

تأثیر آموزش مؤلفه های هوش هیجانی بر استرس و اضطراب پزشکان و پرستاران شاغل در بخش های مراقبت های ویژه

خیرالله نوریان^۱، خاچاتور گاسپاریان^۲، فرخنده شریف^۳، محمد ذوالعدل^۴، مسعود مقیمی^۵، ناز آفرین حسینی^۵

^۱ دانشگاه علوم پزشکی یاسوج، دانشکده پرستاری و مامایی، گروه روان پرستاری، دانشجوی دکتری روان پرستاری، دانشگاه علوم پزشکی ایروان، ارمنستان، ^۲ دانشگاه علوم پزشکی ایروان، دانشکده پزشکی، گروه روانشناسی بالینی، ^۳ دانشگاه علوم پزشکی شیراز، دانشکده پرستاری و مامایی حضرت فاطمه (س)، گروه روان پرستاری، ^۴ دانشگاه علوم پزشکی یاسوج، دانشکده پرستاری و مامایی، گروه روان پرستاری، ^۵ دانشگاه علوم پزشکی یاسوج، دانشکده پرستاری و مامایی، گروه پرستاری

تاریخ دریافت ۱۳۹۰/۴/۲۲ تاریخ پذیرش: ۱۳۹۰/۷/۲۶

چکیده

زمینه و هدف: بخش های مراقبت های ویژه یکی از محیط های پراضطراب برای کارکنان آن به خصوص برای پزشکان و پرستاران می باشد. این مطالعه با هدف بررسی تأثیر آموزش مؤلفه های هوش هیجانی بر استرس و اضطراب پزشکان و پرستاران شاغل در بخش های مراقبت های ویژه انجام شد.

روش بررسی: این مطالعه مداخله ای بر روی ۱۰۶ پزشک و پرستار شاغل در بخش مراقبت های ویژه انجام شد. افراد گروه مداخله ۱۵ مؤلفه هوش هیجانی را آموزش دیدند. در این پژوهش از پرسشنامه ۱۰ سؤالی جمعیت شناختی، پرسشنامه ۲۰ سؤالی اضطراب موقعیتی برگر، پرسشنامه ۲۰ سؤالی اضطرابی شخصیتی برگر و پرسشنامه ۱۳۳ سؤالی هوش هیجانی باراون قبل و بعد از مداخله استفاده شد. داده ها با استفاده از آزمون های مجذور کای و تست تی تجزیه و تحلیل شدند.

یافته ها: میانگین امتیاز اضطراب موقعیتی گروه مداخله قبل از آموزش ۴۶/۵۹ بود که پس از اجرای آموزش به ۳۹/۹۵ کاهش یافت. میانگین امتیاز اضطراب موقعیتی گروه شاهد قبل از مداخله ۴۴/۳۲ بود که در پس آزمون به ۴۴/۷۶ افزایش یافت. این یافته ها نشان می دهد قبل از مداخله تفاوت معنی داری بین دو گروه از نظر اضطراب موقعیتی وجود ندارد، در حالی که این تفاوت پس از مداخله معنی دار است ($p=0/001$).

نتیجه گیری: این مطالعه نشان داد که پرستاران و پزشکان استرس و اضطراب زیادی را تجربه می کنند و توانایی تأثیر گذاری آموزش مؤلفه های هوش هیجانی و اطلاعات مربوط به هوش هیجانی در محل کار می تواند در سازگاری با استرس و یا اضطراب شغلی تأثیر بسزایی داشته باشد.

واژه های کلیدی: هوش هیجانی، اضطراب پرستاران، پزشک، مراقبت ویژه

نویسنده مسئول: خیرالله نوریان، دانشگاه علوم پزشکی یاسوج، دانشکده پرستاری و مامایی، گروه روان پرستاری، دانشجوی دکتری روان پرستاری، دانشگاه علوم پزشکی ایروان، ارمنستان

Email: noorian20@yahoo.com

مقدمه

واژه اضطراب برای اولین بار در قرن پانزدهم میلادی به معنای فشار جسمی معرفی شد و در قرن هفدهم، بانبر در یک طرح جسمی، روانی آن را به عنوان علت بیماری مطرح نمود. از نظر هیجانی، اضطراب موجب خود بیمار انگاری، غیبت از کار، سوء مصرف داروهای روانگردان و کاهش عزت نفس می‌گردد (۱).

پرستاران از جمله افرادی هستند که همواره در معرض آسیب‌های ناشی از اضطراب قرار دارند. محیط کار و فعالیت‌های مربوط به کار پرستاران از عوامل تهدید کننده و ایجاد اضطراب می‌باشد. بخش‌های مراقبت‌های ویژه یکی از محیط‌های پر استرس برای کارکنان آن می‌باشد. این استرس‌ها می‌تواند روی خوب بودن از نظر روانی و همین‌طور عملکرد پرستاران و پزشکان تأثیر منفی بگذارد. حالت‌های اورژانسی، مراقبت از بیماران در حال مرگ، کمبود وسایل و امکانات به نوعی بر روی گروه پرستاران و پزشکان استرس وارد می‌نمایند (۲).

در بخش‌های مراقبت‌های ویژه و داخلی این استرس در دسترس و قابل لمس می‌باشد، این محیط‌ها می‌توانند به طور بالقوه استرس‌آور بوده و به مداخلات مربوط به استرس نیاز داشته باشند (۳ و ۴).

با استفاده از هوش هیجانی می‌توان از عوارض ناشی از استرس‌ها جلوگیری کرد. هوش هیجانی به عنوان توانایی ظرفیت و مهارت ادراک، ارزیابی و مدیریت هیجانات فرد و دیگران و با گروهی

از افراد توصیف شده است (۵). افراد دارای هوش هیجانی بالاتر احساسات و تمایلات خود را بیشتر ابراز می‌کنند و در نتیجه شبکه اجتماعی وسیع‌تر و حمایت اجتماعی بیشتری برای خود فراهم می‌آورند. برخورداری از حمایت‌های اجتماعی نیز به نوبه خود باعث ارتقاء سلامت روانی و محافظت در برابر استرس‌ها می‌شود. پژوهش‌ها نشان داده است که هوش هیجانی تبدیل کننده رابطه استرس به سلامت روانی است (۶). شواهدی وجود دارد که نشان می‌دهد بعضی از اشکال هوش هیجانی ممکن است افراد را از فشار روانی محافظت کرده و در نتیجه به انطباق بهتر منجر شوند (۷).

بوساکو و همکاران^(۱) (۲۰۰۸) به این نتیجه رسیدند که هوش هیجانی یک متغیر لازم برای پایین آوردن سطح اضطراب و ناامیدی و بالا بردن سطح اعتماد و شجاعت می‌شود و افراد بدبین نمره هوش هیجانی پایین‌تری به دست آوردند (۸). هوش هیجانی با دو مؤلفه گسترده خلق و خو یعنی عاطفه مثبت که به صورت احساس لذت، علاقه‌مندی و اشتیاق تعریف شده است، رابطه مثبت و با عاطفه منفی یعنی اضطراب، احساس خصومت و نارضایتی رابطه منفی دارد (۹).

هدف این مطالعه بررسی تأثیر آموزش مؤلفه‌های هوش هیجانی بر استرس و اضطراب پزشکان و پرستاران شاغل در بخش‌های مراقبت‌های ویژه بود.

1-Boussiakou et al

روش‌بررسی

این مطالعه مداخله‌ای در سال ۲۰۱۰ در شهر ایروان کشور ارمنستان انجام شد. جامعه آماری این پژوهش را پرستاران و پزشکان متخصص شاغل در بخش‌های مراقبت‌های ویژه بیمارستان‌های کاناکر، زیتون، مارکاریان و اربونی شهر ایروان در کشور ارمنستان تشکیل دادند. برای انتخاب نمونه‌ها پس از بررسی شرایط مورد نظر و تمایل به شرکت در برنامه آموزشی، تعداد ۱۰۶ نفر شامل: ۷۶ پرستار و ۳۰ پزشک متخصص انتخاب شده و به صورت تصادفی به دو گروه مساوی مداخله و شاهد تقسیم شدند. افراد هر دو گروه قبل از اجرای برنامه آموزشی در پیش‌آزمون شرکت نمودند.

برای گردآوری داده‌ها، پرسشنامه هوش هیجانی بار-اون^(۱) که دارای ۱۳۳ سؤال بوده و از پنج عامل ارتباط بین فردی، ارتباط میان فردی، مدیریت استرس، سازگاری و خلق عمومی تشکیل می‌شد که خود شامل ۱۵ خرده‌مقیاس؛ خودآگاهی هیجانی، جرأت‌مندی، حرمت نفس، خودشکوفایی، استقلال، روابط میان فردی، همدلی، مسئولیت‌پذیری اجتماعی، حل مسأله، واقعیت‌سنجی، انعطاف‌پذیری، تحمل فشار، کنترل‌تکانه، شادکامی و خوش‌بینی بود، استفاده شد (۱۰).

برای روایی این آزمون از روش هم‌سانی درونی با استفاده از روش آلفای کرونباخ در هفت نمونه از جمعیت‌های مختلف استفاده شد. میانگین ضرایب آلفای کرونباخ را برای همه خرده‌مقیاس‌ها در

دامنه‌ای از ۰/۶۹ (مسئولیت‌پذیری اجتماعی) و میانگین ۰/۸۶ (حرمت نفس) و میانگین ۰/۷۶ گزارش نمودند. بررسی پایایی به روش بازآزمایی، میانگین ضرایب پایایی را برابر ۰/۶۶ نشان داد. پایایی این آزمون به روش بازآزمایی بلافاصله یک ماه برای ۲۵ نفر، ۰/۷۴ گزارش شد. برای خرده‌مقیاس‌های؛ تحمل فشار، کنترل‌تکانه، انعطاف‌پذیری اجتماعی، به ترتیب ضرایب بازآزمایی ۰/۸۴، ۰/۸۲ و ۰/۸۲ و برای خرده‌مقیاس‌های جرأت‌مندی و مسئولیت‌پذیری اجتماعی و استقلال ضرایب بازآزمایی ۰/۵۸، ۰/۶۲ و ۰/۶۵ درصد گزارش شده است (۱۱ و ۱۲).

پس از پایان جلسه‌های آموزشی برای گروه مداخله هر دو گروه مورد آزمون مجدد قرار گرفتند. برنامه آموزشی در این پژوهش محقق ساخته و شامل؛ پمفلت آموزشی، پوستر، ۴ جلسه برنامه کنفرانس عمومی و ۶ جلسه درون‌گروهی بود. برنامه‌های آموزشی هر هفته ۲ جلسه و هر جلسه طی ۲ ساعت اجرا شد. در این برنامه‌ها تأکید بر ۱۵ خرده‌مقیاس هوش هیجانی و به خصوص برنامه‌های کاهش اضطراب بود. در برنامه‌های آموزشی صورت گرفته، ابتدا آموزش لازم در خصوص موارد فوق انجام شد و سپس شیوه‌های اندیشیدن، ابراز هیجانات، دلبستگی‌ها، روش‌های تغییر ادراک خود و شیوه‌های قضاوت در مورد باورهای خود آموزش داده شد. روش‌های سازگاری با عوامل استرس‌زا و شرایط محیط استرس‌زا نیز به آنها آموزش داده شد.

1-Bar-on

۴۷/۰۵ افزایش یافت. این نتایج نشان می‌دهد که تفاوت معنی‌داری بین میانگین امتیاز اضطراب موقعیتی گروه مداخله و شاهد قبل از آموزش وجود نداشت ($p=۰/۰۶۴$)، ولی پس از آموزش میانگین این امتیازات در دو گروه تفاوت معنی‌داری نشان داد ($p=۰/۰۰۱$). هم‌چنین نتایج نشان داد، بین میانگین امتیاز اضطراب موقعیتی گروه مداخله، قبل و بعد از آموزش مؤلفه‌های هوش هیجانی، تفاوت معنی‌داری وجود داشت ($p=۰/۰۰۱$)، در حالی که در گروه شاهد این تفاوت معنی‌دار نبود ($p=۰/۰۳۱$) (جدول ۱).

میانگین امتیاز اضطراب صفتی گروه مداخله قبل از آموزش ۴۰/۰۳ بود که پس از اجرای آموزش به ۳۶/۲۳ کاهش یافت، در حالی که میانگین امتیاز اضطراب صفتی گروه شاهد قبل از مداخله ۴۰/۲۱ بود، که در پس آزمون به ۴۰/۹۵ افزایش یافت. این نتایج نشان می‌دهد بین میانگین امتیاز اضطراب صفتی گروه مداخله و شاهد قبل از مداخله تفاوت معنی‌داری وجود نداشت ($p=۰/۰۸۸$)، اما پس از آموزش میانگین این امتیازات در دو گروه تفاوت معنی‌داری مشاهده شد ($p=۰/۰۰۱$) (جدول ۲).

جدول ۳ میانگین امتیازات مؤلفه‌های مختلف هوش هیجانی در افراد گروه‌های مداخله و شاهد پس از آموزش را نشان می‌دهد. بر اساس نتایج حاصله در تمام این مؤلفه‌ها بین افراد گروه‌های مداخله و شاهد پس از آموزش تفاوت معنی‌داری وجود دارد ($p=۰/۰۰۱$).

داده‌های جمع‌آوری شده با استفاده از نرم‌افزار SPSS^(۱) و آزمون‌های آماری مجذور کای^(۲) و تست تی^(۳) تجزیه و تحلیل شدند.

یافته‌ها

میانگین سنی پرستاران ۴۰ سال و پزشکان حدود ۳۶ سال بود. در گروه مداخله ۳۸ پرستار و ۱۵ پزشک متخصص و در گروه شاهد نیز همین تعداد پرستار و پزشک وجود داشت. میانگین سنی افراد گروه مداخله ۳۸/۷۵ و شاهد ۳۹/۷ سال بود. در گروه مداخله ۳ نفر زن و ۵۰ نفر مرد و در گروه شاهد ۸ نفر زن و ۴۵ نفر مرد بودند. از نظر تحصیلات در گروه مداخله ۲۱ نفر لیسانس و در گروه شاهد ۱۶ نفر لیسانس وجود داشت. این یافته‌ها نشان می‌دهد از نظر مشخصات دموگرافیک دو گروه همتا بوده و تفاوت معنی‌داری نداشتند.

میانگین امتیاز اضطراب موقعیتی شرکت‌کنندگان قبل از مداخله در گروه مداخله و شاهد به ترتیب؛ ۴۵/۲۲ و ۴۶/۷۷ بود که تفاوت معنی‌داری بین آنها از این نظر وجود نداشت ($p>۰/۰۵$).

میانگین امتیاز اضطراب صفتی شرکت‌کنندگان در گروه مداخله و شاهد قبل از مداخله به ترتیب؛ ۴۰/۰۳ و ۴۰/۲۱ بود که از این نظر بین دو گروه تفاوت معنی‌دار نبود ($p>۰/۰۵$).

میانگین امتیاز اضطراب موقعیتی گروه مداخله قبل از آموزش ۴۵/۲۲ بود که پس از اجرای آموزش مؤلفه‌های هوش هیجانی به ۴۰/۴۷ کاهش یافت. این در حالی است که میانگین امتیاز اضطراب موقعیتی گروه شاهد قبل از مداخله ۴۶/۷۷ بود که در پس آزمون به

1-Statistical Package for Social Sciences
2-Chi-Square Test
3-T-Test

جدول ۱: مقایسه میانگین و انحراف معیار امتیاز اضطراب موقعیتی افراد گروه‌های مداخله و شاهد قبل و بعد از آموزش

گروه	قبل از آموزش	بعد از آموزش	سطح معنی‌داری
مداخله	۴۵/۲۲±۷/۲۷	۴۰/۴۷±۸/۰۲	۰/۰۰۱
شاهد	۴۶/۷۷±۶/۶۳	۴۷/۰۵±۶/۴۹	۰/۳۱

جدول ۲: مقایسه میانگین و انحراف معیار اضطراب صفتی افراد گروه‌های مداخله و شاهد قبل و بعد از آموزش

گروه	قبل از آموزش	بعد از آموزش	سطح معنی‌داری
مداخله	۴۰/۰۳±۶/۲۵	۳۶/۲۳±۵/۱۵	۰/۰۰۱
شاهد	۴۰/۲۱±۶/۱۳	۴۰/۹۵±۵/۱۹	۰/۱۹

جدول ۳: مقایسه میانگین و انحراف معیار امتیازات مؤلفه‌های هوش هیجانی در افراد گروه‌های مداخله و شاهد پس از آموزش

متغیر	گروه	مداخله	شاهد	سطح معنی‌داری
توجه به خود		۳۶/۳۲±۴/۸۲	۳۰/۲۶±۴/۸۱	۰/۰۰۱
خود آگاهی		۳۱/۰۷±۴/۱۶	۲۷/۶۶±۴/۱۷	۰/۰۰۱
قاطعیت		۲۷/۳۰±۳/۶۵	۲۲/۹۰±۲/۸۶	۰/۰۰۱
استقلال		۲۷/۳۹±۴/۵۸	۲۲/۳۲±۲/۷۹	۰/۰۰۱
تعالی نفس		۳۶/۱۵±۴/۱۳	۳۲/۱۸±۲/۷۲	۰/۰۰۱
همدلی		۳۳/۹۴±۴/۰۶	۲۸/۸۱±۳/۴۳	۰/۰۰۱
مسئولیت‌پذیری اجتماعی		۳۸/۰۰±۴/۷۶	۳۳/۶۴±۳/۹۰	۰/۰۰۱
ارتباط بین فردی		۴۴/۶۹±۴/۹۲	۳۹/۳۶±۳/۸۳	۰/۰۰۲
تحمل استرس		۳۳/۸۰±۵/۰۵	۴۱/۴۷±۵/۳۴	۰/۰۰۱
کنترل تکانه		۳۵/۹۸±۵/۶۷	۳۲/۳۲±۶/۰۰	۰/۰۰۱
آزمون واقعیت		۳۹/۶۲±۴/۷۴	۳۴/۵۴±۳/۹۴	۰/۰۰۱
انعطاف‌پذیری		۳۰/۹۸±۴/۹۲	۲۶/۹۶±۴/۵۷	۰/۰۰۱
حل مسئله		۳۲/۳۳±۴/۰۳	۲۸/۱۱±۳/۲۶	۰/۰۰۱
خوشبینی		۳۱/۸۸±۵/۰۳	۲۸/۳۰±۳/۲۸	۰/۰۰۱
شادی		۳۶/۳۳±۴/۸۶	۳۱/۸۶±۳/۲۵	۰/۰۰۱
نمره کل هوش هیجانی		۵۱۶/۸۸±۵۵/۵۶	۴۵۳/۵۶±۳۱/۵۸	۰/۰۰۱

بحث

با توجه به پر استرس بودن محیط کاری پرسنل بخش های مراقبت های ویژه (۳ و ۲)، هدف این مطالعه بررسی تأثیر آموزش مؤلفه های هوش هیجانی بر اضطراب و استرس پزشکان و پرستاران شاغل در بخش های مراقبت های ویژه بود.

نتایج این پژوهش نشان دهنده ارتباط مثبت افزایش هوش هیجانی با کاهش استرس شرکت کنندگان بود، به عبارتی در گروه مداخله نسبت به گروه شاهد میزان استرس و اضطراب کاهش یافت. در این پژوهش در برنامه های آموزشی ارایه شده، با تأکید بر شناخت هیجانات و تعامل آنها با دیگر زمینه های درونی و بیرونی فرد، پذیرش هیجانات مهمتر از همه، ابراز درست و سازمان یافته هیجانات بیشتر بود. که یافته های این مطالعه با یافته های سایر مطالعه های انجام شده نتایج همسانی را آشکار کرد (۱۶-۱۳). همچنین با یافته های مطالعه های انجام شده به وسیله هولامان و موس^(۱) (۱۹۹۱) در رابطه با هوش هیجانی و انعطاف پذیری، علایم جسمانی و افسردگی و مطالعه بار-اون (۱۹۹۹) نتایج همسانی داشته است (۱۷ و ۱۸). همچنین این مطالعه با مطالعه ای که به وسیله اسمعیلی و همکاران (۲۰۰۷) در رابطه با تأثیر آموزش هوش هیجانی بر سلامت روانی زنان و مردان مراجعه کننده به مرکز مشاوره همخوانی دارد (۱۹).

نتیجه گیری

نتایج این مطالعه نشان داد، هوش هیجانی بالا در مهار و کاهش اضطراب موقعیتی نقش مؤثر داشته و می تواند در پیش برد بهداشت روان پرستاران و پزشکان و پیشگیری از عوارض منفی و مخرب فردی و اجتماعی ناشی از استرس و اضطراب تأثیر بسزایی داشته باشد و آنچه که در این برنامه آموزشی انجام شد، گسترش ذهن به واقعیت درونی و بیرونی همراه با تمرین پذیرش جرأت مندانه و برخورد با آن بود. در این برنامه آموزشی سعی شد با تمرین های آرام سازی و روش های تمرکز فکری، شرکت کننده بر حالات استرس و اضطراب خود فایق آید. پیشنهاد می شود کارگاه هایی در زمینه هوش هیجانی برای پرستاران و پزشکان گذاشته شود.

تقدیر و تشکر

این مطالعه با همکاری پرستاران و پزشکان بیمارستان های شهر ایروان در کشور ارمنستان انجام شد، لازم است از همکاری کلیه پرسنل بیمارستان های شهر مذکور تقدیر و تشکر به عمل آید.

REFERENCES:

1. Hemmati M. Evaluation of anxiety level of nurses working in Urmia hospitals affiliated to Urmia University of Medical Sciences. School of Nursing and Midwifery Quarterly 2005;3(2): 2.
2. Mayer JD, Saovey P. Emotional Intelligence .Imagination Cognition Personality 1990; 9:185-211.
3. Dominique P. Stressful intensive care unit medical crisis: How individual responses impact on team performance. Crit Care Med 2009; 37(4): 1250
4. Chacko J, Raju HR, Singh MK, Mishra RC. Critical incidents in a multidisciplinary intensive care unit. *Anaesth Intensive Care* 2007; 35: 382-6.
5. Osmon S, Harris CB, Dunagan WC. Reporting of medical errors: An intensive care unit experience. *Crit Care Med* 2004; 32: 727-33.
6. Bell J, Brominck R. Young people in transition; The relationship between homesickness and self disclosure. *Journal of Adolescence* 1998; 21: 1173-82.
7. Ciarochi J, Deane FP, Anderson S. Emotional intelligence moderates the relationship between stress and mental health. *Personality and Individual Differences* 2002; 32: 197-209.
8. Boussiakou LG, Boussiakou Z, Kalkani EC. Student development using emotional intelligence. *Word Trans Technol Edu* 2008; 79(1):18-23.
9. Thorndike RK. Intelligence and Its Uses. *Harpers Magazine* 1920;140: 227-335.
10. Bar-on R. The emotional inventory (EQ-I) A test of emotional intelligence . Toronto: Canada; 1999; 12.
11. Dehshiri Q. Norms of Bar-on emotional intelligence test on undergraduate students in Tehran University, MS thesis, Tabatabai University, 2003.
12. Behdani F, Sargolzaee MR, Qorbani I. Study of the relationship of life with depression and anxiety in Sabzevar students. *Asrar - Journal of Medical Science and Health Services School in Sabzevar. Seventh Year* 1996; 2: 52-109.
13. Oginska-Bulik, N. Emotional intelligence in the workplace: exploring its effects on occupational stress and health outcomes in human service workers. *International Journal Occupational Medicine and Environmental Health* 2005; 18(2): 167-75.
14. Matthews G, Emo AK, Funk G, Robert RD, Costa PTJR., Sxhulze R.. Emotional intelligence, personality, and task-induced stress. *Journal of experimental Psychology Applied* 2006; 12(2): 96-107.
15. Montes-Berges B, Augusto JM. Exploring the relationship between perceived emotional intelligence, coping, social support and mental health in nursing students. *Journal of psychiatric Mantel Health Nursing* 2007; 14(2):163-71.
16. Naidoo S, Pau A. Emotional intelligence and perceived stress. *SADJ* 2008; 63(3):148-51.
17. Hallahan GJ, Moos RH. Life stressors , resistance factors and improved psychological functioning: An extension of stress resistance paradigm. *Journal of Personality 7 Social Psychology* 1991; 58: 909-17.
18. Bar-on R. The emotional inventory (EQ-i) A test of emotional intelligence. Toronto: Canada; 1999; 12.
19. Esmaeeli M, Ahadi H, Delavar A, Shafei-abadi A. Effects of emotional intelligence factors training on enhancing mental health. *Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology (Andeesheh Va Raftar)* 2007; 2(13): 158-65.

The Effects of Emotional Intelligence (EI) Items Education on Job Related Stress in Physicians and Nurses who Work in Intensive Care Units

Nooryan Kh^{1*}, Gasparyan Kh², Sharif F³, Zoladl M⁴, Moghimi M⁵, Hosseini NA⁵.

¹Department of Mental health Nursing, College of Nursing & Midwifery, Yasuj University of Medical Sciences, Yasuj, Iran, PhD Candidate of Mental health Nursing, Yerevan State Medical University, Yerevan, Armenia, ²Department of Medical Psychology, Yerevan State Medical University, Yerevan, Armenia, ³Department of Mental health Nursing, College of Nursing & Midwifery, Shiraz University of Medical Sciences, Shiraz, Iran, ⁴Department of Mental health Nursing, College of Nursing & Midwifery, Yasuj University of Medical Sciences, Yasuj, Iran, ⁵Department of Nursing, College of Nursing & Midwifery, Yasuj University of Medical Sciences, Yasuj, Iran,.

Received 12 Jun 2011 Accepted: 18 Oct 2011

Abstract

Background & Aim: Intensive care units (ICUs) are recognized as stressful environments. The objective of this study was to determine the effects of emotional intelligence education items on job related stress on physicians and nurses who work in intensive care units at hospitals of Yerevan, Armenia.

Methods: A interventional study design was implemented with 106 registered hospital physicians and nurses, who were widely distributed all the way through. Case group was taught about 15 E.I items. For data collection, the 20-question Berger situational (overt) anxiety questionnaire, the 20-item personality (covert) anxiety questionnaire, and the Bar-on emotional intelligence questionnaire with 133 questions were used. Statistical descriptive methods, chi-square (X^2) and t-tests were used to analyze data.

Results: The research achievements revealed that the average score of the case group's situational anxiety was 46.59 before intervention, which decreased to 39.95 after the training of the items of emotional intelligence. The average score of situational anxiety of control group was 44.32 before intervention which increased to 44.76 after examination. There was a meaningful statistical difference between case and control group after education of emotional intelligence's items ($p=0.001$).

Conclusion: Results of the current study showed that physicians and nurses experience high level of stress. The ability to effectively deal with emotion intelligence and emotional information in the workplace assists employees in coping with occupational stress and should be developed in stress managing trainings.

Keywords: emotional intelligence, stress, physician, nurses, intensive care unites

*Corresponding Author: Nooryan Kh, Department of Mental health Nursing, College of Nursing & Midwifery, Yasuj University of Medical Sciences, Yasuj, Iran, PhD Candidate of Mental health Nursing, Yerevan State Medical University, Yerevan, Armenia
Email: noorian20@yahoo.com