

بررسی تاثیر آموزش هوش هیجانی بر سلامت عمومی پرستاران شاغل در بخش‌های

بستری بیمارستان شفای شهر رشت ۱۳۹۲

*شهره قربان شیروودی، فاطمه رنگریزان

تاریخ دریافت مقاله: ۹۲/۱/۲۰

تاریخ پذیرش: ۹۲/۴/۲۹

چکیده

مقدمه: با توجه اهمیت ارتقاء سلامت روان پرستاران و نقش آن در کیفیت خدمات ارائه شده، پژوهش حاضر در همین راستا و با هدف تعیین تاثیر آموزش هوش هیجانی بر سلامت عمومی پرستاران شاغل در بخش‌های بستری بیمارستان شفای شهر رشت انجام گردید.

روش‌ها: پژوهشی نیمه تجربی با طرح پیش آزمون و پس آزمون با گروه شاهد بود و جامعه ی آماری پژوهش شامل کلیه پرستاران شاغل در بخش‌های بستری بیمارستان شفای شهر رشت در سال ۹۲-۱۳۹۱ بود. ابزار استفاده شده در این پژوهش پرسشنامه سلامت عمومی GHQ-28 بود. از کل جامعه آماری، ۲۰۰ نفر به صورت تصادفی ساده انتخاب و پس از تکمیل پرسشنامه، تعداد ۳۰ نفر که نمره بالای خط برش ۲۶ در پرسشنامه سلامت عمومی داشتند، به صورت نمونه گیری در دسترس انتخاب و بصورت تصادفی ساده در دو گروه ۱۵ نفری آزمایش و کنترل جایگزین شدند. گروه آزمایش به مدت یک ماه هفته ای دو جلسه آموزش هوش هیجانی را دریافت کردند و گروه کنترل هیچ آموزشی دریافت نکردند. در پایان، پس آزمون در مورد هر دو گروه اجرا گردید. داده ها، با استفاده از روش تحلیل واریانس چند متغیره (مانکوا) و از طریق نرم افزار اماری SPSS مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته‌ها: نتایج نشان داد که آموزش هوش هیجانی بر سلامت عمومی اثر معنی داری داشته است ($P < 0.001$) و مجذور سهمی η^2 شدت این اثر را (۰/۶۱) نشان داد. همچنین آموزش هوش هیجانی بر علائم جسمانی، علائم اضطراب، کارکرد اجتماعی و علائم افسردگی موثر بوده است ($P < 0.001$).

نتیجه‌گیری: آموزش هوش هیجانی می تواند به عنوان راهکاری برای افزایش سلامت عمومی پرستاران مؤثر باشد.

کلید واژه ها: هوش هیجانی، سلامت عمومی، پرستاران

مقدمه

محیط کار و فعالیت‌های مربوط به کار پرستاران از عوامل تهدیدکننده و ایجاد اضطراب و آسیب‌های ناشی از آن می‌باشد. این استرس‌ها می‌تواند روی خوب بودن از نظر روانی و همین طور عملکرد پرستاران تأثیر منفی بگذارد (۱). حالت‌های اورژانسی، فشارهای روحی - روانی محیط‌های بیمارستانی، برخورد با مسائل و مشکلات بیماران ساعات طولانی کار و کار شبانه، از عوامل فشار و تنش روانی بر آن‌هاست. این وضعیت، موجب کاهش عملکرد جسمی و ظرفیت روانی پرستاران و بالتبع افزایش احتمال خطاهای کاری می‌شود که با توجه به سروکار داشتن ایشان با بیماران و به دنبال آن سلامت جامعه می‌تواند اثرات جبران ناپذیری داشته باشد (۲،۳). اگر در کنار اقدامات ارتقاء کیفیت و بازدهی در محیط کاری سطح سلامت روان و مشکلات ناشی از عدم توجه به آن نیز سنجیده شود، در شناسایی و مقابله با

* نویسنده مسئول: دکتر شهره قربان شیروودی، گروه روانشناسی دانشگاه آزاد اسلامی واحد تنکابن، ایران.
shohreghorbanshiroodi@yahoo.com
فاطمه رنگریزان، مرکز آموزشی درمانی شفا، رشت، ایران.

مشکلات کاری پرسنل نقش به سزایی خواهد داشت (۴). عملکرد شایسته پرستاران نیازمند بهره برداری از روش‌های مقابله‌ای مطلوب و همچنین عناصری نظیر هوش هیجانی و باورهای مربوط به خودکارآمدی است؛ این عناصر از جمله مولفه‌های تأثیرگذار بر رابطه پرستار و بیمار در نظر گرفته شده است (۵).

هوش هیجانی مجموعه‌ای از توانایی‌های شناختی و هیجانی به هم پیوسته است که به فرد کمک می‌کند تا با درک، ارزیابی و بیان دقیق هیجان‌ها، از احساساتی که افکار را تسهیل می‌نمایند، آگاهی یابد (۶) و با برقراری توازن میان افکار و هیجان‌های خود، تصمیم‌گیری‌های عاقلانه و رفتاری مسئولانه داشته باشد (۷). به عبارت دیگر هوش هیجانی به عنوان یک عامل حمایتی در برابر فشارهای کاری به شمار می‌آید. هوش هیجانی با مدیریت عواطف و احساسات کارکنان و تسهیل تبادل احساسات مثبت بین آنان از اثرات منفی فشارهای شغلی کاسته، آنان را در برابر فرسودگی زود هنگام که رابطه

دو سویه با سلامت روانی دارد، مقاوم می‌سازد (۸). سلامت روانی یک بعد از سلامت عمومی است و طبق تعریف سازمان بهداشت جهانی، سلامتی عبارت است از رفاه کامل جسمی، روانی و اجتماعی. همچنین سلامت به عنوان شرایطی که فرد با توجه به توانایی خود قابلیت سازگاری و مقابله با مشکلات را داشته باشد، تعریف شده است (۹). عوامل متعددی می‌تواند در سلامت عمومی افراد نقش داشته باشد. آستین (Austin) و همکاران و سیروچی (Ciarrochi) و همکاران (۱۱، ۱۰) به تاثیر هوش هیجانی بر سلامت عمومی اشاره نموده‌اند. هوش هیجانی به گفته سیروچی عامل مؤثر و تعیین کننده در برآیندهای زندگی واقعی مانند موفقیت در مدرسه و تحصیل، موفقیت در شغل و روابط بین شخصی می‌باشد (۱۲). طبق گزارش سازمان بهداشت جهانی نیز هوش هیجانی رابطه مثبتی با سلامت روان دارد (۱۳). فخری و همکاران در پژوهشی نشان دادند، بین سلامت عمومی با هوش هیجانی و خلاقیت، همبستگی مستقیم و معنی داری وجود دارد (۱۴). در تحقیق رویز آراند (Ruiz-Aranda) و همکاران نیز نشان داده شد، کسانی که از هوش هیجانی بالاتری برخوردارند از استرس کمتر و رضایت از زندگی بیشتر و شادکامی بیشتر بهره می‌برند. همچنین یافته‌ها نشان داد که هوش هیجانی بالا سلامت عمومی را هم افزایش می‌دهد (۱۵).

با توجه به نتایج پژوهش‌های پیشین که حاکی از تاثیر هوش هیجانی بر سلامت عمومی است، از یک سو و از سویی دیگر توجه به این امر که هوش هیجانی، برخلاف هوش شناختی توانایی ثابت و تغییرناپذیری نیست، بلکه قابل رشد و تغییر است و می‌توان از طریق آموزش‌های ویژه میزان آن را افزایش داد و سطح کمی و کیفی آن را بهبود بخشید (۱۶، ۱۷، ۱۸) و از آموزش هوش هیجانی در جهت افزایش سلامت عمومی افراد استفاده نمود. با توجه به این که پرستاری از جمله مشاغل استرس زا بوده و پرستاران از نظر هیجانی و عاطفی در شرایط پر فشاری هستند، این نکته را خاطر نشان می‌کند که آیا آموزش هوش هیجانی در این گروه از افراد که تحت شرایط متغیر و پر فشار هیجانی هستند، نیز مؤثر است؟ در این راستا پژوهش حاضر با هدف پاسخگویی به این سوال طراحی و اجرا گردید: آیا آموزش هوش هیجانی بر سلامت عمومی پرستاران شاغل در بخش‌های بستری بیمارستان شفای رشت تاثیر گذار است؟

روش‌ها

پژوهش حاضر یک مطالعه نیمه تجربی با طرح پیش آزمون

پس آزمون دوگروهی می‌باشد. جامعه‌ی آماری این پژوهش کلیه پرستاران شاغل در بخش‌های بستری بیمارستان شفای رشت در سال ۹۲-۱۳۹۱ بود. از آنجائی که روش این پژوهش نیمه تجربی و نیازمند کنترل متغیرهای مزاحم بود، لذا برای انتخاب گروه نمونه، ابتدا از بین لیست کلیه پرستاران شاغل در بخش‌های بستری بیمارستان شفای رشت ۲۰۰ نفر به صورت تصادفی ساده انتخاب و پرسشنامه سلامت عمومی گلدبرگ در مورد آنان اجرا گردید، سپس از تعداد ۶۷ پاسخنامه که نمره بالای خط برش (۲۶) در این پرسشنامه داشتند ۳۴ نفر به شکل تصادفی در دسترس انتخاب شده و پس از مرحله اخذ رضایت کتبی آگاهانه تحقیق و با توجه به ریزش ۴ نفره، ۳۰ نفر از آنان به صورت تصادفی در دو گروه ۱۵ نفری آزمایش و کنترل جایگزین شدند. معیارهای ورود تمایل به همکاری و دارا بودن شرایط جامعه پژوهش (داشتن حداقل مدرک کارشناسی پرستاری و اشتغال در بخش‌های بیمارستان حداقل یکماه قبل از شروع پژوهش) و معیار خروج عدم همکاری و پر نکردن پرسشنامه یا رضایت نامه بود.

پس از انتخاب نمونه آماری و مشخص کردن گروه آزمایش و کنترل، گروه آزمایش به مدت یکماه طی ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای تحت آموزش گویه‌های هوش هیجانی قرار گرفتند. جلسات آموزشی در خارج از شیفت کاری و با هماهنگی قبلی با آن‌ها به صورت زیر اجرا شد. جلسه اول: معارفه اعضا، آشنایی با موضوع هوش هیجانی و مؤلفه‌های آن و خودآگاهی جلسه دوم: آشنایی اعضا با مفهوم عزت نفس و به کارگیری راه کارهای ارتقاء آن، افکار تحریف شده و روش‌های مثبت اندیشی، تعریف ابراز وجود، فواید برخورداری از مهارت‌های خودابرازی، راهکارهای ارتقاء ابراز وجود و مهارت گوش دادن جلسه سوم: آشنایی اعضا با مفاهیم استقلال و خودشکوفایی و راه‌های دستیابی به آن‌ها، آشنایی با همدلی و نقش آن در ارتباطات و ارائه راهکارهایی جهت دستیابی به آن از جمله تسلط بر زبان بدن. جلسه چهارم: آشنایی افراد با مسئولیت‌پذیری اجتماعی و اهمیت آن در ارتقاء رشد شخصی و اجتماعی و آشنایی با مهارت ارتباطی و ارائه ی راه کارهایی برای ارتباط مؤثر و بررسی مراحل یک ارتباط بین فردی مؤثر. جلسه پنجم: آشنایی با استرس و افکار منفی و پیامدهای آن و ارائه ی راه کارهایی جهت کنترل آن، نقش باورهای منفی و غیرمنطقی در ایجاد استرس، شرح روش‌های مقابله با استرس و اقدام‌های لازم در مهار استرس. جلسه ششم: آشنایی با حل مسأله و ارائه ی راهکارهایی برای حل مسأله و

برآورد شده که در سطح خطای یک هزارم معنا دار است (۱۹). ضریب اعتبار کلی این آزمون ۰/۸۸ و ضریب اعتبار خرده آزمون ها بین ۰/۵۰ تا ۰/۸۱ گزارش گردیده است. میزان اعتبار این پرسشنامه به شیوه همسانی درونی (آلفای کرونباخ) برای مقیاس های علایم جسمی ۰/۸۵، اضطراب و بی خوابی ۰/۷۸، اختلال در عملکرد اجتماعی ۰/۷۹ و افسردگی وخیم ۰/۹۱ و کل پرسشنامه ۰/۸۵ به دست آمده است (۲۰).

یافته ها

پژوهش حاضر با هدف بررسی نقش آموزش هوش هیجانی بر سلامت عمومی پرستاران شاغل در بخش های بستری بیمارستان شفای رشت بر دو گروه آزمایش و کنترل ۱۵ نفره انجام گردید. تمامی شرکت کنندگان دارای مدرک کارشناسی پرستاری و دارای شیف در گردش، فقط شاغل در همین بیمارستان و با سابقه کاری متوسط ۸/۶ سال و همگی زن بودند. میانگین سن گروه آزمایش $4/57 \pm 31/25$ سال بود که بالاترین سن ۴۱ و کمترین ۲۶ سال بوده است. برای گروه کنترل میانگین سنی $3/98 \pm 31/72$ سال که بیشترین سن ۴۲ و کمترین ۲۶ بوده است. با توجه به طرح پژوهش جهت تحلیل داده ها از روش تحلیل کوواریانس چند متغیره استفاده شد و نتایج حاصل از تحلیل در جداول شماره یک و دو ارائه شده است. همانطور که در جدول شماره یک مشاهده می شود پس از تعدیل نمرات گروه های آزمایشی و گروه کنترل با توجه به نتایج جدول فوق و بر اساس آلفای میزان شده بنفرون (۰/۲۵) آموزش هوش هیجانی بر سلامت عمومی $F(1, 36) = 19/54$ موثر بوده است.

تصمیم گیری شامل: تعریف حل مسأله، رویارویی، مسئولیت پذیری و رویارویی با مسائل، ویژگی های افراد توانمند در حل مسأله، گام های حل مسئله و تمرکز بر مشکل یا تمرکز بر راه حل. جلسه هفتم: آشنایی با موضوع آزمون واقعیت و انعطاف پذیری. جلسه هشتم: آشنایی با مفاهیم خوش بینی و شادکامی و خاتمه جلسات آموزشی.

لازم به ذکر است در ابتدای هر جلسه از افراد خواسته می شد در مورد محتوای بحث ها و جلسات با هیچ یک از همکاران خود صحبت نکنند. یک هفته پس از پایان آخرین جلسه، پس آزمون بر گروه آزمایش و کنترل انجام شد همچنین توضیح هر یک از مراحل آموزش و هدف مطالعه و خروج به اختیار در هریک از مراحل پژوهش از ملاحظات اخلاقی به کار رفته در این طرح بود.

پرسشنامه سلامت عمومی (GHQ-28): این پرسشنامه ۲۸ ماده دارد که توسط گلدبرگ و هیلر با روش تحلیل عاملی ساخته شده است و دارای چهار مقیاس می باشد که علایم جسمانی، اضطراب، افسردگی و اختلال در کنش وری اجتماعی را می سنجد و هر مقیاس هفت سوال دارد. از این آزمون برای هر فرد ۵ نمره به دست می آید که ۴ نمره آن مربوط به خرده مقیاس ها و یک نمره هم از مجموع نمرات خرده مقیاس ها به دست می آید، که نمره کلی می باشد. متوسط حساسیت پرسشنامه GHQ-28 برابر با ۸۴ درصد (بین ۷۷ درصد تا ۸۹ درصد) و متوسط ویژگی آن برابر ۸۲ درصد (بین ۷۸ درصد تا ۸۵ درصد) است. ضریب اعتبار نسخه فارسی ۲۸ ماده ای پرسشنامه سلامت عمومی با روش بازآزمایی با فاصله زمانی ۷ تا ۱۰ روز روی گروه ۸۰ نفره به میزان ۰/۹۱

جدول ۱: میانگین تعدیل یافته و نتایج تحلیل کوواریانس (ANCOVA)

متغیر وابسته	گروه آزمایش				گروه کنترل				ANCOVA
	پیش آزمون	پس آزمون	SD	M	پیش آزمون	پس آزمون	SD	M	
سلامت عمومی	۲۷/۶۴	۶/۵۱	۲۲/۸۵	۴/۱۶	۲۷/۴۷	۴/۵۹	۲۸/۶۵	۳/۶۵	۰/۶۱

جدول ۲: میانگین تعدیل یافته، انحراف استاندارد و نتایج تحلیل کوواریانس

متغیر وابسته	گروه آزمایش				گروه کنترل				ANCOVA
	پیش آزمون	پس آزمون	SD	M	پیش آزمون	پس آزمون	SD	M	
علائم جسمانی	۳/۴۵	۳/۳۴	۱۰/۸	۱/۶۴	۱۳/۵۶	۲/۴۴	۱۳/۸	۰/۷۷	۰/۳۸
علائم اضطراب	۱۸/۸۷	۳/۷۲	۱۲/۳	۲/۶۶	۱۸/۴۴	۴/۴۷	۱۸/۱	۴/۷۲	۰/۲۵
کارکرد اجتماعی	۱۷/۶۴	۳/۴۴	۱۱/۵	۲/۶۳	۱۷/۷۷	۴/۴۷	۱۷/۱۵	۵/۱۴	۰/۲۲
علائم افسردگی	۱۴/۹۳	۳/۵۵	۱۰/۹۵	۳/۱۲	۱۴/۴۹	۴/۸۸	۱۴/۷	۱/۴۸	۰/۲۹

بحث و نتیجه گیری

نتایج حاصل از تحلیل داده‌ها نشان داد که آموزش هوش هیجانی بر اساس آلفای میزان شده بنفرون بر سلامت عمومی پرستاران شاغل در بخش‌های بستری بیمارستان شفای رشت، و هم‌چنین بر خرده مقیاس‌های علائم جسمانی، علائم اضطراب، کارکرد اجتماعی و علائم افسردگی آنها مؤثر بوده است.

مؤلفه‌های هوش هیجانی از جمله اداره هیجانات، ارزیابی هیجانات خود و دیگران، همدلی و انعطاف‌پذیری هیجانی، خصوصیات هیجانی هستند که در افراد سالم به میزان بیشتری نسبت به افراد دیگر وجود دارد. کنترل هیجانات، در واقع باعث آرامش روانی بیشتری در فرد می‌شود و تنیدگی را کاهش می‌دهد. همچنین انعطاف‌پذیری هیجانی، به فرد این امکان را می‌دهد که در موقعیت‌های مختلف در زندگی واکنش‌های مناسب نشان دهد، که این امر می‌تواند باعث کاهش اضطراب شده و سلامت روانی- جسمانی فرد را تضمین نماید. این افراد به رویدادهای استرس‌زا به عنوان چالش و فرصتی برای یادگیری می‌نگرند، نه تهدیدی برای امنیت؛ در نتیجه اختلال‌های فیزیولوژیک و هیجانی کمتری را تجربه می‌کنند. افراد در طی این برنامه آموزشی یاد می‌گیرند که با خویشتن داری به جای رفتارهای تکانشی و بدون وارد کردن ضربه جسمی و روانی به خود یا دیگران واکنش سازنده و صحیح داشته باشند.

یکی از عوامل اساسی هوش هیجانی این است که فرد راهبردهای ارتباطی را چگونه و در چه زمانی و به چه شکل مورد استفاده قرار دهد. هوش هیجانی مجموعه‌ای از قابلیت‌های غیرشناختی است که توانایی فرد را در سازگاری با مقتضیات محیطی و فشارهای حاصله افزایش می‌دهد (۲۱) و از طریق مؤلفه‌های درک روابط بین فردی و حساسیت در برقراری ارتباط با دیگران در سلامت عمومی اثر می‌گذارد. در آموزش گویه‌های هوش هیجانی ضمن تمرین مهارت‌های ارتباطی (درون شخصی و بین فردی)، توانایی افراد در ایجاد و حفظ شبکه‌های اجتماعی افزایش می‌یابد. پژوهش‌ها نشان داده که با افزایش حمایت اجتماعی سلامت افراد نیز افزایش می‌یابد. (۲۴-۲۲)

براساس مطالعات داونز (Downs) نیز افراد دارای هوش هیجانی بالاتر از طریق تفکیک منابع استرس متعدد و تمیز محتوای مسایل مربوط به خود و دیگران به شیوه منطقی با مسائل کنار آمده و کمتر خود را درگیر سیکل ناکارآمد چرخه

افکار منفی منجر به افسردگی می‌نمایند و لذا آموزش هوش هیجانی به افراد می‌تواند ظرفیت روان شناختی تفکیک، تبیین و مقابله مناسب با مشکلات و رخداد‌های زندگی را در آنها ایجاد نماید و همین امر بر افسردگی تأثیر می‌گذارد (۲۵). لذا آموزش هوش هیجانی می‌تواند به افراد کمک کند تا نسبت به خود و هیجانات خود آگاهی پیدا کرده و توانایی کنترل استرس و برخی هیجانات منفی را در خود پیدا کنند، توانایی برقراری ارتباط موثر، توانایی شنونده خوب بودن نیز در افراد ارتقاء می‌یابد و فرد ارتباطات بین فردی با کیفیت بیشتری را تجربه می‌کند و همین روابط حمایت اجتماعی بیشتری را برای فرد به همراه دارد. بطور کلی آموزش هوش هیجانی موجب افزایش ظرفیت روانشناختی افراد شده، به عبارتی توان سازگاری افراد افزایش می‌یابد که وجود این مؤلفه نشانگر سلامت روانی افراد می‌باشد (۲۵). با توجه به نتایج حاصل از این پژوهش، آموزش هوش هیجانی می‌تواند در برنامه‌های ارتقاء سلامت مورد توجه قرارگیرد و در توانمندسازی افراد برای مقابله در برابر مشکلات و شرایط سخت و همچنین سازگاری افراد مورد استفاده قرار گیرد.

تمرکز بر روی پرستاران یک بیمارستان و یک شهر یکی از محدودیت‌های پژوهش حاضر است. همچنین با توجه به نقش احتمالی جنسیت بر هوش هیجانی و محدود بودن این تحقیق بر پرستاران زن که اکثریت مطلق پرستاران بیمارستان شفای رشت را تشکیل می‌دهند، تعمیم این نتایج بر کل جامعه پرستاری اعم از زن و مرد باید با تأمل و احتیاط صورت پذیرد. استفاده از پرسشنامه‌های دیگر و انجام تحقیق در سایر بیمارستانها و مراکز درمانی از جمله بیمارستانهای جسمی و مقایسه نتایج با تحقیق حاضر و بررسی علل تفاوت‌های احتمالی پیشنهاد می‌گردد.

قدردانی

بدینوسیله از زحمات ریاست محترم مرکز آموزشی درمانی شفا (رشت) و همچنین مدیر داخلی، مترون، سوپروایزر آموزشی و پرسنل زحمتکش پرستاری آن مرکز که خالصانه در انجام این پژوهش ما را یاری نمودند، سپاسگزاریم.

References

- 1- Mayer JD, Salovey P. Emotional Intelligence .Imagination Cognition Personality 1990; 9:185-211.
- 2- Rahimzadeh M, Zabihi A, Hoseini J. [Study of nurses' exposure to physical and verbal violence in hospitals]. Iranian Journal of Hayate Tabestan 2004; 17 (2): 5-11. [Persian]
- 3- Guthrie E, et al. Psychological stress and Burnout in Medical Students: a Five-Year Prospective Longitudinal Study. J R Soc Med 1998; 91(5): 237-43.
- 4- Stora J. [The Stress]; Dadsetan P. 1st ed. Tehran: Roshd. 1998. [Persian]
- 5- Shakrnya I. [The relationship between emotional intelligence and self-belief was working nurses in emergency department patient satisfaction with the treatment process]. Journal of Hospital 2010; 9 (3, 4): 35.15-22. [Persian]
- 6- Mayer JD, Salovey P, Caruso D R. Handbook of emotional intelligence. California: Bass: Co; 2001.
- 7- Berketin M, Tavakoli M. [Emotional intelligence in women committing suicide by poisoning]. Journal of Psychiatry and Clinical Psychology (thought and behavior) 2008; 2 (53): 169 - 175. [Persian]
- 8- Van Komen GJ. Physician Life and Career Health and Development. In: Goldman LS, Myers M, Dickstein J, Editors. The handbook of physician health: the essential guide to understanding the health care needs of physicians. New York: American Medical Association: 2000.
- 9- Saraylou Sh. [The relationship between spiritual intelligence quality of Life geural health between girl students in Tonekabon azad university].[dissertation]. Tonekabon: Islamic Azad University, Tonekabon Branch. 2013. [Persian]
- 10- Austin EJ, Saklofske DH, Egan V. Personality, well-being and health correlates of trait emotional intelligence. Personality and Individual Differences 2005; 38: 547-558.
- 11- Ciarrochi J, Scott G, Deane F P, Heaven P CL. Relation between social and emotional competence and mental health: a construct validation study. Personality and Individual Differences 2003; 35 (8): 1947-1963.
- 12- Ciarrochi J, Scott G, Deane F P, Heaven P CL .Disadvantages of being an individualist in an individualistic culture: Idiocentrism, emotional competence, stress, and mental health. Australian Psychologist 2004; 39 (2): 143-154.
- 13- Zeidner M, Olnick-Shemsh D. Personality and Individual Differences. Emotional intelligence and subjective well-being 2010; 48(4): 431-435.
- 14- Fakhri M, Mirzaiean B, Banihashemian K. [Correlation Between General Health, Emotional Intelligence and Creativity of Students in Medical School]. Qom Journal of Medical Science 2011; 6 (2): 53-57. [Persian]
- 15- Ruiz-Aranda D, Extremera N, Pineda-Galan C. Emotional intelligence, life satisfaction and subjective happiness in female student health professionals: the mediating effect of perceived stress. J Psychiatr Mental Health Nurse 2013; 21 (2):106-130.
- 16- Slaski M, Cartwright S. Emotional intelligence training & its implications for stress, health & performance. Stress & Health 2003; 19(4): 233-239.
- 17- Ulutas I, Ömeroglu E. The Effects of an Emotional Intelligence Education Program on the Emotional Intelligence of Children. Social Behavior& Personality: An International Journal 2007; 35 (10):1365-1372.

- 18- Bar- on, R. The Bar- on model of emotional- social intelligence (ESI). *Psychotherapy* 2006; 18: 13- 25.
- 19- Palahang H, Nasr M, Baraheni MT, et al. The investigation of epidemiology of mental disorders in Kashan. *Journal of Thought and Behavior* 1995; 2 (4): 19-27.
- 20- Bahmani B, Askari A. [National standardization and evaluation of criteria of the General Health Questionnaire for Iranian medical science students]. *Proceedings of the Third Seminar of Iranian Students' Mental Health* 2006:62-67. [Persian]
- 21- Safavi M, Mousavi Lotfi SM , Lotfi R. [Correlation between Emotional Intelligence and Socio-emotional Adjustment in Pre-university Girl Students in Tehran in 2008]. *Pajoohandeh Journal* 2010; 14 (5): 255-261. [Persian]
- 22- Cornman, Jennifer C, et al. Social Ties and Perceived Support, *Journal of Aging & Health*, 2003; 15 (4): 616-44.
- 23- Landman-Peters, Karlien MC, et al. Gender differences in the relation between social support, problems in parent-offspring communication, and depression and anxiety. *Social Sciences & Medicine* 2005; 60: 2549- 59.
- 24- Riahi, ME, Aliverdinia A, Pourhossein SZ. [The relationship between social support and mental health]. *Social Welfare* 2010; 10 (39): 85-121. [Persian]
- 25- Downs J. Adapting to Secondary An Boarding School: Self-concept,Place Identity,and Homesickness. Second biennial self-conceot enhancement and learning facilitation research center international conference; Australia. 2002.

The Effect of Training Emotional Intelligence on Public Health of Nurses Working in Hospitalization Wards of Shafa Hospital of Rasht City

Ghorbanshiroodi Sh, *Rangrazian F

Received: 2013/4/9

Accepted: 2013/7/20

Abstract

Introduction: According to importance of promoting mental health of nurses and its role in their quality of services, the present study aims at determining the effect of training emotional intelligence on occupational performance and general health of nurses working in various wards of Shafa hospital of Rasht city.

Methods: This is a trial pretest-posttest survey with control and experimental group. The statistical sample of study includes all nurses working in wards of Shafa hospital of Rasht in 2012- 2013. The instrument used in this study is general health questionnaire (GHQ-28) (1972). From the statistical sample, 200 individuals were randomly selected, after completing questionnaires, 30 subjects with score above cutting line 26 in general health questionnaire were randomly placed in two 15-member control and experimental groups. The experimental group received two training sessions of emotional intelligence for one month, two sessions in a week and the control group received no training. Finally, posttest was performed for both groups.

Results: Data was analyzed using Mancova. Results indicated that teaching emotional intelligence has a significant impact on public health ($P < 0.001$) and eta squared contribute greatly to this effect (0.61) showed. Also intelligence training has a significant impact on physical symptoms, anxiety symptoms, social functioning and symptoms of depression. ($P < 0.01$)

Conclusion: Emotional intelligence training could be effective as a strategy to enhance mental health of nurses.

Keywords: Training Emotional Intelligence, Public Health, Nurse

Corresponding author: Ghorbanshiroodi, Ph.D, Department of Psychology Tonekabon Azad University, Iran. shohregorbanshiroodi@yahoo.com

Rangrazian F, Shafa Hospital, Rasht, Iran.