیجانی به صورت رسمی بود و معیارهای خروج از مطالعه شامل: عدم شرکت و همکاری مناسب در برنامه

شماره IR.USWR.REC.۱۳۹۴.۷ از کمیته اخلاق دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی و کسب اجازه تحقیق، از تمام شرکت کنندگان رضایت نامه آگاهانه گرفته شد و به آنها توضیح داده شد که ذکر نام و نام خانوادگی ضرورتی ندارد، شرکت در پژوهش کاملاً اختیاری است و به واحدهای مورد پژوهش اطمینان داده شد که اطلاعات گردآوری شده محرمانه تلقی شده به مسئولین اطلاع داده شد که در صورت تمایل می‌توانند از نتایج پژوهش بهره مند شوند. به منظور رعایت اصول اخلاقی پس از پایان اجرای پژوهش مقرر گردید در صورت نتیجه بخش بودن آموزش‌ها پس از انجام پژوهش، کلیه آموزشها در یک سی دی به گروه کنترل ارائه شود.

سپس هوش هیجانی و تاب‌آوری پرستاران گروه مداخله و کنترل از طریق پرسشنامه‌های هوش هیجانی بار-آن و تاب‌آوری کانر و دیویدسون قبل از برگزاری کارگاه هوش هیجانی اندازه‌گیری شد. پس از آن طی یک کارگاه یک روزه (۷ ساعت) برای افراد گروه مداخله، آموزش‌های لازم در خصوص آشنایی با تاریخچه، تعریف هوش هیجانی و روش کاربرد آن در محل کار، محیط خانواده و همچنین در ارتباط با افراد پیرامون ارائه گردید و پس از آن آموزش ۳ مهارت از ۱۵ مهارت ارتقاء دهنده هوش هیجانی انجام شد. در ادامه به مدت ۶ هفته با آموزش‌های مکتوب از طریق ارائه پمفلت‌های آموزشی مهارت‌های هوش هیجانی بار-آن، نهادهای سازی آموزشها پیگیری شد. در هر هفته پیگیری دو مهارت از ۱۵ مهارت (حل مسئله، خوشبختی، استقلال، تحمل فشارروانی، خود شکوفایی، خودآگاهی هیجانی، واقع‌گرایی، روابط بین فردی، خوش بینی، عزت نفس، کنترل تکانه، انعطاف پذیری، مسئولیت پذیری، همدلی و خود ابرازی) تشکیل دهنده هوش هیجانی که توسط بار-آن تدوین شده است همراه با تمرین‌های مربوط به ایجاد و تقویت این مهارت‌ها به آنها داده شد. پس از آن میزان تاب‌آوری پرستاران و نیز هوش هیجانی آنها با همان ابزارهای آزمون مقدماتی اندازه‌گیری شد. جهت تحلیل داده‌ها از آمار توصیفی (میانگین و انحراف معیار) و آمار استنباطی استفاده گردید که برای بررسی توزیع نرمال نمونه‌ها در دو گروه براساس مشخصات دموگرافیک از آزمون دقیق فیشر و تی مستقل و برای مقایسه میزان هوش هیجانی و تاب‌آوری بین دو گروه مداخله و کنترل از آزمون تی مستقل و برای مقایسه میزان هوش هیجانی و تاب‌آوری هر گروه قبل و بعد از مداخله از آزمون تی زوجی استفاده شد. همچنین برای کنترل آماری تفاوت میانگین گروه‌ها در پیش‌آزمون از تحلیل کوواریانس استفاده گردید.

ابتدا با توجه به شرایط فرهنگی ایران به زبان فارسی روان ترجمه شد و سپس جهت کسب اعتبار صوری و محتوایی و نیز اطمینان از ترجمه صحیح، پرسشنامه حاوی متن ترجمه شده به همراه متن انگلیسی در اختیار ۱۰ نفر از مدرسین دانشگاه‌های علوم پزشکی تهران، علوم پزشکی شهید بهشتی و علوم بهزیستی و توانبخشی قرار داده شد. پس از انجام تغییرات و اصلاحات پیشنهادی، اعتبار پرسشنامه مذکور تأیید گردید (۲۴).

برای تعیین پایایی مقیاس در این پژوهش از روش آلفای کرونباخ بهره گرفته شد و ضریب پایایی ۰/۹۶ بدست آمد. پرسشنامه مقیاس تاب‌آوری کانر و دیویدسون (CD-RIS): این پرسشنامه را کانر و دیویدسون (۲۰۰۳) با مرور منابع پژوهشی ۱۹۷۹-۱۹۹۱ حوزه تاب‌آوری تهیه کردند. این پرسشنامه ۲۵ گویه دارد و در مقیاس لیکرت پنج درجه‌ای بین صفر و چهار نمره گذاری می‌شود (صفر برای کاملاً نادرست، یک، برای به ندرت درست، دو، برای گاهی درست، سه، برای اغلب درست و چهار، برای همیشه درست). حداقل نمره برای این آزمون ۰ و حداکثر آن ۱۰۰ است و افرادی که نمره بالاتر از ۶۰ بگیرند، جزء افراد تاب‌آور محسوب می‌شوند.

کانر و دیویدسون ضریب آلفای کرونباخ مقیاس تاب‌آوری را ۰/۸۹ گزارش کردند، همچنین ضریب پایایی حاصل از روش باز آزمایی در یک فاصله ۴ هفته‌ای ۰/۸۷ بوده است. در اعتبار خارجی نمرات این مقیاس با نمرات مقیاس سرسختی کوباسا همبستگی مثبت معنادار و با نمرات مقیاس استرس درک شده و مقیاس آسیب پذیری نسبت به استرس شیپان همبستگی منفی معناداری داشتند که این نتایج حاکی از اعتبار همزمان این مقیاس است (۲). جهت کسب روایی در ایران، پرسشنامه حاوی متن ترجمه شده به همراه متن انگلیسی در اختیار ۱۰ نفر از اساتید صاحب نظر و اعضاء هیئت علمی دانشگاه‌های علوم پزشکی تهران و علوم بهزیستی و توانبخشی قرار داده شد. نتایج بدست آمده نشان داد که این پرسشنامه از روایی ظاهری مناسب برخوردار بوده و روایی محتوایی آن از روش لاوشه تعیین گردید. با توجه به نتایج بدست آمده کلیه سوالات پرسشنامه تاب‌آوری کانر و دیویدسون حداقل مقدار CVR قابل قبول (۰/۶۲) را بدست آوردند. همچنین شاخص روایی محتوایی (CVI) برای پرسشنامه مذکور برابر ۰/۸۴ تعیین گردید. برای تعیین پایایی مقیاس در این پژوهش از روش آلفای کرونباخ بهره گرفته شد و ضریب پایایی ۰/۹۴ بدست آمد.

جهت رعایت اخلاق در پژوهش ضمن اخذ کد اخلاق به



## یافته‌ها

در این پژوهش ۷۶ نفر شرکت داشتند که سه نفر از گروه مداخله از ادامه مشارکت در پژوهش انصراف دادند و در نهایت ۷۳ نفر باقی ماندند. یافته‌های این تحقیق، در دو بخش همسان بودن گروه‌های مداخله و شاهد و یافته‌های اصلی با محوریت فرضیه پژوهش، به شرح زیر می‌باشد.

نتایج مطالعه نشان داد متغیرهای جمعیت شناختی شامل: جنس ( $p=0/08$ )، سن ( $p=0/118$ )، تاهل ( $p=0/408$ )، میزان تحصیلات ( $p=0/369$ )، سابقه کاری ( $p=0/501$ )، پست سازمانی ( $p=0/25$ )، وضعیت استخدامی ( $p=0/82$ )، اضافه کاری ( $p=0/09$ )، شیفت کاری ( $p=0/77$ )، اشتغال در محلی دیگر ( $p=0/194$ )، در دو گروه همسان بودند و اختلاف معناداری بین دو گروه وجود نداشته است. همچنین هیچ یک از افراد هر دو گروه دچار اختلالات روانی اجتماعی که به خاطر آن دارو استفاده نمایند، نبوده و هیچ یک از افراد گروه مداخله و شاهد سابقه آموزش هوش هیجانی را نداشتند. (جدول شماره ۱).

تحلیل کوواریانس تک متغیری نشان داد، آموزش مهارت‌های هوش هیجانی پس از کنترل آماری تفاوت میانگین گروه‌ها در قبل از مداخله، بر میانگین هوش هیجانی بعد از مداخله اثر گذاشته است ( $p=0/001$ ) (جدول شماره ۲).

در یافته‌های اصلی مرتبط با هدف پژوهش میانگین نمره هوش هیجانی قبل از مداخله در گروه مداخله  $329/72 \pm 29/91$  و در گروه کنترل  $36/55 \pm 326/73$  بود که از نظر آماری اختلاف معناداری بین دو گروه وجود نداشت ( $p=0/501$ ). بعد از اجرای مداخله میانگین نمره هوش هیجانی در گروه مداخله به  $37/27 \pm 354/51$  و در گروه کنترل به  $34/92 \pm 325/92$  رسید که بر اساس آزمون آماری تی مستقل از نظر آماری اختلاف معناداری ( $p=0/003$ ) بین دو گروه وجود داشت (جدول شماره ۳).

میانگین نمره تاب آوری قبل از مداخله در گروه مداخله  $12/47 \pm 61/71$  و در گروه شاهد  $15/14 \pm 57/70$  بود که از نظر آماری اختلاف معناداری بین دو گروه وجود نداشت ( $p=0/098$ ). بعد از اجرای مداخله میانگین نمره تاب آوری در گروه مداخله به  $13/48 \pm 70/40$  و در گروه کنترل به  $13/71 \pm 58/92$  رسید که از نظر آماری اختلاف معناداری ( $p=0/001$ ) بین دو گروه وجود داشت (جدول شماره ۴).

تحلیل کوواریانس تک متغیری نشان داد که پس از کنترل آماری تفاوت میانگین گروه‌ها در قبل از مداخله، مداخله (آموزش مهارت‌های هوش هیجانی) بر میانگین تاب آوری بعد از مداخله اثر گذاشته است ( $p=0/001$ ) (جدول شماره ۵).

جدول ۱: توزیع هر کدام از مشخصات دموگرافیک بیماران بر حسب گروه

مقدار احتمال	شاهد		مداخله		گروه		مقدار احتمال	شاهد		مداخله		گروه	
	درصد	تعداد	درصد	تعداد	متغیر			درصد	تعداد	درصد	تعداد	متغیر	
0/25	76/31 10/52 13/15	29 4 5	88/57 8/57 2/85	31 3 1	پرستار سرپرستار سوپروایزر	پست سازمانی	0/08	39/47 60/53	15 23	20 80	7 28	مرد زن	جنس
0/77	31/57 2/63 0 13/15 18/42 34/21	12 1 0 5 7 13	31/42 0 2/85 8/57 22/85 34/28	11 0 1 3 8 12	صبح عصر شب صبح و عصر عصر و شب در گردش	شیفت کاری	0/82	57/89 10/52 23/68 5/26 2/63	22 4 9 2 1	54/28 8/57 20 11/42 5/71	19 3 7 4 2	رسمی رسمی آزمایشی پیمانی قراردادی طرحی	وضعیت استخدامی
0/369	84/21 15/79	32 6	77/14 22/86	27 8	کارشناس کارشناس ارشد	تحصیلات	0/118	47/36 31/57 21/05	18 12 8	65/17 28/57 5/17	23 10 2	23-35 36-45 46-55	سن
0/194	21/05 78/95	8 30	8/57 91/43	3 32	بلی خیر	اشتغال در محلی دیگر	0/408	42/18 76/31 5/26	7 29 2	31/42 65/71 2/85	11 23 1	مجرد متاهل مطلقه	تاهل
							0/09	34/21 28/94 36/84	13 11 14	45/71 40 14/28	16 14 5	کمتر از 30 ساعت 30-80 ساعت بیشتر از 80 ساعت	ساعت اضافه کار
							0/44	8/86 ± 6/75		7/68 ± 6/21		میانگین کاری	

جدول ۲: نتایج آزمون تحلیل کوواریانس جهت مقایسه میانگین هوش هیجانی به تفکیک گروه

منبع	مجموع مجزورات	درجه آزادی	میانگین مجزورات	آماره F	مقدار احتمال	اندازه اثر
پیش آزمون	۲۱۴۷/۲۱	۱	۲۱۴۷/۲۱	۱/۷۸	۰/۱۸۶	۰/۰۲۵
گروه	۱۰۸۳۴/۱۷	۱	۱۰۸۳۴/۱۷	۸/۹۹	۰/۰۰۴	۰/۱۱۴
خطا	۸۴۳۴۱/۰۶	۷۰	۱۲۰۴/۷۸			

جدول ۳: مقایسه میانگین هوش هیجانی کل در گروه مداخله و شاهد قبل و بعد از مداخله

گروه	تعداد	قبل از مداخله		بعد از مداخله		آزمون تی زوجی	
		میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	آماره	مقدار احتمال
مداخله	۳۵	۳۲۹/۷۲	۲۹/۹۱	۳۵۴/۵۱	۳۷/۲۷	۳/۷۴	۰/۰۰۱
کنترل	۳۸	۳۲۶/۷۳	۳۶/۵۵	۳۲۵/۹۲	۳۴/۹۲	۱/۵۶۴	۰/۵۱۶
آزمون تی مستقل	آماره	۰/۶۱۲	۰/۵۰۱	۰/۲۳۷	۰/۰۰۳		
	مقدار احتمال						

جدول ۴: مقایسه میانگین تاب آوری در گروه مداخله و شاهد قبل و بعد از مداخله

گروه	تعداد	قبل از مداخله		بعد از مداخله		آزمون تی زوجی	
		میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	آماره	مقدار احتمال
مداخله	۳۵	۶۱/۷۱	۱۲/۴۷	۷۰/۴۰	۱۳/۴۸	۳/۰۸	۰/۰۰۴
کنترل	۳۸	۵۷/۷۰	۱۵/۱۴	۵۸/۹۲	۱۳/۷۱	۰/۳۷۲	۰/۳۷۲
آزمون تی مستقل	آماره	۱/۶۶	۰/۰۹۸	۳/۴۲	۰/۰۰۱		
	مقدار احتمال						

جدول ۵: نتایج آزمون تحلیل کوواریانس جهت مقایسه میانگین تاب آوری به تفکیک گروه

منبع	مجموع مجزورات	درجه آزادی	میانگین مجزورات	آماره F	مقدار احتمال	اندازه اثر	توان آزمون
پیش آزمون	۸/۰۴۳	۱	۸/۰۴۳	۰/۰۴۴	۰/۸۳۵	۰/۰۰۱	۰/۰۵۵
گروه	۲۱۰۳/۳۳	۱	۲۱۰۳/۳۳	۱۱/۴۲	۰/۰۰۱	۰/۱۴۰	۰/۹۱
خطا	۱۲۸۹۱/۶۲	۷۰	۱۸۴/۱۶۶				

## بحث

نتایج حاصل از جدول ۱ نشان داد، هر دو گروه از نظر متغیرهای جمعیت شناختی همسان بودند و از لحاظ آماری در متغیرهای جمعیت شناختی بین دو گروه اختلاف معناداری وجود نداشت.

نتایج حاصل از جدول ۲ و ۳ نشان داد، میانگین نمره هوش هیجانی گروه مداخله بعد از اجرای مداخله نسبت به قبل افزایش پیدا کرد و از نظر هوش هیجانی کل قبل و بعد از آموزش اختلاف معناداری را نشان داد ( $p < 0.05$ ) ولی در گروه شاهد تفاوت معنی داری مشاهده نشد و تغییرات حاصل در هوش هیجانی در اثر انجام مداخله (آموزش) بود. بر این اساس می توان گفت که آموزش مهارت‌های هوش هیجانی می تواند در افزایش هوش هیجانی مؤثر باشد.

این نتایج همسو است با نتایج تحقیق علوی و همکاران (۱۳۹۲) که به منظور بررسی آموزش هوش هیجانی در افزایش هوش هیجانی مددکاران انجام گرفت و نتایج نشان داد که سطح هوش هیجانی در گروه مداخله پس از آموزش ارتقاء یافت و بین گروه مداخله و کنترل، قبل و بعد از آموزش از لحاظ آماری تفاوت معناداری وجود داشت (۲۵). در مطالعه به پژوه و همکاران (۱۳۹۲)، ۱۵ جلسه آموزش هوش هیجانی بر روی نابینایان تفاوت معنی داری بین گروه مداخله و کنترل ایجاد کرد و به عبارت دیگر هوش هیجانی گروه مداخله پس از مداخله به طور معناداری افزایش یافت (۲۶). همچنین نتایج پژوهش Clarke (۲۰۱۰) بر روی مدیران در کشور انگلستان نشان داد که در روز آموزش هوش هیجانی تفاوت معناداری بین گروه مداخله و شاهد ایجاد کرد و باعث افزایش هوش هیجانی در گروه



مداخله شد (۲۷).

از اهمیت ویژه ای برخوردار می باشد. شایان ذکر است که در این پژوهش به دلیل کمبود وقت و نیروی آموزشی امکان مقایسه اثر بخشی برنامه "آموزش مهارت های هوش هیجانی" با برنامه های دیگر وجود نداشت و این پژوهش در نمونه کوچکی از پرستاران شاغل به اجرا درآمد و امکان امکان مطالعات پیگیری در مورد ثبات مهارت‌های هوش هیجانی و ظرفیت‌های تاب آوری در پرستاران وجود نداشت. همچنین کسب اطلاعات در زمینه هوش هیجانی توسط گروه کنترل از طریق رسانه های مختلف می توانست نتایج این پژوهش را مخدوش نموده که کنترل آن از عهده پژوهشگر خارج بود. لذا پیشنهاد می شود مطالعات مشابه در آینده با مدت زمانی طولانی تر با تأکید بر عوامل پیش بینی کننده و نتایج تاب آوری پرستاران و رابطه تاب آوری با متغیرهای زمینه ای در نمونه های بیشتری از پرستاران ایرانی انجام گردد تا ضمن پرداختن به این موضوع مهم عوامل تأثیر گذار بر آن مشخص شود و مبنایی برای پژوهش های بعدی در زمینه تاب آوری پرستاران باشد. ضمناً با توجه به زمانبر بودن تغییر رفتار، توصیه می گردد آموزش ها در دوره های بلند مدت تری دنبال گردد.

### نتیجه گیری نهایی

بر اساس یافته های این پژوهش، آموزش مهارت های هوش هیجانی بر تاب آوری پرستاران مؤثر بوده است و مداخله آموزش هوش هیجانی منجر به ارتقای تاب آوری گردیده است. می توان چنین استنباط کرد که گنجاندن برنامه های آموزش هوش هیجانی در دوره های آموزشی پرستاران منجر به ارتقای سطح تاب آوری و هوش هیجانی در این افراد می شود. لذا به مسئولین و برنامه ریزان سیستم سلامت توصیه می شود در برنامه های آموزش ضمن خدمت پرستاران، آموزش مهارت‌های هوش هیجانی را لحاظ نمایند.

### تشکر و قدردانی

این مقاله حاصل پایان نامه کارشناسی ارشد پرستاری در دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی بوده که بدین وسیله پژوهشگران مراتب سپاس خود را از کلیه اساتید، کارشناسان و کمیته اخلاق دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی، همچنین مسئولین و کارکنان محترم مرکز روان پزشکی روزبه تهران بخصوص پرستاران شرکت کننده در تحقیق که با صبر و متانت خود راهگشای مطالعه بودند، اعلام نموده و صمیمانه تشکر و قدردانی می نمایند.

یافته های حاصل از جدول ۴ و ۵ نشان داد، میانگین نمره تاب آوری گروه مداخله بعد از اجرای مداخله نسبت به قبل افزایش پیدا کرد و از نظر تاب آوری کل قبل و بعد از آموزش اختلاف معناداری را نشان داد ( $p > 0.05$ ) ولی در گروه کنترل تفاوت معنی داری مشاهده نشد و تغییرات حاصل در تاب آوری در اثر انجام مداخله (آموزش) بود. از این یافته ها می توان به این نتیجه رسید که آموزش هوش هیجانی باعث ارتقاء تاب آوری افراد گروه مداخله شده است.

این نتایج همسو است با مطالعه همایون نیا و همکاران (۱۳۹۳) که به منظور بررسی ارتباط بین هوش هیجانی و تاب آوری کشتی گیران انجام گرفت. نتایج این مطالعه نشان داد که بین هوش هیجانی و ابعاد آن با تاب آوری رابطه مثبت و معنی داری وجود دارد (۲۸). نتایج تحقیق کشاورزی و یوسفی (۱۳۹۱) که به بررسی هوش هیجانی، هوش معنوی و تاب آوری پرداخت، حاکی از آن است که نمرات کلی هوش هیجانی به طور مثبت و معنی داری نمره کلی تاب آوری را پیش بینی می کند و به عبارت دیگر افرادی که از لحاظ هوش عاطفی در سطح بالایی قرار دارند در شرایط دشوار، تاب آوری بیشتری نشان می دهند (۲۹). پژوهش Liu و همکاران (۲۰۱۳) بر روی ۲۶۳ دانشجوی دوره کارشناسی نشان داد که بین هوش هیجانی و تاب آوری ارتباط مثبت و معناداری وجود داشته به علاوه تاب آوری، به عنوان واسطه گر نسبی بین ویژگی‌های هوش هیجانی و تعادل احساسات عمل می نماید (۳۰).

از آنجا که گروه مداخله وشاهد در ویژگی‌های جمعیت شناختی همسان بوده اند و با توجه به این که مقایسه میانگین نمرات پیش آزمون تاب آوری دو گروه مداخله وشاهد تفاوتی در مرحله پیش از مداخله نشان نداده اند، می توان نتیجه گرفت که تفاوت معنی دار ایجاد شده در میانگین نمرات پیش آزمون و پس آزمون دو گروه صرفاً به دلیل مداخله آموزش مهارت‌های هوش هیجانی است، به عبارت دیگر مهارت‌های هوش هیجانی بر ارتقاء هوش هیجانی و تاب آوری پرستاران مرکز روانپزشکی روزبه تهران مؤثر بوده است.

افزایش میزان تاب آوری از طریق آموزش مهارت‌های هوش هیجانی از این نظر اهمیت دارد که فرد از طریق شناخت احساسات و هیجانهای خود و دیگران در تاب آوری شرایط سخت و دشوار میتواند خود را حفظ نماید و همچنین در پرستاران به منظور مقابله با استرس‌های محیط کار و جلوگیری از فرسودگی شغلی و بوجود آوردن نگرش مثبت در شرایط سخت و ناگوار ضروری به نظر می رسد.

با عنایت به مطالعات ذکر شده تاب آوری فاکتوری مهم و تأثیر گذار در کیفیت عملکرد پرستاران بوده و حفظ و ارتقای آن

**References**

- 1- Mortazavi NS, Yarolahi N. Meta-analysis of the relationship between resilience and mental health. *Journal of Fundamentals of Mental*. 2015; 17(3):103-8.
- 2- Connor KM, Davidson JR. Development of a new resilience scale: The Connor-Davidson resilience scale (CD-RISC). *Depression and anxiety*. 2003;18(2):76-82.
- 3- Kordmirza nikozade e. Compare the effectiveness of intervention programs based on positive psychology perspective and Group therapy Adler in promoting resiliency substance dependent patient. *Quarterly counseling & psychotherapy culture*. 2011;2(5):1-27.
- 4- Khatbari j, Bahari s. The relationship between resiliency and life satisfaction. *Journal of Educational Psychology, Islamic Azad University tonekabon*. 2010;1(2):83-94.
- 5- Hasanzade Pashang S, Zare H, Porahmad A. To evaluate the effectiveness of training of coping with stress on resiliency, anxiety, depression and stress in patients with spinal cord injury. *Journal of Jahrom University of Medical Sciences* 2012;10(20).
- 6- azadi S, Azad H. The Correlation of Social Support, tolerance and Mental Health in Children of Martyrs and War-disabled in Universities of Ilam. *Iranian Journal of War and Public Health*. 2011;3 (4):48-58.
- 7- Fallahi khoshkenab M, Karimloo M, Rahgavi A, Fatah Moghadam I. Quality of life and related factors in nurses in psychiatric ward of Tehran University of Medical Sciences. *Hakim Health Systems research journal*. 2007;9(4).
- 8- Kawano Y. Association of job-related stress factors with psychological and somatic symptoms among Japanese hospital nurses: effect of departmental environment in acute care hospitals. *J Occup Health*. 2008;50(1):79-85.
- 9- Taghva A, Yazdani A, Ebrahimi MR, Alizadeh K, Sakhabakhsh M. Prevalence of depression in psychiatric nurses and comparison with other parts of the AJA hospitals. *Nurse and Physician Within War* 2013;23 ,24:11-6.
- 10- Robinson J, Clements K, Land C. Workplace stress among psychiatric nurses. Prevalence, distribution, correlates, & predictors. *Journal of psychosocial nursing*. 2003;41(4):32-41.
- 11- Isaksson KE, Gudea T, Tyssen R, Aasland OG. A self-referral preventive intervention for burnout among Norwegian nurses: One-year follow-up study. *Patient Education and Counseling*. 2010;78(2):191-7.
- 12- McAllister M, Lowe JB. *The Resilient Nurse: Empowering Your Practice*: Springer Publishing Company; 2011.
- 13- Kamarzarin H, Shoshtari M, Badripor M, khosravani F. The effect of yoga on women's psychological well-being of components and resiliency in isfahan health psychology journal. 2012;1(3).
- 14- Jackson D, Firtko A, Edenborough M. Personal resilience as a strategy for surviving and thriving in the face of workplace adversity: a literature review. *Journal of Advanced Nursing*. 2007;60(1):1-9.
- 15- Khodajavadi R, Pero D. The relationship between emotional intelligence and resiliency

- in students Welfare and Rehabilitation Sciences. *Research on Addiction*. 2008;2(8).
- 16- Jokar B. Mediating role of resiliency in the relationship between emotional intelligence and general intelligence with life satisfaction. *Contemporary psychology*. 2007;2(2).
- 17- Salovey P, Bedell BT, Detweiller JB, Mayer GD. *Coping Intelligently: Emotional intelligence and the coping process*. Coping: The psychology of what works. (Eds) ICR, editor: Oxford University press; 2000. 141-64 p.
- 18- Mayer JD, Salovey P, Caruso DR. Competing models of emotional intelligence. 2nd ed: Sternberg (Ed). *Handbook of Human Intelligence*, New York: Cambridge University Press; 2000.
- 19- Shahbazi Sara, Heidari Mohammad, Vanaki Zohreh. Today nursing need for emotional intelligence: Integrative review of literature. *Quarterly Journal of Nursing Management*. 2012;11(3):55-64.
- 20- Engleberg E, Sjöberg L. Emotional intelligence, affect intensity, and social adjustment. *Personality and Individual Differences*. 2004;37 (3):533-42.
- 21- Groves KS, McEnrue MP, Shen W. Developing and measuring the emotional intelligence of leaders. *Journal of Management Development*. 2008;27 (2):225 - 50.
- 22- Bar-On R. The Bar-On Emotional Quotient Inventory (EQ-i): Rationale, description and summary of psychometric properties. 2004.
- 23- Neophytou L. Examining the validity and reliability of the Greek version of the Bar-On's Emotional Quotient Inventory. *Educational Research eJournal*. 2012;1(2):135-52.
- 24- Akhoondlotfali P, Khankeh H, Fallahi khoshkenab M, Hoseinzade S. The effect of emotional intelligence training on Nurses' job conflict. *Journal of Health Promotion Management*. 2009;1(1):7-16.
- 25- Alavi S, Hakimjavadi M, Garmai A, GHolamali Lavasani M. Effect of emotional intelligence training on increasing emotional intelligence of social workers of martyr foundation and veterans affairs. *Journal of Sabzevar University of Medical Sciences*. 2013;20(2).
- 26- Behpajoh A, Karami nejad R, Ghobari bonab B, Shokohi yekta M. Emotional intelligence and its effect on students with visual impairment *Psychology of Exceptional people*. 2013;3(10):1-20.
- 27- Clarke N. The impact of a training programme designed to target the emotional intelligence abilities of project managers. *International Journal of Project Management*. 2010;28(5):461-8.
- 28- Homayon nia M, Homayoni A, Shaikh M, Nazary S. The relationship between emotional intelligence and psychological resiliency among wrestlers League Iran *Development & Motor Learning*. 2014;6(1):23-36.
- 29- Keshavarzi S, Yousefi F. The Relationship between Emotional Intelligence, Spiritual Intelligence and Resilience. *Journal of Psychology* 2012;16(3):299-318.
- 30- Liu Y, Wang Z, Lü W. Resilience and affect balance as mediators between trait emotional intelligence and life satisfaction. *Personality and Individual Differences*. 2013;54(7):850-5.

## The Effect of Emotional Intelligence (EI) Training on Nurses' Resiliency in Department of Psychiatry

Khoshnazary S<sup>1</sup> (MSc)- \*Hosseini MA<sup>2</sup> (Ph.D)- Fallahi Khoshknab M<sup>3</sup> (Ph.D)-  
Bakhshi E<sup>4</sup> (Ph.D).

1- M.Sc in medical-surgical nursing, Department of nursing, University of Social Welfare & Rehabilitation Sciences, Tehran, Iran.

2- Associated Professor, Nursing Department, University of Social Welfare & Rehabilitation Sciences, Tehran, Iran. (**Corresponding Author**)

**E-mail:** mahmaimy2020@gmail.com

3- Associated Professor, Nursing Department, University of Social Welfare & Rehabilitation Sciences, Tehran, Iran.

4- Associated Professor, Department of Statistics and Computer, University of Social Welfare & Rehabilitation Sciences, Tehran, Iran.

### Abstract

**Introducton:** Resiliency capacity as a predictor to prevent and reduce work stress is considered. In this context, one of the most important skills that can predict and improve the resiliency, having emotional intelligence. This study aimed to determine of effects of emotional intelligence training on nurses' resiliency in Department of Psychiatry (1393).

**Methods:** In this semi experimental study, the study population consisted of nurses working in the psychiatric hospital Rouzbeh. 76 persons were that selected, that is based on input standards and calculation of volume sample. The people divided two groups. Intervention and control groups in sample random method. Data were collected with Demographic, Bar-on emotional intelligence and Conner and Davidson resiliency questionnaires. At first both groups were asked to fill in questionnaires. Then a one-day work shop was held for Intervention group then essential training about emotional intelligence and its skill with operational action was represented. After that internalization has been followed with written means such as educational pamphlets about Bar-on emotional intelligence skill for six weeks. At last, both questionnaires were filled again by two both Intervention and control groups. SPSS statistical software SPSS19 data using fisher, covariance, independent t-test, paired T was performed.

**Results:** Results showed that no different between two group of intervention and control about demographic characteristics. The mean emotional intelligence Score was  $329/72 \pm 29/91$  in intervention group, and  $326/73 \pm 36/55$  in the control group before intervention, which respectively reached to  $354/51 \pm 37/27$  in intervention group and  $325/92 \pm 34/92$  in the control group after implementation of the intervention and this difference was Significant in intervention group ( $p=0/003$ ). The mean resiliency Score was  $61/71 \pm 12/47$  in intervention group, and  $57/70 \pm 15/14$  in the control group before intervention, which respectively reached to  $70/40 \pm 13/48$  in intervention group and  $58/92 \pm 13/71$  in the control group after implementation of the intervention and this difference was Significant in intervention group ( $p=0/001$ ).

**Conclusion:** The result revealed that emotional intelligence skill training can improved nurse's resiliency in department of Psychiatry.

**Keywords:** Emotional intelligence, resiliency, nurses, department of Psychiatry.

Received: 21 August 2014

Accepted: 21 December 2015



Iranian Nursing  
Scientific Association

# Iranian Journal of Psychiatric Nursing

**Vol.3 Issue.4 No.12 Winter 2016 ISSN: 2345-2501**

- Relationship between Socio familial support with satisfaction of body image in patients with burn .....9**  
Atashrazm Jirandeh T(MSc) - Niroumand Zandi K (MSc) - Atashzadeh Shorideh F (Ph.D)- Hoseinabadi-farahani M.J (MSc)- Talebi E (MSc) - Bolourchifard F(Ph.D).
- The Effects of Emotional Intelligence Items Training on Increasing Emotional Intelligence in Hemodialysis Patients .....17**  
Yarahmadi F (B.Sc) - Ghasemi F (MSc) - Foroghi S (MSc).
- Association between the early Maladaptive Schemes and Extra Marital Relationship among Married People ...27**  
Navaei J (MSc)-Mohammadi Arya A (Ph.D).
- The Effect of Emotional Intelligence (EI) Training on Nurses' Resiliency in Department of Psychiatry .....37**  
Khoshnazary S (MSc)- \*Hosseini MA (Ph.D)- Fallahi Khoshknab M (Ph.D)- Bakhshi E (Ph.D).
- Effect of positive thinking skills training on nurse's job burnout .....47**  
Sedghi Goyaghaj N (MSc)- Rostami M (Ph.D) - Khosrozadeh M (MSc) - Hosseini MA
- Effect of a Multifactorial Intervention on the Incidence of Delirium in Cardiac Surgery Unit .....57**  
Zeyghami R(PhD) - Alipour Heydari M(PhD) - Babae R (MSc).
- The Effectiveness of Systemic Sex Therapy on Sexual Desire Improvement in Women With Hypoactive Sexual Desire Disorder (HSDD).....70**  
Soliemanian AA (Ph.D) - Naghinasab Ardehaee F (Ph.D) - Sanagoo A (Ph.D).
- The effect of cognitive behavioral therapy on happiness and mental health in patients with type II diabetes .....79**  
Ashoori J (Ph.D).