The Effect of Emotional Intelligence Training on Mental Health of the Patients Hospitalized in Cardiology Department of Shahid Modares Hospital, Tehran, Iran

Ahmad Alipor, Mahnaz Aliakbari Dehkordi, Samira Hasanzadeh Pashang*, Reza Faraji

Department of Psychology, Payame Noor University, Tehran, Iran

Article Info:

Received: **5 May 2015** ***Accepted*****: 6 Apr 2016**

ABSTRACT

Introduction: Emotional intelligence is considered as a most important component of mental and physical health. The main aim of the present study was to study the effects of emotional intelligence training on mental health among patients hospitalized in caediology department of Shahid Modares Hospital, Tehran, Iran. ***Materials and Methods:*** This research was a quasi-experimental design and the corpus was all hospitalized women with coronary artery disease. Of these, 30 were selected by accessible sampling and were randomly divided into two groups: experimental and control groups. After evaluatation of mental health by general health questionnaire (GHQ), Emotional intelligence training course was taught to the experimental group in seven Ninety - minute sessions. After completion of the training process, both experimental and control groups were evaluated by the GHQ questionnaires again. ***Results:*** The findings revealed that emotional intelligence training course increased the rate of mental health as well as different components of social performance and reduced the rate of depression and physical symptoms in experimental group. However, this training had no effect on anxiety level in these patients. ***Conclusion:*** The emotional intelligence training has an important role in increase the rate of mental health among women with coronary artery disease. This training can be used in revention and remedial interventions programs, like educational programs for patients with cardiovascular disease.

Key words:

1. Emotional Intelligence
2. Mental Health
3. Patients

Corresponding Author: Samira Hasanzadeh Pashang

E-mail: *Hasanzadeh60@yahoo.com*

[Downloaded from shefayekhatam.ir on 2025-11-16]

[DOI: 10.18869/acadpub.shefa.4.3.41]

تأثیر آموزش هوش هیجانی بر سلامت روان بیماران بستری در بخش قلب بیمارستان شهید مدرس، تهران، ایران

احمد علی پور، مهناز علی اکبری دهکردی، سمیرا حسن زاده پشنگ*، رضا فرجی

گروه روانشناسی، دانشگاه پیام نور، تهران، ایران

اطلاعات مقاله:

تاریخ دریافت: ۱۵ اردیبهشت ۱۳۹۴ تاریخ پذیرش: ۱۸ فرودین ۱۳۹۵

چکیده

مقدمه: هوش هیجانی به‌عنوان یکی از مهم‌ترین اجزاء سلامت روانی و جسمانی در نظر گرفته شده است. هدف اصلی از مطالعهٔ حاضر بررسی تأثیرات آموزش هوش هیجانی بر سلامت روان در میان بیماران بستری در بخش قلب بیمارستان شهید مدرس، تهران، ایران بود. **مواد و روش‌ها:** این پژوهش یک مطالعهٔ نیمه تجربی بود و اجزای آن همهٔ زنان بستری شده با بیماری عروق کرونر بود. از این‌ها ۳۰ نفر توسط نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند و به صورت تصادفی به دو گروه تقسیم شدند: گروه‌های آزمایش و کنترل. پس از سنجش سلامت روان توسط پرسشنامهٔ سلامت عمومی، دورهٔ آموزشی هوش هیجانی به گروه آزمایش در ۷ جلسهٔ ۹۰ دقیقه‌ای آموزش داده شد. پس از اتمام فرایند آموزش، هر دو گروه آزمایش و کنترل توسط پرسشنامهٔ سلامت عمومی دوباره مورد ارزیابی قرارگرفتند. **یافته‌ها:** یافته‌ها نشان داد که دورهٔ آموزشی هوش هیجانی میزان سلامت روان و همچنین اجزاء مختلف عملکرد اجتماعی را افزایش داد و میزان افسردگی و علایم جسمانی در گروه آزمایش را کاهش داد. اگرچه این آموزش بر سطح اضطراب در این بیماران اثر نداشت. **نتیجه‌گیری:** آموزش هوش هیجانی نقش مهمی در افزایش میزان سلامت روان در میان زنان با بیماری عروق کرونر دارد. این آموزش می‌تواند در برنامه‌های مداخلات درمانی و پیشگیری مانند برنامه‌های آموزشی برای بیماران با بیماری قلبی -عروقی استفاده شود.

کلید واژه‌ها:

۱. هوش هیجانی
۲. سلامت روان
۳. بیماران

* **نویسنده مسئول:** سمیرا حسن زاده پشنگ

آدرس الکترونیکی: *Hasanzadeh60@yahoo.com*

[Downloaded from shefayekhatam.ir on 2025-11-16]

[DOI: 10.18869/acadpub.shefa.4.3.41]

مقدمه

سیستم قلبی و عروقی[1] شبکه‌ای است که قلب و عروق بدن را به یکدیگر ارتباط می‌دهد. این شاهراه خون را با اکسیژن و مواد غذایی به تمام نقاط بدن می‌رساند، حال اگر اختلالی در این سیستم رخ دهد، عملکرد خونرسانی دچار اشکال شده و یکی از بیماری‌های قلبی-عروقی[2] ایجاد می‌شود (۱) که از انواع آن‌ها می‌توان بیماری‌های پرفشاری خون[3]، آریتمی‌های قلبی[4] و عروق کرونر[5] را نام برد (۲). بیماری عروق کرونر، یک بیماری مزمن است که از دوران جوانی شروع شده و به‌تدریج پیشرفت می‌کند (۳). در این بیماری شریان‌هایی که عضلات قلب را خونرسانی می‌کنند به علت تشکیل ضایعاتی به نام پلاک ضخیم می‌شوند که در اثر آن، خونرسانی به عضلهٔ قلب (میوکارد) محدود می‌گردد. در حالت وخیم‌تر، اگر کلاهکی که پلاک را می‌پوشاند پاره شود و محتویات آن وارد جریان خون گردد ممکن است خون لخته شده و جریان را کاملاً مسدود کند و منجر به سکتهٔ قلبی شود (۴، ۵).

بیماری عروق کرونر ۲۸ درصد کل مرگ و میر را در جهان سبب می‌شود (۶). شواهدی وجود دارد که نشان می‌دهد این بیماری در ایران در حال افزایش است (۷)، به طوری که تقریباً عامل ۵۰ درصد تمام مرگ‌ها در سال محسوب می‌شود (۸). مرکز کنترل و پیشگیری بیماری‌ها در سال ۲۰۰۵ اعلام کرد که شیوع بیماری عروق کرونر قلبی در مردان (۵/۵٪) بالاتر از زنان است (۹) ولی مطالعه‌ای که در افراد ۳۰ سال به بالا در تهران انجام شد، گزارش داد که این بیماری در زنان نسبت به مردان شیوع بالاتری (۲۲/۳ درصد در مقابل ۱۸/۸ درصد) دارد (۱۰). مرکز کنترل و پیشگیری بیماری‌ها عوامل روانی -اجتماعی مانند: خصومت، افسردگی، پایین بودن حمایت اجتماعی، عدم امنیت شغلی و عدم توانمندی را با بروز بیماری‌های کرونر قلبی (CHD)[6] در زنان مرتبط دانسته است (۱۱).

به طور کلی از عوامل زمینه‌ساز ابتلاء به اختلال‌های قلبی و عروقی می‌توان به سن، مصرف سیگار، دیابت، مصرف بیش از اندازهٔ الکل، کلسترول بالا، چاقی و کمبود فعالیت بدنی اشاره کرد (۱۲). اما سیستم قلبی-عروقی در برابر تغییراتی که در محیط اتفاق می‌افتد یا شرایط هیجانی و عاطفی فرد مانند: اضطراب، ترس، خشم، شادی و هیجانات آنی، نیز حساس است و دچار تغییراتی در تعداد ضربان قلب[7]، ریتم قلب و بازده عملکرد کلی قلب می‌شود (۱۳). فشارهای روانی، شغلی و اجتماعی، تیپ شخصیتی A[8]، خصومت[9] و واکنش پذیری فیزیولوژیکی نسبت به فشار روانی از عوامل روانی -اجتماعی زمینه‌ساز ابتلاء به بیماری‌ها می‌باشند (۱۴).

بنابراین می‌توان گفت عوامل روانشناختی ممکن است در این فرایند نقش اساسی بر عهده داشته باشند (۱۵) و تقریباً مسلم است که این عوامل برای ایجاد تأثیراتی که بر بیماری کرونر قلب دارند با عوامل زیستی تعامل می‌کنند (۱۲). به طور مثال وقتی ذهن، غرق در تنش، ناراحتی یا اضطراب است، به بدن پیام می‌رساند که از میزان مصرف انرژی برای مقابله با بیماری بکاهد. این عمل، آسیب پذیری در مقابل بیماری را افزایش می‌دهد. بنابراین با مدیریت استرس، می‌توان به ارتقاء سلامت روان کمک کرد (۱۶). سلامت روان، طبق تعریف سازمان سلامت جهانی (WHO)[10] حالتی از بهزیستی کامل جسمی، روانی و اجتماعی (نه فقط نبود بیماری یا ضعف و ناتوانی)، تعریف شده است (۱۷) که از نشانه‌های آن، برخورداری از منابع درون فردی است که فرد را قادر می‌سازد تا علی‌رغم شرایط ناگوار و پیامدهای منفی، رشد سازگارانهٔ خود را ادامه دهد و سلامت روان خود را حفظ نماید (۱۸). کرسینی[11] نیز سلامت روان را حالت ذهنی می‌داند که در آن فرد از نشانه‌های اضطراب، ناتوانی در برقراری روابط سازنده و مقابله با محرک‌های تنش‌زای زندگی، نسبتاً رها شده است (۱۹). بنابراین کاهش سلامت روان در فرد، نه‌تنها از میزان سازگاری فردی و اجتماعی وی می‌کاهد، بلکه امنیت و بهداشت روانی خانواده و سایر گروه‌های اجتماعی را نیز دچار مشکل می‌کند (۲۰).

از جمله مهارت‌های لازم برای مدیریت تنش‌های روزانه و در نتیجه ارتقاء سلامت روان، مهارت هوش هیجانی[12] است که به فرد اجازه می‌دهد تا قبل از این که احساساتش غیرقابل کنترل شوند با مدیریت هیجان، به کنترل آن‌ها پرداخته و مانع بروز عوارض جسمانی شود. بنابراین هوش هیجانی در ارتقاء سلامت روان[13] نقش مؤثری دارد، زیرا استرس موجود به هنگام مقابله با وضعیت‌های دشوار را کاهش می‌دهد (۱۶). در واقع هوش هیجانی، توانایی درک هیجانات و عواطف می‌باشد تا ضمن کمک به تفکر، فرد بتواند به شناخت هیجانات و عواطف بپردازد (۲۱). هوش هیجانی یعنی توانایی‌هایی مانند اینکه فرد بتواند انگیزهٔ خود را حفظ نماید، در مقابل ناملایمات پایداری کند، تکانش‌های خود را کنترل کرده، کامیابی خود را به تعویق بیاندازد

[1] Cardiovascular system
[2] Cardio vascular disease
[3] Hypertension
[4] Cardiac arrhythmias
[5] Coronary artery disease
[6] Coronary heart discase
[7] Heart rate
[8] Personality type A
[9] Hostility
[10] World health organization
[11] Corsini
[12] Emotional intelligence
[13] Mental health

[Downloaded from shefayekhatam.ir on 2025-11-16]
[DOI: 10.18869/acadpub.shefa.4.3.41]

و با دیگران همدلی کند و امیدوار باشد (۲۲). با آموزش هوش هیجانی می‌توان پایداری افراد را در مواجهه با ناکامی‌ها تقویت کرد، حالات خلقی را تنظیم کرد و توانایی تسلط بر خود را افزایش داد و همچنین ارضاء نیازهای زودگذر را به تعویق انداخته و از غرق شدن در مسائل ناراحت کننده اجتناب کرد (۲۳).

همان‌طور که گفته شد هوش هیجانی نقش مهمی در سلامت جسم و روان دارد. مطالعات نشان داده است که تأثیرات جسمانی هوش هیجانی به قدری است که با عکسبرداری از مغز ثابت کرده‌اند که همراه با تغییرات هوش هیجانی، تغییرات فیزیولوژیکی در مغز شکل می‌گیرد. مهارت‌های هوش هیجانی همچنین بازگشت به سلامت را سرعت می‌بخشد. بیمارانی که در دورهٔ درمان، مهارت‌های هوش هیجانی خود را پرورش می‌دهند از بسیاری از بیماری‌ها زودتر رها می‌شوند. چرا که بین هوش هیجانی و آمادگی برای ابتلاء به انواع بیماری‌ها هم همبستگی بالایی وجود دارد، به طوری که استرس، اضطراب و افسردگی، دستگاه ایمنی بدن[14] را تضعیف کرده و باعث آسیب پذیری بیشتر در مقابل بسیاری از بیماری‌ها می‌شود (۱۶).

با توجه به تأثیرات هوش هیجانی، پژوهشگران بسیاری به بررسی رابطهٔ هوش هیجانی و سلامت روان پرداخته‌اند (۲۴) نتیجهٔ مطالعات مارتینز[15] و همکاران نشان داد که مؤلفه‌های هوش هیجانی قادر به پیش‌بینی سلامت روان می‌باشند (۲۶، ۲۵). همچنین پژوهش اسماعیلی و همکاران نشان داد، آموزش مؤلفه‌های هوش هیجانی در افزایش سلامت روان به طور معنی‌داری مؤثر بوده است (۲۷). پژوهش‌های فرا تحلیلی نیز نشان داده‌اند که هوش هیجانی یکی از مهم‌ترین متغیرهای پیش‌بینی کنندهٔ سلامت روان و سلامت جسم است (۲۸)، به طوری که، هوش هیجانی بالا با سلامت روان و سلامت جسم (۳۱-۲۹، ۲۴)، سلامت عمومی، بهزیستی، خودکنترلی، هیجان پذیری، توانایی اجتماعی (۳۲)، علایم جسمانی (۳۳) رابطه دارد. از مطالعات فرا تحلیل شواهدی مبنی بر اثربخشی مداخلات روانی و اجتماعی در کاهش خطر مرگ و عود بیماری در بیماران قلبی به دست آمده است (۳۵، ۳۴).

همان‌طور که گفته شد یکی از برجسته‌ترین مصداق‌های ارتباط‌ها بین جسم و روان، مربوط به بیماری قلب و عروق است (۳۶). بنابراین با داشتن مهارت‌های هوش هیجانی، می‌توان عوامل خطرزای بیماری عروق کرونر قلب را کاهش داد (۲) و از آنجا که افراد باهوش هیجانی بالا از سلامت روانی بالاتری برخوردارهستند، آنچه پژوهش حاضر سعی در بررسی آن دارد، اثربخشی آموزش هوش هیجانی بر مؤلفه‌های سلامت روان بیماران قلبی بستری در بیمارستان شهید مدرس شهر تهران است.

مواد و روش‌ها

روش پژوهش، جامعهٔ آماری و نمونه

این پژوهش، یک مداخلهٔ درمانی از نوع طرح‌های نیمه تجربی[16] بوده است. جامعهٔ پژوهش را کلیهٔ زنان مبتلا به بیماری عروق کرونر بستری در بیمارستان شهید مدرس تهران تشکیل دادند که از میان آن‌ها، ۳۰ نفر به روش نمونه‌گیری در دسترس با توجه به جدول کوهن انتخاب شدند. برای محاسبهٔ حجم نمونه از فرمول زیر استفاده شد:

$$n = \left(\frac{z_{1-\frac{\alpha}{2}} + z_{1-\beta}}{d}\right)^2$$

که سطح معنی‌داری (α) و توان آزمون β-۱ اختیار شد (۳۷) بعد از انتخاب آزمودنی‌ها، نمونه‌ها در دو گروه آزمایش و کنترل، به صورت تصادفی جایگزین شدند (هر گروه ۱۵ نفر) و سپس هر دو گروه، پرسشنامهٔ سلامت عمومی (GHQ)[17] را تکمیل کردند. بعد از آموزش مهارت‌های هوش هیجانی به گروه آزمایش طی هفت جلسه، دوباره از هر دو گروه پس‌آزمون گرفته شد.

معیارهای ورود آزمودنی‌ها به پژوهش حاضر عبارت بودند از: ۱- زن بودن، ۲- داشتن دامنهٔ سنی ۴۰ الی ۶۰ سال، ۳- عدم دریافت هرگونه مداخلات روانشناختی و روانپزشکی، ۴- ابتلاء به بیماری قلبی از نوع عروق کرونر طی ۲ الی ۵ سال گذشته،۵- داشتن سابقهٔ ابتلاء به پرفشاری خون. معیارهای خروج آزمودنی‌ها از پژوهش حاضر: ۱- مرد بودن، ۲- داشتن دامنهٔ سنی کمتر از ۴۰ سال و بیشتر از ۶۰ سال، ۳- دریافت مداخلات روانشناختی و روانپزشکی، ۴- ابتلاء به اختلال‌های طبی بارز نظیر سرطان، دیابت و سایر بیماری قلبی غیر از عروق کرونر، ۵- داشتن سابقهٔ شرکت در کلاس‌های آموزش مؤلفه‌های هوش هیجانی در نظر گرفته شد. جهت رعایت ملاحظات اخلاقی، فرم رضایت آگاهانه در اختیار آزمودنی‌ها قرار گرفت که در آن ضمن تشریح نحوهٔ تکمیل پرسشنامه، عدم نیاز به درج نام و محرمانه ماندن اطلاعات دریافتی مورد تأکید قرار گرفت.

ابزار سنجش

پرسشنامهٔ سلامت عمومی، اولین بار توسط گلدبرگ[18] (۳۸) تنظیم شد که ۶۰ ماده داشت. فرم کوتاه ۲۸ سؤالی استفاده شده در این پژوهش، توسط گلدبرگ و هیلر[19] با توجه به فرم بلند آن طراحی شده است. از

[14] The immune system
[15] Martins
[16] Quasi-experimental design
[17] General health questionnaire
[18] Goldberg
[19] Hillier

[Downloaded from shefayekhatam.ir on 2025-11-16]
[DOI: 10.18869/acadpub.shefa.4.3.41]

این آزمون برای هر فرد ۵ نمره به دست می‌آید که ۴ نمرهٔ آن مربوط به زیرمقیاس‌ها و یک نمره هم مربوط به مجموع نمرات زیرمقیاس‌ها است که نمرهٔ کلی می‌باشد. زیر مقیاس اول : (A) علایم جسمانی است و شامل ۷ سؤال می‌باشد که مواردی مانند احساس افراد نسبت به وضع سلامت خود و احساس خستگی است و با نشانه‌های بدنی[20] همراه است. پرسش‌های مقیاس دوم (B): علایم اضطرابی و اختلال خواب[21] است و شامل مواردی است که با اضطراب و بی خوابی مرتبط‌اند. مقیاس سوم (C): عملکرد اجتماعی[22] است که گسترهٔ توانایی افراد را در مقابله با خواسته‌های حرفه‌ای و مسائل زندگی روزمره می‌سنجد و احساسات آن‌ها را دربارهٔ چگونگی کنار آمدن با موقعیت‌های متداول زندگی آشکار می‌کند. چهارمین مقیاس (D): علایم افسردگی[23] می‌باشد و در برگیرندهٔ مواردی است که با افسردگی وخیم و گرایش به خودکشی مرتبط است (۳۹).

نمره گذاری پرسشنامهٔ سلامت عمومی گلدبرگ به دو صورت متداول است: روش نمره گذاری سنتی گلدبرگ به صورت (۰-۰-۱-۱) یعنی گزینه‌های الف و ب نمرهٔ صفر و گزینه‌های ج و د نمرهٔ یک می‌گیرند و در این صورت حداکثر نمرهٔ آزمودنی برابر ۲۸ خواهد بود به طوری که هر مقیاس از نمرهٔ ۶ و در مجموع از نمرهٔ ۲۲ به بالا بیانگر علایم مرضی است و روش دیگر نمره گذاری لیکرت است که به صورت (۰-۱-۲-۳) است یعنی از راست به چپ گزینهٔ الف نمرهٔ صفر، ب نمرهٔ یک، ج نمرهٔ دو و د نمرهٔ سه می‌گیرند و حداکثر نمرهٔ آزمودنی با این روش ۸۴ خواهد بود که در این پژوهش از روش نمره گذاری لیکرت استفاده شده است. اعتبار کل پرسشنامه در پژوهش ۰/۹۲ به دست آمد. ضریب پایایی نیز ۰/۹۱ محاسبه شده است (۴۰).

مداخلهٔ آموزشی

آموزش مهارت‌های هوش هیجانی به گروه آزمایش، طی ۷ جلسهٔ ۹۰ دقیقه‌ای توسط محققین ارائه شد. این مهارت‌ها با توجه به مبانی نظری هوش عاطفی گلمن[24] و شیوه‌های آموزشی هوش هیجانی گاتمن[25] و بر اساس تقسیمات مؤلفه‌های هوش هیجانی بار-ان[26] تدوین شده است و توسط هوشان مورد پژوهش قرار گرفته است (۴۱). با توجه به اینکه جلسات آموزشی برای گروه آزمایش برگزار شد و گروه کنترل هیچ مداخله‌ای دریافت نکرد، به گروه کنترل قول داده شد که بعد از اتمام جلسات آموزشی گروه آزمایش، جلسات مشابهی نیز برای آنان برگزار شود.

خلاصهٔ محتوای ۷ جلسهٔ آموزش مؤلفه‌های هوش هیجانی به این صورت بود: در جلسهٔ اول، مصاحبه و پیش‌آزمون انجام گرفت. جلسهٔ دوم مهارت‌های خودآگاهی هیجانی، شناخت هیجانات و احساسات دیگران آموزش داده شد. در جلسهٔ سوم، آزمودنی‌ها نحوهٔ ابراز وجود و احترام به خود و مهارت‌های بین فردی و همدلی را فرا گرفتند. جلسهٔ چهارم، چگونگی کنترل استرس و آموزش مسئولیت پذیری اجتماعی به آزمودنی‌ها داده شد. جلسهٔ پنجم، روش‌های حل مسئله و انعطاف پذیری آموزش داده شد و در جلسهٔ ششم در رابطه با شادکامی و خوش‌بینی صحبت شد و جلسات قبل نیز مرور گردید. جلسهٔ هفتم که جلسهٔ آخر آموزش بود ارزشیابی مجدد صورت گرفت و پس‌آزمون گرفته شد.

تجزیه و تحلیل داده‌ها

جهت تحلیل داده‌های پیش‌آزمون و پس‌آزمون از نرم افزار spss16 استفاده شد و داده‌ها به صورت میانگین ± انحراف استاندارد نشان داده شده است و جهت بررسی فرضیه‌های تحقیق از تحلیل آماری کوواریانس استفاده شده که مقدار $P<۰/۰۵$ به‌عنوان سطح معنی‌داری آماری در نظرگرفته شده است.

یافته‌ها

هر دو گروه آزمایش و کنترل، از لحاظ متغیرهای جمعیت‌شناختی مانند سن و جنس در این پژوهش همتا شده‌اند. به طوری که در این تحقیق کلیهٔ آزمودنی‌ها را زنان تشکیل می‌دهند و میانگین سنی گروه آزمایش ۵۳/۳ سال با انحراف استاندارد ۶/۱۲۵ و میانگین سنی گروه کنترل ۵۳/۳ سال با انحراف استاندارد ۴/۷۹۳ است. سایر اطلاعات جمعیت‌شناختی در جدول ۱ ارائه می‌گردد.

همان‌طور که در جدول ۱ مشاهده می‌شود تعداد بیماران قلبی دارای تحصیلات دیپلم ۱۱ نفر، سیکل ۱۲ نفر و بی سواد ۷ نفر می‌باشد و تعداد بیماران قلبی متأهل ۲۰ نفر و مجرد ۴ نفر و متارکه کرده ۶ نفر می‌باشد. در

جدول ۱- بررسی ویژگی‌های جمعیت‌شناختی سطح تحصیلات و وضعیت تأهل.

ویژگی‌های جمعیت‌شناختی		فراوانی	درصد	تعدادکل
سطح تحصیلات	بی سواد	۷	۲۳	۳۰
	سیکل	۱۲	۴۰	
	دیپلم	۱۱	۳۷	
وضعیت تأهل	متأهل	۲۰	۶۷	۳۰
	مجرد	۴	۱۳	
	متارکه کرده	۶	۲۰	

[20] Somatic symptom
[21] Anxiety and sleep disorder
[22] Social function
[23] Depression symptoms

[24] Goleman
[25] Gottman
[26] Bar-On

[Downloaded from shefayekhatam.ir on 2025-11-16]
[DOI: 10.18869/acadpub.shefa.4.3.41]

جدول ۲- میانگین و انحراف استاندارد نمرات پیش‌آزمون و پس‌آزمون گروه‌ها.

متغیر	گروه آزمایش				گروه کنترل			
	پیش‌آزمون		پس‌آزمون		پیش‌آزمون		پس‌آزمون	
	میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد
سلامت روان	۴۱/۳۳	۱/۴۳	۳۶/۵۳	۱۲/۸۶	۳۶	۱/۰۹	۳۸	۹/۷۴
علایم جسمانی	۱۴/۸۶	۳/۴۶	۱۳/۷۳	۳/۵۱	۱۵/۳۳	۳/۷۹	۱۵/۶۶	۳/۵۳
اضطراب	۱۱/۲	۴/۶۹	۱۰/۷۳	۴/۳۶	۱۱	۳/۵۶	۱۱/۲	۳/۶۲
اختلال عملکرد اجتماعی	۸/۸۶	۳/۲۲	۶/۴۶	۳/۳۹	۷/۲۶	۲/۶۵	۶/۸۶	۲/۹۹
افسردگی	۶/۸۶	۴/۳۰	۳/۴۷	۲/۶۶	۴/۲۶	۲/۸۹	۴/۳۳	۲/۹۸

جدول ۲ هم به بررسی شاخص‌های توصیفی میانگین و انحراف استاندارد نمرات پیش‌آزمون و پس‌آزمون سلامت روان و زیر مقیاس‌های آن، در دو گروه آزمایش و کنترل پرداخته شده است.

جهت تجزیه و تحلیل داده‌ها از تحلیل کوواریانس استفاده شد و نتایج نشان داد که آموزش مهارت‌های هوش هیجانی، در سطح $P<۰/۰۵$ در افزایش سلامت روان بیماران قلبی بستری ($P<۰/۰۰۱$، $F(df)=۱۲/۸۹۸$) با درجهٔ آزادی ۱ و مجموع و میانگین مجذورات ۲۱۳/۷۳۱ تأثیر معنی‌داری داشته است. همچنین این آموزش سبب کاهش معنی‌دار علایم جسمانی ($P<۰/۰۱$، $F(df)=(۷/۹۸۶)$) با درجهٔ آزادی ۱ و مجموع و میانگین مجذورات ۱۷/۲۴۵، اختلال عملکرد اجتماعی ($P<(۰/۰۱$، $F(df)=(۱۱/۱۸)$) با درجهٔ آزادی ۱ و مجموع و میانگین مجذورات ۲۵/۹۹۳ و افسردگی ($P<۰/۰۵$، $F(df)=(۶/۱۱۵)$) با درجهٔ آزادی ۱ و مجموع و میانگین مجذورات ۸/۰۱۲ این بیماران شده است. اما این آموزش در کاهش سطح اضطراب آن‌ها تأثیر معنی‌دار نداشته است.

بحث و نتیجه‌گیری

هدف از انجام پژوهش، بررسی تأثیر آموزش هوش هیجانی بر مؤلفه‌های سلامت روان بیماران قلبی بستری در بیمارستان شهید مدرس تهران بود. نتایج حاصل از این پژوهش نشان داد که آموزش هوش هیجانی، به طور معنی‌داری موجب افزایش سلامت روان در بیماران قلبی شده است. این نتیجه‌گیری با پژوهش‌های مارتینز و همکاران (۲۵)، اسکات[27] و همکاران (۳۱)، سالووی[28] و همکاران (۴۲)، بار -ان و همکاران (۴۳)، امینی و همکاران (۴۴)، خسروجردی و همکاران (۴۵)، اسکات و مألوف[29](۴۶)، اسماعیلی و همکاران (۲۷)، زارعان و همکاران (۴۷) و سیاروچی[30] و همکاران مطابقت دارد. این مطالعات نیز حاکی از وجود ارتباط مثبت و معنی‌دار میان هوش هیجانی و سلامت روان بوده و هوش هیجانی را عامل ارتقاء سلامت روان دانسته‌اند (۴۸).

در این پژوهش، آموزش هوش هیجانی به طور غیرمستقیم موجب کاهش معنی‌دار علایم جسمانی در بیماران قلبی شده است که با نتایج تحقیقات مه یر[31] و سالووی همخوانی دارد. آن‌ها دربارهٔ رابطهٔ بین هوش هیجانی و پاسخ به استرس پی بردند که افراد دارای هوش هیجانی بالا هنگام برخورد با استرس، واکنش‌های بهنجارتری نشان می‌دهند (۲۱) که در نتیجه، موجب کاهش علایم جسمانی، از مؤلفه‌های سلامت روان در بیماران می‌شود. بنابراین کنترل عواقب ناشی از عوامل استرس زا می‌تواند توجیه کنندهٔ بخشی از نتایج به دست آمده باشد، زیرا ازدیاد هورمون‌هایی مانند اپی نفرین و نوراپی نفرین در بدن باعث افزایش ضربان قلب و فشار خون می‌گردد (۴۹). از طرفی از مهم‌ترین عوارض فشارخون بالا هم افزایش خطر بروز بیماری‌های قلبی –عروقی است چرا که قلب مانند پمپی است که خون را در بدن ما به گردش در می‌آورد و چون پمپ‌ها از طریق فشار کار می‌کنند، تولید فشار بیش از حد، باعث وارد آمدن فشار به خود قلب و عروق می‌شود و این حالت می‌تواند باعث نارسایی قلبی و یا پارگی یکی از سرخرگ‌ها شود (۵۰). بنابراین با بهبود واکنش به استرس در سطح فیزیولوژیکی؛ فعالیت‌های غدد درون ریز، سیستم اعصاب سمپاتیک و همچنین اختلالاتی که همراه با فشار خون هستند نیز متأثر می‌شوند (۵۱).

در این پژوهش، آموزش هوش هیجانی به طور معنی‌داری موجب بهبود کارکرد اجتماعی از مؤلفه‌های سلامت روان، در بیماران قلبی شده است. راجرز و همکاران (۵۲) رابطهٔ مستقیم هوش هیجانی با سازگاری اجتماعی، آدیمو[32] و اگونمی[33] (۵۳)، لوپز[34]، اوستین[35] و همکاران (۵۵، ۵۴)

[27] Schutte
[28] Salovey
[29] Schutte and Malouff
[30] Ciarrochi
[31] Mayer
[32] Adeyemo
[33] Ogunyemi
[34] Lopez
[35] Austin

[Downloaded from shefayekhatam.ir on 2025-11-16]
[DOI: 10.18869/acadpub.shefa.4.3.41]

تأثیر هوش هیجانی بر بهبود روابط و سازگاری اجتماعی را نشان دادند که نتیجهٔ این پژوهش با یافته‌های مذکور همخوانی دارد. بنابراین از آنجا که افراد با هوش هیجانی بالا، قادرند به طور عمیق منطقی بیندیشند و به جای اینکه واکنش ناگهانی نشان دهند، می‌توانند گوش کنند و خواسته‌هایشان را به شکل مناسب اظهار نمایند و به جای سرکوب احساسات، آن‌ها را با روش سازنده اظهار کنند، لذا می‌توانند خود را کنترل کرده و از این طریق کارکرد اجتماعی و روابط بین فردی خود را بهبود بخشند. به طور کلی افراد دارای هوش هیجانی بالا، احساسات خود را به روش غیرخصمانه بروز می‌دهند، از احساساتی که در افراد دیگر به وجود آمده آگاهند و از ارتباطات بین فردی رضایت بخش لذت می‌برند اما افراد فاقد هوش هیجانی بالا نمی‌توانند با حوادث فشارزا و ناخوشایند سازگار شوند، بیشتر دچار ناامیدی می‌گردند، تکانشی عمل می‌کنند و در ارتباطات اجتماعی دچار مشکل می‌گردند که در نتیجه، سلامت جسمانی این افراد به خطر خواهد افتاد (۵۶).

به‌علاوه آموزش هوش هیجانی به طور معنی‌داری موجب کاهش افسردگی، از مؤلفه‌های سلامت روان، در بیماران قلبی شده است. این نتیجه با یافته‌های هجل[36] و همکاران (۵۷) در کاهش افسردگی با ارتقاء مهارت‌های حل مسئله و مطالعات اوستین و همکاران (۵۴) و لوپز و همکاران در تأثیر آموزش مؤلفه‌های هوش هیجانی بر تعدیل خلق فرد همسو است (۵۵).

بعضی از مطالعات نشان می‌دهند با توجه به اینکه افسردگی در بیماران قلبی از نوع کرونر قلب، سه برابر شایع‌تر از افراد عادی است (۵۸)، بنابراین افسردگی یک عامل خطر برای بروز بیماری‌های قلبی -عروقی و افزایش شیوع مرگ و میر در این بیماران محسوب می‌شود (۵۹). به گونه‌ای که مطالعات فرا تحلیل اخیر نشان داده‌اند وجود نشانه‌های افسردگی در بیماران دارای سابقهٔ سکتهٔ قلبی (MI)[37]، خطر حملهٔ قلبی بعدی و مرگ در بیماران CHD را افزایش می‌دهد (۶۰) و بنابراین خطر نسبی مرگ با افزایش افسردگی، بیشتر می‌شود (۶۱). پس می‌توان گفت از آنجا که افسردگی می‌تواند بروز بیماری کرونری قلب را پیش‌بینی نماید (۶۲، ۵۹) کاهش افسردگی در بیماران کرونری قلب می‌تواند بسیار مؤثر باشد که با آموزش هوش هیجانی در این پژوهش، افسردگی در بیماران CHD کاهش یافت.

از سوی دیگر در این پژوهش، آموزش هوش هیجانی منجر به کاهش معنی‌دار اضطراب و بی خوابی بیماران، از دیگر مؤلفه‌های سلامت روان، نشده است. در این زمینه، نتیجهٔ این پژوهش با مطالعات Dulewicz و همکاران (۲۹) که بیانگر ارتباط معنی‌دار بین اضطراب و حل مسئله می‌باشد و سالووی و همکاران (۴۲) به این نتیجه رسیدند که افراد دارای هوش هیجانی بالا، هنگام فشار روانی، توانایی بهتری برای مقابله با استرس دارند وکمتر دچار اضطراب می‌شوند و پژوهش باستین[38] و همکاران (۶۳) که دریافتند، هوش هیجانی که با اضطراب کمتر و رضایتمندی بیشتر ارتباط دارد، همسو نمی‌باشد. در مورد علت آن باید به این موضوع اشاره کرد که برخی از بیماران به دلیل اینکه در انتظار انجام عمل قلب بودند اضطراب بالایی داشتند و آموزش‌های هوش هیجانی در رابطه با کاهش استرس و اضطراب، در آن‌ها تأثیر معنی‌داری نداشته است.

بنابراین با توجه به اینکه هوش هیجانی قابل یادگیری است و با آموزش آن سلامت روان فرد افزایش می‌یابد، لذا جهت استفادهٔ بهتر از نتایج در رابطه با موضوع تحقیق حاضر، پیشنهاد می‌شود دورهٔ آموزش هوش هیجانی برای بیماران قلبی در شرایط متفاوت از شرایط فعلی این پژوهش انجام شود تا اثربخشی این آموزش بر کاهش اضطراب مجدداً مورد بررسی و پیگیری قرار گیرد. همچنین با توجه به اهمیت هوش هیجانی در زندگی افراد، که به گفتهٔ برخی از محققین از هوش ذاتی انسان نیز مؤثرتر است، پیشنهاد می‌گردد آموزش هوش هیجانی به‌عنوان یک مهارت پایه از سنین پایین‌تر در آموزش و پرورش مورد توجه قرار گیرد.

تشکر و قدردانی

در خاتمه از کلیهٔ بیماران قلبی که در این پژوهش شرکت داشتند تشکر و سپاسگزاری می‌شود.

[36] Hegel
[37] Myocardial infarction
[38] Bastian

[Downloaded from shefayekhatam.ir on 2025-11-16]
[DOI: 10.18869/acadpub.shefa.4.3.41]

منابع

1. DiMatteo MR, Leslie RM. Health psychology. 1st ed. Samt publication. 1999.

2. Attarchi MS, Mohammadi S, Aghili Nezhad M, Asghari Roodsari E.The determination of impairment in cardiovascular disease. Sci J Forensic Med. 2007; 13(2): 114-22.

3. Ortega LM, Materson BJ. Hypertension in peritoneal dialysis patients: epidemiology, pathogenesis and treatment. J Am Soc of Hypertens. 2011; 5(3): 128-36.

4. Hashemzadeh A, Garooci Farshi MT, Halabianloo GhR, Maleki Rad AA. The study of effectiveness of relaxation and distraction techniques training in anxiety reduction in cardiac. Arak Medical University Journal. 2011; 14(56): 97-105

5. Sarafino EP, Smith TW. Health psychology: biopsychosocial interactions. 8th ed. The College of New Lersey. 2014.

6. Kerstin Anthoni J. Health psychology. 1st ed. Routledge. 1999.

7. Hadaegh F, Harati H, Ghanbarian A, Azizi F. Prevalence of coronary heart disease among Tehran adults: Tehran Lipid and Glucose Study. East Mediterr Health J. 2009; 15(1): 157-66.

8. Hatami ZN, Tahvildari S, Gafarzadeh Motlag A, Sabouri Kashani A. Prevalence of coronary artery disease risk factors in Iran: a population based survey. BMC Cardiovasc Disord. 2007; 7: 32. doi: 10.1186/1471-2261-7-32.

9. Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Prevalence of heart disease-United Sataes, 2005. MMWR Morb Mortal Wkly Rep. 2007; 56(6): 113-8.

10. Shahsavari S, Nazari F, Karimyar Jahromi M, Sadeghi M. Epidemiologic study of hospitalized cardiovascular patients in Jahrom hospitals in 2012-2013. Iranian Journal of Cardiovascular Nursing. 2013; 2(2): 14-21.

11. Eaker ED. Psychosocial risk factors for coronary heart disease in women. Cardiology Clinic. 1998. 16:103-11.

12. Kring AM, Sheri L. Johnson, Davidson GC, Neale JM. Abnormal psychology.13th ed. John Wiley and Sons. 2009.

13. Tarighati Sh. Introduction to psychosomatic disorder. University of Tehran Publication. 1988.

14. Robert J Gatchel, Andrew Baum. An introduction to health psychology. Random House. 1988.

15. Ogden J. Health psychology: A textbook. 5th ed. Buckingham:Open University Press. 1996.

16. Bradberry T, Greaves J, Parks T. Emotional intelligence 2.0. 2nd ed. Brilliance Audio; MP3/Psc Un edition. 2007.

17. Department of Mental health. Mental health: a state of well being. http://www.who.int/Features/factfiles/mental-health/en/.

18. Nejat H, Iravani M. Concept of mental health in schools of psychology. Journal of Fundamentals of Mental Health. 1999; 3: 160-6.

19. Corsini R. The Dictionary of Psychology. 1st ed. Routledge. 2001.

20. Lamb HR, Weinberger LE. Persons with severe mental illness in jails and paisons: a review. Psychiatr Serv. 1998; 49(4): 438-92.

21. Mayer J D, Salovey P. What is emotional intelligence? In P. Salovey, Sluyter D. J. (Eds.), Emotional development and emotional intelligence: Educational implications. New York: Harper Collins. 1997; 3-34.

22. Goleman D. Emotional intelligence. Parsa N. Tehran: Roshd Publ. 2004.

23. Hamidizade M. Smart and creative decisions: Emotional Intelligence. Tehran: Termeh Publ. 2007.

24. Parker JDA, Taylor GJ, Bagby RM. The relationship between emotional intelligence and alexithymia. Pers Indiv Dif. 1999; 30(1): 107-15.

25. Martins A, Ramalho N, Morin EA. Comprehensive meta-analysis of the relationship between emotional intelligence and health. Pers Individ Dif. 2010; 49(6): 554–564.

26. Hadadi Kohsar AA. Components of emotional intelligence relationship with psychological health variables and academic success in male and female students. Knowledge and Research in Science Education-Curriculum Planning. 2009; 22: 99-118.

27. Esmaeili M.Ahadi H. Delavar A. Shafi Abadi A.

[Downloaded from shefayekhatam.ir on 2025-11-16]

[DOI: 10.18869/acadpub.shefa.4.3.41]

Impact of component emotional intelligence training on mental health. J Psychia Clinic Psychol. 2007; 13(2): 165-158.

28. Ahmadi Rad M. The relation of emotional intelligence and social support with occupational distress in employed women. MA thesis. Tehran. Tarbiat Modarres University, Faculty of Humanities. 2009.

29. Dulewicz V, Higgs M, Slaski M. Measuring measuring emotional intelligence: content, construct and criterionerelated validity. J Manag Psychol. 2003; 18(5): 405-20.

30. Tsaousis L, Nikolaou I. Exploring the relationship of emotional intelligence with physical and psychological health functioning. Stress and Health. 2005; 21(2): 77-86.

31. Schutte NS, Malouff JM, Thorsteinssom EB,Bhullar N, Rooke SE. A meta-analytic investigation of the relationship between emotional intelligence and health. Pers Indiv Dif. 2007; 42(6): 921-933.

32. Greven C, Chamorro-Premuzic T, Arteche A, Furnham A. A hierarchical integration of dispositional determinants of general health in students: the big five, trait emotional intelligence and humour styles. Pers Indiv Dif. 2008; 44(7): 1562-73.

33. Thompson BL, Waltz J, Croyle K, Pepper AC. Trait meta-mood and affect as predictors of somatic symptoms and life satisfaction. Pers Indiv Dif. 2007; 43(7): 1786-95.

34. Van Dixon J, White A. Relaxtion therapy for rehabilitation and prevention in ischemic heart disease a systematic review and meta-analysis. Eur J Cardiovasc Prev Rehabil. 2005; 12(3): 193-202.

35. Koertge J, Janszky I, Sundin O, Blom M, Georgiades A, Laszlo KD, et al. Effects of a stress management program on vital exhaustion and depression in women with coronary heart disease: a randomized controlled intervention study. J Intern Med. 2008; 263(3): 281-93.

36. Babapour Kheiraddin J. Relationship between communicational conflicts solution methods & psychological health in university students. Psy J Tabriz Univ. 2006; 4: 27-46.

37. Sarmad Z, Bazargan A, Hejazi E. Investigation metods in behavioral sciences. Agah Pub. 2011; 188-90.

38. Goldberg D. The detection of psychiatric illness by questionnaire. London: Oxford University Press. 1972; p.156.

39. Goldberg VF, Hillier DP. A scaled version of the General Health questionnaire. Psychol Med. 1979; 9: 139-45.

40. Taghavi MR. The study of validity and reliability of general health questionnaire (GHQ). J Psychol. 2001; 20: 381-94.

41. Houshan A. The effect of emotional intelligence education on children's self-confidence supported by Behzisti organization. MA thesis. Payam Noor University of Tehran. 2012.

42. Salovey P, Mayer JD, Goldman S, Turvey C, Palfai T. Emotional attention, clarity and repair: exploring emotional intelligence using the trait meta-mood scale. American Psychological Association. 1995; 125-154.

43. Bar-on, Parker R, James DA. The Handbook of emotional intelligence. Sanfrancisco: Jossey-Bass. 2000.

44. Mohammad Amini Z, Narimani M, Barahmand O, Sobhi Gharamaleki N. The relationship between emotional intelligence with self- efficacy and mental health in successes and non-successes students. J Know Re Appli Psychol. 2009; 10(35-36): 107-23.

45. Khosrojerdi R, Khanzadeh A. studying relation of emotional intelligence with general health in students of teacher training university, sabzevar. J med sci hygieni. 2007; 14(2): 110-6.

46. Schutte NS, Malouff JM. Emotional intelligence mediates the relationship between mindfulness and subjective well-being. Pers Indiv Dif. 2011; 50(7): 1116-9.

47. Zarean M, Asadollah-pour A, Bakhshi-pour Roodsari A. Relationship between emotional intelligence and problem-solving styles with general health. Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology. 2007; 13 (2):166-72.

48. Ciarrochi J, Forgas JP, Mayer JD. Emotional intelligence in every day life. 2nd ed. New York: Psychology Press. 2006.

49. Tomoyuki K, Kazuo E, Satoshi H, Joji I, Kazuyuki Sh, Kazuomi K. Differences in the clinical characteristics of depression state in patients with coronary artery disease and hypertension. Auton Neurosci Basic. 2008; (144): 76-89.

50. Samavat T. Najafi M. Clinical guide the assessment, diagnosis and treatment of high blood pressure.1st ed. Tehran: Andishmand Publication. 2008.

[Downloaded from shefayekhatam.ir on 2025-11-16]

[DOI: 10.18869/acadpub.shefa.4.3.41]

51. Gould D. Wound management and pain control. Nurse Stan. 1990; 14(6): 47-54.

52. Rogers P, Qualter P, Phelps G, Gardner KJ. Belief in the paranormal, coping and emotional intelligence. Pers Indiv Dif. 2006; 41(6): 1089-105.

53. Adeyemo DA, Ogunyemi B. Emotional intelligence and self-efficacy as predictors of occupational stress among academic staff in a Nigerian university. E-Journal of organizational learning and leadership.2005; 7(2), 1-14.

54. Austin J, Saklofske DH, Hung SH, McKinney D. Measurement of trait emotional intelligence. Pers Indiv Dif. 2004; 36(3): 555–62.

55. Lopez P, Salovey P, Straus R. Emotional intelligence, Personality and the perceived quality of social relationships. Pers Indiv Dif. 2003; 35(2): 641-58.

56. Williams RF, Williams V. Anger kills. 2nd ed. Tehran: Morvarid Publication. 2008; 21.

57. Hegel MT, Barrett JE, Oxman TE. Training therapists in problem-solving treatment of depressive disorders in primary care: lessons learned from the “treatment effectivenes project”. American Psychological Association. 2000; 18(4): 423-435.

58. Hance M, Carney RM, Freedland KE, Skala J. Depression in patients with coronary heart disease: a 12-month follow-up. Gen Hosp Psychiatry. 1996; 18(1): 61-5.

59. Taylor CB. Depression: heart rate related variables and cardiovascular disease. Int J Psychophysiol. 2010; 78(1): 80-8.

60. Thombs BD, Bass EB, Ford DE, Stewart KJ, Tsilidis KK, Patel U, et al. Prevalence of depression in survivors of acute myocardial infarction: review of the evidence. J Gen Intern Med. 2006; 21(1): 30-8.

61. Lesperance F, Frasure-Smith N, Talajic M, Bourassa MG. Five-year risk of cardiac mortality in relation to initial severity and one-year changes in depression symptoms after myocardial infarction. Circulation. 2002; 105(9): 1049-53.

62. Riso LP, Miyatake RK, Thase ME. The search for determinants of chronic depression: a review of six factors. J Affect Disord. 2002; 70(2): 103-15.

63. Bastian VA, Burns NR, Nettelbeck T. Emotional intelligence predicts life skills, but not as well as personality and cognitive abilities. Pers Indiv Dif. 2005; 39(6): 1135-45.

[Downloaded from shefayekhatam.ir on 2025-11-16]

[DOI: 10.18869/acadpub.shefa.4.3.41]