

رابطه هوش هیجانی و باورهای خود کار آمد پرستاران بخش اورژانس با رضایت بیماران از فرآیند درمان

ایرج شاکری نیا^{۱*}

تاریخ دریافت: ۸۹/۷/۲۸

تاریخ پذیرش: ۸۹/۱۱/۱۸

چکیده:

زمینه و هدف: در تعامل سازنده با بیماران، هوش هیجانی و باورهای خود کارآمد پرستاران، جایگاه ارزنده ای دارد. پرستارانی که از هوش هیجانی بالاتر و خود کارآمدی بیشتر برخوردارند می توانند با جلب نظر بیماران و همراهانشان، به همکاری و تداوم درمان کمک کرده، رضایت مندی از فرآیند درمان را در آنها ارتقاء بخشند.

مواد و روش ها: در یک پژوهش با رویکرد توصیفی-مقطعی، برای بررسی رابطه بین هوش هیجانی، باورهای خود کارآمد پرستاران با رضایتمندی بیماران از فرآیند درمان، ۴۵ پرستار زن شاغل در بخش اورژانس بیمارستانهای دولتی و خصوصی شهر رشت، پرسشنامه های هوش هیجانی و خود کارآمدی را تکمیل کردند، برای اندازه گیری میزان رضایت مندی بیماران مراجعه کننده به اورژانس نیز از ۴۵ بیمار خواسته شد تا پرسشنامه رضایت مندی از فرآیند درمان را تکمیل کنند. داده های بدست آمده با آزمون همبستگی پیرسون و تحلیل رگرسیون مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته ها: نتایج نشان داد که بین هوش هیجانی و خود کارآمدی پرستاران و رضایتمندی بیماران از فرآیند درمان رابطه معنی دار وجود دارد ($P < 0/01$). تحلیل رگرسیون نیز نشان داد که متغیر هوش هیجانی توانسته است رضایتمندی بیماران را پیش بینی کند ($P < 0/01$). در عین حال خود کارآمدی نتوانست رضایتمندی بیماران را پیش بینی کند.

نتیجه گیری: با توجه به منافع فردی و اجتماعی رضایتمندی بیماران از فرآیند درمان، با ارائه آموزشهای مناسب در جهت ارتقاء هوش هیجانی و خود کارآمدی پرستاران بخش اورژانس، باید فرهنگ ارتباط مناسب بین پرستاران و بیماران را ارتقاء داد.

کلمات کلیدی: هوش هیجانی، باورهای خود کارآمد، رضایتمندی بیماران، فرآیند درمان.

۱. مربی گروه روان شناسی، دانشکده علوم انسانی، دانشگاه گیلان (نویسنده مسئول)
آدرس محل کار: گیلان، رشت، بزرگراه خلیج فارس، دانشکده علوم انسانی، گروه روان شناسی

irajshakerinia@yahoo.com

همراه: ۰۹۱۱۱۳۸۲۶۷۹

فکس: ۰۱۳۱-۶۶۹۰۲۸۰

تلفن: ۰۱۳۱-۲۲۳۵۷۲۸

مقدمه:

بیمارستان جزولاینفک تشکیلات پزشکی و اجتماعی است که وظیفه تأمین مراقبتهای کامل بهداشتی (پیشگیری، درمان و نوتوانی) را برای عموم به عهده داشته و مرکزی آموزشی برای کارکنان بهداشت و درمان و تحقیقات زیستی اجتماعی می باشد (۱). اغلب اولین تجربه بیماران از بیمارستان، به بخش اورژانس مربوط می شود و از آنجائی که آن ها به درمان و مراقبت فوری و خاص نیازمند هستند، درک مشکل بیماران در بخش فوریت ها جهت ایجاد رضایت در آن ها ضروری است. برخی از محققین معتقدند نظر به اینکه تقریباً ۲۸ درصد از مراجعین به بخش اورژانس، در بخش های مختلف بیمارستان بستری می شوند، باید به بخش اورژانس به عنوان منبع حیات بیمارستان نگریست. اورژانس بیمارستانها به عنوان مراکز ثابت و تخصصی ارائه خدمات درمانی و مراقبتی با در اختیار داشتن امکانات و پرسنل مجرب یکی از اجزای مهم فرایند پاسخ به نیازهای حیاتی بیماران و پاسخ به حوادث غیر مترقبه محسوب می شوند (۲ و ۳). از آنجایی که در اورژانس، نجات جان بیمار در کوتاه ترین زمان در اولویت اقدامات و خدمات درمانی قرار دارد وجود نیروهای انسانی کارآمد و با تجربه در این بخش بسیار حائز اهمیت می باشد (۴)، همچنین با کاهش مدت زمان انتظار بیمار جهت دریافت مراقبت ها در این بخش، اعتماد بیماران به مراکز درمانی و کارکنان آن جلب شده، در نهایت می تواند ارتقاء سطح سلامت افراد جامعه را در پی داشته باشد. از سوی دیگر اورژانس یکی از تنش زاترین بخش ها برای پرستاران تلقی می شود و در این بخش ها پرستاران با عوامل تنش زای اختصاصی مواجه هستند. در این بخش به علت باز بودن محیط بر روی مردم، انتظارات بالای بیماران و نزدیکان، فراوانی کشمکش های بین فردی، بی حرمتی و رفتارهای ناسزاوار بیمار و اطرفیان، پرستاران دچار تنیدگی می شوند. عملکرد شایسته پرستاران در اورژانس نیازمند بهره برداری از روشهای مقابله ای مطلوب و همچنین عناصری نظیر هوش هیجانی و باورهای مربوط به خودکارآمدی است؛ این عناصر از جمله مولفه های تأثیرگذار بر رابطه پرستار و بیمار در نظر گرفته شده است. در همین ارتباط گلدبرگ (Goldberg) (۵)، معتقد است که تعامل بین بیماران و پرستاران نه تنها در برقراری ارتباط مطلوب اثر دارد بلکه زمینه ساز ارزیابی بیماران از کیفیت مراقبت ها نیز می باشد؛ به نظر این محقق ابزار دوستی و همدردی (مولفه های هوش هیجانی) همچنین توضیح در مورد نحوه و علت اجرای اقدامات درمانی اثر زیادی بر رابطه پرستار و بیمار و همچنین نقش مهمی در کیفیت مراقبت های پزشکی دارند.

هوش هیجانی مفهومی است که برای نخستین بار در آغاز دهه ۱۹۹۰ توسط مایر و سالووی (Mayer & Salovey) معرفی شد و سپس در سال ۱۹۹۵ توسط گلمن (Goleman) به سرعت جنبه عام یافت (۶). این عنصر مجموعه ای از توانایی های شناختی و هیجانی به هم پیوسته است (۷)، که به فرد کمک می کند تا با دریافت، ارزیابی و بیان دقیق هیجان ها، از احساساتی که افکار را تسهیل می نمایند آگاهی یابد (۸ و ۹) و با برقراری توازن میان افکار و هیجان های خود، تصمیم گیری های عاقلانه و رفتاری مسئولانه داشته باشد (۱۰). امروزه مدل های مختلفی جهت تعریف و تبیین مفهوم هوش هیجانی وجود دارد، اما در یک نگاه کلی می توان کفایت های اساسی سازنده هوش هیجانی را شامل ادراک هیجان در خود و دیگران، فهم و استدلال درباره هیجان و اداره هیجان ذکر نمود (۱۱). در همین رابطه و از نقطه نظر کاربردی نیز، پلینتری (Pellitteri) (۱۲)، معتقد است که هوش هیجانی با سازگاری روان شناختی، موفقیت و پیش بینی آن و رضامندی کلی از زندگی ارتباط دارد. از همین منظر است که سالوی (۱۳)، هوش هیجانی را با سلامت روان در ارتباط می داند. وی دریافت که افراد دارای هوش هیجانی بالا، توانایی بهتری برای مقابله با استرس دارند. از سوی دیگر افراد دارای هوش هیجانی پایین، پیوسته احساس پوچی و فروپاشی نموده، واکنش های عاطفی نامناسب نشان می دهند. از این رو هوش هیجانی پایین می تواند از عوامل خطر ساز در ابتلا به بیماری های روانی و ایجاد مشکلات در سازگاری افراد با محیط به شمار آید (۱۴). در افراد با هوش هیجانی پایین، توانایی حل مسأله به میزان چشم گیری پایین تر است و این افراد در بهره گیری از مهارت های مقابله ای در رویارویی با فشارهای روانی زندگی، توانایی زیادی ندارند (۱۵). پژوهش ها نشان داده اند افرادی که توانایی ایجاد سازگاری لازم را در زندگی خود دارند (افراد برخوردار از هوش هیجانی بالا) در برخورد با مشکلات، مهارت های مقابله ای کارآمد را به کار می گیرند (۱۶) و بدین ترتیب می توانند بر خوردارند. خودکارآمدی به معنای قضاوت فرد در مورد تواناییهایش برای انجام یک عمل می باشد و می تواند افراد را به اتخاذ رفتارهای مثبت و مناسب سوق دهد (۱۷). بر اساس مطالعات انجام شده، یکی از مشهورترین نظریه ها، که در مورد چگونگی پیش بینی و شرح رفتار کاربرد دارد، نظریه یادگیری (شناخت) اجتماعی بندورا (Bandura) (۱۷) است. خودکارآمدی درک شده در واقع اعتقادات مردم در زمینه توانایی هایشان برای عمل کردن در زمینه هایی است که به آنها قدرت کنترل وقایعی را که زندگی شان را متأثر می سازد،

از نحوه پذیرش، ۹۴/۲٪ از نحوه حضور پرستار بر بالین بیمار، ۹۳/۱٪ از چگونگی مراقبت پرسنل بخش، ۸۸/۶٪ از خدمات پزشکی، و ۹۳/۴٪ از نحوه برخورد پرسنل بخش رضایت داشتند.

از آنجایی که ویژگی های رفتاری، شخصیتی، عاطفی پرستاران در عملکرد موفقیت آمیز آنها اثر زیادی دارد و با توجه به اینکه در این حوزه پژوهشهای زیادی انجام نشده است (۲۵)، تحقیق جاری برای بررسی و مقایسه هوش هیجانی و باورهای خود کارآمد پرستاران شاغل در بخش اورژانس بیمارستانها و نقش آنها در رضایتمندی بیماران از فرآیند درمان در بیمارستان های دولتی و خصوصی تحت پوشش دانشگاه علوم پزشکی شهرستان رشت اجرا شد.

مواد و روشها :

مطالعه حاضر به روش توصیفی-مقطعی (Cross-sectional) انجام شد. جامعه آماری این پژوهش عبارت بودند از پرستاران زن شاغل در بخش اورژانس بیمارستانهای دولتی و خصوصی شهر رشت. نمونه مورد بررسی در این پژوهش از ۴۵ پرستار تشکیل شده است. برای انتخاب نمونه از روش نمونه گیری چند مرحله ای استفاده شد. بدین ترتیب که ابتدا از بین بیمارستان های شهر رشت، ۴ بیمارستان (۲ بیمارستان دولتی و ۲ بیمارستان خصوصی) انتخاب شدند. در مرحله بعد، با تهیه فهرست پرستاران بخش اورژانس این بیمارستانها، نمونه مورد نیاز به صورت تصادفی گزینش شدند، پرستاران مشارکت کننده در این تحقیق، همگی مونث بوده، مدرک کارشناسی داشته و حداقل سه سال سابقه کار داشتند. همچنین از بین مراجعین بخش های اورژانس که پرستاران در آن به خدمت اشتغال داشتند ۴۵ نفر از بیماران مراجعه کننده به صورت نمونه گیری در دسترس، انتخاب شدند و در تحقیق مشارکت کردند. پژوهشگر برای جمع آوری اطلاعات از پرسشنامه های زیر استفاده کرد:

۱- مقیاس هوش هیجانی بار-آن (Bar-An): در این پژوهش برای سنجش هوش هیجانی از مقیاس ۹۰ سوالی هوش هیجانی بار-آن شده است. این آزمون علاوه بر نمره کلی، ۱۵ مؤلفه هوش هیجانی را نیز می سنجد. از آن جا که گزینه ها بر روی یک طیف پنج درجه ای لیکرت تنظیم شده اند، نمره گذاری از ۵ به ۱ (کاملاً موافقم ۵ تا کاملاً مخالفم ۱) و در بعضی سوالات با محتوای منفی از ۱ به ۵ (کاملاً موافقم ۱، کاملاً مخالفم ۵) انجام می شود. نمره کل هر مقیاس، برابر با مجموع نمرات هر یک از سوالات آن مقیاس و نمره کل آزمون برابر با مجموع نمرات ۱۵ مقیاس می باشد.

می دهد. عقاید کارآمدی زیر بنای عمل انسان را شکل می دهد. مردم محرک های ناچیزی برای رفتار خود دارند؛ مگر اینکه اعتقاد داشته باشند که نتایج مطلوب و مورد نظر به وسیله اعمالشان به دست می آید (۱۸).

درک کیفیت مطلوب خدمات ارائه شده از طرف بیماران، معمولاً موجب رضایت بیماران از فرآیند درمان می شود. لافری (Lafferi) (۱۹)، در همین رابطه معتقد است که رضایت بیماران منعکس کننده کیفیت ارائه خدمات است و بررسی رضایت مندی به عنوان شاخص با اهمیت از نتایج کیفیت خدمات ارائه شده توسط مراکز بهداشتی درمانی، نوعی ارزشیابی و نظرسنجی مراجعین از نحوه ارائه خدمات و مراقبت ها است. فاصله جهرمی (۲۰)، معتقد است از آنجایی که بیماریا مصدوم به دلیل شرایط بحرانی، برای برقراری مجدد تعادل و سازگاری به کمک سایرین، به خصوص افراد تیم درمانی نیازمند است اگر نیازهای خود را ارضاء شده احساس کند و از خدمات ارائه شده رضایت داشته باشد بهبودی سریعتر حاصل خواهد شد و با بازگشت بیمار به جامعه وظایف خود را بهتر ارائه خواهد داد.

رضایت مندی بیمار از فرآیند درمان از جمله موارد خاص در مراقبتهای پزشکی است که شروع توجه به آن به دهه ۱۹۵۰ برمی گردد. در آن زمان جامعه شناس هایی مثل اسزاس و پارسون (Parsons & Szas)، تحقیقاتی در زمینه ارتباط بین پزشک و بیمار بعمل آوردند. پس از آن محققان زیادی به این موضوع پرداختند؛ ترات، مگنسون و هجز (Trout ، Magnusson و Hedges)، (۲۱)، در فراتحلیلی از تحقیقات انجام گرفته دریافتند که در بسیاری از تحقیقات به مولفه های مرتبط با رضایت بیماران اشاره شده، میزان آگاهی بیماران، نحوه ارتباط مراقبت دهندگان با بیماران و زمان انتظار برای دریافت خدمات بعنوان عوامل موثر ایجاد رضایتمندی در بیماران معرفی شده است. در تحقیق بروس بومن و براون (۲۲) هر چند مشخص شد که اکثر بیماران از خدمات پرستاری رضایت کامل داشتند، مدت زمان انتظار برای دریافت خدمات و اطلاعات مربوط به بیماری موضوعی بود که بیشترین نگرانی را برای آنها ایجاد کرده بود. منجمد و پارسا یکتا (۲۳)، در بررسی خود خدمات ارائه شده در بخشهای درمانگاه، اورژانس و پذیرش را مورد بررسی قرار دادند دریافتند که اکثریت بیماران (۸۰٪) در مجموع از رضایت بالایی برخوردار بودند اکثر آنها ۷۶/۶٪ از خدمات درمانگاه رضایت متوسط داشتند. در همین رابطه اشرفی (۲۴)، در مطالعه ای که بر روی بیماران بستری در بخشهای مختلف بیمارستان و همچنین بیماران سرپایی مراجعه کننده به اورژانس انجام گرفت نشان دادند که ۹۶/۷٪ بیماران

سوالات و خارج کردن سوالات نامناسب از پرسشنامه، پرسشنامه نهایی با ۳۰ سوال، که رضایتمندی بیماران از فرآیند درمان را در سه بعد سرعت، دقت و جامعیت می‌سنجد تنظیم و در اختیار بیماران جهت پاسخگویی قرار داده شد؛ نمره گذاری گزینه‌ها بر طیف پنج درجه ای لیکرت تنظیم شده‌اند، نمره گذاری از ۵ به ۱ (کاملاً موافقم ۵ و کاملاً مخالفم ۱) می‌باشد. برای بررسی پایایی پرسشنامه به شیوه همسانی درونی سوالات، مقدار آلفای کرونباخ ۰/۸۹ نشان می‌دهد که پرسشنامه از مطلوبیت مناسبی برای تحقیق برخوردار است.

۴- پرسشنامه جمعیت شناختی که برای جمع آوری اطلاعات شخصی آزمودنی‌ها (سن، سابقه خدمت، وضعیت تأهل و ...) تنظیم شده است.

یافته‌ها:

این مطالعه با مشارکت ۴۵ پرستار زن شاغل در بخش اورژانس بیمارستانهای دولتی و خصوصی شهر رشت و ۴۵ نفر از بیماران مراجعه کننده به بخش اورژانس همین بیمارستان‌ها انجام گرفت. کلیه زنان پرستار دارای مدرک کارشناسی که دارای حداقل سه سال سابقه کار بودند پرسشنامه‌های تحقیق را تکمیل کردند. در جدول ۱، میانگین و انحراف استاندارد نمرات هوش هیجانی، باورهای خود کارآمد عمومی پرستاران و رضایت بیماران از فرآیند درمان ارائه شده است.

در پژوهش دینی (۲۶)، میزان پایایی این آزمون به روش زوج-فرد ۰/۸۸ و برحسب آلفای کرونباخ ۰/۹۳ محاسبه شده است. در تحقیق جاری نیز ضریب آلفای ۰/۹۲ نشان دهنده مطلوب بودن این پرسشنامه برای سنجش هوش هیجانی است.

۲- مقیاس اندازه گیری باورهای خود کارآمدی عمومی نظامی، شوارتزر و جروسلم (۱۰-GSE): مقیاس اندازه گیری باورهای خود کارآمدی عمومی نظامی، شوارتزر و جروسلم (۲۷)، دارای ۱۰ گویه ۴ گزینه ای با دامنه ۱ تا ۴ است که کمینه و بیشینه نمره آن ۱۰ و ۴۰ می‌باشد. این مقیاس برای پیش بینی سازگاری پس از دگرگونی‌های زندگی، یا همچون نمایه ای از چگونگی زندگی در هر مرحله رشدی، برای کارهای بالینی، و دگرگون سازی رفتار بکار می‌رود. رجبی (۲۸) در پژوهش خود این پرسشنامه را مورد استفاده قرارداد و پایایی آن را مطلوب ارزیابی کرد. همچنین در تحقیق جاری همسانی درونی پرسشنامه باورهای خود کارآمدی عمومی با روش آلفای کرونباخ سنجیده شد و با بدست آمدن ضریب آلفای ۰/۹۶، پایایی آن مطلوب ارزیابی شد.

۳- پرسشنامه رضایت مندی از فرآیند درمان (I-SH-۳۰): این پرسشنامه با در نظر گرفتن معیارهای رضایتمندی بیمار از فرآیند درمان تنظیم شد. برای بررسی اعتبار پرسشنامه به شیوه محتوایی، پرسشنامه تنظیم شده اولیه در مطالعه مقدماتی در اختیار تعدادی از بیماران قرار گرفت و با بررسی

جدول ۱ میانگین و انحراف استاندارد نمرات هوش هیجانی، باورهای خود کارآمد عمومی پرستاران و رضایت از فرآیند درمان بیماران در بیمارستانهای دولتی و خصوصی

متغیر	میانگین	انحراف استاندارد	تعداد
هوش هیجانی	دولتی	۲/۰۳	۲۵
	خصوصی	۲/۳۵	۲۰
	کل	۲/۱۷	۴۵
باورهای خود کارآمد	دولتی	۲۷/۶۸	۲۵
	خصوصی	۲۸/۲۰	۲۰
	کل	۲۷/۹۱	۴۵
رضایت بیمار	دولتی	۴۷/۷۶	۲۵
	خصوصی	۵۲/۹۵	۲۰
	کل	۵۰/۰۶	۴۵

از فرآیند درمان از آزمون t برای گروههای مستقل استفاده شد که نتیجه مقایسه این متغیرها در جدول ۲ آمده است.

برای مقایسه میانگینهای مقیاسهای هوش هیجانی پرستاران، باورهای خود کارآمد پرستاران و رضایت بیماران

جدول ۲ مقایسه میانگینهای متغیرهای سه گانه بر اساس آزمون t برای گروههای مستقل

متغیر	نوع بیمارستان	میانگین	تفاوت میانگین	t	درجه آزادی	سطح معنی داری
هوش هیجانی	دولتی	۲/۰۳۱	-۳۲/۲۸	-۱/۰۵	۴۳	۰/۲۹۶
	خصوصی	۲/۳۵				
باورهای خود کارآمد	دولتی	۲۷/۶۸	۰/۵۲	-۰/۲۱	۴۳	۰/۸۳۳
	خصوصی	۲۸/۲۰				
رضایتمندی از درمان	دولتی	۴۷/۷۶	-۵/۱۹	-۱/۳۶	۴۳	۰/۱۸۰
	خصوصی	۲۵/۹۵				

دولتی و خصوصی تفاوت مشاهده می شود ولی این تفاوتها نیز از لحاظ آماری معنی دار نیست .
به منظور بررسی ارتباط هوش هیجانی ، خود کارآمدی پرستاران و رضایت بیماران از فرآیند درمان از ضریب همبستگی پیرسون استفاده شد که نتایج آن در جدول ۳ آمده است.

همانگونه که در جدول ۲ مشاهده می شود ، هرچند بین پرستاران شاغل در بیمارستانهای دولتی و خصوصی از لحاظ هوش هیجانی و باورهای خود کارآمد تفاوت وجود دارد ولی این تفاوتها از نظر آماری معنی داری نیست . همچنین بین بیماران نیز از لحاظ رضایتمندی از فرآیند درمان در دو نوع بیمارستان

جدول ۳ رابطه هوش هیجانی، خود کارآمدی پرستاران و رضایتمندی بیماران از درمان (N=۴۵)

متغیر	هوش هیجانی	خود کارآمدی	رضایت بیماران از درمان
هوش هیجانی	۱	۰/۸۴۲**	۰/۶۷۳**
خود کارآمدی	۰/۸۴۲**	۱	۰/۶۰۸**
رضایت بیماران از درمان	-۰/۶۷۳**	-۰/۶۰۸**	۱

* * همبستگی در سطح $p < 0/01$ معنی دار است .

برای پیش بینی اثر گذاری (هوش هیجانی و خود کارآمدی) بر رضایت بیماران از فرآیند درمان از تحلیل رگرسیون چند گانه به شیوه گام به گام استفاده شد ، که نتایج آن در جدول ۳ آمده است.

همانگونه که از داده های جدول ۳ بر می آید رابطه متغیرهای تحقیق در سطح آلفای $P < ۰/۰۱$ معنی دار است که خود نشان دهنده این است که رضایت بیماران از فرآیند درمان از متغیرهای موجود در تحقیق اثر پذیری دارد ؛

جدول ۴ خلاصه مدل رگرسیون چندگانه به روش گام به گام ، تحلیل واریانس و مشخصه های آماری رگرسیون

مدل	R	R2
۱	۰/۶۷	۰/۴۵

۱- پیش بین: (عدد ثابت) هوش هیجانی

جدول ۵ تحلیل واریانس برای اعتبار معادله رگرسیون متغیرهای مورد بررسی تحقیق

مدل	مجموع مجزورات	درجه آزادی	میانگین مجزورات	مقدار F	سطح معناداری
۱	۳۲۸۳/۶۱۱	۱	۳۲۸۳/۶۱۱	۳۵/۶۸۱	۰/۰۰۰۱
	۳۹۵۷/۱۸۹	۴۳	۹۲/۰۲۸		
	۷۲۴۰/۸۰۰	۴۴			

۱. متغیر پیش بین : (عدد ثابت) هوش هیجانی

متغیر وابسته: رضایت بیماران از فرآیند درمان

جدول ۶ ضرایب حاصل از تحلیل رگرسیون گام به گام رضایت بیماران از فرآیند درمان بر حسب متغیرهای وارد شده و شاخص های معنی داری

مدل	B ضرایب استاندارد	خطای استاندارد	ضرایب غیر استاندارد Beta	t مقدار	سطح معنی داری
۱	۳۱/۶۱	۳/۴۰۴		۹/۲۸۸	۰/۰۰۰
	۰/۰۸۵	۰/۰۱۴	۰/۶۷۳	۵/۹۷۳	۰/۰۰۰

متغیر پیش بین: (عدد ثابت) هوش هیجانی

متغیر وابسته: رضایت بیماران از فرآیند درمان

همان گونه که در جدول ۴ مشاهده می شود، نتایج تحلیل رگرسیون نشان داده است که از بین متغیرهای هوش هیجانی و خود کارآمدی (به عنوان متغیرهای پیش بینی کننده)، متغیر هوش هیجانی توانسته است واریانس مربوط به رضایت بیماران از فرآیند درمان را تبیین کند، به طوری که ۴۵٪ رضایت بیماران از فرآیند درمان توسط متغیر هوش هیجانی پرستاران قابل تبیین است ولی متغیر خود کارآمدی وارد معادله نشده است چرا که افزوده شدن مقدار واریانس خود کارآمدی به معادله موجب افزایش معنی داری نمی شود؛ یک دلیل احتمالی برای کنار گذاشتن خود کارآمدی از معادله این است که بین هوش هیجانی و خود کارآمدی همپوشی وجود دارد. نتایج تحلیل واریانس برای اعتبار معادله رگرسیون جدول ۵، که با میزان F بدست آمده ۳۵/۶۸۱، در سطح $P < 0.01$ ، معنی دار بوده، نشان دهنده اعتبار کافی این تحلیل است؛ به گونه ای که در مجموع قادر است ۴۵٪ واریانس مربوط به رضایت بیماران از فرآیند درمان را تبیین کند. با توجه به جدول ۶، براساس ضریب بتا، سهم هر یک از متغیرهای مذکور در معادله رگرسیون برای پیش بینی نمره رضایت بیماران از فرآیند درمان به شرح زیر است:

رضایت بیماران از فرآیند درمان =

$$\text{هوش هیجانی پرستاران} (۰/۰۸۵) + (\text{عدد ثابت}) (۳۱/۶۱) =$$

معادله فوق نشان می دهد که بین ترکیب متغیرهای تحقیق و رضایت بیماران از فرآیند درمان رابطه وجود دارد.

بحث و نتیجه گیری:

در این پژوهش، داده های بدست آمده از هوش هیجانی و خود کارآمدی ۴۵ نفر از پرستاران به همراه داده های مربوط به رضایت از درمان ۴۵ بیمار مراجعه کرده به بخش اورژانس بیمارستانهای دولتی و خصوصی شهر رشت، با استفاده از روش همبستگی پیرسون و تحلیل رگرسیون مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. نتایج بررسی نشان داد که میزان رضایت بیماران از فرآیند درمان (درابعاد سرعت، جامعیت و دقت) در اورژانس به طور کلی مطلوب است که این نتیجه گیری با

تحلیل رگرسیون نیز در تحقیق جاری مشخص کرد که رضایتمندی بیماران از فرآیند درمان را می توان از روی هوش هیجانی پرستاران پیش بینی کرد، این نتیجه گیری نیز با پژوهش اندلیب (Andaleeb) (۳۶) همسواست وی از تحقیق خود نتیجه گرفت که رفتار پرستاران را می توان به عنوان یک فاکتور پیش گویی کننده در رضایتمندی بیماران در نظر گرفت.

نهایتاً می توان اذعان داشت هرچند نتایج این مطالعه با این حجم نمونه قابل تعمیم نیست ، یافته ها دلالت می کند بر اینکه مراقبتهای کلینیکی و برخوردهای مناسب پرستاران که نشأت گرفته از هوش هیجانی و خود کارآمدی آنان است از اجزاء مهم رضایت بیماران از فرآیند درمان بوده و برای مطالعات آتی می تواند مورد استفاده قرار گیرد .

تشکر و قدردانی :

پژوهشگران بر خود لازم می دانند از تمامی پرستاران شرکت کننده در این تحقیق و مدیران بیمارستان ها که زمینه انجام تحقیق را فراهم ساختند تشکر و قدر دانی نمایند .

References

- Mosadeq Rad AM. General management of health care services. Tehran, Dibagaran. 2002; 86.
- Vesico LM, Donahoe SP. An organizational wide approach to improving ED patient satisfaction one community feeding hospital. *Journal of Emergency Nursing* 1999; (25): 192-198.
- Hustetler JJ, Teft SH. Patient need in the emergency department. *Journal of Nursing Administration*. 1999; (29): 43-50.
- Black J, Decker A. *Medical – Surgical Nursing* (5th ed.). London: W.B. Saunders Company. 1997; 94.
- Goldberg ZP. Customer satisfaction survival skill: one hospital experiences. *Journal of Emergency Nursing*. 1999; 25, 187- 193.
- Bar-on R. Bar-on emotional quotient inventory. Toronto: Multi-Health system inc. 1997; 89.
- Ciarrochi J, Forgas JP, Myer JD. *Emotional intelligence in everyday life*. London: Psychology Press. 2001; 69.
- Mayer JD, Caruso D. Emotional intelligence meets traditional standards for an Intelligence. *Journal of Intelligence*. 1999; 27: 267-298.
- Mayer JD, Salovey P, Caruso D. Emotional intelligence as a standard intelligence. *Emotion*. 2001;1: 232-242.
- Ekrami Y. You know what emotional intelligence or emotional benefit? *Journal of success*. 2006; (38):26-29.
- Bar-on R. The Bar-on model of emotional intelligence: A valid, robust and applicable EL model. *Organizations & People*. 2007; 14, 27-34.
- Pellitteri J. The relationship between emotional intelligence and ego defense mechanisms. *The Journal of psychology*. 2002; 136(2): 182-194.
- Solvey P. Emotional intelligence imagination. *Cognition and Personality*. 1990; 9, 185 -211.
- Taylor GJ, Parker JD A, Bagby RM. Emotional intelligence and the emotional brain: Points of convergence and implications for psychoanalysis. *Journal of the American Academy of Psychoanalysis*. 1999; 27, 339- 354.
- Bar-on R. Bar-on emotional and social intelligence. In: Bar-on R, parker JDA, editors . *Handbook of emotional intelligence*. Sanfrancisco: Jossey-Bass 2000 : 363-388.
- Noruzi S. Comparative study of acting skills to users in the face of suicide and normal subjects conditions stressors. Thesis for master of science of psychology, Allame Tabatabaee University. 1994; 49.
- Bandura A. Self-efficacy: toward a unifying theory of behavioral change. *Psychol Rev*. 1977; 84(2): 191-215.
- Kazdin AE. *Encyclopedia of psychology*, 17. Oxford University Press 2000; 28,212-3.
- Lafferi A. The spiritual dimension of emergency care. *Journal of Emergency Nursing*. 1998;(24): 475- 483.
- Faseleh Jahromi M. A study of relationship between Patients' Satisfaction with medical services in Shahid Motahhari Jahrom City. Thesis for master of science. Alzahra university. 2001; 57.
- Trout A, Magnusson AR, Hedges JR. Patient satisfaction investigations and the emergency department: What does the literature say? *Academic Emergency Medicine*. 2000; 7(6): 695-709.
- Bruce TA, Bowman JM, Brown ST. Factors that influence patient satisfaction in the emergency department. *Journal of Nursing care quality*. 1998; 13(2): 31-7.
- Monjamed Z, Parsa yekta Z. The evaluation of care from cancers patents in chemical therapy centers dependent on Ministry of Health and Medical Education universities Research. conducted in unit of nurses in Ministry of Health and Medical Education .
- Ashrafi F. Evaluation of satisfaction referred to emergency Ali Ibn Abi Talib (AS) in Shahrivar 1382 the city of Rafsanjan. Thesis - University of Medical Sciences, Rafsanjan. 2004; 46 .
- Seif Rabei M, Shahidzadeh Mahani A. Patients' satisfaction Admission in Public hospitals Cover at Hamadan medical sciences university and factors affected on them. *Payesh Quarterly*. 2006;5(4): 271-279 .
- Dini F. Relationship between educational achievement and coping with crisis with emotional quotient in Alzahra university students. Thesis for master of science, Alzahra university. 2005: 67.
- Nezami E, Schwarzer R, Jerusalem M. *Persian Adaptation (Farsi) of the General Self-Efficacy Scale*. 1996. Retrieved from: <http://userpage.fuberlin.de/~health/persean.htm>

28. Rajabi G. Validity and reliability of the General Self-Efficacy Scale in Psychologies' students of Faculty of Educational Sciences of Ahvaz university and Marvdasht University of Azad. *New educational ideas*. 2006;(1-2):111-122.
29. Kircheimer B. The patient's perspective. Hospitals must report patient-satisfaction data or face a financial hit; For many it's just business as usual, for others it poses some challenges. *Modern healthcare*. 2007;37(29):26.
30. Quintana JM. Gonzalez N. Bilbao A. Aizpuru F. Escobar A. Esteban C. Predictors of patient satisfaction with hospital health care. *BMC Health Services Research*. 2006; 6: 1-9.
31. Jackson JL. Chamberlain J. Kroenke K. Predictors of patient satisfaction. *Social Science and Medicine*. 2001; (5): 609-20.
32. O'Connell B. Young J. Twigg D. Patient satisfaction with nursing care: a measurement conundrum. *International Journal of Nursing Practice*. 1999; 5: 72-7.
33. Londberg PC. Trichord K. Thai Buddhist patients with cancer undergoing radiation therapy: feelings, coping and satisfaction with nurse-provided education and support. *Cancer Nursing*. 2001; 24: 469-75.
34. Sajjadian A. Kaviani A. Unesian M. Montazeri A. Patients' Satisfaction: A Descriptive study in Breath cares clinics in Iran. *Quarterly of Iran Breath Diseases*. 2008; 1(3): 45-51.
35. Ansari H. Ebadifar J. The evaluation of quality of cares to patients who recourse to Arzhans unit in Hospital, Shiraz University of Medical Sciences. Boshra Publication .
36. Andaleeb SS. Service quality perception and patient satisfaction: a study of hospitals in a developing country. *Social Science and Medicine*. 2001; 52:1359-70.