



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 خشکناپ
- 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 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 خشکناپ، 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 انیستو 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 نمابر: ۶۶۵۹۲۵۳۵

e-mail: info@ijpn.ir

Website: http://ijpn.ir

بررسی تأثیر آموزش مؤلفه های هوش هیجانی بر افزایش هوش هیجانی بیماران همودیالیزی

فاطمه یاراحمدی^۱، *سیده فاطمه قاسمی^۲، سعید فروغی^۳

- ۱- ارشد پرستاری مراقبتهای ویژه، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی لرستان، خرم آباد، ایران.
- ۲- کارشناس ارشد پرستاری، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی لرستان، خرم آباد، ایران (نویسنده مسؤول)
پست الکترونیکی: ghasemi221156@yahoo.com
- ۳- کارشناس ارشد پرستاری، دانشکده پرستاری، دانشگاه علوم پزشکی لرستان، الیگودرز، ایران.

نشریه روان پرستاری، دوره ۳ شماره ۴ زمستان ۱۳۹۴ ۱۷-۱۰

چکیده

مقدمه: همودیالیز سبب اختلالات جسمی، روانی-اجتماعی و تغییر در سبک زندگی بیماران می شود. هوش هیجانی مجموعه ای از توانایی ها و مهارت ها می باشد که افراد را جهت سازگاری با محیط و موفقیت در زندگی آماده می کند که قابل آموزش می باشد. مطالعه حاضر با هدف تعیین تأثیر آموزش هوش هیجانی به شیوه سخنرانی در بیماران همودیالیزی در شهرستان خرم آباد انجام شد.

روش ها: این مطالعه نیمه تجربی بر روی ۷۴ بیمار مراجعه کننده به بخش دیالیز بیمارستان های شهرستان خرم آباد در سال ۱۳۹۳ انجام شد. بیماران به صورت تصادفی به دو گروه آزمون و شاهد تقسیم شدند. آموزش هوش هیجانی در طول ۲ ماه در ۸ جلسه توسط پژوهشگر (آموزش دیده) به گروه آزمون داده شد. ابزار گردآوری اطلاعات شامل دو بخش اطلاعات جمعیت شناختی و پرسشنامه هوش هیجانی بار-ان بود که قبل و بعد از آموزش توسط کمک پژوهشگر طی مصاحبه با بیماران تکمیل گردید. تجزیه و تحلیل داده ها با نرم افزار SPSS و با استفاده از آزمون های آماری تی زوج و مستقل انجام شد.

یافته ها: نتایج نشان داد که نمونه ها شامل ۵۸٪ مرد و ۴۲٪ زن، ۲٪ مجرد و ۶۶٪ متأهل و بقیه بیوه و مطلقه بودند. میانگین سنی ۴۹/۷ و انحراف معیار ۱۰/۸ سال و میانگین مدت زمان همودیالیز در بیماران ۳/۴۸ سال و انحراف معیار آن ۲/۲۲ بودند. آزمون تی مستقل قبل از مداخله بین میزان هوش هیجانی در بیماران همودیالیزی در دو گروه آزمون و شاهد تفاوتی نشان نداد، اما در گروه آزمون بعد از مداخله نسبت به قبل از مداخله از ۱۸/۱۶±۲۹۵/۰۸ به ۱۵/۰۶±۳۰۴/۸۹۸ افزایش یافت (P=۰/۰۱).

نتیجه گیری: نتایج نشان داد با آموزش، هوش هیجانی بیماران همودیالیزی، ارتباطات بین فردی، تحمل استرس، توانایی حل مسئله، انعطاف پذیری و شادمانی ارتقاء یافت. لذا پیشنهاد می شود از آموزش هوش هیجانی به عنوان راهکاری جهت سازگاری بهتر برای جامعه آماری مذکور استفاده گردد.

کلید واژه ها: همودیالیز، هوش هیجانی، آموزش، سخنرانی.

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۴/۸/۳۰

تاریخ دریافت: ۱۳۹۴/۲/۲۱

مقدمه

می باشد (۱۸). هوش هیجانی بر خلاف هوش شناختی قابل رشد و تغییر است و می توان از طریق آموزش آن را بهبود بخشید (۱۹). Boussiakou و همکارانش نشان دادند هوش هیجانی یک متغیر مهم جهت کاهش اضطراب و افزایش سطح اعتماد به نفس می باشد (۲۰). هوش هیجانی بالا با رفتارهای مرتبط با سلامتی (۲۱)، افزایش همدلی، خوش بینی (۲۲)، کاهش افسردگی (۲۳) ارتباط دارد. از دیدگاه Goleman: هوش هیجانی طیف وسیعی از مهارت ها می باشد که مهمترین آنها مهارت اجتماعی که بر مبنای خودآگاهی می باشد و اجزای آن شامل (خودآگاهی هیجانی، خود شادی، انگیزش، همدلی، مهارت های اجتماعی) می باشد (۲۴). همچنین هوش هیجانی مجموعه ای از توانایی ها و مهارت ها می باشد که افراد را جهت سازگارشدن با محیط و موفقیت در زندگی آماده می کند (۲۵).

شواهدی وجود دارد که نشان می دهد بعضی از اشکال هوش هیجانی افراد را از فشار روانی محافظت کرده و در نتیجه به انطباق بهتر منجر می شوند (۲۶). ویلیامز نشان داد که بین آسیب روانی و هوش هیجانی ارتباط معناداری وجود دارد (۲۷).

لذا به علت وجود مشکلات روحی-روانی در بیماران همودیالیزی، اما با توجه به عوارض زیاد ناشی از دارو درمانی و اختلالات کلیوی این بیماران، استفاده از روشهای غیردارویی منطقی به نظر می رسد. در سالهای اخیر روشهای غیردارویی، توجه بیماران همودیالیزی را به خود جلب نموده است که تحت عنوان درمانهای تکمیلی شناخته می شوند (۲۸). از آنجا که آموزش هوش هیجانی روشی کاملاً بی خطر می باشد و عامل محافظت کننده خوبی در مقابل تنش های روزمره و ابتلا به بیماریهای جسمی و روانی است، بنابراین این پژوهش با هدف آموزش هوش هیجانی در راستای ارتقاء آن در بیماران همودیالیزی، در سال ۱۳۹۳ در شهرستان خرم آباد انجام شد.

روش مطالعه

این مطالعه نیمه تجربی روی ۷۴ بیمار همودیالیزی به روش نمونه گیری در دسترس (سرشماری) و بر اساس معیارهای ورود به مطالعه در بخش دیالیز بیمارستان شهدای عشایر و شهید رحیمی خرم آباد در سال ۱۳۹۳ انجام شد. سپس نمونه ها به طور تصادفی در دو گروه آزمون و شاهد (هر گروه ۳۷ نفر) قرار گرفتند. معیارهای ورود به پژوهش شامل: تمایل بیمار به شرکت در پژوهش، سن بین ۶۵-۱۸ سال، گذشت حداقل ۳ ماه از شروع دیالیز آنها، عدم وجود مشکل کلامی، شنوایی و دمانس بود. همچنین معیارهای خروج شامل: عدم تمایل بیمار به ادامه شرکت در مطالعه، مهاجرت یا فوت بیمار، تغییر روش درمانی به دیالیز صفاقی یا پیوند کلیه بودند. این مطالعه پس

نارسایی مزمن کلیوی تخریب پیشرونده و برگشت ناپذیر عملکرد کلیوی است که در آن توانایی بدن برای حفظ مایع و الکترولیت از بین می رود و باعث اورمی و ازوتمی می گردد (۱) و از درمان های آن همودیالیز، دیالیز صفاقی و پیوند کلیه می باشد (۲). تخمین زده می شود که در سال ۲۰۲۰ میلادی تعداد بیماران همودیالیزی به ۳۵۰۰۰۰ نفر برسد (۳). در سال ۱۳۹۱ انجمن حمایت از بیماران کلیوی ایران اعلام نموده، ۷۵۰۰۰ بیمار کلیوی وجود دارد که ۲۳۰۰۰ نفر آن دیالیز می شوند و رشد سالانه بیماران دیالیزی ۱۵ درصد اعلام شده است (۴). بیماری های مزمن از جمله نارسایی مزمن کلیوی از نظر بروز اختلالات روانپزشکی نتایج متعددی را به دنبال دارند (۵). به طور کلی بروز نارسایی مزمن کلیوی و انجام همودیالیز منجر و به تغییر در شیوه زندگی و وضعیت سلامت فرد می شود و نه تنها سلامت جسمی بلکه دیگر ابعاد سلامتی را نیز به مخاطره می اندازد (۶). همچنین نارسایی مزمن کلیوی منجر و به وابستگی فرد به دیگران، کاهش اعتماد به نفس، احساس تنهایی و بعد روانی- اجتماعی زندگی فرد را تحت تأثیر قرار می دهد (۷). افرادی که به صورت طولانی مدت تحت همودیالیز قرار می گیرند از استرسورهای روانی و فیزیولوژیکی فراوانی رنج می برند و تغییرات شخصیتی و سبک زندگی را تجربه می کنند (۸). دیالیز فرآیندی استرس زا می باشد که علاوه بر مشکلات روانشناختی و اجتماعی فراوان، زمینه ساز بروز اختلالات روانی می شود و بار اقتصادی سنگینی را به جامعه تحمیل می نماید (۹). تحقیقات نشان داده اند بیماران همودیالیزی دارای کیفیت زندگی پایین (۱۰) و دارای سطوح بالایی از افسردگی و اضطراب می باشند (۱۱). این بیماران علاوه بر مشکلات جسمی دارای عوارض روانی متعددی از جمله افسردگی، خشم، عدم همکاری، اختلال در تصویر ذهنی از خود، استرس، ترس از مرگ و احساس بی کفایتی (۱۲) و اختلال در روابط اجتماعی (۱۳) می باشند و برای ادامه زندگی خود از شیوه های مقابله ای و سازگاری استفاده می کنند (۱۴). مطالعات نشان داده اند، افراد دارای هوش هیجانی بالاتر کمتر دچار اختلالات جسمی و روانی حاد و مزمن شده و سطح سلامت و کیفیت زندگی بالاتری دارند (۱۵). افراد دارای هوش هیجانی بالا در کنترل هیجانات، توانایی حل مسئله، تحمل استرس، مسئولیت پذیری، ارتباطات بین فردی، توجه به خود، استقلال، شادمانی و ... توانا تر می باشند (۱۶). هوش هیجانی بالا با تنظیم هیجانی متناسب همراه بوده و عامل محافظت کننده خوبی در مقابل تنش های روزمره و ابتلا به بیماری های جسمی و روانی است (۱۷)، شامل مجموعه ای از توانایی ها و مهارت های غیرشناختی می باشد که توانایی فرد را برای کسب موفقیت در برابر فشارهای محیطی تحت تأثیر قرار می دهد و قابل آموزش

از تأیید کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی لرستان و کسب مجوز از دانشگاه و بیمارستانهای محیط پژوهش، توضیح اهداف پژوهش و اخذ رضایت کتبی آگاهانه، قبل از شروع مداخله، پرسشنامه ها که شامل دو بخش اطلاعات جمعیت شناختی و پرسشنامه هوش هیجانی باراون بود توسط کمک پژوهشگر طی مصاحبه با بیماران (به علت عدم ایجاد خستگی در بیماران به صورت مصاحبه) تکمیل گردید. آموزش هوش هیجانی، به مدت ۸ هفته (هر هفته یک جلسه آموزشی ۴۵ دقیقه ای)، حین زمان همودیالیز به صورت چهره به چهره و به شیوه سخنرانی به گروه آزمون داده شد. یک هفته بعد از اتمام برنامه آموزش هوش هیجانی مجدداً پرسشنامه ها تکمیل گردیدند. با هماهنگی با مسئولین بخش ها جداسازی گروه آزمون و شاهد بر اساس روزهای زوج و فرد هفته با هدف پیشگیری از تورش تماس نمونه ها با همدیگر انجام شد. کتابچه هوش هیجانی بعد از انجام پژوهش در اختیار گروه شاهد قرار داده شد. پرسشنامه هوش هیجانی (EQ-i) اولین بار توسط باراون در سال ۱۹۹۷ به کار برده شد. که دارای ۹۰ سؤال بوده و پاسخ های این آزمون بر روی یک مقیاس پنج درجه ای در طیف لیکرت (کاملاً موافقم - موافقم - تاحدودی - مخالفم - کاملاً مخالفم) تنظیم شده است. نمره کل مقیاس نیز برابر با مجموع نمرات ۱۵ مقیاس می باشد که حداقل ۹۰ و حداکثر ۴۵۰ در نظر گرفته خواهد شد. این آزمون شامل ۵ بعد اصلی شامل ابعاد درون فردی - خلق و خوی عمومی - انطباق پذیری - میان فردی و شاهد تنش می باشد. برخی از سؤالات پرسشنامه به صورت مثبت و برخی دیگر به صورت منفی نمره گذاری می شوند. پنج بعد اصلی این پرسشنامه به ۱۵ مؤلفه خودآگاهی هیجانی - ابراز وجود - حرمت نفس - خودشکوفایی - استقلال - همدلی - روابط بین فردی - مسئولیت پذیری اجتماعی - حل مسئله - آزمون واقعیت - انعطاف پذیری - تحمل استرس - شاهد تکانه - شادکامی و خوش بینی تقسیم می شود (۲۹). در ایران نیز پایایی پرسشنامه توسط سموعی و همکاران، با روش همسانی درونی توسط آلفای کرونباخ ۰/۹۳ و فرد ۰/۸۸ محاسبه گردیده است (۳۰).

برنامه آموزش هوش هیجانی برگرفته از روش اجرایی برادبری و گریوز (۱۶). و با تأکید بر ۱۵ خرده مقیاس هوش هیجانی باراون شامل جلسات زیر می باشد:

جلسه اول: معارفه و برقراری ارتباط با بیمار.

جلسه دوم: تعریف هیجان و شناسایی انواع آن در زندگی و شناسایی حالت های چهره ای و افکار همراه با هیجانات. جلسه سوم: بررسی رابطه بین افکار خودکار و هیجانات و رفتار از طریق نمونه های عملی.

جلسه چهارم: چگونگی شناسایی هیجانات در دیگران.

جلسه پنجم: شیوه های مختلف ابراز هیجانات و لزوم مدیریت

هیجانات در زندگی.

جلسه ششم: شاهد هیجان یک (شامل پیش بینی هیجانات و شناخت اولین علائم در خود).

جلسه هفتم: شاهد هیجان دو (شاهد هیجان از طریق تغییر موقعیت آرام سازی و کلیدواژه های هیجانی).

جلسه هشتم: شاهد هیجان سه (آموزش شیوه های حل مشکلات هیجانی و ابزار شایسته و شاهد شده هیجانات، تحمل استرس، مهارت حل مسئله و خوش بینی).

جهت تحلیل داده ها از نرم افزار SPSS ویرایش ۱۹ و آزمون های آمار توصیفی و در حیطه آمار استنباطی جهت تأیید همسانی نمونه ها و آزمون فرضیه های پژوهش از آزمون های آماری آلفای کرونباخ، مجذور کای، کولموگوروف اسمیرنوف، آزمون لوین، تی مستقل و تی زوج ها استفاده شد.

یافته ها

نتایج نشان داد که نمونه ها شامل ۵۸٪ مرد و ۴۲٪ زن، ۲٪ مجرد و ۶۶٪ متأهل و بقیه بیوه و مطلقه بودند. میانگین سنی ۴۹/۷ و انحراف معیار ۱۰/۸ سال و میانگین مدت زمان همودیالیز در بیماران ۳/۴۸ سال و انحراف معیار آن ۲/۲۲ بودند. ابتدا واحدهای مورد پژوهش از نظر همسان سازی بر اساس متغیرهای مداخله گر مورد بررسی قرار گرفتند: آزمون مجذور کای نشان داد که دو گروه شاهد و آزمون از نظر متغیرهای کیفی جنس، وضعیت تأهل، سطح تحصیلات و وضعیت اشتغال همسان بوده و آزمون تی مستقل در مورد متغیرهای کمی سن و مدت همودیالیز نشان داد که دو گروه از نظر این متغیر ها همگن بودند. با توجه به تجزیه و تحلیل های انجام شده، تفاوت معناداری بین میزان هوش هیجانی در گروه آزمون و شاهد قبل از مداخله دیده نشد ($t=0/653$, $df=72$, $p=0/516$). با سطح معنی داری آزمون تی برابر با ($t=-2/231$, $df=62/72$, $p=0/01$), فرضیه متفاوت بودن میزان هوش هیجانی نمونه های دو گروه بعد از اجرای مداخله تأیید شد. بر اساس سطح معنی داری آزمون تی برابر با ($t=-2/749$, $df=36$, $p=0/01$), فرضیه افزایش میزان هوش هیجانی نمونه های گروه آزمون بعد از اجرای مداخله تأیید شد. (جدول شماره ۱).

همچنین نتایج آزمون نشان داد میانگین مؤلفه های هوش هیجانی در گروه شاهد تفاوت معنی داری نداشت، اما میانگین برخی مؤلفه های هوش هیجانی بعد از اجرای مداخله در گروه آزمون تغییر معنی دار یافت (جدول شماره ۲).

جدول ۱: مقایسه میانگین هوش هیجانی گروه های شاهد و آزمون قبل و بعد از مداخله

هوش هیجانی	گروه شاهد	گروه آزمون	آماره ی t *	درجه ی آزادی	سطح معنی داری
قبل	۱۶/۱۷±۲۹۷/۷۳	۱۸/۱۶±۲۹۵/۰۸	۰/۶۵۳	۷۲	۰/۵۱۶
بعد	۱۰/۶۶±۲۹۸/۰۵	۱۵/۰۶±۳۰۴/۸۹۸	-۲/۲۳۱	۷۰	۰/۰۲۹
آماره ی t ***	۰/۰۹۹	-۲/۷۴۹	-	-	-
درجه ی آزادی	۳۶	۳۶	-	-	-
سطح معنی داری	۰/۹۲۲	۰/۰۱	-	-	-
		t * مستقل	t *** زوجی		

جدول ۲: نتایج آزمون تی مستقل بین میانگین و انحراف معیار امتیازات مؤلفه های هوش هیجانی در گروه های آزمون و شاهد پس از آموز

متغیر	گروه	آزمون	شاهد	سطح معنی داری
خود آگاهی	۲۱/۱۳ ± ۱/۹۶	۲۰/۹۴ ± ۱/۴۱	۰/۰۴	
قاطعیت	۲۰/۰۰ ± ۱/۸۵	۱۹/۶۴ ± ۱/۵۴	%۳۸۰	
توجه به خود	۲۰/۰۵ ± ۱/۴۵	۲۰/۴۸ ± ۱/۷۵	%۲۵۲	
تعالی نفس	۱۹/۱۶ ± ۱/۹۲	۱۹/۳۲ ± ۲/۱۲	%۷۳۱	
استقلال	۲۰/۳۷ ± ۲/۵۷	۱۹/۹۱ ± ۲/۱۲	%۴۱۸	
همدلی	۲۲/۱۶ ± ۱/۳۰	۲۱/۱۳ ± ۱/۳۹	۰/۰۰۲	
مسئولیت پذیری اجتماعی	۲۱/۱۰ ± ۲/۴۹	۲۱/۵۶ ± ۲/۱۱	%۳۹۵	
ارتباط بین فردی	۱۹/۲۹ ± ۲/۱۴	۲۰/۸۱ ± ۱/۷۷	۰/۰۰۱	
تحمل استرس	۱۹/۶۴ ± ۲/۸۲	۱۸/۱۰ ± ۱/۶۲	۰/۰۰۵	
شاهد تکانه	۲۰/۴۰ ± ۳/۰۴	۱۷/۳۷ ± ۲/۲۰	۰/۰۰۰	
آزمون واقعیت	۱۹/۹۷ ± ۱/۵۳	۱۸/۰۰ ± ۱/۹۷	۰/۰۰۰	
انعطاف پذیری	۲۰/۳۲ ± ۱/۵۶	۲۰/۱۰ ± ۱/۵۵	%۵۵۳	
حل مسئله	۲۲/۷۸ ± ۱/۵۶	۲۲/۰۸ ± ۲/۰۹	۰/۰۴	
خوش بینی	۱۹/۲۷ ± ۱/۳۰	۲۰/۱۶ ± ۱/۵۷	۰/۰۱۰	
شادی	۱۸/۴۰ ± ۱/۶۵	۱۷/۳۷ ± ۱/۹۰	۰/۰۱۶	
نمره کل هوش هیجانی	۳۰۴/۸۹ ± ۱۵/۰۶	۲۹۸/۰۵ ± ۱۰/۶۶	۰/۰۲۹	

بحث

یافت، که با نتایج مطالعه علوی و همکارانش همسو بود. در این تحقیق بررسی اثر آموزش هوش هیجانی در افزایش هوش هیجانی مددجویان بنیاد شهید و امور ایثارگران انجام شد که نتایج آن نشان دهنده مؤثر بودن آموزش هوش هیجانی بود ($P < 0/008$) (۳۱). طبق مطالعه سلطانی و همکارانش، هوش هیجانی به طور معناداری بر استرس ادراک شده، راهبرهای مقابله ای و کیفیت زندگی بیماران قلبی اثرگذار بوده است (۳۲). مطالعه نوریان و همکارانش (۱۳۹۰) نشان داد هوش هیجانی و متغیرهای آن به صورت معناداری بعد از آموزش در گروه مداخله افزایش یافت ($p = 0/001$) (۳۳). همچنین Fletcher و همکارانش نشان دادند آموزش هوش هیجانی در بین دانشجویان پزشکی مؤثر بوده است (۳۴). طبق مطالعه آستین و همکارانش هوش هیجانی، با میزان بالاتر سطح کیفیت زندگی و روابط اجتماعی رابطه مثبت دارد (۳۵). همچنین بیماران سرطانی که هوش هیجانی بالایی دارند سازگاری بالاتری با بیماری خود دارند (۳۶). طی مطالعه امامی مقدم و همکاران (۱۳۹۲) با آموزش هوش هیجانی واکنش به استرس تحصیلی دانش آموزان دبیرستانی

دیالیز فرآیندی استرس زا می باشد که علاوه بر مشکلات روانشناختی و اجتماعی فراوان، زمینه ساز بروز اختلالات روانی می شود و بار اقتصادی سنگینی را به جامعه تحمیل می نماید (۹). بیماران همودیالیزی علاوه بر مشکلات جسمی دارای عوارض روانی متعددی از جمله افسردگی، خشم، عدم همکاری، اختلال در تصویر ذهنی از خود، استرس، ترس از مرگ و احساس بی کفایتی (۱۲) و اختلال در روابط اجتماعی (۱۳) می باشند و برای ادامه زندگی خود از شیوه های مقابله ای و سازگاری استفاده می کنند (۱۴). افراد دارای هوش هیجانی بالاتر کمتر دچار اختلالات جسمی و روانی حاد و مزمن شده و سطح سلامت بالاتری دارند (۱۵). نتایج این پژوهش نشان داد میزان هوش هیجانی در بیماران همودیالیزی در گروه آزمون افزایش یافت ($P < 0/01$). همچنین متغیرهای خودآگاهی هیجانی، همدلی، ارتباط بین فردی، تحمل استرس، شاهد تکانه، آزمون واقعیت، حل مسئله، خوش بینی، شادی به صورت معناداری در بیماران افزایش

هوش هیجانی به شیوه سخنرانی به عنوان یک روش مداخله ای غیر دارویی در افزایش هوش هیجانی، شاهد هیجان‌ات، مهارت حل مسئله، مهارت های بین فردی، تحمل استرس، خوشبینی، شادی و ... در بیماران همودیالیزی مؤثر است. هوش هیجانی با تنظیم هیجانی متناسب همراه بوده و عامل محافظت کننده خوبی در مقابل تنش های روزمره و ابتلا به بیماریهای جسمی و روانی است که قابل آموزش می باشد، لذا پیشنهاد می شود جهت ارتقاء هوش هیجانی و کاهش مشکلات روانشناختی بیماران همودیالیزی از روان شناس یا پرستار آموزش دیده و یا از وسایل سمعی بصری جهت آموزش هوش هیجانی در بخش دیالیز استفاده شود. همچنین پیشنهاد می شود این پژوهش در حجم نمونه بیشتر و مدت طولانی تر آموزش (حدود ۶ ماه) و همچنین به شیوه کارگاهی که در آن صورت فرصت بیشتری جهت آموزش به وجود می آید، و توصیه می شود در آینده پژوهشهای بیشتری در این زمینه به صورت جزئی تر مانند تأثیر آموزش هوش هیجانی بر اضطراب، افسردگی، کیفیت زندگی، رضایت مندی و ... در بیماران همودیالیزی صورت گیرد.

تشکر و قدردانی

از معاونت محترم تحقیقات و فناوری دانشگاه علوم پزشکی لرستان که در تصویب طرح با کد ۱۸۴۰ و حمایت مالی ما را یاری نمودند و از کلیه بیماران و پرسنل محترم بخش دیالیز بیمارستان شهدای عشایر و شهید رحیمی خرم آباد، و اساتید محترمی که با ما نهایت همکاری را داشتند، تشکر و قدردانی می گردد. این مقاله بخشی از پایان نامه کارشناسی ارشد پرستاری ویژه می باشد.

References

- 1- Zamanzade V, Hedarzade M, Ashvandi KH, Lak DS. Relationship between quality of life and social support in hemodialysis patient. Med J Tabriz Univ Sci. 2007;7(29):49-54. (Persian).
- 2- Denhaerynck K, Manhaeve D, Dobbels F, Garzoni D, Nolti CH, Geast S. prevalence and consequence of nonadherence to hemodialysis regimes. Ame J Crit Care 2007;16(3):221-236.
- 3- Davids MR. Chronic Kidney disease-The silent epidemic. CME 2007; 25: 378-82.
- 4- <http://khabarfarsi.com/ext/3210584>. 2012/8/19.
- 5- Navidian A, Arbabi sarjou A, Kikhhai A. Frequency of mental disturbances in hemodialysis patient S referred to hemodialysis ward of Khantamol Anbia Hospital in Zahedan. J med Gilan univ Sci. 2006; 58(15):61-70. (persian).
- 6- Chojak K, Smolenski O, Milkowski A, Pitrowski W. The effects of 6-month physical training conducted during hemodialysis in ESRD patients. Med Rehabil. 2006; 10(2): 25-4.
- 7- Al-Arabi S. Quality of life: subjective descriptions of challenges to patients with end

به صورت معنی داری کاهش یافت و در گروه مداخله هوش هیجانی به صورت معنی داری افزایش یافت ($P < 0.0001$) (۳۷). سیاروچی و همکارانش (۲۰۰۲) به منظور تعیین میانگین هوش هیجانی و ارتباط آن با استرس و سلامت روان پژوهشی را انجام دادند آنها فرضیه ای داشتند که طبق آن هوش هیجانی می تواند کمک به فهمیدن ارتباط بین استرس و سه متغیر مهم در سلامت روان (افسردگی - ناامیدی و عقاید خودکشی) کند. این مطالعه نشان داد مهارت تنظیم هیجان کمک به حفاظت افراد از اثرات استرس می کند و بین استرس و هوش هیجانی جهت پیش بینی سلامت روان ارتباط وجود دارد (۳۸). Clarke بیان می کند هوش هیجانی یکی از جنبه های بهزیستی می باشد و با سلامت روانی ارتباط دارد (۳۹). از محدودیت های پژوهش حجم نمونه پایین و احتمال ارتباط دو گروه در ساعات غیر از روزهای تعیین شده آموزش بود.

نتیجه گیری نهایی

بیماری همودیالیزی به علت درمان های دارویی متعدد مشکلات زیادی و تغییرات ریشه ای در الگوی زندگی دارند که بر عملکرد اجتماعی و روانی آن ها تأثیر می گذارد. درمان با همودیالیزی یک روند طولانی مدت است، لذا این بیماران نیاز به استفاده از یک سری راهکارها برای کنار آمدن با بیماری خود دارند. هدف از درمان بیماران همودیالیزی نه تنها افزایش طول عمر آنهاست بلکه برخورداری از یک زندگی مطلوب، بهبود روابط بین فردی، استقلال، تحمل مشکلات، شادمانی، امیدواری و ... در این بیماران از اهمیت خاصی برخوردار است. نتایج این پژوهش نشان داد آموزش

stage renal disease. *Nephrology Nursing Journal*. 2006; 33(3), 285-29.

Ibrahim K, Taboonpong S, Nilmanat K. coping and quality of life among indonesians 8-undergoing hemodialysis. *Thai J Nurs Res*.2009; 13(2): 109-117.

Finkelstein FO, Finkelstein SH. Depression in chronic dialysis patients: assessment and 9-treatment. *Nephrol Dial Transplant* 2000; 15(12): 1911-1913.

10-Tovbin D, Gidron Y, Jean T, Granovsky R, Schneider A. Relative importance and interrelations between psychosocial factors and individualized quality of life of hemodialysis patients. *Quality of Life Research* 2003; 12: 709-17.

11- Martin CR, Thompson DR. The hospital anxiety and depression scale in patients undergoing peritoneal dialysis: internal and test-retest reliability. *Clin Effect Nurs* 2002; 6: 78-80.

12- Janati y. The study factors influencing of depression in patients undergoing hemodialysis. Thesis MSc in Nursing Education, Tehran, Tarbiat Modaress University,1371.

13-Tagay S, Kribben A, Hohenstein A, Mewes R, Senf W. Posttraumatic stress disorder in hemodialysis patients. *Am J Kidney Dis*. 2007;50(4):594-601.

14- Carolyn M, Aldwin A, Loreina A. Coping and health and comparison of the stress and trauma. *Am Psychol Assoc J* 2001; 53: 11-25.

15- Salguero Jo, Extremera Na, Fern?ndez-Berrocal PA. Emotional intelligence and depression: The moderator role of gender. *J Personality and Individual Differences*. 2012;53(1):29-32.

16- Bradberry T, Griaves J. Translated to persian by: Ganje M. The emotional intelligence quick book.. 2003, 17-28.

17- Marino BrS, Cassedy Am, Drotar De, Wernovsky Gi, Franklin Ro, Brown Ka, et al. Psychosocial morbidity factors mediate the relationship between heart disease complexity and lower quality of life. *J American College of Cardiology*. 2012;59(13):773.

18- Bar-on R. Emotional Intelligence and Self Actualization. In ciarrochi C. Forgas JP. Mayer J.D. (Eds) *Emotional Intelligence and Everyday Life: An Introduction*. Philadelphia . P.A. Psychology press.2001: 82-97.

19- Chernis, C. Emotional intelligence: What it is and why it matters. Paper presented at the Annual Meeting of the Society for Industrial and Organizational Psychology, April 15, 2000.

20- Boussiakou LG, Boussiakou Z, Kalkani EC. Student development using emotional intelligence. *Word Trans Technol Edu* 2008;79(1):18-23.

21- Hill ER, Maggi ST. Emotional intelligence and smoking: Protective and risk factors among Canadian young adults. *J Personality and Individual Differences*. 2011;51(1):45-50.

22- Homayouni A, Bani Hashemi SA, Golzadeh E. Emotional intelligence and its relation to human abnormal behaviour: comparison between addicted and nonaddicted people. *J European Psychiatry*. 2010;25(2):281.

23- Davis SK, Humphrey N.The influence of emotional intelligence (EI) on coping and mental health in adolescence: divergent roles for trait and ability EI. *J Adolesc*. 2012;35(5):1369-79.

24- Goleman, Daniel.Emotional intelligence, NewYork. Bantam Book.1995: 42-44. December 28, 2005.

- 25- Bar-on, R. The emotional quotient Inventory(EQ-I); A measure of emotional intelligence. (2thed) Toronto, Canada; Multi-health system, (1999).
- 26- Lindquist R, Carlsson M, Sjoden PO. Coping strategies and health-related quality of life among spouses of continuous ambulatory peritoneal dialysis, hemodialysis, and transplant patient. *Adv Nurs.* 2009;31(6): 1398-408.
- 27- Williams. Daley,D. Burnside,E. Hommond-Rowley,S. Measuring Emotional Intelligence in preadolescence. *Personality and Individual Differences.* (2009), 47, 36-41.
- 28- Zaakeri-Moghadam M, Sheyan M, Kazem-Nejhad A, Tavasoli KH. Tasier-e bekargiri-e tamrinat-e tanafosi bar mizan-e khastegi-e mobtalayan be bimari-e mozmen-e ensedadi-e reye. *Hayaat.* 2007;3:17-25. (Persian).
- 29- Bar-On R. The emotional quotient inventory (EQ-i): a test of emotional intelligence. Toronto, Canada: Multi-Health Sys Inc; 1997.
- 30- Samoui R. Normalization of bar-on emotional quotient questionnaire. Tehran: Sina psy chological institute publication; 2004. p. 1-13. (Text in Per ian).
- 31- Alavi M, Hakim Javadi M, Garmabi A, Gholamali Lvasani M. Effect of emotional intelligence training on increasing emotional intelligence of social workers of martyr foundation and veterans affairs. *Quarterly Journal of Sabzevar University of Medical Sciences,* 2013;20(2).
- 32- Soltanishal R, Aghamohammadian Sharbaf H, Karshki H. The role of type D personality and emotional intelligence with mediating of perceived stress and coping styles in the quality of life of coronary heart disease patients. *Journal of Kermanshah University of Medical Sciences.* 2013; 17(7): 449-459.
- 33- Nooryan Kh, Gasparyan Kh, Sharif F, Zoladl M, Moghimi M, Hosseini NA. The Effects of Emotional Intelligence Items Education on Job Related Stress in Physicians and Nurses who Work in Intensive Care Units. *Armaghane-danesh, Yasuj University of Medical Sciences Journal* 2011; 16(5): 472-479. (Persion).
- 34- Fletcher I, Leadbetter P, Curran A,O Sullivan H. A pilot study assessing emotional intelligence training and communication skills with 3rd year medical students . *Patient Edu Couns.*2009; 76(3), 376-9.
- 35-Austin EJ, Saklofske DH, Egan V. Personality, well-being and health correlates of trait emotional intelligence. *J Pers Assess.*2005; 38: 547-558.
- 36- Rajabpour H, Tavakolizadeh J. The Relationship between Emotional Intelligence and Adjusment in Cancer Patients in Mashhad. *Ofogh-e-Danesh. GMUHS Journal.* 2012; 18(2).
- 37- Emami Moghadam Z, Davoudi M, Behnam Voshani H, Amin Yazdi A. The effect of teaching emotional intelligence skills on response to educational stress in high school girls. *ebcj* 2013; 3(5): 27-36. (Persion).
- 38- Ciarrochi J, Deane FP, Anderson S. Emotional intelligence moderates the relationship between stress and mental health. *Personality and Individual Differences* 2002; 3: 197-209.
- 39- 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):461-480.

The Effects of Emotional Intelligence Items Training on Increasing Emotional Intelligence in Hemodialysis Patients

Yarahmadi F¹ (B.Sc) - Ghasemi F² (MSc) - Foroghi S³ (MSc).

1-Critical Care Nursing, Faculty of Nursing and Midwifery, Lorestan University of Medical Sciences, Khorramabad, Iran.

2- MSc in Nursing, Faculty of Nursing and Midwifery, Lorestan University of Medical Sciences, Khorramabad, Iran (**Corresponding Author**)

E-mail: ghasemi2211156@lums.ac.ir

3- MSc in Nursing, Faculty of Nursing, Lorestan University of Medical Sciences, Aligoudarz, Iran.

Abstract

Introduction: Hemodialysis due to Physical, psychosocial and lifestyle disturbances. Emotional intelligence is a set of abilities and skills that prepare people for the sustainability and success in life, that can be taught. The aim of this study was to determine the effect of emotional intelligence training lecture in hemodialysis patients in the city of Khorramabad

Methods: This semi-experimental study was administered on 74 patients who had been consulted to go to the hemodialysis wards of Khorramabad hospitals during the year 2014. The patients were randomly divided into two groups; the experimental and control groups. The emotional intelligence training was given by the trained and skilled researchers to the experimental group for two months and within 8 sessions. The data collecting devices consisted of two sections including demographic data, and Bar-On's emotional intelligence questionnaire filled out by the researcher's assistant through interviewing with the patients. Data analysis was conducted by applying the SPSS software using statistical tests such as independent and paired t-test.

Results: The subjects consisted of 58% males, 42% females, 66% married, and the rest were widowed and divorced. The age mean was 49.7 ± 10.8 years, and the mean of hemodialysis duration for the patients was 3.48 ± 2.22 years. Before training intervention, the independent t-test indicated that there was no difference between the experimental and control groups in terms of the amount of emotional intelligence in the hemodialyzed patients, but this amount increased in the experimental group after the training intervention in comparison to before the intervention $295/08 \pm 18/16$ to $304/898 \pm 15/06$ ($p=0.01$).

Conclusion: The results showed that training an improvement in the emotional intelligence of the hemodialysis patient, interpersonal relationship, stress Tolerance, problem solving, flexibility and happiness; Therefore, it is recommended that emotional intelligence training be implemented for the abovementioned statistical community as a strategy for better adaption.

Key words: Hemodialysis, Emotional intelligence, Training, lectur.

Received: 11 May 2015

Accepted: 21 November 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 burn9**
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 Patients17**
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 Psychiatry37**
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 burnout47**
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 Unit57**
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 diabetes79**
Ashoori J (Ph.D).