مقاله پژوهشی

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

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

* متخصص پزشکی قانونی، عضو هیأت علمی دانشگاه علوم پزشکی شهیدبهشتی

** 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 ـ 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 مؤلفه های 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 می کنند.

واژگان کلیدی: رضایتمندی، قصورپزشکی، شکایت، هوش هیجانی

وصول مقاله: ۱۳۸۸/۳/۲۵ تأیید مقاله: ۱۳۸۸/۷/۵

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

مقدمه

هیجان[1] 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 به توانایی تجزیه و تحلیل تجارب عاطفی و ارایه 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 درحال افزایش است. قصور پزشکی بنا به تعریف شامل کلیه مواردی است که اقدامات درمانی ارایه شده توسط سیستم بهداشتی درمانی (بیمارستان، پزشک، دندانپزشک، پرستار، ماما و سایرین) به

1 - Emotion

[Downloaded from sjfm.ir on 2026-09-13]

بیمار، در حد اســتاندارد و قابل قبولی نبوده و در نهایت منجر به ضرر و زیان بیمار شــود. اما همواره علت شــکایت بیماران، اقدامات درمانی غیراستاندارد نیست. براساس برخی مطالعات از مهم‌ترین دلایل افزایش شــکایات بیماران از پزشــکان معالج می‌توان به از دســت رفتن اعتماد عمومــی، افزایــش انتظارات مردم، عــدم تفهیم بیمار[۲]، عــدم توجه به وضعیت و حالات هیجانی بیمار، پاســخ هیجانی[۳] کنترل نشده بیمار به نتایج درمان و افزایش هزینه درمان اشاره کرد (۵،۶،۷).

امــا واقعیت آن اســت که مهم‌ترین علت دعوی علیه پزشــکان را باید در عدم توانایی پزشــک در ایجاد ارتباط مناســب با بیمار دانست. مطالعات به خوبی نشــان می‌دهد که به عقیده بیماران: «پزشــکان به ســخنان آنان توجهــی ندارند و متعاقباً توضیح جامعــی نیز به بیماران خود نمی‌دهند» (۵،۶،۷). ارتباط مناســب و مطلــوب، تأثیر فراوانی بر علــل اصلی دعوی قصور داشــته و حتی در صــورت وجود قصور واقعی نیز می‌تواند زمینه‌های شــکایت را برطرف ســازد. درک ارتباط مناسب و برقــراری آن، بدون مدیریت صحیح کنترل هیجانات و اســترس‌های موجود میسر نخواهد شد.

با توجه به مشــکلات رو به تزاید دعوی قصور علیه پزشــکان، نیاز به راه حل‌های جدید کاملاً ملموس است. اخیراً واژه‌ای به نام طب قابل دفاع[۴] مرســوم شــده که به معنی مجموعه اقداماتی اســت که علاوه بر کاهش احتمال دعوی قصور پزشــکی، در صــورت بروز آن نیز احتمال موفقیــت در پرونــده و اثبات برائت پزشــک را افزایش می‌دهد. یکی از مهم‌ترین اجزای این مجموعه، مدیریت کنترل هیجانات خود و دیگران اســت که می‌تواند منجر به برقراری ارتباط صحیح و مناســب با بیمار گردد (۷).

منظــور از هوش هیجانی، مجموعه‌ای از قابلیت‌هــا و مهارت‌های مؤثــر بر توانایی فرد جهــت موفقیت و برآوردن خواســت‌ها و نیازهای محیطی و یا به زبانی ساده، توانمندی نظارت بر هیجانات خود و دیگران و اســتفاده از آن در هدایت اعمال و رفتار اســت. نظریه هوش هیجانی به عنــوان قدرت توانایی کنترل هیجانات در راه دســتیابی به موفقیت در زندگی شــخصی و حرفه ای به یک نظریــه جهانی و فراگیر تبدیل شــده است (۱). به نظر می‌رسد هوش هیجانی در پیشگیری از شکایت علیه پزشــکان نقش مهمی ایفا نماید. هدف این مطالعه، بررسی هوش هیجانی پزشــکان متهم به قصور پزشــکی در زمینه کیفیات هیجانی، شیوه های ارتباط و حل مسأله و مقایسه آن با سایر پزشکان است.

روش بررسی

پژوهش حاضر از نوع مقطعی، توصیفی ـ تحلیلی با استفاده از دو گروه نمونه و شــاهد (case-control) است. گروه نمونه مورد بررسی شــامل ۱۲۵ پزشــک (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 کمیســیون پزشکی قانونی شهر تهران مراجعه کردند و گروه شاهد نیز شــامل همان تعداد پزشک فاقد سابقه قصور پزشکی است که براساس متغیرهای کنترل از جمعیت عمومی در دسترس (بیمارستان‌های سطح شــهر تهران) انتخاب و با گروه نمونه از نظر ســن، جنس و ســابقه کار همتا شدند (جدول ۱). روش نمونه‌برداری به صورت نمونه در دسترس بوده است. ابزار مورد استفاده در این پژوهش هوش‌بهر هیجانی بار-آن (EQ-I)[۵] بود. نمرات بدســت آمده از آزمون فوق با اســتفاده از روش آماری تحلیل واریانس چنــد متغیره با برنامه نرم افزاری SPSS 11.5 تجزیه و تحلیل شد.

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

	متغیر	دارای قصور	درصد	بدون قصور	درصد
سن	۳۰-۴۰	۵۳	۴۲/۲	۵۳	۴۲/۲
	۴۱-۵۰	۵۵	۴۴/۸	۵۷	۴۶/۴
	بالاتر از ۵۰	۱۷	۱۲/۸	۱۵	۱۱/۴
	جمع	۱۲۵	۱۰۰	۱۲۵	۱۰۰
جنس	زن	۶۳	۵۰/۴	۶۳	۵۰/۴
	مرد	۶۲	۴۹/۶	۶۲	۴۹/۶
نوع تخصص	جراحی	۲۷	۱۵/۲	۲۵	۲۰
	داخلی	۲۳	۱۷/۶	۲۵	۲۰
	زنان و زایمان	۲۲	۱۸/۴	۲۵	۲۰
	بیهوشی	۲۶	۲۸	۲۵	۲۰
	پزشک عمومی	۲۷	۲۰/۸	۲۵	۲۰

سنجش هوش هیجانی

پرسشــنامه هوش‌بهر هیجانی بار-آن به طور کمی مفهوم پیچیده هوش هیجانی و ســلامت هیجانی کنونی را توصیف و ارزیابی می‌کند. این پرسشــنامه حاوی ۱۳۳ ســؤال و نخستین پرسشــنامه استاندارد فرافرهنگی ارزیابی هوش هیجانی است که در سال ۱۹۹۷ توسط روون بار-آن[۶] ســاخته شــد و مشــتمل بر یک نمره کلی (هوش‌بهرهیجانی کلــی)، پنــج عامل مرکب (روابــط درون فردی[۷]، روابــط بین فــردی[۸]، تحمل استرس[۹]، ســازگاری[۱۰]، خلق کلی[۱۱])، یک شاخص هماهنگی و ۱۵ خرده مقیاس اســت (۸،۹). مدت زمان لازم برای پاسخ محدودیتی ندارد، اما لازم اســت در یک مرحله به ســؤالات پاسخ داده شود. عموماً اغلب آزمودنی‌ها طی ۴۰-۳۰ دقیقه به این پرسشنامه پاسخ می‌دهند.

جهت محاســبه پایایی آزمون، دکتر دهشیری و همکاران از روش

2- Lack of understanding
3- Emotional response
4- Defendable medicine
5 - Bar-on EQ Questionnair
6- Reuven Bar-on
7- Intrapersonal Relationship
8- Interpersonal Relationship
9- Stress tolerance
10- Adaptability
11- General mood

[Downloaded from sjfm.ir on 2026-09-13]

جدول۲ - راهنمای تفسیری برای نمرات مقیاس EQ-I

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

بـاز آزمایی و روش آلفای کرونباخ اسـتفاده کرده انـد (۱۰). میانگین ضرایـب پایایـی برای ۱۵ خرده مقیـاس EQ-I بعد از یـک ماه برابر ۰/۷۳۵ و در روش آلفای کرونباخ ، میانگین ضرایب آلفا برابر با ۰/۷۳۳ بـوده که به طور کلی بـا توجه به نتایج ضرایب بازآزمایی و ضرایب آلفا بـرای هر یک از خرده مقیاس‌ها می‌توان نتیجه گرفت، EQ-I در مورد جمعیت ایرانی از پایایی قابل قبولی برخوردار اسـت. در تفسیر آزمون، نمرات بالا در مقیاس‌های EQ-I نشـان می‌دهـد مهارت‌های هیجانی اندازه گرفته شـده، قوی، توسـعه یافته و دارای عملکرد مؤثر بوده و در مقابـل نمرات پایین نشـان‌دهنده نقص و نیاز به بهبـود صلاحیت‌ها و مهارت‌هـای خاص در رویارویی با موقعیت‌های محیطی اسـت. نمرات بـالا و پایین براسـاس فاصله آنها از میانگین (۱۰۰) تعریف می‌شـوند (جدول ۲) (۹).

یافته‌ها

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

نمـره کلی و نیز میانگیـن ۵ مؤلفه هوش هیجانی در هر دو گروه از پزشکان از طریق آزمون تحلیل واریانس چند متغیره مورد مقایسه و بررسـی قرار گرفت (جدول شماره ۳). معناداری مقادیر f محاسبه شده در این آزمون نشـان داد که در تمامـی مؤلفه‌ها و نیز نمره کلی هوش هیجانی میانگین نمره گروه پزشـکان متهم به قصور پزشـکی کمتر از پزشـکان فاقد سابقه قصور پزشکی اسـت (p=۰/۰۰۰). مقادیر ضرایب محاسـبه شده نشـان می‌دهد بیشـترین تفاوت مربوط به مؤلفه های تحمل اسـترس (۰/۳۰) و سپس خلق عمومی (۰/۲۹) است. بدین معنا که پزشـکان متهم به قصور پزشـکی از نظر سلامت روابط درون و بین فردی، سازگاری با شرایط و بخصوص تحمل فشار و استرس و نیز خلق و منش عمومی نسـبت به پزشـکان همتای خود که سابقه‌ای از قصور پزشکی نداشتند، از درجه پایین‌تری برخوردار بودند.

همچنیـن اطلاعـات جـدول ۴ به بیـان وضعیت نمـرات خرده مقیاس‌های هوش هیجانی در پزشکان دو گروه می‌پردازد. در اینجا نیز معناداری مقادیر fمحاسبه شده در آزمون تحلیل واریانس چند متغیره نشان می‌دهد که در تمامی خرده مقیاس‌های هوش هیجانی به غیر از خرده مقیاس اسـتقلال، میانگین نمرات گروه پزشـکان متهم به قصور پزشـکی کمتر از پزشکان فاقد سابقه قصور پزشکی است (p=۰/۰۰۰). مقادیر ضرایب محاسـبه شده نشان می‌دهد، بیشترین تفاوت مربوط به خرده مقیاس‌های احترام به خود (۰/۳۲)، حل مسأله (۰/۳۲) و تحمل اسـترس (۰/۳۱) می باشـد. به عبارتی دیگر پزشـکان متهم به قصور

جـدول ۳ - آزمـون تحلیل واریانـس معناداری تفاوت میانگین مؤلفـه های اصلی و نمره کلی هـوش هیجانی دو گروه مورد بررسی

منبع تغییر	مؤلفه های هوش هیجانی	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F آزمون	Sig.
گروه (نمونه و شاهد)	بین فردی	۸۲۴۸ /۳۸۴	۱	۸۲۴۸ /۳۸۴	۵۷ /۷۳۷	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

[Downloaded from sjfm.ir on 2026-09-13]

جدول ٤ - آزمون تحلیل واریانس بررسی معناداری تفاوت میانگین خرده مقیاس‌های هوش هیجانی دو گروه مورد بررسی

منبع تغییر	مولفه های هوش هیجانی	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	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

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 (بخصوص با بیمار)، پذیرش مسؤولیت اجتماعی، توانایی واقعیت‌سنجی، توانایی انعطاف‌پذیری در مواجهه با شرایط متفاوت، قابلیت کنترل تکانه، خوشبینی نسبت به رخدادها، توانایی شادکامی و بخصوص قابلیت ارزش و احترام گذاشتن به خود، توانایی حل مسأله 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 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.

[Downloaded from sjfm.ir on 2026-09-13]

تجارب هیجانی عموماً با دو عامل مثبت و منفی مشخص می‌شوند. عامل منفی نشان‌دهنده تجربه حالات خلقی منفی (مانند غمگینی، ترس، عدم ارتباط چشمی و بی‌تفاوتی) و عامل مثبت منعکس‌کننده احساسات مثبت (مانند لذت از مصاحبه، هوشیاری در ارتباطات، انرژی فراوان در پاسخگویی و نوع دوستی) است. تحقیقات متعدد نشان می‌دهد بسیاری از پزشکان ناکارآمد، در الگوی ارتباطی ناموفق خود (به خصوص با بیماران) بیشتر حالات خلقی منفی را تجربه می‌کنند. هوش هیجانی بالا قادر به ایجاد ارتباطی موفق همراه با رضایت و ایجادکننده احساسات مثبت در خود و دیگران است، به طوری که این‌گونه افراد، رضامندی بیشتری در ارتباطات بین فردی تجربه می‌کنند (۱۶-۱۴).

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

رضایت شغلی پزشکان ارتباط بسیاری با خلق عمومی (شادکامی و خوش‌بینی)، جنبه‌های درون فردی زندگی شخصی (احترام به نفس، خودآگاهی هیجانی، خود شکوفایی)، جنبه‌های بین فردی (مسؤولیت اجتماعی، روابط بین فردی) و سازش‌پذیری (آزمون واقعیت) دارد. شادکامی در رابطه با خود و زندگی، احترام به نفس مثبت، تماس با خویشتن، احساس خودگردانی، انتظارات واقعی، مهارت‌های بین‌فردی خوب، احساس مسؤولیت نسبت به دیگران و توانایی حفظ نگرش مثبت علی‌رغم 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 ویژه‌ای مواجه‌اند؛ یافته‌ها بر این فرض‌اند که ادراک نامناسب هیجانی می‌تواند مستقیماً به تعارض بین پزشک و بیمار منجر گردد (۱۹-۱۷).

نتیجه‌گیری

ابراز هیجان‌های مثبت یا شادکامی که موجب کسب رضایت و لذت از زندگی می‌شود, اغلب محصول وجود هوش هیجانی بالای فرد است. به ویژه در زمینه ارتباط پزشک و بیمار, بیماران نسبت به ابراز[12] و باز بودن[13] 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 مهم‌ترین دلایل عدم رضایت بیماران از پزشک معالج و اقدام برای شکایت از آنان، هوش هیجانی پایین پزشک و عدم توانایی درک و ارزیابی صحیح حالات هیجانی خود و بیمار خویش است.

پیشنهادات

با توجه به نقش مهم و اساسی توانایی کنترل هیجانات و استفاده حرفه ای از آن در فرایند درمان، پیشنهاد می‌گردد در طول مدت تحصیل دانشجویان پزشکی (به ویژه در ابتدای ورود به دانشگاه‌ها)، طی برگزاری کارگاه‌های 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 حرفه‌ای آنان و رضایت‌مندی بیماران پیشنهاد می‌گردد که برنامه‌ریزان و مسؤولین وزارت بهداشت نسبت به تقویت سلامت روانی پزشکان حساسیت بیشتری داشته، برنامه‌هایی در راستای ارتقای سلامت روانی آنان تنظیم کنند.

محدودیت‌ها

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 روش‌های دیگری چون مشاهده در موقعیت‌های طبیعی و مصاحبه‌های 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 مداخله‌ای هوش هیجانی می‌تواند به پزشکان کمک کند تا ارتباط مشترک رضامندانه‌ای با بیماران خود داشته باشند، اما هنوز در مراحل اولیه فهم آن قرار داریم. پژوهش‌های متعدد در این زمینه نو و جدید، می‌تواند راه‌گشای بسیاری از مشکلات باشد.

تقدیر و تشکر

این مقاله بخشی از نتایج حاصله از طرح تحقیقاتی به شماره ثبت ۱/۲/۱۴۹۹۳ 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 می‌دانیم جهت قدردانی از زحمات کلیه عزیزانی که ما را در این طرح یاری داده اند، کمال تشکر خود را ابراز کنیم: خانم‌ها 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.

12- Expression 13- Openness

[Downloaded from sjfm.ir on 2026-09-13]

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: Tailor & 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.

[Downloaded from sjfm.ir on 2026-09-13]