مجله دانشگاه علوم پزشکی تربت حیدریه
دوره ۱۱. شماره ۴. زمستان ۱۴۰۲

مقاله پژوهشی

بررسی مقایسه ای هوش هیجانی در بیماران بهبود یافته از بیماری کووید-۱۹ با افراد مبتلا نشده

عباس قدرتی تربتی[۱]، منصوره منصوری[۲*]

۱. گروه پرستاری، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی تربت حیدریه، تربت حیدریه، ایران

۲ .گروه هوشبری، دانشکده پیراپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی تربت حیدریه، تربت حیدریه، ایران

چکیده

زمینه و هدف: هوش هیجانی نقش مهمی در سلامت روانی افراد دارد و اختلال در آن نیز سلامت روانی فرد را به خطر می اندازد لذا توجه به این بعد از هوش در زمان شیوع کووید-۱۹ بسیار مهم است. هدف این پژوهش مقایسه هوش هیجانی در بیماران بهبود یافته از بیماری کووید-۱۹ با افراد مبتلا نشده بود.

روش‌ها: پژوهش حاضر یک مطالعه علی- مقایسه‌ای بود. جامعه آماری بیماران بهبود یافته از کووید-۱۹ و ترخیص شده از بیمارستان نهم دی شهرستان تربت حیدریه بودند که ۳۵۲ نفر با استفاده از روش نمونه‌گیری در دسترس جهت ورود به مطالعه انتخاب شدند. ابزار پژوهش پرسشنامه هوش هیجانی شرینگ بود. داده ها با استفاده از آزمون کای دو و آزمون آماری تی مستقل و با نرم افزار spss ۲۱ تجزیه و تحلیل شدند.

نتایج: بین مولفه‌های هوش هیجانی در دو گروه بهبود یافته از کووید-۱۹ و افراد سالم تفاوت معنادار آماری وجود داشت ($p<۰/۰۵$) به طوری که افراد بهبود یافته از کووید-۱۹ نمرات پایین تری در متغیرهای خودآگاهی و همدلی کسب کرده بودند اما در متغیرهای خودکنترلی، خودانگیزی و مهارت اجتماعی افراد گروه سالم نمره بالاتری داشتند.

نتیجه‌گیری: جهت بهبود خودکارآمدی، مسئولیت‌پذیری، همدلی و ارتقای مهارت‌های اجتماعی بعد از بهبودی بیماری کووید -۱۹ ، پیشنهاد می شود از مداخلات روانشناختی آموزش هوش هیجانی در طراحی برنامه های مراقبتی بیماران استفاده گردد.

کلید واژه‌ها:
هوش هیجانی، کووید-۱۹، بیماران بهبود یافته ، افراد مبتلا نشده

تمامی حقوق نشر برای دانشگاه علوم پزشکی تربت حیدریه محفوظ است.

***آدرس نویسنده مسئول: تربت حیدریه، دانشگاه علوم پزشکی تربت حیدریه، دانشکده پیراپزشکی، گروه هوشبری**
آدرس پست الکترونیک: Mansouri-m1@yahoo.com

مقدمه

براساس اعلام سازمان بهداشت جهانی بیماری های ویروسی مسئله ای جدی برای بهداشت عمومی هستند. در بیست سال گذشته چندین اپیدمی ویروسی مانند سندرم دیسترس حاد تنفسی کرونا ویروس (SARS-COV) در سال ۲۰۰۲- ۲۰۰۳ در ایالت گوانگ دونگ چین و آنفلانزای H1N1 در سال ۲۰۰۹ در مکزیک ثبت شده است و در فاصله سال های ۲۰۱۲ تا ۲۰۱۵ منجر به ابتلای ۱٦۱٦ نفر در ۲٦ کشور جهان شد و نهایتا ٦۲٤ کشته بر جای گذاشت اشاره کرد (۱). پاندمی های جهانی عفونت‌های ویروسی بسیار ویرانگر بوده اند. در سال ۲۰۰۳ نیز اپیدمی سندرم حاد تنفسی شدید (SARS) حدود ۸۰۰۰ نفر را تحت تاثیر قرار داد. ۷۸۰ نفر را کشت و باعث یک بحران اجتماعی و اقتصادی عظیم شد. در سال ۲۰۰٦ تهدید پاندمی H5N1 مرغی جدید و در سال ۲۰۰۹ آنفلانزای خوکی جدید H1N1، باعث اضطراب جهانی شد (۲). در ماه دسامبر سال ۲۰۱۹، شهر ووهان چین مرکز شیوع بیماری پنومونی با علت ناشناخته شد. در ۷ ژانویه ۲۰۲۰ دانشمندان چینی از این بیماری با پنومونی عفونی ویروسی، یک ویروس کرونای جدید کشف کردند، که با عنوان nCoV-2019 شناخته شد و در تاریخ ۱۰ فوریه ۲۰۲۰ این بیماری توسط سازمان بهداشت جهانی به عنوان بیماری کرونا ویروس ۲۰۱۹ (COVID-19) نامیده شد و ویروس نیز به نام سندرم کرونا ویروس تنفسی حاد شدید۲ (SARS-CoV-2) نامیده شد (۳).

در حال حاضر جامعه جهانی یکی از بحرانی ترین شرایط بهداشتی را در دهه های اخیر به علت پاندمی covid-19 و پیامدهای ناشی از آن از جمله ابتلای میلیون ها نفر و مرگ ده‌ها هزار تن تجربه می کند (٤). این در حالی است که سازمان بهداشت جهانی(WHO) و بسیاری از کشور ها تلاش خود را در جهت کاهش سرعت شیوع Covid-19 انجام می دهند. با توجه به شواهد میتوان نتیجه گرفت که ویروس Covid-19 خطرناک ترین عضو خانواده ی کرونا ویروس ها شناخته شده و هشدار جدی برای تمام کشور های جهان محسوب می‌شود (٥).

شیوع بیماری covid-19 علاوه بر فشار های کاری که به پرسنل درمانی و نیرو های خدماتی مشغول به کار در سیستم‌های بهداشتی و درمانی وارد می کند باعث افزایش اختلالات روانشناختی در سایر گروه هایی که به طور مستقیم با این بیماری روبرو نیستند می شود (٦). هوش بر اساس تعریف سنتی خود مدت ها به عنوان اصلی ترین عامل موفقیت و پیشرفت در نظرگرفته می شد (۷).بدین گونه که هر چه نمرات هوش افراد بالاتر باشد در حل مسائل و مشکلاتی که روزمره با آن روبرو می شوند، موفق تر عمل می کنند ولی در صورتی که هوش افراد پایین باشد در برخورد با مسائل با مشکل روبرو خواهند شد و به آسانی نمی توانند در برابر چالش های روزمره مقامت کنند (۸). از جمله رایج ترین تعاریفی که در مورد هوش در متون علمی آمده است میتوان به توانایی یادگیری، دید و نگرش باز به مسائل، نتیجه گیری سریع، تفکر انتزاعی، خلاقیت، تمرکزحواس، توانایی درست قضاوت کردن و توانایی حل مسائل اشاره کرد (۹).

برخی از پژوهشگران نشان داده اند که رابطه ی هوش و موفقیت و توانایی های حل مسئله دارای ارتباط مثبت با هم هستند ولی برخی از پژوهشگران بر این باورند که موفقیت های شغلی و توانایی های حل مسئله محدود به این بخش نیست و باید سایر عوامل موثر بر موفقیت نیز مورد توجه قرار گیرند (۱۰). با توجه به آنکه هوش هیجانی مهمترین عامل برای پیش بینی عملکرد فرد در محیط کار و قویترین نیرو برای رهبری و موفقیت است لازم است که همواره مورد توجه قرار گیرد (۱۱). اخیراً هوش هیجانی توجه اکثر دانشمندان را جلب کرده و نتایج حاصل از تحقیقات نشانگر آن است که هوش هیجانی در موفقیت افراد و کارآیی سازمان ها دست کم به اندازه ضریب هوشی افراد دخیل است (۱۲). هوش هیجانی با مجموعه ای از مهارت‌های مرتبط با خودانضباطی، عزم، خودانگیزشی و

حساسیت به احساسات دیگران، مشخص می شود. از دیدگاه کاربردی، بی توجهی به احساسات یا کمبود هوش هیجانی باعث درست کنترل نشدن موقعیت می شود (۱۳). هوش هیجانی نقش یک واسطه را بازی میکند، که این واسطه بین سلامت روانی و عوامل مخرب قرار دارد. کسانی که دارای هوش هیجانی بالاتری هستند توانایی بیشتری در مقابله با درگیری های زیست محیطی نسبت به افرادی که از هوش هیجانی پایین تری برخوردار هستند، دارند. آگاهی عاطفی و تنظیم آن منجر به توانایی مدیریت و بهبود عملکرد و ظایف می شود (۱٤).

هوش هیجانی آگاهی از احساسات و کاربرد آن برای تصمیمهای مهم و مناسب در زندگی در برابر آسیب های روان شناختی است.افراد با هوش هیجانی بالا به احساسات خود توجه کرده و میتوانند تأثیر رخدادهای استرس زا را به حداقل رسانده و به راحتی با آنها مقابله کنند و در نتیجه از سلامت جسمی و روانی بیشتری برخوردارند (۱۵). وان نشان داد که بین هوش معنوی و هوش هیجانی و شایستگی های فردی در کار و زندگی و سلامت ذهن همبستگی بالایی وجود دارد. هوش معنوی دربرگیرنده نوعی سازگاری و رفتار حل مسأله هست که فرد در جهت هماهنگی با پدیده ای پیرامون و دستیابی به یکپارچگی درونی و بیرونی از آن بهره می گیرد (۱٦).

با توجه به آنکه هوش هیجانی نقش مهمی در سلامت روانی افراد دارد و اختلال در آن ها سلامت روانی فرد را به خطر می‌اندازد، توجه به این بعد از هوش در زمان شیوع ویروس covid-19 بسیار مهم است. مطالعات مختلف تاکید کرده اند که ویروس covid-19 با ایجاد اختلالات روانشناختی در افراد بهبود یافته از بیماری عملکرد های شغلی را در آن ها تحت تاثیر قرار میدهد (۱۷). با توجه به مطالب پیش گفت، بسیار مهم است که اختلالات روانشناختی در بهبود یافتگان covid-19 بررسی شود چرا که این اختلالات اولین مرحله خود را در دوران پس از بهبودی در بیماری های مزمن نشان می دهند. بررسی وضعیت هوش هیجانی بهبود یافتگان در حوزه بهداشت می تواند پیامد عمده ای برای خدمات بهداشتی و سیاست‌گذاری‌های سلامت روان برای این گروه آسیب پذیر، داشته باشد. علاوه بر این به این جهت که افراد جامعه به صورت تخصصی در اقتصاد جامعه و بهره وری نقش دارند نیاز است تا بهتر بررسی شوند تا بتوانند پس از درمان در ماموریت خود کارامدتر باشند (۱۸). علاوه بر این، هوش هیجانی سنگ بنای یک حرفه است و چارچوب های اخلاقی را در اختیار یک حرفه قرار می دهد و داشتن یک هوش هیجانی قوی به افراد جامعه این امکان را می دهد تا ارزش های خود و نحوه ارتباط آنها با رفتارهایی را که حرفه ، همکاران و سایرین از وی انتظار دارند مورد توجه قرار دهد. فهم بهتر ارتباط هوش هیجانی با سلامت روانی و نقش آن در افزایش توانمندی افراد در تاب آوری در برابر فشارهای روانی و مشکلات ناشی از آن کمک می کند (۱۹). از طرفی با توجه به اینکه تا کنون در ایران مطالعات اندکی در مورد رابطه بین هوش هیجانی در بهبود یافتگان از بیماری های حاد وجود دارد و نیز از آنجا که در ایران مطالعه ای وجود نداشت که به بررسی رابطه هوش هیجانی در این افراد بپردازد؛ مطالعه حاضر می تواند با بررسی هوش هیجانی در بیماران بهبود یافته کووید-۱۹ مراجعه کننده به بیمارستان نهم دی تربت حیدریه در سال ۱٤۰۰در آنان به ما در شناسایی مشکلات در حوزه هوش هیجانی کمک کند و زمینه ساز طراحی و اجرای برنامه ها و مداخلات مناسب در محیط های آموزشی و بالینی جهت ارتقاء سلامت افراد جامعه باشد و به آنها جهت ایفای نقش های حرفه‌ای خود و شکل گیری هر چه بیشتر هویت حرفه ای کمک کند.

روش‌ها

پژوهش حاضر یک مطالعه از نوع علی – مقایسه ای(Causal-comparative research) است که با هدف تعیین هوش هیجانی در بیماران بهبود یافته از کووید-۱۹ مراجعه کننده به بیمارستان نهم دی تربت حیدریه در سال ۱٤۰۱ انجام شد. جامعه پژوهش را بیماران بهبود یافته از کووید-۱۹ و ترخیص شده از بیمارستان نهم دی شهرستان تربت حیدریه بودند که

از روش نمونه گیری در دسترس جهت انتخاب افراد استفاده شد. بر اساس مطالعه مشابه (۲۰) همچنین بر اساس t دونمونه ای در سطح اطمینان ۹۵٪ تعداد ۳۵۲نفر (تعداد ۱۷٦ نفر درگروه مورد و تعداد ۱۷٦ نفر درگروه کنترل) محاسبه شدند. بدین صورت که بعد از تکمیل شدن ۳۹۰ پرسشنامه،۳۸ پرسشنامه که ناقص تکمیل شده بودند، از مطالعه حذف و ۳۵۲ پرسشنامه تجزیه و تحلیل شدند. برای همانند سازی بیشتر گروه کنترل، از سایر افراد خانواده بیماران مبتلا به کووید-۱۹ در این مطالعه انتخاب شدند. معیارهای ورود به پژوهش شامل: داشتن تست مثبت کوید و بهبود یافتن از بیماری کوید-۱۹، بستری بودن در بیمارستان حداقل به مدت ۷۲ ساعت، نداشتن سابقه اختلالات روانی قبلی، سن بین ۲۰ تا ٦۰ سال، توانایی سواد خواندن و نوشتن، دسترسی به واتس آپ و معیارهای خروج از مطالعه شامل: ابتلای مجدد به بیماری کوید، انصراف یا عدم علاقه شرکت در مطالعه، تکمیل ناقص پرسشنامه بود. پس از کسب کد اخلاق و دریافت معرفی نامه جهت انجام پژوهش از دانشگاه علوم پزشکی تربت حیدریه، پژوهشگر پس از تماس تلفنی با بیماران بهبود یافته از کووید-۱۹ و افراد سالم، پس از توضیح اهداف پژوهش به آنان پرسشنامه به صورت الکترونیکی از طریق پیام رسان واتس آپ در اختیار بیماران قرار گرفت، و پرسشنامه تکمیل شده در همان روز یا روز بعدی از آنان تحویل گرفته شد. ادر این پژوهش علاوه بر پرسشنامه خصوصیات دموگرافیک اطلاعات ، به منظور سنجش متغیر پژوهش از پرسشنامه هوش هیجانی شرینگ استفاده شد. این پرسشنامه دارای ۳۳ سوال و پنج مؤلفه خودآگاهی(۸سوال)، خودکنترلی(۷سوال)، خودانگیزی(۷سوال)، همدلی(٦سوال) و مهارت اجتماعی(۵سوال) است. پاسخها به صورت طیف لیکرت ۵ درجه ای است (همیشه، اغلب اوقات، گاهی اوقات، بندرت، هیچ وقت). هر آزمودنی که گزینه همیشه را انتخاب نماید ۵ و فردی که گزینه هیچ وقت را انتخاب نماید، نمره ۱ دریافت می‌کند. دامنه نمره ای از ۳۳ تا ۱٦۵ است. البته، در سؤال‌های منفی نمره‌گذاری برعکس است.

الف)چنانچه نمره محاسبه شده بین ۳۳ تا ٦٦ باشد، نشانه هوش هیجانی در فرد در حد پایین میباشد .ب)چنانچه نمره محاسبه شده بین ٦٦ تا ۱۰۰ باشد، هوش هیجانی در فرد متوسط میباشد .ج)چنانچه نمره محاسبه شده بالاتر از ۱۰۰ باشد، هوش هیجانی در فرد بالا میباشد.ضریب پایانی این پرسشنامه از طریق آلفای کرونباخ ۰/۸٤ گزارش شده است. منصوری برای تعیین روایی از سنجش روایی سازه استفاده کرده است و براساس نتایج به دست آمده (r=۰/٦۳) گزارش شده است (۲۱). پس از جمع آوری اطلاعات، برای تجزیه تحلیل داده های به دست آمده از روشهای آماری توصیفی (دامنه ها، فراوانی، درصد، میانگین و انحراف معیار) و آمار تحلیلی شامل آزمون کای دو و آزمون آماری تی مستقل استفاده شد. پس از جمع‌آوری اطلاعات، داده ها با استفاده از نرم افزار SPSSنسخه ۲۱ تجزیه و تحلیل شدند.

نتایج

در این مطالعه۳۵۲ نفر در دو گروه بهبود یافته از کووید-۱۹ و افراد سالم بررسی شدند. میانگین سنی شرکت کنندگان 32±1.63 سال، بیشترین جنسیت درگروه بهبود یافته از کووید-۱۹ مرد(٥٤٪) و بیشترین جنسیت درگروه سالم زن (٥۷٪)، بیشتر افراد گروه بهبود یافته از کووید-۱۹ متاهل (۳۵٪) و بیشتر افراد سالم مجرد (۳۹٪)، بیشترین شغل درگروه بهبود یافته از کووید-۱۹ کارمند (۳۵٪) و بیشترین شغل درگروه سالم نیز خانه دار (۳٦٪)، تحصیلات بیشتر افراد گروه بهبود یافته از کووید-۱۹ سیکل تا دیپلم (۳۲٪) و تحصیلات بیشتر افراد گروه سالم دیپلم(۳۰٪) بود. جدول شماره ۱ مربوط به آمار توصیفی متغیرهای دموگرافیک در دو گروه بهبود یافته از کووید-۱۹ و افراد سالم می باشد. نتایج آزمون کای دو بین گروه های مطالعه از نظر سن، جنس، تاهل، شغل و تحصیلات اختلاف معنادار آماری نشان نداد (p>۰/۰۵). میانگین و انحراف معیار مربوط به متغیرهای هوش هیجانی، خودآگاهی، خودکنترلی، خودانگیزی، همدلی و مهارت اجتماعی در دو گروه بهبود یافته

از کووید-۱۹ و سالم به تفکیک در جدول شماره۲ توصیف شده است. در این پژوهش برای تحلیل استنباطی نتایج از آزمون تی مستقل استفاده شد، نتایج آزمون کولموگروف اسمیرنوف نشان دهندۀ نرمال بودن توزیع داده ها بود (p>۰/۰۵). جهت بررسی پیش فرض برابری واریانس ها، نتایج آزمون لون نشان دهنده فرض برابری واریانس ها در همه متغیرهای پژوهش می‌باشد(p>۰/۰۵).

بر اساس نتایج جدول۲، میانگین همه متغیرهای پژوهش در دو گروه بهبود یافته از کووید-۱۹ و افراد سالم تفاوت معنادار آماری دارند (p<0/05). همچنین با توجه به میانگین های مشاهده شده می توان گفت که میانگین نمره متغیرهای خودآگاهی و همدلی در گروه بهبود یافته از کوید-۱۹بیشتر از گروه سالم است ولی در متغیرهای خودکنترلی، خودانگیزی، مهارت اجتماعی و هوش هیجانی میانگین نمره در گروه سالم بیشتر از گروه بهبود یافته از کووید-۱۹ بود.

جدول۱. آمار توصیفی متغیرهای دموگرافیک در دو گروه بهبود یافته از کووید-۱۹ و افراد سالم

گروه متغیر	متغیرها	بهبود یافته از کووید-۱۹	افراد سالم	مقدار آماره	سطح معنی داری
		تعداد(درصد)	تعداد(درصد)		
سن	۱۸ تا ۲۹ سال	(٪۱۸)۳۲	(٪۱٦)۲۸	۱/۳٦۸	۰/۷۱۳
	۳۰ تا ۳۹ سال	(٪۲۲)۳۹	(٪۲۵)٤٤		
	٤۰ تا ٤۹سال	(٪۳٤)٦۰	(٪۳۷)٦۵		
	۵۰ تا۵۹ سال	(٪۲٦)٤۵	(٪۲۲)۳۹		
	زن	(٪٤٦)۸۱	(٪۵۷)۱۰۰	۳/۱۸۹	۰/۰۷٤
	مرد	(٪۵٤)۹۵	(٪٤۳)۷٦		
وضعیت تاهل	مجرد	(٪۳۳)۵۸	(٪۳۹)٦۹	۱/۱۷۱	۰/۵۵۷
	متاهل	(٪۳۵)٦۲	(٪۲۹)۵۱		
	متارکه	(٪۳۲)۵٦	(٪۳۲)۵٦		
شغل	کارمند	(٪۳۵)٦۲	(٪۳۳)۵۸	۰/۱۷۱	۰/۹۱۸
	آزاد	(٪۳٤)٦۰	(٪۳۱)۵۵		
	خانه دار	(٪۳۱)۵٤	(٪۳٦)٦۳		
تحصیلات	سیکل تا دیپلم	(٪۳۲)۵٦	(٪۲۱)۳۷	۳/۵٦۳	۰/۳۱۳
	دیپلم	(٪۲۷)٤۷	(٪۳۰)۵۳		
	فوق دیپلم	(٪۲۰)۳۵	(٪۲٤)٤۲		
	لیسانس و بالاتر	(٪۲۱)۳۸	(٪۲۵)٤٤		

جدول۲. میانگین نمره متغیرهای وابسته در دو گروه بهبود یافته از کووید-۱۹ و افراد سالم و آزمون تی مستقل

گروه متغیر	دامنه نمرات	بهبود یافته از کوید-۱۹	افراد سالم	مقدار t	سطح معنای داری
		انحراف معیار±میانگین	انحراف معیار±میانگین		
خودآگاهی	۱۹-۳٤	۳۲/۵۳±۳/۳۸	۲٦/۵۹±۳/۳۱	٦/٤۲۸	۰/۰۰۳
خودکنترلی	۱۷-۲۸	۲۲/٤۸±۲/۰۱	۲۷/۱۹±۱/۹۹	۵/٤٤۳	۰/۰۰۰
خودانگیزی	۱۹-۲۵	۲۰/۲۲±۲/۰۷	۲٤/٦۳±۲/۰۲	۷/۲٦۲	۰/۰۰۱
همدلی	۱۸-۲٦	۲۵/۳٤±۲/۱۱	۲۰/۳۲±۲/۱۰	٦/۲۲٦	۰/۰۰٤
مهارت اجتماعی	۱٦-۲۲	۱۷/٦۸±۱/۹۲	۲۱/٦۵±۱/۹۰	۵/٤۷۱	۰/۰۰۰
هوش هیجانی	۹۸-۱۲۳	۱۱۸/۲۵±۹/٦۲	۱۲۰/۳۸±۹/٦۳	۸/٤٤۷	۰/۰۰۲

بحث

نتایج پژوهش حاضر نشان داد که بین مولفه های هوش هیجانی شامل خودآگاهی، خودکنترلی، خودانگیزی، همدلی و مهارت اجتماعی در دو گروه بهبود یافته از کووید-۱۹ و افراد سالم تفاوت معناداری وجود داشت (p<0/05) به طوری که افراد بهبود یافته از کووید-۱۹ نمرات پایین تری در متغیرهای خودآگاهی و همدلی کسب کرده بودند اما در متغیرهای خودکنترلی، خودانگیزی و مهارت اجتماعی افراد گروه سالم نمره بالاتری داشتند. این یافته ای این پژوهش با نتایج مطالعات مشابه از جمله مطالعات Codier وهمکاران (۲۲)، Moradi و همکاران (۲۳)، Arora وهمکاران (۲٤) و Hossienzad و همکاران (۲٥)همسو بود.

افراد دارای بیماری های جسمی و روانی بهره هیجانی متفاوتی دارند، بطوری که افراد غیر مبتلا در حوزه درون فردی، انعطاف پذیری و مدیریت استرس نمرات بالاتری را کسب می نمایند. همچنین شواهدی وجود دارد که نشان می دهد نمرات با بهره هیجانی بالا با سلامت روانی بهتر و نمرات با بهره هیجانی پایین با سلامت روانی پایین تری همبستگی دارد (۲٤, ۲٦). بر مبنای این یافته می توان گفت که شیمی مغز افراد مبتلا به بیماریهای جسمی بر خلق و خو، فرایند تفکر، انرژی، رفتار و بهزیستی آنها اثر می گذارد.

طبق موضع گیری ماتیوز میزان واکنش پذیری سیستمهای فیزیولوژیک بدن هنگام ابتلا به بیماری کاهش می یابد و واکنش -پذیری پایین منجر به کاهش سطح تحمل تنیدگی و مهار برانگیختگی در فرد میشود که اینها زیر مجموعه سازه هوش هیجانی هستند و نهایتا باعث کاهش هوش هیجانی در فرد مبتلا به بیماری جسمی می گردد (۲۷).

همچنین بر طبق موضع گیری سلیگمن می توان گفت که کاهش مؤلفه های همدلی، روابط بین فردی، انعطاف پذیری، خود آگاهی، خوش بینی و شادکامی در مبتلایان به بیماری های جسمی احتمالا باعث میشود در مواجهه با این شرایط پر تنش به کاهش هوش هیجانی آنها منجر شود (۲۸).

تبیین بعدی بر اساس نتایج بدست آمده در زمینه بالا بودن نمره افراد گروه سالم در متغیرهای خودکنترلی، خودانگیزی و مهارت اجتماعی است که بر طبق تبیین لاملی، استتنر و ومر این همخوانی شاید از طریق رفتار صورت گرفته باشد، بدین معنا که افراد برخوردار از هوش هیجانی بالا با توسل به رفتارهای مرتبط با سلامت (رعایت فاصله بین فردی، استفاده از ماسک، و سایر وسایل حفاظت فردی) اثر ناخوشایند تنیدگیهای پیش روی بر سلامت جسمانی خود را می توانند به حداقل برسانند (۲۹).

در ارتباط با محدودیتهای پژوهش حاضر میتوان به عدم امکان نمونه گیری تصادفی، عدم کنترل برخی از متغیرها از جمله وضعیت اقتصادی- اجتماعی، کمبود پیشینه نظری و پژوهشی در ارتباط با موضوع مورد بررسی و استفاده از پرسشنامه آنلاین اشاره کرد. پرسشنامه آنلاین علاوه بر مزایای زیادی که بخصوص در زمان شیوع بیماری کووید ۱۹ دارد، ممکن است در دسترس همه افراد قرار نگیرد، به خصوص افراد دارای سطح سواد کم و کسانی که از تلفن همراه هوشمند استفاده نمی کنند. در این راستا، پیشنهاد میشود این پژوهش در سایر مناطق جغرافیایی و فرهنگهای مختلف و در صورت امکان در ارتباط با حجم بزرگتری و با استفاده از نمونه گیری تصادفی انجام شود.

نتیجه‌گیری

نتایج این مطالعه نشان داده است که هوش هیجانی در بیماران بهبود یافته از بیماری کووید-۱۹ با افراد سالم تفاوت معناداری داشت. لذا جهت بهبود خودکارآمدی، مسئولیت پذیری و نهایتا بهبود سلامت روان افراد بعد از ابتلا به بیماری کووید -۱۹ ، پیشنهاد می شود از مداخله روانشناختی آموزش هوش هیجانی در طراحی برنامه های درمانی جهت این بیماران توسط روانشناسان بالینی و درمانگران استفاده گردد.

تشکر و قدردانی

این مقاله حاصل طرح تحقیقاتی با کد کمیته اخلاق IR.THUMS.REC.1401.016 می باشد براین اساس از تمام مسئولان دانشگاه علوم پزشکی تربت حیدریه به دلیل حمایتهای مادی و از کلیه شرکت کنندگان بخاطر مشارکت در اجرای طرح تحقیقاتی تشکر و قدردانی می نماییم.

تضاد منافع

در این پژوهش هیچ گونه تعارض منافعی توسط نویسندگان گزارش نشده است.

مشارکت نویسندگان:

(۱) مفهوم پردازی و طراحی مطالعه، یا جمع آوری داده ها، یا تجزیه و تحلیل و تفسیر داده ها :همه نویسندگان

(۲) تهیه پیش نویس مقاله یا بازبینی آن جهت تدوین محتوای اندیشمندانه: همه نویسندگان

(۳) تایید نهایی دستنوشته پیش از ارسال به مجله: همه نویسندگان

References

1. Wardoyo EH, Suardana IW, Yasa IWPS, Sukrama IDM. Antibiotics susceptibility of Escherichia coli isolates from clinical specimens before and during COVID-19 pandemic. Iranian Journal of Microbiology. 2021;13(2):156.

2. Jefferson T, Dooley L, Ferroni E, Al-Ansary LA, van Driel ML, Bawazeer GA, et al. Physical interventions to interrupt or reduce the spread of respiratory viruses. Cochrane database of systematic reviews. 2023(1).

3. Hui DS, Azhar EI, Madani TA, Ntoumi F, Kock R, Dar O, et al. The continuing 2019-nCoV epidemic threat of novel coronaviruses to global health—The latest 2019 novel coronavirus outbreak in Wuhan, China. International journal of infectious diseases. 2020;91:264-6.

4. Sarmadi M, Ghodrati-Torbati A, Gazerani A, Yaghoobi H, Bakhtiari-Dovvombaygi H. Association of HIV/AIDS and COVID-19 variables: an ecological study. HIV & AIDS Review International Journal of HIV-Related Problems. 2021;20(2):71-7.

5. Torbati AG, Abbaspour S, Zandi A. Efficacy of psychoeducational intervention on depression and anxiety after discharge in patients with covid-19. Journal of Public Health and Development. 2022:209-20.

6. Pfefferbaum B, North CS. Mental health and the Covid-19 pandemic. New England journal of medicine. 2020;383(6):510-2.

7. Rindermann H, Neubauer AC. The influence of personality on three aspects of cognitive performance: Processing speed, intelligence and school performance. Personality and individual differences. 2001;30(5):829-42.

8. Farsides T, Woodfield R. Individual differences and undergraduate academic success: The roles of personality, intelligence, and application. Personality and Individual differences. 2003;34(7):1225-43.

9. Kamalian A, Baharvand F, Zare Elmy N, Guran M. Structural equation model of the relationship between cultural intelligence and entrepreneurial orientation. Manag Res. 2014;7(23):89-106.

10. Kashani-Vahid L, Afrooz G, Shokoohi-Yekta M, Kharrazi K, Ghobari B. Can a creative interpersonal problem solving program improve creative thinking in gifted elementary students? Thinking skills and creativity. 2017;24:175-85.

11. Baharvand F, Gouran M, Yaghoubi NM. Structural Equation Modeling of the Relationship between Emotional Intelligence and Organizational Citizenship Behavior (Case Study: Employees of Imam Khomeini Hospital in Alashtar). Public Management Researches. 2018;11(40):187-214.

12. Tourani S, Ahmadi B. The correlation between nurses' conflict and head nurses' emotional intelligence in the emergency ward of teaching hospitals affiliated to Iran University of Medical Sciences. Journal of Health Promotion Management. 2014;3(3):37-46.

13. Shahbazi S, Heidari M, Vanaki Z. Today nursing need for emotional intelligence: Integrative review of literature. Quarterly Journal of Nursing Management. 2012;1(3):55-64.

14. SHARIF F, Rezaie S, Keshavarzi S, Mansoori P, Ghadakpoor S. Teaching emotional intelligence to intensive care unit nurses and their general health: a randomized clinical trial. 2013.

15. Mohamad M, Jais J. Emotional intelligence and job performance: A study among Malaysian teachers. Procedia Economics and Finance. 2016;35:674-82.

16. Van Leeuwen R, Cusveller B. Nursing competencies for spiritual care. Journal of Advanced Nursing. 2004;48(3):234-46.

17. Ortega-Gutierrez S, Farooqui M, Zha A, Czap A, Sebaugh J, Desai S, et al. Decline in mild stroke presentations and intravenous thrombolysis during the COVID-19 pandemic: The Society of Vascular and Interventional Neurology Multicenter Collaboration. Clinical neurology and neurosurgery. 2021;201:106436.

18. Cheung T, Wong SY, Wong KY, Law LY, Ng K, Tong MT, et al. Depression, anxiety and symptoms of stress among baccalaureate nursing students in Hong Kong: a cross-sectional study. International journal of environmental research and public health. 2016;13(8):779.

19. Abbaspour S, Tajik R, Atif K, Eshghi H, Teimori G, Ghodrati-Torbati A, et al. Prevalence and correlates of mental health status among pre-hospital healthcare staff. Clinical practice and epidemiology in mental health: CP & EMH. 2020;16:17.

20. Ghaffari J, Abbaskhanian A, Jalili M. Evaluation of intelligence quotient of children with moderate asthma compared to healthy children in 2011: Sari-Iran. medical journal of mashhad university of medical sciences. 2014;57(2):505-11.

21. Mansouri B. Standardization of Sieber or Shirin Emotional Intelligence Test in Tehran University Students. Master's Thesis, Allameh Tabatabaei University, Tehran(Persian). 2001.

22. Codier E, Codier DD. Could emotional intelligence make patients safer? AJN The American Journal of Nursing. 2017.117(7):58-62.

23. Moradi A, Rasoulzadeh Tabatabai SK, Darchini-Maragheh E, Razmara M, Saeidi M, Mashayekhi V. Evaluation and comparison of emotional intelligence criteria in patients with and without genital warts. Navid No. 2019;21(68):19-28.

24. Arora S ,Ashrafian H, Davis R, Athanasiou T, Darzi A, Sevdalis N. Emotional intelligence in medicine: a systematic review through the context of the ACGME competencies. Medical education. 2010;44(8):749-64.

25. Hossienzad A, Alizadeh S, Khademi A, Mosarezaie Moqaddam A. Comparison of Personality Traitsandemotional Intelligence in Female and Male Patients with Multiple Sclerosis. Studies in Medical Sciences. 2015;26(1):81-91.

26. Scherer AM, Schacht Reisinger H, Schweizer ML, Askelson NM, Fagerlin A, Lynch CF. Cross-sectional associations between psychological traits, and HPV vaccine uptake and intentions in young adults from the United States. PLoS One. 2018;13(2):e0193363.

27. Matthews KA. Handbook of stress, reactivity, and cardiovascular disease. (No Title). 1986.

28. Siegman AW. Cardiovascular consequences of expressing, experiencing, and repressing anger. Journal of Behavioral Medicine. 1993;16(6):539-69.

29. Lumley MA, Stettner L, Wehmer F. How are alexithymia and physical illness linked? A review and critique of pathways. Journal of psychosomatic research. 1996;41(6):505-18.

Journal of Torbat Heydariyeh University of Medical Sciences
2024, Volume 11, No. 4: 52-61.

Original article

A comparative study of emotional intelligence in patients who have recovered from the disease of covid-19 with those who are not infected

Abbas Ghodrati Torbati[1], Mansoureh Mansouri[2]*

1. Department of Nursing, School of Nursing and Midwifery, Torbat Heydariyeh University of Medical Sciences, Torbat Heydariyeh, Iran

2. Department of Anesthesiology, School of paramedicine, Torbat Heydariyeh University of Medical Sciences, Torbat Heydariyeh, Iran

Corresponding author: Department of Anesthesiology, School of paramedicine, Torbat Heydariyeh University of Medical Sciences, Torbat Heydariyeh, Iran

Keywords:

Emotional intelligence, Covid-19, Recovered patients, Uninfected people

Abstract

Background & Aim: Emotional intelligence plays an important role in people's mental health, and its disorder endangers a person's mental health, so it is very important to pay attention to this aspect of intelligence during the outbreak of Covid-19. The aim of this research was to investigate emotional intelligence in patients who have recovered from the disease of covid-19 and people who have not been infected.

***Methods*:** The current research was a causal-comparative study. The statistical population was the patients who recovered from covid-19 and were discharged from the 9-Day Hospital of Torbet Heydarieh city, 352 people were selected using the available sampling method. The research tool was Schering's Emotional Intelligence Questionnaire. The data were analyzed using chi-square test and independent t-test using spss no. 21 software.

***Results*:** There was a significant difference between the components of emotional intelligence in two groups recovered from covid-19 and healthy people ($p<0.05$), so that people who recovered from covid-19 obtained lower scores in the variables of self-awareness and empathy. But in the variables of self-control, self-motivation and social skills, the healthy group had a higher score.

***Conclusion*:** In order to improve the mental health of people after contracting the Covid-19 disease, it is suggested to use the psychological intervention of emotional intelligence training in the design of treatment programs for these patients.

How to Cite this Article: Ghodrati Torbati A, Mansouri M. A comparative study of emotional intelligence in patients who have recovered from the disease of covid-19 with those who are not infected. Journal of Torbat Heydariyeh University of Medical Sciences. 2024;11(4):52-61.

Copyright © 2020 Journal of Torbat Heydariyeh University of Medical Sciences. This is an open-access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution-Noncommercial 4.0 International License (http://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/) which permits copy and redistribute the material just in noncommercial usages, provided the original work is properly cite.