

بررسی مقایسه‌ای هوش هیجانی در پزشکان متهم به قصور پزشکی با گروه شاهد در شهر تهران، ۸۶-۱۳۸۵

دکتر محمدعلی امام هادی* - مریم جلیوند** - مینا هادیان**

* متخصص پزشکی قانونی، عضو هیأت علمی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی
** کارشناس ارشد روانشناسی، مرکز مشاوره توحید، اداره کل آموزش و پرورش شهر تهران

چکیده

زمینه و هدف: نظریه هوش هیجانی به عنوان قدرت توانایی کنترل هیجانات در راه دستیابی به موفقیت در زندگی شخصی و حرفه‌ای به یک نظریه جهانی و فراگیر تبدیل شده است. به نظر می‌رسد هوش هیجانی در پیشگیری از شکایت علیه پزشکان نقش مهمی داشته باشد. این مطالعه سعی در بررسی نقش هوش هیجانی پزشکان در پیشگیری از قصور پزشکی دارد.

روش بررسی: یک مطالعه مقطعی، توصیفی - تحلیلی بر روی دو گروه ۱۲۵ نفره پزشکان متهم به قصور پزشکی (در تخصص‌های مختلف بیهوشی، زنان و زایمان، جراحی، داخلی و پزشکان عمومی) و پزشکان فاقد سابقه قصور به عمل آمد. روش نمونه‌گیری به صورت تصادفی ساده بود.

یافته‌ها: پزشکان متهم به قصور پزشکی در نمره کلی هوش هیجانی و نیز تمامی مؤلفه‌های آن (روابط درون فردی، روابط بین فردی، تحمل استرس، سازگاری، خلق کلی) و همچنین در تمامی خرده مقیاس‌های هوش هیجانی به غیر از خرده مقیاس استقلال، نسبت به پزشکان فاقد سابقه قصور، از نمرات پایین تری برخوردار بودند ($p < 0/01$).

نتیجه‌گیری: متغیرهای مربوط به هوش هیجانی پزشکان در پیشگیری از شکایت علیه آنان و افزایش رضایتمندی بیمار، نقش مهمی ایفا می‌کنند.

واژگان کلیدی: رضایتمندی، قصور پزشکی، شکایت، هوش هیجانی

تأیید مقاله: ۱۳۸۸/۷/۵

وصول مقاله: ۱۳۸۸/۲/۲۵

نویسنده پاسخگو: خیابان کارگر جنوبی - چهارراه لشکر - مرکز پزشکی آموزشی درمانی لقمان حکیم - دفتر گروه پزشکی قانونی emamhadi@yahoo.com

مقدمه

به توانایی تجزیه و تحلیل تجارب عاطفی و آرایه پاسخ هیجانی مناسب دارد. پزشکان بنابه ضرورت شغلی خویش می‌بایست به خوبی از توانایی ارزیابی هیجانات بیماران خود بهره‌مند باشند. بدیهی است تفاوت‌های فردی وسیعی در درک واقعی هیجانات دیگران وجود دارد؛ مسلماً فردی که به خوبی از عهده این کار برآید، نسبت به ایجاد رابطه‌ای مناسب و پایدار با دیگران موفق‌تر خواهد بود (۳،۴).

متأسفانه علیرغم آنکه پزشکان تمام سعی و توان خود را در معالجه بیمار بکار می‌گیرند، دعوی قصور علیه پزشکان به طور روزافزونی در حال افزایش است. قصور پزشکی بنا به تعریف شامل کلیه مواردی است که اقدامات درمانی آرایه شده توسط سیستم بهداشتی درمانی (بیمارستان، پزشک، دندانپزشک، پرستار، ماما و سایرین) به

هیجان^۱ پدیده جان‌بخش زندگی و اساس فراز و نشیب‌های تجارب روزانه و لحظات بیاد ماندنی حیات انسان است. در چند دهه گذشته، پژوهش‌های پایه در مطالعه هیجان، گسترش بسیاری یافته و نگرشی مثبت در زمینه ارتباط هیجان و کارکردهای اجتماعی به وجود آمده است. امروزه با تأکید بر اثرات روانشناختی هیجان، تفکر نوینی مبنی بر استفاده از تجارب هیجانی در بهبود اعمال منطقی نظیر قضاوت، تصمیم‌گیری، اولویت‌ها و ... ایجاد شده است (۱،۲).

با توجه به وجود موقعیت‌های سرشار از تنش در زندگی پزشکان، موفقیت و پیشرفت آنان در زندگی خصوصی و حرفه‌ای، بستگی فراوان

کمیسیون پزشکی قانونی شهر تهران مراجعه کردند و گروه شاهد نیز شامل همان تعداد پزشک فاقد سابقه قصور پزشکی است که براساس متغیرهای کنترل از جمعیت عمومی در دسترس (بیمارستان‌های سطح شهر تهران) انتخاب و با گروه نمونه از نظر سن، جنس و سابقه کار هم‌تا شدند (جدول ۱). روش نمونه‌برداری به صورت نمونه در دسترس بوده است. ابزار مورد استفاده در این پژوهش هوش‌بهر هیجانی بار-آن^۵ (EQ-I) بود. نمرات بدست آمده از آزمون فوق با استفاده از روش آماری تحلیل واریانس چند متغیره با برنامه نرم افزاری SPSS 11.5 تجزیه و تحلیل شد.

جدول ۱ - توزیع فراوانی خصوصیات جمعیت شناختی در گروه نمونه مورد بررسی

متغیر	دارای قصور	بدون قصور	درصد	درصد
سن				
۳۰-۴۰	۵۳	۴۲/۲	۴۲/۲	۵۳
۴۱-۵۰	۵۵	۴۴/۸	۴۴/۸	۵۷
بالتر از ۵۰	۱۷	۱۲/۸	۱۲/۸	۱۵
جمع	۱۲۵	۱۰۰	۱۲۵	۱۰۰
جنس				
زن	۶۳	۵۰/۴	۵۰/۴	۶۳
مرد	۶۲	۴۹/۶	۴۹/۶	۶۲
نوع تخصص				
جراحی	۲۷	۱۵/۲	۱۵/۲	۲۵
داخلی	۲۳	۱۷/۶	۱۷/۶	۲۵
زنان و زایمان	۲۲	۱۸/۴	۱۸/۴	۲۵
بیهوشی	۲۶	۲۸	۲۸	۲۵
پزشک عمومی	۲۷	۲۰/۸	۲۰/۸	۲۵

سنجش هوش هیجانی

پرسشنامه هوش‌بهر هیجانی بار-آن به طور کمی مفهوم پیچیده هوش هیجانی و سلامت هیجانی کنونی را توصیف و ارزیابی می‌کند. این پرسشنامه حاوی ۱۳۳ سؤال و نخستین پرسشنامه استاندارد فرافرهنگی ارزیابی هوش هیجانی است که در سال ۱۹۹۷ توسط روون بار-آن^۶ ساخته شد و مشتمل بر یک نمره کلی (هوش‌بهر هیجانی کلی)، پنج عامل مرکب (روابط درون فردی^۷، روابط بین فردی^۸، تحمل استرس^۹، سازگاری^{۱۰}، خلق کلی^{۱۱})، یک شاخص هماهنگی و ۱۵ خرده مقیاس است (۸،۹). مدت زمان لازم برای پاسخ محدودیتی ندارد، اما لازم است در یک مرحله به سؤالات پاسخ داده شود. عموماً اغلب آزمودنی‌ها طی ۳۰-۴۰ دقیقه به این پرسشنامه پاسخ می‌دهند. جهت محاسبه پایایی آزمون، دکتر دهشیری و همکاران از روش

بیمار، در حد استاندارد و قابل قبولی نبوده و در نهایت منجر به ضرر و زیان بیمار شود. اما همواره علت شکایت بیماران، اقدامات درمانی غیراستاندارد نیست. براساس برخی مطالعات از مهم‌ترین دلایل افزایش شکایات بیماران از پزشکان معالج می‌توان به از دست رفتن اعتماد عمومی، افزایش انتظارات مردم، عدم تفهیم بیمار^۲، عدم توجه به وضعیت و حالات هیجانی بیمار، پاسخ هیجانی^۳ کنترل نشده بیمار به نتایج درمان و افزایش هزینه درمان اشاره کرد (۵،۶،۷).

اما واقعیت آن است که مهم‌ترین علت دعوی علیه پزشکان را باید در عدم توانایی پزشک در ایجاد ارتباط مناسب با بیمار دانست. مطالعات به خوبی نشان می‌دهد که به عقیده بیماران: «پزشکان به سخنان آنان توجهی ندارند و متعاقباً توضیح جامعی نیز به بیماران خود نمی‌دهند» (۵،۶،۷). ارتباط مناسب و مطلوب، تأثیر فراوانی بر علل اصلی دعوی قصور داشته و حتی در صورت وجود قصور واقعی نیز می‌تواند زمینه‌های شکایت را برطرف سازد. درک ارتباط مناسب و برقراری آن، بدون مدیریت صحیح کنترل هیجانات و استرس‌های موجود میسر نخواهد شد.

با توجه به مشکلات رو به تزايد دعوی قصور علیه پزشکان، نیاز به راه حل‌های جدید کاملاً ملموس است. اخیراً واژه‌ای به نام طب قابل دفاع^۴ مرسوم شده که به معنی مجموعه اقداماتی است که علاوه بر کاهش احتمال دعوی قصور پزشکی، در صورت بروز آن نیز احتمال موفقیت در پرونده و اثبات براءت پزشک را افزایش می‌دهد. یکی از مهم‌ترین اجزای این مجموعه، مدیریت کنترل هیجانات خود و دیگران است که می‌تواند منجر به برقراری ارتباط صحیح و مناسب با بیمار گردد (۷).

منظور از هوش هیجانی، مجموعه‌ای از قابلیت‌ها و مهارت‌های مؤثر بر توانایی فرد جهت موفقیت و برآوردن خواسته‌ها و نیازهای محیطی و یا به زبانی ساده، توانمندی نظارت بر هیجانات خود و دیگران و استفاده از آن در هدایت اعمال و رفتار است. نظریه هوش هیجانی به عنوان قدرت توانایی کنترل هیجانات در راه دستیابی به موفقیت در زندگی شخصی و حرفه‌ای به یک نظریه جهانی و فراگیر تبدیل شده است (۱). به نظر می‌رسد هوش هیجانی در پیشگیری از شکایت علیه پزشکان نقش مهمی ایفا نماید. هدف این مطالعه، بررسی هوش هیجانی پزشکان متهم به قصور پزشکی در زمینه کیفیات هیجانی، شیوه‌های ارتباط و حل مسأله و مقایسه آن با سایر پزشکان است.

روش بررسی

پژوهش حاضر از نوع مقطعی، توصیفی - تحلیلی با استفاده از دو گروه نمونه و شاهد (case-control) است. گروه نمونه مورد بررسی شامل ۱۲۵ پزشک (۶۳ مرد و ۶۲ زن) از بین تخصص‌های بیهوشی، زنان و زایمان، جراحی، داخلی و پزشکان عمومی است که در طی یک سال (مهرماه ۸۵ لغایت شهریورماه ۸۶) به دلیل اتهام قصور پزشکی به

یافته‌ها

در این تحقیق ۱۲۵ پزشک گروه نمونه (متهم به قصور پزشکی) و به همان تعداد پزشک گروه شاهد (فاقد سابقه قصور پزشکی) از نظر وضعیت هوش هیجانی مورد بررسی قرار گرفتند. موارد مورد بررسی شامل نمره کلی هوش هیجانی، ۵ مؤلفه هوش هیجانی (روابط درون فردی، روابط بین فردی، تحمل استرس، سازگاری و خلق کلی) و ۱۵ خرده مقیاس هوش هیجانی بود.

نمره کلی و نیز میانگین ۵ مؤلفه هوش هیجانی در هر دو گروه از پزشکان از طریق آزمون تحلیل واریانس چند متغیره مورد مقایسه و بررسی قرار گرفت (جدول شماره ۳). معناداری مقادیر F محاسبه شده در این آزمون نشان داد که در تمامی مؤلفه‌ها و نیز نمره کلی هوش هیجانی میانگین نمره گروه پزشکان متهم به قصور پزشکی کمتر از پزشکان فاقد سابقه قصور پزشکی است ($p=0/000$). مقادیر ضرایب محاسبه شده نشان می‌دهد بیشترین تفاوت مربوط به مؤلفه‌های تحمل استرس ($0/30$) و سپس خلق عمومی ($0/29$) است. بدین معنا که پزشکان متهم به قصور پزشکی از نظر سلامت روابط درون و بین فردی، سازگاری با شرایط و بخصوص تحمل فشار و استرس و نیز خلق و منش عمومی نسبت به پزشکان همتای خود که سابقه‌ای از قصور پزشکی نداشتند، از درجه پایین‌تری برخوردار بودند.

همچنین اطلاعات جدول ۴ به بیان وضعیت نمرات خرده مقیاس‌های هوش هیجانی در پزشکان دو گروه می‌پردازد. در اینجا نیز معناداری مقادیر F محاسبه شده در آزمون تحلیل واریانس چند متغیره نشان می‌دهد که در تمامی خرده مقیاس‌های هوش هیجانی به غیر از خرده مقیاس استقلال، میانگین نمرات گروه پزشکان متهم به قصور پزشکی کمتر از پزشکان فاقد سابقه قصور پزشکی است ($p=0/000$). مقادیر ضرایب محاسبه شده نشان می‌دهد، بیشترین تفاوت مربوط به خرده مقیاس‌های احترام به خود ($0/32$)، حل مسأله ($0/32$) و تحمل استرس ($0/31$) می‌باشد. به عبارتی دیگر پزشکان متهم به قصور

جدول ۲ - راهنمای تفسیری برای نمرات مقیاس EQ-I

نمرات استاندارد	راهنمای تفسیری
بالا تر از ۱۳۰	به طور محسوس بالا - قابلیت هیجانی که بطور استثنایی رشد یافته است .
۱۲۹ - ۱۲۰	خیلی بالا - قابلیت هیجانی که به میزان زیادی رشد یافته است .
۱۱۹ - ۱۱۰	بالا - قابلیت هیجانی رشد یافته
۱۰۹ - ۹۰	متوسط - قابلیت هیجانی مناسب
۸۹ - ۸۰	پایین - قابلیت هیجانی رشد نیافته ، نیاز به بهبود
۷۹ - ۷۰	خیلی پایین - قابلیت هیجانی که بمیزان زیاد رشد نیافته ، نیاز به بهبود
پایین تر از ۷۰	به طور محسوس پایین - قابلیت هیجانی که به طور غیرعادی رشد نیافته است ، نیاز به بهبود

باز آزمایی و روش آلفای کرونباخ استفاده کرده اند ($0/10$). میانگین ضرایب پایایی برای ۱۵ خرده مقیاس EQ-I بعد از یک ماه برابر $0/735$ و در روش آلفای کرونباخ، میانگین ضرایب آلفا برابر با $0/733$ بوده که به طور کلی با توجه به نتایج ضرایب بازآزمایی و ضرایب آلفا برای هر یک از خرده مقیاس‌ها می‌توان نتیجه گرفت، EQ-I در مورد جمعیت ایرانی از پایایی قابل قبولی برخوردار است. در تفسیر آزمون، نمرات بالا در مقیاس‌های EQ-I نشان می‌دهد مهارت‌های هیجانی اندازه گرفته شده، قوی، توسعه یافته و دارای عملکرد مؤثر بوده و در مقابل نمرات پایین نشان‌دهنده نقص و نیاز به بهبود صلاحیت‌ها و مهارت‌های خاص در رویارویی با موقعیت‌های محیطی است. نمرات بالا و پایین براساس فاصله آنها از میانگین ($0/100$) تعریف می‌شوند (جدول ۲) (۹).

جدول ۳ - آزمون تحلیل واریانس معناداری تفاوت میانگین مؤلفه‌های اصلی و نمره کلی هوش هیجانی دو گروه مورد بررسی

منبع تغییر	مؤلفه های هوش هیجانی	مجموع مجزورات	درجه آزادی	میانگین مجزورات	F آزمون	Sig.
گروه (نمونه و شاهد)	بین فردی	۸۲۴۸ / ۳۸۴	۱	۸۲۴۸ / ۳۸۴	۵۷ / ۷۲۷	۰ / ۰۰۰
	درون فردی	۲۵۵۸۳ / ۳۶۴	۱	۲۵۵۸۳ / ۳۶۴	۹۷ / ۲۹۱	۰ / ۰۰۰
	سازگاری	۹۴۹۸ / ۷۲۴	۱	۹۴۹۸ / ۷۲۴	۶۵ / ۵۹۱	۰ / ۰۰۰
	تحمل استرس	۵۹۳۴ / ۰۹۶	۱	۵۹۳۴ / ۰۹۶	۱۰۶ / ۵۰۴	۰ / ۰۰۰
	خلق عمومی	۵۵۶۰ / ۱۶۴	۱	۵۵۶۰ / ۱۶۴	۱۰۳ / ۵۳۱	۰ / ۰۰۰
	کلی	۲۴۹۸۲۹ / ۶۳۶	۱	۲۴۹۸۲۹ / ۶۳۶	۱۰۳ / ۹۹۶	۰ / ۰۰۰

جدول ۴ - آزمون تحلیل واریانس بررسی معناداری تفاوت میانگین خرده مقیاس‌های هوش هیجانی دو گروه مورد بررسی

منبع تغییر	مؤلفه های هوش هیجانی	مجموع مجزورات	درجه آزادی	میانگین مجزورات	F آزمون	Sig.
گروه (نمونه و شاهد)	خود آگاهی هیجانی	۱۸۹۳ / ۳۷۶	۱	۱۸۹۳ / ۳۷۶	۸۵ / ۴۹۸	۰ / ۰۰۰
	ابراز وجود	۷۰۲ / ۲۴۴	۱	۷۰۲ / ۲۴۴	۴۳ / ۲۰۰	۰ / ۰۰۰
	احترام به خود	۲۹۷۲ / ۱۷۶	۱	۲۹۷۲ / ۱۷۶	۱۲۰ / ۵۴۴	۰ / ۰۰۰
	خود شکوفایی	۱۱۷۵ / ۰۵۶	۱	۱۱۷۵ / ۰۵۶	۵۶ / ۲۶۹	۰ / ۰۰۰
	استقلال	۱ / ۲۹۶	۱	۱ / ۲۹۶	۰ / ۱۹۲	۰ / ۶۶۲
	همدلی	۳۹۱ / ۸۷۶	۱	۳۹۱ / ۸۷۶	۲۸ / ۳۳۲	۰ / ۰۰۰
	روابط بین فردی	۱۹۹۳ / ۷۴۴	۱	۱۹۹۳ / ۷۴۴	۷۹ / ۶۷۴	۰ / ۰۰۰
	مسئولیت اجتماعی	۶۹۵ / ۵۵۶	۱	۶۹۵ / ۵۵۶	۳۰ / ۴۸۱	۰ / ۰۰۰
	حل مسئله	۲۲۹۲ / ۱۹۶	۱	۲۲۹۲ / ۱۹۶	۱۱۸ / ۹۸۵	۰ / ۰۰۰
	آزمون واقعیت	۱۰۹۴ / ۱۱۶	۱	۱۰۹۴ / ۱۱۶	۴۸ / ۴۶۴	۰ / ۰۰۰
	انعطاف پذیری	۲۷۲ / ۴۸۴	۱	۲۷۲ / ۴۸۴	۸ / ۶۶۰	۰ / ۰۰۴
	تحمل استرس	۱۵۹۲ / ۶۴۴	۱	۱۵۹۲ / ۶۴۴	۱۱۰ / ۵۶۱	۰ / ۰۰۰
	کنترل تکانه	۱۳۷۸ / ۲۷۶	۱	۱۳۷۸ / ۲۷۶	۵۵ / ۴۴۷	۰ / ۰۰۰
	شادکامی	۷۷۴ / ۴۰۰	۱	۷۷۴ / ۴۰۰	۵۳ / ۹۴۵	۰ / ۰۰۰
	خوشبینی	۲۱۸۴ / ۴۸۴	۱	۲۱۸۴ / ۴۸۴	۱۱۸ / ۹۰۵	۰ / ۰۰۰

مؤثر باشد. برخی محققان بر این باورند که توانایی بالای درک و پذیرش افکار، احساسات و عواطف بیمار در حرفه پزشکی، با احساس رضامندی بیشتر بیمار همراه است. پزشکانی که سطح بالایی از صمیمیت را در رفتار خود با بیمار گزارش می‌کنند، در پیش‌بینی احساسات و بیماری جسمی و روحی بیمار خود موفق‌تر هستند (۵،۶،۱۱).

در زندگی حرفه‌ای، پزشک باید قادر باشد از قابلیت هوش هیجانی خود برای شناسایی و تخمین صحیح مشکلات جسمانی یا روحی روانی بیمار و نیز میزان آسیب‌پذیری وی در جهت درمان مناسب استفاده کند. در صورتی که پزشک فاقد این مهارت باشد، احتمال عمیق‌تر شدن شکاف شناختی بین وی و بیمار افزایش یافته، در نهایت موجب عدم رضایت‌مندی بیمار از وضعیت موجود خواهد شد. در مقابل در صورت رضایت‌مندی بیمار از روابط عاطفی و هیجانی خود با پزشک، احتمال رضایت‌مندی از فرآیند درمان و وضعیت موجود نیز بالا خواهد بود. عدم توجه دقیق به مؤلفه‌های هیجانی، ارتباط نامناسب پزشک و ناتوانی در پاسخگویی به سؤالات بیمار، پیش‌بینی کننده عدم رضایت بیمار از پزشک و حتی عاملی برای شکایت از وی می‌باشد (۱۲،۱۳).

همچنین یافته‌ها نشان داد که نمرات مربوط به روابط درون فردی، روابط بین فردی، مقابله با فشار، سازگاری و خلق عمومی پزشکان متهم به قصور پزشکی کمتر از پزشکانی است که فاقد سابقه قصور بوده‌اند، که بیشترین تفاوت نیز به ترتیب مربوط به مؤلفه‌های سازگاری و خلق عمومی بوده است.

پزشکی نسبت به هم‌تایان پزشک خود که سابقه ای از قصور پزشکی نداشتند، وضعیت سلامت خود آگاهی هیجانی، توانایی ابراز وجود، توانایی خود شکوفایی، همدلی با دیگران (به‌خصوص با بیمار)، پذیرش مسئولیت اجتماعی، توانایی واقعیت‌سنجی، توانایی انعطاف‌پذیری در مواجهه با شرایط متفاوت، قابلیت کنترل تکانه، خوشبینی نسبت به رخدادهای، توانایی شادکامی و به‌خصوص قابلیت ارزش و احترام گذاشتن به خود، توانایی حل مسئله و تحمل استرس پایین‌تری داشتند.

بحث

در این پژوهش گروهی از پزشکان متهم به قصور پزشکی از بین تخصص‌های بیهوشی، زنان و زایمان، جراحی، داخلی و پزشکان عمومی که به جهت بررسی شکایات بیمارانشان به کمیسیون پزشکی قانونی استان تهران هدایت شده بودند، به عنوان گروه نمونه و گروهی دیگر از پزشکان نیز که فاقد هرگونه سابقه قصور پزشکی بوده‌اند به عنوان گروه شاهد از بیمارستان‌های شهر تهران انتخاب و اقدام به تکمیل پرسشنامه هوشبهر هیجانی بار آن نمودند.

یافته‌های به دست آمده نشان می‌دهد میانگین نمره کلی هوش هیجانی در پزشکانی که متهم به قصور پزشکی شده‌اند کمتر از پزشکان شاهد بوده است. در بررسی رابطه هیجان و قصور پزشکی این پرسش مطرح می‌شود که هیجان تا چه اندازه می‌تواند در رفتار پزشک

هیجانی پایین پزشک و عدم توانایی درک و ارزیابی صحیح حالات هیجانی خود و بیمار خویش است.

پیشنهادهات

با توجه به نقش مهم و اساسی توانایی کنترل هیجانات و استفاده حرفه ای از آن در فرایند درمان، پیشنهاد می گردد در طول مدت تحصیل دانشجویان پزشکی (به ویژه در ابتدای ورود به دانشگاه ها)، طی برگزاری کارگاه های آموزشی، به نقش و تأثیر هوش هیجانی در افزایش رضایتمندی حرفه ای آنان و در نهایت رضایتمندی بیماران پرداخته شود.

همچنین با توجه به رابطه هوش هیجانی یا به عبارت دیگر سلامت روانی پزشکان با رضایتمندی حرفه ای آنان و رضایتمندی بیماران پیشنهاد می گردد که برنامه ریزان و مسؤولین وزارت بهداشت نسبت به تقویت سلامت روانی پزشکان حساسیت بیشتری داشته، برنامه هایی در راستای ارتقای سلامت روانی آنان تنظیم کنند.

محدودیت ها

با توجه به پیچیدگی و چند بعدی بودن سازه ای چون هوش هیجانی بهتر است هنگام ارزیابی علاوه بر پرسشنامه خود گزارشی EQ-I، از روش های دیگری چون مشاهده در موقعیت های طبیعی و مصاحبه های بالینی و انفرادی نیمه ساختار یافته نیز استفاده نمود تا به نتایج دقیق و معتبرتری دست پیدا کرد.

ضمناً باید ذکر کرد گرچه طرح راهبردهای مداخله ای هوش هیجانی می تواند به پزشکان کمک کند تا ارتباط مشترک رضامندانه ای با بیماران خود داشته باشند، اما هنوز در مراحل اولیه فهم آن قرار داریم. پژوهش های متعدد در این زمینه نو و جدید، می تواند راه گشای بسیاری از مشکلات باشد.

تقدیر و تشکر

این مقاله بخشی از نتایج حاصله از طرح تحقیقاتی به شماره ثبت ۱۴۹۹۳/۱/۲ مورخ ۸۵/۱۰/۲ است که از محل اعتبارات پژوهشی سازمان پزشکی قانونی کشور انجام پذیرفت. در اینجا شایسته است که مراتب سپاس و قدرشناسی خود را اعلام نماییم.

ضمناً بر خود لازم می دانیم جهت قدردانی از زحمات کلیه عزیزانی که ما را در این طرح یاری داده اند، کمال تشکر خود را ابراز کنیم: خانم ها دکتر فرزانه مسیحی و دکتر رزیتا مزینانی، آقایان دکتر صفرچراتی و دکتر کامران سلطانی و همچنین دیگر بزرگواران و همکاران کمیسیون پزشکی قانونی عالی و تهران بزرگ.

تجارب هیجانی عموماً با دو عامل مثبت و منفی مشخص می شوند. عامل منفی نشان دهنده تجربه حالات خلقی منفی (مانند غمگینی، ترس، عدم ارتباط چشمی و بی تفاوتی) و عامل مثبت منعکس کننده احساسات مثبت (مانند لذت از مصاحبه، هوشیاری در ارتباطات، انرژی فراوان در پاسخگویی و نوع دوستی) است. تحقیقات متعدد نشان می دهد بسیاری از پزشکان ناکارآمد، در الگوی ارتباطی ناموفق خود (به خصوص با بیماران) بیشتر حالات خلقی منفی را تجربه می کنند. هوش هیجانی بالا قادر به ایجاد ارتباطی موفق همراه با رضایت و ایجادکننده احساسات مثبت در خود و دیگران است، به طوری که این گونه افراد، رضامندی بیشتری در ارتباطات بین فردی تجربه می کنند (۱۶-۱۴).

در ادامه یافته های این پژوهش نشان داد میانگین تمام خرده مقیاس های هوش هیجانی به جز خرده مقیاس استقلال در پزشکان متهم به قصور پزشکی کمتر از پزشکان گروه شاهد است؛ بیشترین تفاوت مربوط به خرده مقیاس های احترام به خود، حل مسأله و تحمل استرس بوده است.

رضایت شغلی پزشکان ارتباط بسیاری با خلق عمومی (شادکامی و خوش بینی)، جنبه های درون فردی زندگی شخصی (احترام به نفس، خودآگاهی هیجانی، خود شکوفایی)، جنبه های بین فردی (مسئولیت اجتماعی، روابط بین فردی) و سازش پذیری (آزمون واقعیت) دارد. شادکامی در رابطه با خود و زندگی، احترام به نفس مثبت، تماس با خویش، احساس خودگردانی، انتظارات واقعی، مهارت های بین فردی خوب، احساس مسئولیت نسبت به دیگران و توانایی حفظ نگرش مثبت علی رغم وجود شرایط دشوار شغلی، در رضایت پزشکان از حرفه خود سهم بسزایی دارد. پزشکان ناکارآمد در شناسایی حالات و هیجانات خاص بیماران خود به هنگام بروز تعارض، با مشکلات ویژه ای مواجه اند؛ یافته ها بر این فرض اند که ادراک نامناسب هیجانی می تواند مستقیماً به تعارض بین پزشک و بیمار منجر گردد (۱۹-۱۷).

نتیجه گیری

ابراز هیجان های مثبت یا شادکامی که موجب کسب رضایت و لذت از زندگی می شود، اغلب محصول وجود هوش هیجانی بالای فرد است. به ویژه در زمینه ارتباط پزشک و بیمار، بیماران نسبت به ابراز^{۱۲} و باز بودن^{۱۳} هیجانی به عنوان دو ویژگی مثبت و مطلوب در برخورد پزشک توجه دارند و عموماً تمایل دارند که پزشکان خونگرم و شادتری داشته باشند. این توانایی نقش مهمی در ایجاد ارتباط مؤثر و موفق پزشک و بیمار ایفا می کند. به نظر می رسد یکی از مهم ترین دلایل عدم رضایت بیماران از پزشک معالج و اقدام برای شکایت از آنان، هوش

References

- 1- Mayer JD, salovey P, Caruse DR, Sitareniose G. Emotional intelligence as standard intelligence. *motion*. 2001; 1, 232-42.
- 2- Romanelli F, Cain J, Smith KM. Emotional Intelligence as a Predictor of Academic and/or Professional Success. *American Journal of Pharmaceutical Education*. 2006; 70(3): 69.
- 3- Roter D, Frankel RM, Hall J, Sluyter D. The expression of emotion through nonverbal behavior in medical visits: mechanisms and outcomes. *J Gen Intern Med*. 2006; 21: 28-34.
- 4- McManus IC, Powis DA, Wakeford R, Ferguson E, James D, Richards P: Intellectual aptitude tests and A levels for selecting UK school leaver entrants for medical school. *British Medical Journal*. 2005, 331: 555-9.
- 5- Weiner M, Biondich P. The influence of information technology on patient-physician relationships. *J Gen Intern Med*. 2006; 21: 35-9.
- 6- Moore P. J. Medical malpractice: the effect of doctor-patient relations on medical patient perceptions and malpractice intentions. *West J Med*. 2000; 173: 244-50.
- 7- Hojat M, Gonnella JS, Nasca TJ, Mangione S, Vergare M, Magee M. Physician empathy: definition, components, measurement, and relationship to gender and specialty. *American Journal of Psychiatry*. 2002, 159: 1563-9.
- 8- Bar-on R, Parker L. Emotional & social intelligence insights from emotional quotient inventory (EQ-i). In R. Bar-on & J. DA. Parker (Eds.). 2000: 21-8.
- 9- Bar-on R, Sitarenios M. Emotional intelligence and self-actualization. *Emotional intelligence in everyday life*. Philadelphia: Taylor & Francis. 2001: 82-97.
- 10- Dehshiri Gh. Evaluation of the structure of Bar-on emotional quotient inventory on Tehran university students. *Psychology and behavior faculty of allame tabatabaei university*. 1382: 56-61.
- 11- Bellini LM, Shea JA. Mood change and empathy decline persist during three years of internal medicine training. *Academic Medicine* 2005, 80: 164-7.
- 12- Locke EA. Why emotional intelligence is an invalid concept. *J Organ Behav*. 2005; 26: 425-31.
- 13- Cohen D, McDaniel RR Jr, Crabtree BF, et Ruhe Mc, Weyer SM, Tallia A, et al. A practice change model for quality improvement in primary care practice. *J Healthcare Manage*. 2004; 49: 155-68.
- 14- Bikker AP, Mercer SW, Reilly D. A pilot prospective study on the consultation and relational empathy, patient enablement, and health changes over 12 months in patients going to the Glasgow Homeopathic Hospital. *J Altern Complement Med* 2005, 11(4): 591-600.
- 15- Hemmerdinger G. M, Stoddart S. DR, Lilford RJ. A systematic review of tests of empathy in medicine. *BMC Medical Education* 2007, 7: 24.
- 16- Wagner PJ, Moseley GC, Grant MM, Gore JR, Owens C. Physicians' emotional intelligence and patient satisfaction. *Fam Med*. 2002; 34: 750-4.
- 17- Landy FJ. Some historical and scientific issues related to research on emotional intelligence. *J Organ Behav*. 2005; 26: 411-24
- 18- Fischer MA, Mazor K.M, Baril J, Alper R. Learning from Mistakes. Factors that Influence How Students and Residents Learn from Medical Errors. *J Gen Intern Med*, 2006; 21: 419-23.
- 19- Elam CL. Use of emotional intelligence as one measure of medical school applicants noncognitive characteristics. *Acad Med*. 2000; 75: 445-6.