

تأثیر آموزش هوش هیجانی بر تاب‌آوری همسران دارای اختلال اسکیزوفرنی

زینب عبادی^۱، رضا ضیغمی^{۲*}، سیده زهرا هاشمی^۳، مهدی رنجبران^۴

تاریخ دریافت ۱۳۹۹/۰۹/۰۱ تاریخ پذیرش ۱۴۰۰/۰۲/۰۴

چکیده

پیش‌زمینه و هدف: تاب‌آوری فرآیند توانایی یا پیامد سازگاری موفقیت‌آمیز با شرایط تهدیدکننده است. پژوهش حاضر باهدف تعیین تأثیر آموزش هوش هیجانی، بر تاب‌آوری همسران بیماران دارای اختلال اسکیزوفرنی انجام شد.

مواد و روش کار: در این کارآزمایی در عرصه پژوهش ۳۰ نفر از همسران بیماران دارای اختلال اسکیزوفرنی بیمارستان ۲۲ بهمن قزوین به روش تصادفی ساده به دو گروه مداخله و شاهد تخصیص داده شدند. ابتدا سه پرسشنامه جمعیت‌شناسی، هوش هیجانی بار-آن و تاب‌آوری کانر و دیویدسون توسط گروه مداخله و کنترل تکمیل سپس با برگزاری جلسات آموزشی به مدت ۸ جلسه، برای افراد گروه مداخله آموزش‌های لازم در خصوص هوش هیجانی و مهارت‌های آن همراه با تمرین‌های عملی در جلسات ارائه گردید. سپس دو پرسشنامه تاب‌آوری و هوش هیجانی مجدداً توسط هر دو گروه مداخله و کنترل تکمیل گردید. برای تحلیل داده‌ها از آزمون دقیق فیشر، تی مستقل، تی زوجی و تحلیل کوواریانس استفاده گردید.

یافته‌ها: میانگین نمره هوش هیجانی قبل از مداخله در گروه مداخله $285/87 \pm 40/308$ و در گروه کنترل $287/33 \pm 28/826$ بود. که بعد از مداخله در گروه مداخله $295/87 \pm 35/496$ و در گروه شاهد به $288/72 \pm 27/088$ رسید. میانگین نمره تاب‌آوری در گروه مداخله قبل از مداخله $22/80 \pm 7/876$ و در گروه شاهد $32/53 \pm 10/596$ بود. که بعد از مداخله در گروه مداخله $62/87 \pm 11/051$ و در گروه شاهد به $57/93 \pm 13/520$ رسید که این تغییرات از نظر آماری معنی‌دار گردید. ($p < 0.05$)

بحث و نتیجه‌گیری: آموزش هوش هیجانی، تاب‌آوری همسران بیماران اسکیزوفرنی را در بعضی مؤلفه‌های تعریف‌شده بیشتر ارتقا می‌دهد، درحالی‌که تغییر چندانی در تاب‌آوری افراد در گروه شاهد قبل و بعد از مداخله ایجاد نشده بود. لذا توصیه می‌شود که آموزش هوش هیجانی در برنامه‌های آموزشی همسران این بیماران گنجانده شود.

کلیدواژه‌ها: هوش هیجانی، تاب‌آوری، اسکیزوفرنی، خانواده

مجله پرستاری و مامایی، دوره نوزدهم، شماره سوم، پی‌درپی ۱۴۰، خرداد ۱۴۰۰، ص ۲۴۳-۲۵۰

آدرس مکاتبه: قزوین، دانشگاه علوم پزشکی قزوین، گروه روان پرستاری، تلفن: ۰۲۸-۳۳۳۳۸۰۳۴

Email: behsare@gmail.com

مقدمه

مادام‌العمر بیماری ۰،۶-۱،۹ درصد است (۲). در این اختلال شخصیت به‌کلی در هم می‌ریزد و واقعیت تحریف می‌شود و شخص از داشتن کارکرد در زندگی روزمره درمی‌ماند (۳). اسکیزوفرنی پنجمین علت ناتوانی در سراسر دنیا محسوب می‌شود (۴). یکی از اهداف سازمان بهداشت جهانی در ارتقای سلامت روان و درمان بیماری‌های روان، کاهش طول مدت بستری در بیمارستان و گسترش خدمات اجتماعی است که در این راستا به نقش خانواده

اختلالات روانی یکی از مسائل و مشکلات جامعه امروزی است (۱). در میان اختلالات روانی، اسکیزوفرنی از اهمیت خاصی برخوردار است. اسکیزوفرنی ۱۶ درصد از کل بیماری‌های روان‌پزشکی را در جهان شامل می‌شود (۱). این بیماری شدیدترین اختلال روانی است که معمولاً قبل از ۲۵ سالگی شروع می‌شود (۲). بیشتر این بیماران ۱۵-۳۵ ساله هستند (۱) و شیوع

^۱ کارشناسی ارشد روان‌پرستاری، دانشگاه علوم پزشکی قزوین، قزوین، ایران

^۲ استادیار گروه روان‌پرستاری، دانشگاه علوم پزشکی قزوین، قزوین، ایران (نویسنده مسئول)

^۳ استادیار گروه روان‌پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی قزوین، قزوین، ایران

^۴ استادیار اپیدمیولوژی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی قزوین، قزوین، ایران

طرح نموده‌اند (۱۳،۱۶). هوش هیجانی نشان‌دهنده ظرفیت شخصی، شناسایی و مدیریت کارآمد احساسات خود در ارتباط با اهداف موردنظر است (۱۸). هوش هیجانی منبعی مفید برای درک محیط اجتماعی افراد و احساسات خود و شامل مهارت‌های همدلی، خودآگاهی، انگیزه و خودکنترلی در روابط است (۱۹). نکته مثبت هوش هیجانی این است که تقریباً آموختنی است، رشد هوش هیجانی از آغاز زندگی شروع و تا بزرگسالی ادامه دارد و می‌توان آن را آموزش داد (۲۰).

بارآن معتقد است که افرادی که دارای هوش هیجانی بالا هستند در برخورد با خواست‌ها و فشارهای محیطی کارکرد موفقیت‌آمیز و تاب‌آوری بیشتری دارند (۷). مراقبان بیماران روان، اغلب دانش کمی درباره ماهیت بیماری روانی و چگونگی کنار آمدن با مشکلات موجود دارند و آموزش اندکی از کادر مراقبتی، برای مدیریت رفتار بیمارشان و سازگاری با آن دریافت می‌کنند (۶). افزایش میزان تاب‌آوری با آموزش مهارت‌های هوش هیجانی از این نظر اهمیت دارد که می‌تواند بار روانی مراقبان را کم کرده و سازگاری را افزایش دهد. هدف از این مطالعه تعیین تأثیر آموزش هوش هیجانی برافزایش تاب‌آوری همسران بیماران دارای اسکیزوفرنی می‌باشد.

مواد و روش کار

مطالعه حاضر از نوع کار آزمایشی در عرصه^۱ با پیش‌آزمون و پس‌آزمون همراه با گروه شاهد بود، که جامعه آن را ۳۰ نفر از همسران بیماران دارای اسکیزوفرنی بیمارستان ۲۲ بهمن قزوین تشکیل می‌داد. حجم با توجه به مطالعه خوش‌نظری و همکاران (۱۳) و در نظر گرفتن حداکثر انحراف معیار نمره تاب‌آوری برابر ۱۵/۱۴ و همچنین خطای نوع اول برابر ۰/۰۵، توان مطالعه ۰/۸۰ و همچنین اختلاف میانگین ۱۱/۵ با استفاده از فرمول

$$n = \frac{2\sigma^2(Z_{1-\alpha/2} + Z_{1-\beta})^2}{d^2}$$

و با در نظر گرفتن احتمال ریزش حدود ۲۰ درصدی، ۱۵ نفر در هر گروه و در مجموع ۳۰ نمونه محاسبه شد نمونه‌ها به‌صورت در دسترس انتخاب و سپس به‌طور تصادفی، به دو گروه آزمون و شاهد تخصیص داده شدند بدین‌صورت که کاغذهای ناشده حاوی شماره در گردونه انداخته‌شده و گردونه چرخانده شد. با هر بار چرخاندن، یک شماره برداشته شد. بدین ترتیب شماره‌ای که برداشته شد، برای

در مراقبت از اختلال روانی، توجه زیادی شده است (۵،۶) بیش از ۶۰ درصد مددجویانی که مرخص می‌شوند به خانواده اصلی خود بازمی‌گردند (۷،۶). از طرفی بیش از ۹۰ درصد این بیماران قادر به زندگی تنها نبوده و در ابعاد مختلف زندگی نیاز به مراقبت‌های دائمی دارند و مسئولیت عمده مراقبت از این بیماران بر دوش خانواده‌ها قرار دارد (۸).

با توجه به اینکه زنان به‌عنوان کلیدی‌ترین عنصر هر خانواده، نقش تنظیم‌کننده سلامت روان در خانواده و جامعه را بر عهده دارند (۹) زندگی با همسر دارای اختلال اسکیزوفرنی و مراقبت از او عامل تنش‌زای مزمن است و علاوه بر خود بیمار، فشار روانی زیادی را به مراقبت‌کننده‌های آنان وارد می‌کند (۱۰). بنابراین از نظر بهداشت روانی، این افراد در شمار گروه‌های در معرض خطر جامعه به‌حساب می‌آیند (۱۱). همسران بیماران دارای اسکیزوفرنی، معمولاً به‌عنوان افرادی فرسوده و روان‌آزرده شناخته می‌شوند و اغلب از افسردگی و اضطراب رنج می‌برند (۱۰). این شرایط در خانواده‌های ایرانی که از حمایت رسمی کمتری برخوردارند بیشتر دیده می‌شود (۱۲). همسران بیماران دارای اسکیزوفرنی به‌طور قابل‌توجهی نمره‌های بالاتری را در نشانه‌های افسردگی و اضطراب در مقایسه با همسران افراد عادی به دست آوردند (۹).

سلامت روانی، نیاز اساسی انسان بوده و برای بهبود کیفیت زندگی، امری حیاتی محسوب می‌شود (۱۳). روانشناسی مثبت‌گرا به‌جای تأکید بر عوامل خطرزا، تمرکزش را بر تعدیل این عوامل بنانهاده، عواملی که موجبات تطابق هر چه بیشتر آدمی با نیازها و تهدیدهای زندگی می‌شود. در این میان تاب‌آوری از جایگاه ویژه‌ای برخوردار است (۱۴). تاب‌آوری نقش میانجی بسیار مهمی در جلوگیری و یا بروز بسیاری از اختلالات روان‌پزشکی دارد، تاب‌آوری با کاهش هیجان‌های منفی و افزایش سلامت روان، رضایت بیشتر از زندگی را در پی دارد (۱۵). تاب‌آوری نوعی مصون‌سازی در برابر مشکلات روانی-اجتماعی بوده و کارکرد مثبت زندگی را افزایش می‌دهد (۱۶). تاب‌آوری به عوامل و فرآیندهایی اطلاق می‌شود که خط سیر رشدی را از خطر رفتارهای مشکل‌زا و آسیب‌زای روان‌شناختی قطع کرده و به‌رغم وجود شرایط ناگوار به پیامدهای سازگارانه منتهی می‌شود و موجب افزایش مهارت‌های اجتماعی می‌گردد (۱۶).

هوش هیجانی عاملی تعیین‌کننده در تاب‌آوری است (۱۷). نظریه‌پردازان هوش هیجانی بر این باورند که بین هوش هیجانی و قدرت مقابله با موقعیت‌های مخاطره‌آمیز، رابطه مثبتی وجود دارد و بالا بودن هوش هیجانی را به‌عنوان یک عامل محافظت‌کننده

¹ Field trial

گرفته می‌شود، افرادی که نمره بالاتر از نمره ۶۰ را دریافت کنند تاب آور به شمار می‌آیند.

برای رعایت اخلاق در پژوهش ضمن رعایت تمام اصول اخلاقی از جمله دریافت رضایت آگاهانه، محرمانه بودن اطلاعات، اختیاری بودن شرکت و خروج از مطالعه کد اخلاق به شماره IR.QUMS.REC.1397.075 از کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی قزوین دریافت گردید. سپس هوش هیجانی و تاب‌آوری همسران بیماران اسکیزوفرنی در هر دو گروه اندازه‌گیری شد. پس از آن گروه مداخله در گروه‌های ۳-۴ نفره هشت جلسه (جدول ۱) هفته‌ای دو بار در کلاس‌های آموزشی حضور پیدا کردند و مؤلفه‌های هوش هیجانی شامل حل مسئله، خوشبختی، استقلال، تحمل فشار روانی، خود شکوفایی، خودآگاهی هیجانی، واقع‌گرایی، روابط بین فردی، خوش بینی، عزت نفس، کنترل تکانه، انعطاف‌پذیری، مسئولیت‌پذیری، همدلی و خود ابرازی، توسط پژوهشگر اول آموزش داده شد. پس از پایان جلسات آموزشی، میزان تاب‌آوری و هوش هیجانی بار دیگر در هر دو گروه اندازه‌گیری شد. برای تحلیل داده‌ها از آمار توصیفی میانگین و انحراف معیار و آمار استنباطی در نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۴ استفاده گردید که برای بررسی توزیع نرمال نمونه‌ها در دو گروه بر اساس مشخصات دموگرافیک از آزمون دقیق فیشر و تی مستقل و برای مقایسه میزان هوش هیجانی و تاب‌آوری بین دو گروه مداخله و کنترل از آزمون تی مستقل و برای مقایسه میزان هوش هیجانی و تاب‌آوری هر گروه قبل و بعد از مداخله از آزمون تی زوجی استفاده شد. همچنین برای کنترل آماری تفاوت میانگین گروه‌ها در پیش‌آزمون از تحلیل کوواریانس استفاده گردید. سطح معناداری ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

گروه آزمون در نظر گرفته شده و مابقی شماره‌ها که در گردونه ماند، برای گروه شاهد مدنظر قرار گرفت و بدین گونه افراد به دو گروه آزمون و شاهد تقسیم شدند.

معیارهای ورود شامل جنس مؤنث، دارای همسر با تشخیص اسکیزوفرنی و بستری در بیمارستان، داشتن حداقل سواد خواندن و نوشتن، نداشتن سابقه آموزش هوش هیجانی به صورت رسمی، با حداقل یک سال سابقه زندگی مشترک و حداقل دوره شش ماه تشخیص بیماری همسر بود. ابزار گردآوری داده‌ها شامل سه پرسشنامه اطلاعات جمعیت‌شناسی، هوش هیجانی بار-آن و تاب‌آوری کاتر و دیویدسون بود. پرسشنامه اطلاعات جمعیت‌شناسی سن، تحصیلات و شغل فرد و همسر، مدت ازدواج، تعداد فرزندان، مدت بیماری و تعداد دفعات بستری را می‌سنجید. هوش هیجانی با پرسشنامه هوش هیجانی بار-آن سنجیده شد که توسط دکتر ریون بار-آن در ابتدای دهه ۱۹۸۰ طراحی شد. این پرسشنامه دارای ۹۰ سؤال با لیکرت پنج‌درجه‌ای و یک نمره کلی (هوش هیجانی کلی)، پنج عامل مرکب (روابط درون فردی، روابط بین فردی، سازگاری، تنش و خلق عمومی) و ۱۵ خرده مقیاس حل مسئله، شادکامی، استقلال، خود شکوفایی، تحمل فشار روانی، خودآگاهی هیجانی، واقع‌گرایی، روابط بین فردی، خوش‌بینی، عزت‌نفس، شاهد تکانه، انعطاف‌پذیری، مسئولیت‌پذیری، همدلی و خود ابرازی است. به‌طورکلی میانگین هوش هیجانی هر فرد بین ۴۵۰-۹۰ قرار می‌گیرد. روایی و پایایی نسخه فارسی ابزار توسط آخوند لطفعلی (۱۳۸۸) ۰/۸۵ گزارش گردید. (۲۱) تاب‌آوری با پرسشنامه کاتر و دیویدسون (۲۰۰۳) سنجیده شد. این پرسشنامه ۲۵ گویه دارد و در مقیاس لیکرت ۵ درجه‌ای بین صفر تا چهار نمره‌گذاری می‌شود، حداقل نمره برای این آزمون صفر و حداکثر نمره ۱۰۰ در نظر

جدول (۱): خلاصه محتوای جلسات آموزشی

جلسه	محتوا
اول	آشنایی اعضای گروه با یکدیگر و شروع رابطه متقابل رهبر گروه و اعضا و انجام تمرینات آشنایی با یکدیگر
دوم	توضیح مفهوم هوش هیجانی، خودآگاهی، خود ابرازی و انجام تمرینات مربوطه
سوم	بررسی نتایج تمرینات جلسه قبل و انتقال مفاهیم جدید خود شکوفایی و استقلال و همدلی
چهارم	بررسی نتایج تمرینات جلسه قبل و انتقال مفاهیم جدید مسئولیت‌پذیری اجتماعی و روابط بین فردی
پنجم	بررسی نتایج تمرینات جلسه قبل و انتقال مفاهیم جدید واقع‌گرایی و انعطاف‌پذیری و حل مسئله
ششم	بررسی نتایج تمرینات جلسه قبل و انتقال مفاهیم جدید تحمل فشار روانی، شاهد تکانه
هفتم	بررسی نتایج تمرینات جلسه قبل و انتقال مفاهیم جدید خوش‌بینی و شادمانی
هشتم	پاسخگویی به سؤالات افراد شرکت‌کننده در جلسات و انجام پس‌آزمون

یافته‌ها

در این مطالعه ۳۰ نفر شرکت داشتند. میانگین سن آزمودنی‌ها در گروه آزمون ۳۷/۸۷ سال و در گروه شاهد ۳۸/۹۳، میانگین سن همسر هم در گروه آزمون ۴۰/۷۳ سال و در گروه کنترل ۴۱/۹۳ سال، میانگین تعداد فرزندان در گروه آزمون ۱/۶۷ و در گروه کنترل ۱/۹۳ نفر، میانگین دفعات بستری در گروه آزمون ۷/۸۷ بار و در گروه کنترل ۵/۹۳ بار، میانگین مدت ازدواج در گروه آزمون ۱۴/۱۳ سال و در گروه کنترل ۱۵/۲ سال، میانگین مدت ابتلا در

گروه آزمون ۱۳/۸۶ سال و در گروه کنترل ۱۴/۴ سال بود. آزمودنی‌ها از نظر پراکندگی و توزیع در دو گروه یکسان بوده‌اند (جدول ۲).

هوش هیجانی و تاب‌آوری در گروه شاهد، قبل از مداخله به ترتیب ۲۸۷/۳۳±۲۸/۸۲، ۲۸۵/۸۷±۴۰/۳۰، ۲۸۸/۷۳±۲۷/۰۸ و برای گروه مداخله، قبل از مداخله به ترتیب ۲۴/۸±۶/۰۶، ۲۹۵/۸۷±۳۵/۴۹ بوده است (جدول ۳ و ۴).

جدول (۲): متغیرهای زمینه‌ای در دو گروه همسر بیماران و بیماران

متغیر	همسر		آزمون آماری	بیمار	
	مداخله	کنترل		مداخله	کنترل
	تعداد (درصد)	تعداد (درصد)		تعداد (درصد)	تعداد (درصد)
تحصیلات	ابتدایی	۳(۲۰)	۵(۳۳)	۶(۴۰)	۳(۲۰)
	راهنمایی	۹(۶۰)	۲(۱۳)	۶(۴۰)	۳(۲۰)
	دبیرستان	۰(۰)	۳(۲۰)	۰(۰)	۲(۱۳)
	دیپلم	۳(۲۰)	۴(۲۶)	۳(۲۰)	۷(۴۶)
شغل	کارדانی	۰(۰)	۱(۶)	۰(۰)	۰(۰)
	خانه‌دار/بیکار	۱۰(۶۶)	۵(۳۳)	۵(۳۳)	۲(۳۱)
	آزاد	۴(۲۶)	۹(۶۰)	۹(۶۰)	۱۰(۶۶)
	کارمند	۱(۶)	۱(۶)	۱(۶)	۳(۲۰)
بازنشسته	۰(۰)	۰(۰)	۱(۶)	۰(۰)	

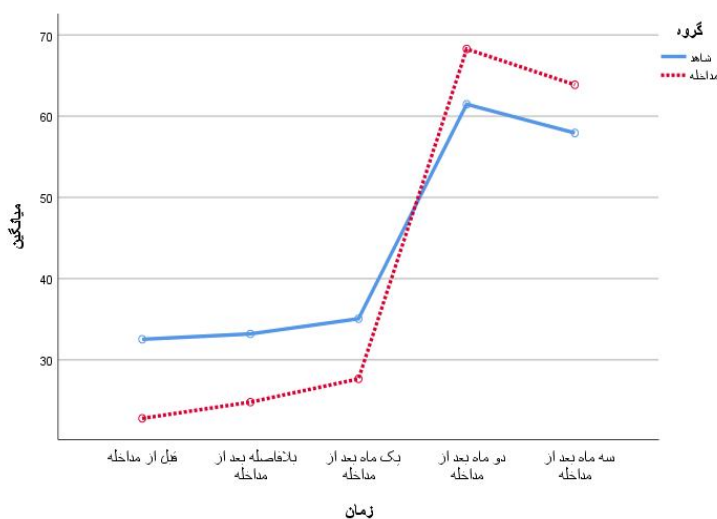
جدول (۳): مقایسه میانگین هوش هیجانی در گروه‌های آزمون و کنترل

متغیر	قبل از مداخله	بعد از مداخله	p-value	تغییرات قبل و بعد
هوش هیجانی	۲۸۵/۸۷±۴۰/۳۰	۲۹۵/۸۷±۳۵/۴۹	۰/۰۱	-۱/۸۶۷±۱/۹۵
هوش هیجانی	۲۸۷/۳۳±۲۸/۸۲	۲۸۸/۷۳±۲۷/۰۸	۰/۶۷	۰/۱۳۳±۱/۵۵

جدول (۴): میانگین و انحراف معیار نمره کلی تاب‌آوری در دو گروه آزمون و شاهد

گروه	تاب‌آوری				
	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	پیگیری یک‌ماهه	پیگیری دو‌ماهه	پیگیری سه‌ماهه
شاهد	۳۲/۵۳±۱۰/۵۹	۳۳/۲±۱۰/۷۳	۳۵/۰۷±۹/۴۳	۶۱/۴۷±۱۳/۲۷	۵۷/۹۳±۱۳/۵۲
مداخله	۲۲/۸±۷/۸۷	۲۴/۸±۶/۰۶	۲۷/۶۷±۵/۲۸	۶۸/۲۷±۸/۳۸	۶۴/۸۷±۱۱/۰۵

F= ۴/۵ P= ۰/۰۳



نمودار (۱): تاب‌آوری کلی

بحث و نتیجه‌گیری

یافته‌ها نشان داد که میانگین نمره تاب‌آوری گروه مداخله بعد از اجرای مداخله نسبت به قبل افزایش پیدا کرد و از نظر تاب‌آوری کل قبل و بعد از آموزش اختلاف معناداری وجود دارد ولی در گروه شاهد تفاوت معنی‌داری مشاهده نشد و تغییرات حاصل در تاب‌آوری در اثر انجام مداخله (آموزش) می‌باشد. در مورد تأثیر هوش هیجانی هم اثر زمان، هم اثر گروه و هم برهمکنش زمان گروه از نظر آماری معنی‌دار شده است که از این یافته‌ها می‌توان نتیجه گرفت که آموزش هوش هیجانی باعث ارتقاء تاب‌آوری افراد گروه مداخله شده است. این نتایج همسو است با مطالعه خوش‌نظری و همکاران (۱۳۹۴) که به‌منظور بررسی اثر آموزش مهارت‌های هوش هیجانی بر تاب‌آوری پرستاران بخش روان‌پزشکی انجام گرفت. نتایج این مطالعه نشان داد که بین هوش هیجانی و ابعاد آن با تاب‌آوری رابطه‌ی مثبت و معنی‌داری وجود دارد. نتایج تحقیق کشاورزی و یوسفی (۱۳۹۱) که به بررسی هوش هیجانی، هوش معنوی و تاب‌آوری پرداخت، حاکی از آن است که افرادی که از لحاظ هوش عاطفی در سطح بالایی قرار دارند در شرایط دشوار، تاب‌آوری بیشتری نشان می‌دهند. پژوهش لئو و همکاران (۲۰۱۳) نشان داد که بین هوش هیجانی و تاب‌آوری ارتباط مثبت و معناداری وجود دارد (۱۳).

از آنجاکه گروه مداخله و شاهد در ویژگی‌های جمعیت‌شناختی همسان بوده‌اند و با توجه به مقایسه میانگین نمرات تاب‌آوری قبل و بعد از مداخله در دو گروه مداخله و شاهد، می‌توان نتیجه گرفت که تفاوت معنی‌داری ایجادشده در میانگین نمرات پیش‌آزمون و

پس‌آزمون دو گروه، صرفاً به دلیل مداخله و آموزش مهارت‌های هوش هیجانی بر افزایش هوش هیجانی و تاب‌آوری همسران بیماران دارای اسکیزوفرنی مؤثر بوده است.

افزایش میزان تاب‌آوری از طریق مهارت‌های هوش هیجانی، از این نظر اهمیت دارد که فرد از طریق شناخت احساسات خود و دیگران در تاب‌آوری شرایط سخت می‌تواند خود را حفظ و مقاومت نماید. با توجه به مطالعات ذکرشده، تاب‌آوری فاکتوری مهم و تأثیرگذار در ارتقای کیفیت زندگی همسران بیماران دارای اسکیزوفرنی می‌باشد و حفظ و ارتقای آن اهمیت ویژه‌ای دارد.

متأسفانه به دلیل کمبود وقت و نیروی آموزشی، امکان مطالعات و پیگیری طولانی‌مدت در مورد ثبات مهارت‌های هوش هیجانی و ظرفیت تاب‌آوری همسران بیماران دارای اسکیزوفرنی وجود نداشت و همچنین کسب اطلاعات در زمینه هوش هیجانی توسط گروه شاهد از طریق رسانه‌های عمومی می‌توانست نتایج این مطالعه را تغییر دهد که از کنترل پژوهشگر خارج بود. پیشنهاد می‌شود مطالعات مشابه در آینده با پیگیری طولانی‌مدت جهت بررسی ثبات مهارت‌های هوش هیجانی و ظرفیت تاب‌آوری همسران بیماران دارای اسکیزوفرنی انجام شود و همچنین با توجه به طولانی بودن زمان تغییر رفتار توصیه می‌گردد آموزش مهارت‌های هوش هیجانی در زمان‌های آموزشی بیشتری انجام گردد.

یافته‌های حاصل از پژوهش نشان داد که آموزش هوش هیجانی، تاب‌آوری همسران بیماران اسکیزوفرنی را ارتقا می‌دهد، درحالی‌که تغییر چندانی در تاب‌آوری افراد در گروه شاهد قبل و

دانشگاه علوم پزشکی قزوین با کد اخلاق به شماره IR.QUMS.REC.1397.075 از کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی قزوین بوده که بدین وسیله نویسندگان مراتب سپاس خود را از کلیه اساتید، کارشناسان و کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی قزوین، همچنین مسؤولین و کارکنان محترم مرکز روان پزشکی ۲۲ بهمن قزوین و همسران بیماران اسکیزوفرنی شرکت کننده در تحقیق که با صبر و متانت خود راهگشای مطالعه بودند، اعلام می نمایند.

بعد از مداخله ایجاد نشده بود. بنابراین توصیه می شود که آموزش هوش هیجانی در برنامه های آموزشی همسران این بیماران گنجانده شود. از این رو به مسئولین و روان پرستاران توصیه می شود که در برنامه های آموزش بیمارستان برای خانواده ها، آموزش مهارت های هوش هیجانی را لحاظ نمایند.

تشکر و قدردانی

این مقاله حاصل پایان نامه کارشناسی ارشد پرستاری در

References:

- Zarei S, Zeighami R, Seyyed Javadi A. Needs of Children of Parents with Schizophrenia. PCNM 2021; 11 (3):32-9.
- Buck B, Hallgren KA, Campbell AT, Choudhury T, Kane JM, Ben-Zeev D. mHealth-Assisted Detection of Precursors to Relapse in Schizophrenia. Front. Psychiatry 2021; 12:642200.
- Lee KT, Lee SK, Lu MJ. Mediating effect of empowerment on the relationship between global function and personal recovery among community-dwelling patients with schizophrenia: a cross-sectional study. BMC Psychiatry 2021; 21: 241.
- Recio-Barbero M, Segarra R, Zabala A, González-Fraile E, González-Pinto A and Ballesteros J. Cognitive Enhancers in Schizophrenia: A Systematic Review and Meta-Analysis of Alpha-7 Nicotinic Acetylcholine Receptor Agonists for Cognitive Deficits and Negative Symptoms. Front Psychiatry 2021; 12:631589.
- Kahani AM, Ghanbari BA. The Efficacy of Group Psycho educational Interventions on Family Performance of Patients with Mood Disorders. FCPJ 2012; 1(3):399-412.
- Rahmani F, Ebrahimi H, Ranjbar F, Asghari E. The effect of group psychoeducational program on attitude toward mental illness in family caregivers of patients with bipolar disorder. Hayat 2016; 21 (4):65.
- Shamsaei F, Mohammadkhan Kermanshahi S, Vanaki Z. Survey of Family Caregiver Needs of Patients with Bipolar Disorder. Avicenna J Clin Med 2010; 17 (3):57-63
- Vaghee S, Salarhaji A. Stigma in Family caregivers of Patients with Schizophrenia Hospitalized in Ibn-Sina Psychiatric Hospital of Mashhad in 2014-2015. JMS 2015; 3 (3):23-30.
- Walton HM, Chow L, Topor DR, Pepple JR, Fish S, Ahnallen CG. Treatment of women veterans with posttraumatic stress disorder and serious mental illness in an inpatient mental health treatment setting: A case study. Women Ther 2015; 38: 128-40.
- Derakhshan A, Meygooni AKM, Sairefi MR. Comparison of depression, anxiety, ruminatin, thought suppression and coping styles in spouses of schizophrenic patients and normal individuals. J Appl Psychol 2016;10(3), 39:367-86.
- Corrigan P.W, Bink A.B, Fokuo J.K, Schmidt A. The public stigma of mental illness means a difference between you and me . Psychiatry Res 2015; 226 (1),186-91.
- Sheikholeslami^۱, Khalatbary J, Ghorbanshiroudi S. Effectiveness of Stress Coping Skills Training With Psycho-Educational Approach among Caregivers` of Schizophrenic Patients on Family Function And Psychological Wellbeing. J Holist Nurs Midwifery 2016; 26 (3):46-54.
- Khoshnazary S, Hosseini M, Fallahi Khoshknab M, Bakhshi E. The Effect of Emotional Intelligence (EI) Training on Nurses' Resiliency in Department of Psychiatry. IJPN 2016; 3 (4):28-37.

14. Shahriaripour R, Najafi S, Moradi, F. Amin Bidokhti, A. Zolfaghari, A. Presenting a Model of the Role of Spiritual Experiences and Emotional Intelligence, on the Resilience of Students (Case Study: Semnan University Students). 2016; 6(18): 115-134.
15. Khalatbari, J. Bahari, S. Relationship between Resilience and Satisfaction of Relationship between Resilience and Satisfaction of Life. Journal of Educational Psychology, 2010; 1(2): 78-89.
16. Sasanimogadam S, Bahrololom H. Relationship between Emotional Intelligence with psychological skills in Female Athletes. JRSM. 2011; 1 (1):27-39.
17. Khodajavasi R, Pero D. The relationship between emotional intelligence and resilience in students at university of social welfare science and rehabilitation. etiadpajohi. 2009; 2 (8):69-82.
18. Raluca Matei S, Mariana Dumitrescu S. Comparative study on the development of emotional intelligence of institutionalized adolescents and teenagers in the family. Procedia - Social and Behavioral Sciences 2012; 33.
19. Hee, c. euna p. Diversity of emotional intelligence among nursing and medical students. Osong Public Health and Research Perspectives. 2016, 7(4): 261-265.
20. Raghibi M. Rabani M. The Effect of Optimistic Skills Training on Emotional Intelligence of Boys in Kerman Correctional Center Journal of Educational Psychology Studies 2011; 9(15): 108-24.
21. Akhoond lotfali P, Hosseini M.A, Khankeh H.R, Fallahi Khoshknab M, Hosseinzadeh S. The effect of emotional intelligence education on job conflict in nurses. JHPM 2012; 1 (1):7-16.

THE EFFECT OF EMOTIONAL INTELLIGENCE ON THE RESILIENCE OF WIVES OF SCHIZOPHRENIC PATIENTS

Zeinab Ebadi¹, Reza Zighami^{*2}, Seyedeh Zahra Hashemi³, Mehdi Ranjbaran⁴

Received: 22 December, 2020; Accepted: 21 April, 2021

Abstract

Background & Aim: Process resilience is the ability or consequence of successfully adapting to threatening conditions. The purpose was to determine the effect of emotional intelligence training on the resiliency of spouses of schizophrenia.

Materials & Methods: In this field trial study 30 spouses of schizophrenic patients were randomly assigned to the intervention and control groups. First, three questionnaires of demography, Bar-On emotional intelligence and Connor and Davidson resilience were completed by the intervention and control group. At first, all three demographic questionnaires, Bar-on Emotional Intelligence, and Conner and Davidson Resiliency were completed by the all groups. Then, by holding training sessions for 8 sessions, the intervention group received the necessary training on emotional intelligence and its skills along with practical exercises in the sessions. Then the two questionnaires were again completed by both intervention and control groups. Fisher's exact test, independent t-test, paired t-test and analysis of covariance were used to analyze the data.

Results: Mean score of emotional intelligence before intervention in the intervention group was 285.87 ± 40.308 and in the control group was 287.33 ± 28.826 . After intervention, 295.87 ± 35.496 in intervention group and 288.73 ± 27.088 in control group. The mean score of resiliency in the intervention group before the intervention was 22.80 ± 7.876 and in the control group was 32.53 ± 10.596 . After intervention in the intervention group 63.87 ± 11.051 and in the control group reached 57.93 ± 13.520 . These changes became statistically significant. ($p < 0.05$).

Conclusion: Emotional intelligence training improved the resiliency of schizophrenic patients' wives, while there was no significant change in resiliency in the control group before and after the intervention. Therefore, it is recommended that emotional intelligence training be included in the educational programs of these patients' wives.

Keywords: emotional intelligence, resilience, schizophrenia, Family

Address: Department of Nursing, Qazvin University of Medical Sciences, Qazvin, Iran

Tel: +982833335034

Email: behsare@gmail.com

¹ MSc of Psychiatric Nursing, Qazvin University of Medical Sciences, Qazvin, Iran

² Assistant Professor, Department of Psychiatric Nursing, Qazvin University of Medical Sciences, Qazvin, Iran (Corresponding Author)

³ Assistant Professor, Department of Psychiatry, Qazvin University of Medical Sciences, Qazvin, Iran

⁴ Assistant Professor of Epidemiology, School of Health, Qazvin University of Medical Sciences, Qazvin, Iran