

طراحی و تبیین الگوی رضایت بیماران در بیمارستانها: با تاکید بر نقش هوش عاطفی، هوش معنوی و هیجان پذیری کادرهای درمانی

علی رضائیان^۱، اکرم هادیزاده مقدم^۲، محمدجواد نائیجی^{۳*}

تاریخ دریافت: ۸۹/۱۱/۲۴

تاریخ پذیرش: ۹۰/۴/۸

چکیده:

زمینه و هدف: با وجود اینکه در مورد اهمیت نقش هوش عاطفی و خلق و خوی کادرهای درمانی در رضایت بیماران توافق کلی وجود دارد، اما شواهد تجربی کمی در این خصوص وجود دارد و تبیین نظری روشنی صورت نگرفته است. در راستای رفع این شکاف نظری، هدف مقاله حاضر، ارائه الگویی از رضایت بیماران در بیمارستانها با تمرکز بر نقش هوش عاطفی، هوش معنوی و هیجان پذیری مثبت و منفی کادرهای درمانی است.

مواد و روش ها: این مطالعه از نوع توصیفی است و جامعه آماری آن، پزشکان و پرستاران ۲ بیمارستان دولتی و ۲ بیمارستان خصوصی استان تهران و بیماران آنها می باشند. داده های تحقیق از ۲۲۸ آزمودنی گردآوری شده است که بر اساس روش نمونه گیری تصادفی انتخاب شده اند. ابزار اصلی گردآوری داده های تحقیق، پرسشنامه است که پایایی تمامی پرسشنامه ها بالاتر از سطح قابل قبول (۰/۷) بوده است. برای تحلیل داده ها از آزمون کولموگروف-اسمیرنوف، آزمون t، و روش تحلیل مسیر استفاده شده است.

نتایج: نتایج تحقیق بیانگر این است که ویژگیهای روحی و عاطفی در کادرهای درمانی، قدرت تبیین ۳۹ درصد از رضایت بیماران را دارا می باشند ($R^2 = ۰/۳۹$) که در مطالعات رفتاری، بسیار قابل توجه می باشد. از میان متغیرهای مستقل تحقیق، به ترتیب هوش عاطفی، هیجان پذیری مثبت و هوش معنوی، بیشترین تاثیر مثبت را بر رضایت بیماران دارند و هیجان پذیری منفی دارای تاثیر منفی بر رضایت بیماران می باشد. همچنین، برقراری ارتباط اثربخش با بیمار، عملکرد شغلی و انسجام بین کادر درمانی در مدل نقش متغیر میانجی را ایفا می کنند.

نتیجه گیری: پرستاران و پزشکان به علت دشواری کار و مواجه بودن با مشتریانی که از بیماری رنج می برند، باید از خلق و خوی مناسب و سطح بالایی از هوش عاطفی و معنوی برخوردار باشند تا بتوانند علاوه بر انجام وظایف کاری، رضایت نهایی بیماران را نیز کسب کنند.

کلمات کلیدی: رضایت بیمار، هوش عاطفی، هیجان پذیری، هوش معنوی، بیمارستان.

۱. استاد، گروه مدیریت دولتی، دانشکده مدیریت و حسابداری، دانشگاه شهید بهشتی، تهران، ایران.

۲. دانشیار گروه مدیریت دولتی، دانشکده مدیریت و حسابداری، دانشگاه شهید بهشتی، تهران، ایران.

۳. دانشجوی دکترای مدیریت، گروه مدیریت دولتی، دانشکده مدیریت و حسابداری، دانشگاه شهید بهشتی، تهران، ایران. (*نویسنده مسئول)

مقدمه

یکی از شاخصهای سنجش عملکرد هر سازمان و از جمله بیمارستانها، میزان رضایت مشتریان از آنهاست و با اینکه نظام درمانی کشور کمی دیرتر از بسیاری از صنایع و بخشهای دیگر به موج مشتری گرایی پیوسته است، اما روند رو به رشدی در توجه به اهمیت رضایت بیماران از بیمارستانها و کادرهای درمانی مشاهده می شود.

البته در جلب رضایت بیماران باید به دو نکته توجه داشت. نخست اینکه، به علت خدماتی بودن کار بیمارستانها، ارزیابی کیفیت امور درمانی، جنبه کیفی و ذهنی دارد و رضایت بیشتر به عملکرد ارائه دهندگان خدمات درمانی مربوط است (۱). دوم اینکه، درد و رنج بیماران نسبت به مشتریان سایر سازمانها و صنایع، کار ارائه دهندگان خدمات در جلب رضایت مشتریان را بسیار دشوارتر و پیچیده تر می کند (۲، ۱). این دو عامل سبب شده است که در مابانی نظری مشتری گرایی در بیمارستانها و مراکز درمانی، توجه ویژه ای به نقش ویژگیهای کادرهای درمانی و به خصوص خصوصیات روحی و عاطفی آنان شود. نتایج تحقیقات مختلف نیز بیانگر این است که کارکنان بیمارستانها باید از قابلیت‌های عاطفی و احساسی بالایی برخوردار باشند. برای مثال، در تحقیق چه اونگ و همکاران نشان دادن رفتار دوستانه و همدلی پرستاران و پزشکان با بیماران، به عنوان عامل اصلی رضایت در محیطهای بیمارستانی شناسایی شده است (۳).

دو جریان عمده پژوهشی در تبیین نقش ویژگیهای رفتاری کارکنان بیمارستانها در رضایت مشتریان، بر خلق و خوی و انواع هوش متمرکز است که مطالعات مختلف بیانگر تاثیر قابل توجه این متغیرها بر رفتار کادرهای درمانی و بیماران است. در میان انواع هوش، تاکید اصلی بر هوش عاطفی بوده است، به نحوی که این هوش به عنوان مهمترین توانایی پرستاران برای اداره خردمندانه و آگاهانه روابط بیمار-پرستار شناخته می شود (۴). از جمله، نتایج تحقیق گولریوز و همکاران (۲۰۰۸) نشان می دهد که پرستاران دارای هوش عاطفی بالاتر، بهتر می توانند به تقاضاهای محیطی پاسخ دهند، استرس شغلی کمتری را تجربه می کنند و در نهایت، از تعهد سازمانی بالاتری برخوردارند (۵). نتیجه مطالعه دیگری که با استفاده از پرسشنامه در چین صورت گرفته است نیز نشان می دهد برخورداری از هوش عاطفی بالا می تواند بر رضایت پرستاران اثر مثبت و مستقیم و بر رضایت بیماران اثر مثبت و غیرمستقیم داشته باشد (۶). چنین نتیجه ای در تحقیقات حقیقت جو و همکاران در مورد کارکنان زن و مرد دانشگاه های علوم پزشکی کشور نیز مشاهده شد و آن دسته از کارکنانی که

از هوش هیجانی بالاتری برخوردار بودند، رضایت شغلی بیشتری را نیز گزارش کرده بودند (۷).

هوش معنوی عامل دیگری است که در محیطهای بیمارستانی به خصوص در جوامع مذهبی مانند ایران می تواند به رابطه کارکنان و بیماران کمک کند. کادرهای درمانی بخش زیادی از زندگی خود را صرف بهبود سلامت جامعه می کنند، اما در بسیاری از جوامع به این نکته توجه نمی شود که سلامت جسمانی و روانی خود پزشکان و پرستاران نیز ممکن است با درک مستمر درد و رنج بیماران به مخاطره بیفتد (۸). برخورداری از هوش معنوی بالا به کادرهای درمانی کمک می کند با معنادار و هدفمند دیدن خدماتی که به بیماران و جامعه ارائه می کنند، بهتر با فشارهای کاری کنار بیایند (۹). نتیجه مطالعه ای در کشور مالت نشان می دهد که توجه به جنبه های معنوی باید به صورت جزئی ضروری از آموزش پرستاران بیمارستانها درآید تا آنها را برای ارائه خدمات بهتر به بیماران یاری دهد (۱۰). در مطالعه ای که اخیراً در دو بیمارستان بوشهر صورت گرفته است، پرستاران با هوش معنوی بالاتر، خوشنودی بیشتری را گزارش کرده اند. همچنین متغیرهای جمعیت شناختی مانند سن، وضعیت تاهل و تحصیلات پرستاران تاثیری در رابطه هوش معنوی و خوشنودی نداشت و این رابطه، در تمامی گروه های جمعیت شناختی مثبت بوده است (۱۱).

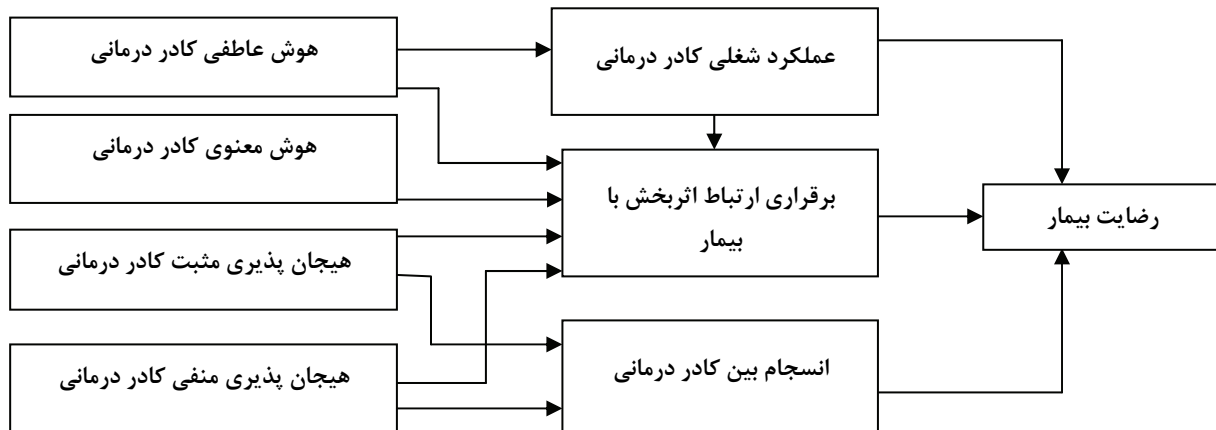
هیجان پذیری در مطالعات مربوط به جنبه های عاطفی در بیمارستان ها جایگاه ویژه ای دارد و تاثیر آن بر متغیرهای عملکردی کارکنان به تأیید رسیده است. برای مثال، نتایج مطالعات کلانین نشان می دهد هیجان پذیری منفی، استرس شغلی زنان شاغل در بخش بهداشت و درمان را افزایش می دهد و بر سلامت آنها اثر نامطلوب دارد (۱۲). در پژوهش های دیگر نیز، هیجان پذیری مثبت رابطه ای مثبت و هیجان پذیری منفی رابطه ای منفی با پشتیبانی اجتماعی، فرسودگی احساسی، زوال شخصیت و فشار روانی کادرهای درمانی، نشان داده است (۱۳، ۱۴).

با وجود این پژوهشها، هنوز نقش انواع هوش و خلق و خوی کادرهای درمانی در رضایت بیماران، چندان مورد توجه قرار نگرفته است و بجز برخی مطالعات پراکنده، تحقیق جامعی که به جنبه های مختلف احساسی و عاطفی در بیمارستانها و اثرات آنها بر رضایت بیماران پرداخته باشد، به چشم نمی خورد. در راستای رفع فقدان بررسی های آکادمیک، هدف این مقاله، ارائه مدلی برای تبیین نقش هوش عاطفی، هوش معنوی، و هیجان پذیری مثبت و منفی کادر درمانی در بهبود رضایت بیماران با توجه به پویاییهای محیطی بیمارستانهای ایران است. در این راستا، با استفاده از

مشتریان اشاره کرده اند، مدل مفهومی تحقیق را مطابق با نمودار ۱ ارائه می دهیم و روابط متغیرها را در قالب آن، مورد آزمون قرار می دهیم.

مبانی نظری موجود و برخی پژوهشهای مرتبط که به طور آشکار یا ضمنی به نقش هوش های چندگانه و خلق و خوی در بهبود عملکرد کادرهای درمانی و در نهایت، رضایت

نمودار ۱. الگوی مفهومی تحقیق



می سنجد (۱۵). هیجان پذیری مثبت و منفی با شاخص پاناس که توسط واتسون و همکاران طراحی شده، سنجیده می شود (۱۶). این معیار، پرسشنامه‌ای ۱۲ سؤالی برای سنجش هیجان پذیری مثبت و منفی ارائه می دهد که پاسخگویان در یک طیف ۵ گزینه‌ای لیکرت به آن پاسخ داده‌اند. متغیرهای میانجی تحقیق شامل برقراری ارتباط اثربخش با بیمار، شغلی و انسجام بین کادر درمانی است که با استفاده از پرسشنامه محقق ساخته مشتمل بر ۲۲ سوال و مبتنی بر طیف ۵ گزینه‌ای لیکرت سنجیده می شوند. در نهایت، برای سنجش رضایت بیماران، پرسشنامه سنجش رضایت استیونز و همکاران، شامل ۱۶ قلم به کار رفته است (۱۷).

یافته‌ها

برای آزمون نرمال بودن نمره های به دست آمده از عاملها، از آزمون ناپارامتریک کولموگروف-اسمیرنوف استفاده شده است که نتایج آن به همراه میانگینها، انحراف استاندارها، ضرایب آلفای کرونباخ و ارزش t برای متغیرهای اصلی و فرعی تحقیق در جدول ۱ آمده است. با توجه به این جدول، عدد معناداری آزمون کولموگروف-اسمیرنوف برای همه عوامل بجز انسجام بین کادر درمانی، بیشتر از $0/05$ می باشد. این امر نشان می دهد توزیع عوامل در پاسخهای ارائه شده به متغیرهای این تحقیق، نرمال می باشد و می توان از آزمونهای پارامتریک برای بررسی روابط میان متغیرها استفاده کرد.

مواد و روش ها

این تحقیق از نظر هدف، کاربردی و از لحاظ ماهیت و روش تحقیق، توصیفی-پیمایشی است. جامعه آماری این تحقیق، پزشکان و پرستاران ۲ بیمارستان دولتی و ۲ بیمارستان خصوصی استان تهران و بیماران آنها می باشند که در مجموع، ۵۰۳ پزشک و پرستار به عنوان جامعه آماری تحقیق شناسایی شدند که با مراجعه به جدول مورگان، حجم جامعه ۲۱۷ نفر تعیین گشت. برای انتخاب نمونه ها، روش نمونه گیری تصادفی طبقه بندی شده به صورت اختصاص متناسب بکار گرفته شده است. به علت آنکه پرسشنامه های خوداظهاری هوش، دارای تورش هستند، برای بهبود کیفیت پاسخها و کاهش تورش، پرسشنامه های هوش عاطفی و هوش معنوی علاوه بر خود فرد به یکی از همکاران و یکی از بیماران وی داده شد و میانگین هر سه پرسشنامه به عنوان معیار هوش فرد، مورد استفاده قرار گرفت. پس از توزیع پرسشنامه ها، تعداد ۶۲۴ پرسشنامه هوش عاطفی، ۶۴۱ پرسشنامه هوش معنوی و ۲۲۸ پرسشنامه برای سایر متغیرهای تحقیق به همراه ۲۲۸ پرسشنامه رضایت بیماران که از جانب بیمار هر پزشک یا پرستار مورد بررسی تکمیل شده بود، برگشت داده شد.

ابزار اصلی گردآوری داده های این تحقیق، پرسش نامه است که برای سنجش هوش عاطفی از مقیاس هوش عاطفی وانگ و لو (۲۰۰۲) استفاده شده است. این پرسشنامه در قالب ۲۰ سوال، ۴ ویژگی فرعی هوش عاطفی از دیدگاه مایر و سالووی را

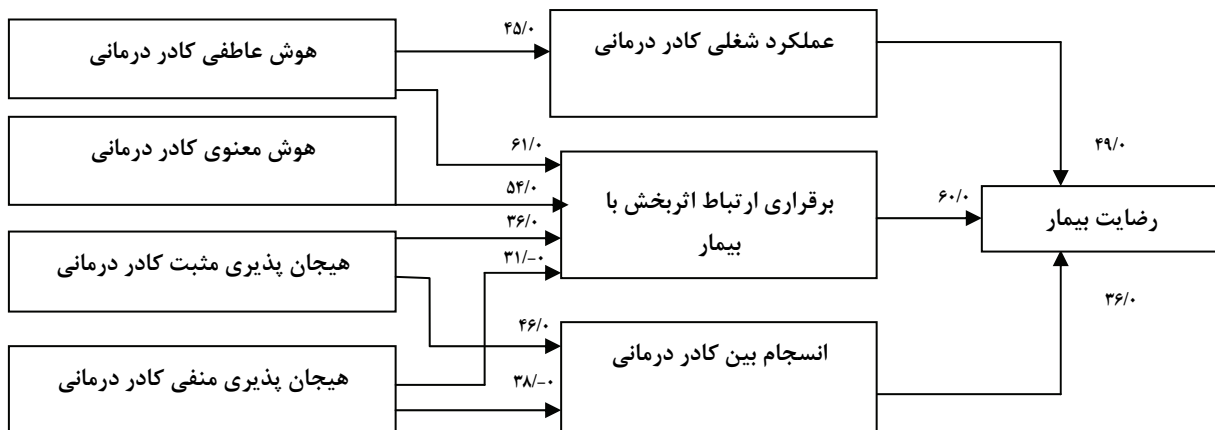
جدول ۱. میانگین، انحراف استاندارد، نتایج آزمون کولموگوروف اسمیرنوف و ارزش t متغیرها

متغیرها	میانگین	انحراف استاندارد	ضریب آلفای کرونباخ	معنی داری آزمون کولموگوروف-اسمیرنوف	ارزش t
هوش عاطفی کادر درمانی	۴/۰۵	۰/۵۲	۰/۸۴	۰/۹۹	۲۷/۴۷
هوش معنوی کادر درمانی	۳/۰۱	۰/۴۴	۰/۷۸	۰/۱۱۲	۲۱/۶۰
هیجان پذیری مثبت کادر درمانی	۳/۹۲	۰/۳۹	۰/۷۳	۰/۲۱۳	۲۹/۶۳
هیجان پذیری منفی کادر درمانی	۳/۷۶	۰/۴۴	۰/۷۹	۰/۰۹۸	۲۵/۴۰
برقراری ارتباط اثربخش با بیمار	۳/۴۶	۰/۵۱	۰/۹۲	۰/۰۶۷	۲۹/۱۸
عملکرد شغلی	۳/۲۱	۰/۵۰	۰/۸۱	۰/۱۵۹	۲۵/۱۳
انسجام بین کادر درمانی	۳/۳۸	۰/۴۷	۰/۸۴	۰/۰۴۰	۲۶/۸۲
رضایت بیمار	۳/۰۹	۰/۴۱	۰/۷۷	۰/۱۰۴	۱۸/۵۲

کوچکتر از ۳ می باشد. از سویی P-value مدل که حکم سطح معنی داری را در آزمون تحلیل مسیر دارد بزرگتر از ۰/۰۵ بوده و RMSE نیز از ۰/۰۹ کوچکتر است. نهایتاً اینکه AGFI و GFI مدل نیز بالای ۹۰ درصدند. مجموع این شرایط مدل تحقیق را یک مدل مناسب معرفی می کند و قدرت تبیین آن نیز (۰/۳۹) R^2 در حد قابل قبول و مورد انتظار است.

برای پی بردن به میزان اهمیت هر یک از متغیرهای معنی دار در معادله رگرسیون چند متغیری و آزمودن مدل تحقیق، از روش تحلیل مسیر استفاده شده است و داده ها با استفاده از نرم افزار لیزرل نسخه ۸/۷ تحلیل شده اند. در مدل اجرا شده تمامی ارزشهای t در سطح اطمینان ۹۵ درصد معنی دارند. χ^2 آزمون نیز کم بوده و نسبت آن به درجه آزادی (df)

نمودار ۲. مسیرهای تأثیر گذاری متغیرهای مستقل بر رضایت بیماران (نمودار نهایی تحلیل مسیر)



رضایت بیماران در جدول ۲ منعکس شده است. بر اساس داده های این جدول، مؤثرترین متغیرهای مستقل بر رضایت بیماران به ترتیب عبارتند از هوش عاطفی کادر درمانی، هیجان پذیری مثبت کادر درمانی، هوش معنوی کادر درمانی و هیجان پذیری منفی کادر درمانی.

اکنون می توان تأثیرات مستقیم و غیرمستقیم هر یک از متغیرهای مستقل بر متغیر وابسته را محاسبه کرد. هر متغیر دارای دو اثر مستقیم و غیرمستقیم است که از مجموع آنها اثر کلی متغیر به دست می آید. اثرهای مستقیم، غیرمستقیم و کلی متغیرهای مستقل تحقیق بر

جدول ۲. تأثیرات متغیرهای مستقل تحقیق بر رضایت بیماران

تأثیرات کلی	تأثیرات غیرمستقیم	تأثیرات مستقیم	متغیرهای مستقل
۰/۷۴۵	۰/۵۸۶	۰/۱۵۹	هوش عاطفی کادر درمانی
۰/۳۲۴	۰/۳۲۴	-	هوش معنوی کادر درمانی
۰/۳۸۲	۰/۳۸۲	-	هیجان پذیری مثبت کادر درمانی
-۰/۳۲۳	-۰/۳۲۳	-	هیجان پذیری منفی کادر درمانی
۰/۶۰۳	-	۰/۶۰۳	برقراری ارتباط اثربخش با بیمار
۰/۴۹۲	-	۰/۴۹۲	عملکرد شغلی کادر درمانی
۰/۳۶۲	-	۰/۳۶۲	انسجام بین کادر درمانی

بحث و نتیجه‌گیری

در مطالعه حاضر، به دنبال ارائه الگویی برای تبیین نقش انواع هوش و خلق و خوی کادرهای درمانی در رضایت بیماران بودیم که نتایج نشان داد الگوی نهایی از قدرت تبیین‌کنندگی بالایی برخوردار است. هر چند در تحقیقات پیشین به تأثیر برخی متغیرهای مرتبط با هوش به خصوص هوش عاطفی و هوش معنوی در رضایت بیماران اشاره شده بود، اما در این تحقیق با استفاده از مبانی نظری موجود، الگوی جامعی تدوین شد که هم متغیرهای مستقل و هم متغیرهای تعدیل‌گر موثر بر رابطه انواع هوش و خلق و خوی پزشکان و پرستاران با رضایت بیماران را دربرمی‌گیرد. این تحقیق نشان می‌دهد، پرستاران و پزشکان به علت دشواری کار و مواجهه بودن با مشتریانی که از بیماری رنج می‌برند، باید از هوش‌های ارتباطی و خلق و خوی منحصربفردی برخوردار باشند تا بتوانند ضمن انجام وظایف محوله، رضایت نهایی بیماران را نیز کسب کنند.

از میان انواع هوش، هوش عاطفی کادر درمانی بیشترین تأثیر کلی را بر رضایت بیماران نشان داد. به عبارت دیگر، در محیط‌های بیمارستانی به علت فشار حاصل از کار و برخورد با مشتریانی که از بیماری رنج می‌برند، مجهز بودن کادر درمانی به هوش عاطفی می‌تواند سبب برقراری ارتباط اثربخش با بیمار، بهبود رضایت شغلی و انسجام کادر درمانی و در نهایت، افزایش رضایت بیماران شود. زمانی که کادر درمانی دارای هوش عاطفی بالاتری هستند، پیچیدگی شناختی و تحمل ابهام در آنها بالا می‌رود و نسبت به ویژگی‌های احساسی و عاطفی بیمارانشان حساس می‌شوند و رفتار انعطافی و تطابقی بیشتری نشان می‌دهند. این نتایج با مطالعه یانگ و چانگ و کویدباخ نیز تطبیق دارد که جنبه‌های احساسی و از جمله هوش عاطفی را مهمترین عامل موثر در رضایت، تعهد و انسجام تیمی پرستاران دانسته‌اند (۱۸، ۶).

تأثیر هوش معنوی کادر درمانی در رضایت نهایی بیماران، بیانگر این است که هوش معنوی همانگونه که در مفهوم آن آمده است، به زندگی افراد معنا می‌دهد و آنها را در انجام مشاغل دشوار یا وظایف انسانی یاری می‌رساند؛ به نحوی که پزشکان و پرستاران با هوش معنوی بالاتر، همانگونه که در پرسشهای تحقیق نیز آمده بود، دشواری کار خود را یک فرصت برای خدمت به انسانهای دیگر یا بهره‌مندی از ثواب بالاتر تفسیر می‌کنند. از اینرو، دیگرخواهی در این افراد افزایش می‌یابد و بیشتر به دنبال کسب اعتماد و رضایت بیماران برمی‌آیند. نتیجه مشابهی در مطالعه تیلور و همکاران (۲۰۱۱) به دست آمد و ۶۴ درصد بیماران اعلام کردند که به جراحان با پیشینه مذهبی و معنوی اعتماد بیشتری می‌کنند (۱۹).

هیجان‌پذیری کادر درمانی در این تحقیق، در قالب دو بعد هیجان‌پذیری مثبت و هیجان‌پذیری منفی سنجیده شده است که تأثیر مثبت و غیرمستقیم هیجان‌پذیری مثبت و شخصیت و تأثیر منفی و غیرمستقیم هیجان‌پذیری منفی بر رضایت بیماران تأیید شد. هیجان‌پذیری مثبت به کادرهای درمانی اجازه می‌دهد در برابر فشارهای کاری، حالات مثبت و پویایی احساسی بیشتری را بروز می‌دهند، دیدگاه مثبت‌تری نسبت به خود و دیگران داشته باشند و بر جنبه‌های مثبت موقعیت تمرکز کنند. همانگونه که انتظار می‌رفت، هیجان‌پذیری منفی بر هر دو متغیر عملکرد و رضایت شغلی اثر منفی گذاشت و نکته قابل توجه اینکه، این تأثیر به علت ماهیت خاص مشاغل بیمارستانی که نیازمند کنترل احساسات مخرب می‌باشد، بسیار بیشتر از تحقیقات پیشین در محیط‌های غیربیمارستانی بوده است (۲۱، ۲۰).

تحقیق حاضر دارای دو محدودیت روش تحقیقی نیز بوده است. نخست اینکه، در خصوص معیارهای سنجش هوش معنوی و هیجان‌پذیری توافقی چندانی وجود ندارد که این

آموزش انواع هوش و هیجان پذیری در کادرهای درمانی بکار برد؟ دوم اینکه، در راستای مسیر پژوهشی تحقیق حاضر، عوامل جمعیت شناختی که در اینجا به عنوان متغیرهای کنترل مطرح بودند، می تواند در تحقیقات آتی مدنظر قرار گیرند و حتی موضوع مقاله جداگانه ای باشند. سوم اینکه، با توجه به اهمیت نقش عوامل احساسی و ارتباطی، چه سیاستهایی را می توان در آموزشهای دانشگاهی دانشجویان رشته های علوم پزشکی برای تقویت انواع هوش و خلق و خوی مناسب، تدوین و اعمال کرد.

سپاسگزاری

از کلیه پرستاران و پزشکان زحمتکش و بیماران عزیز که با مشارکت خود در تکمیل پرسشنامه ها، ما را در انجام این تحقیق یاری نمودند، صمیمانه قدردانی می نمائیم.

مشکل بیشتر به فقدان تعریف دقیق این سازه ها باز می گردد. برای به حداقل رساندن اثر این محدودیت، از پرسشنامه های استاندارد برای سنجش هوش معنوی و هیجان پذیری استفاده شد که در چندین تحقیق قبلی (۲۳، ۲۲، ۱۶) پایایی و روایی بالایی را نشان داده بودند. محدودیت دوم این پژوهش، به استفاده از ابزارهای نگرش سنجی برای تحلیل دیدگاه افراد نسبت به انواع هوش و خلق و خوی مربوط است که این ابزارها به علت خودابرازی بودن، امکان ایجاد خطای سیستماتیک را به وجود می آورند.

علیرغم کمکی که این تحقیق به سازوکارهای جلب رضایت بیماران می کند، چندین مساله در این بخش همچنان نیازمند بررسی بیشتر است که می تواند در چهارچوب تحقیقات بعدی مورد توجه قرار گیرد. نخست اینکه، چه استراتژیهایی را می توان در بخش منابع انسانی برای جذب، بکارگیری و توسعه و

References

1. Merkouris Anastasios, Elizabeth D. E. Papanthassoglou, Chryssoula Lemonidou. Evaluation of with patient satisfaction nursing care: quantitative or qualitative approach?. *International Journal of Nursing Studies*. 2004; 41(4): 355-367.
2. Visser Adriaan, Michel Wysmans. Improving patient education by an in-service communication training for health care providers at a cancer ward: Communication climate, patient satisfaction and the need of lasting implementation. *Patient Education and Counseling*. 2010; 78(3): 402-408.
3. Cheung C.S.K, W.F. Bower, S.C.B. Kwok, C.A. van Hasselt. Contributors to Surgical Inpatient satisfaction—Development and Reliability of a Targeted Instrument. *Asian Journal of Surgery*. 2009; 32(3):143-150.
4. Güteryüz Güldal, Semra Güney, Eren Miski Aydın, Öznur Aşan The mediating effect of job satisfaction between emotional intelligence and organizational commitment of nurses: A questionnaire survey. *International Journal of Nursing Studies*. 2009; 45(11): 1625-1635.
5. Habibpour Z, Khorami markani. Emotional Intelligence and its Application in Nursing. *The Journal of Urmia Nursing and Midwifery Faculty*. 2006; 3(4): 149-155.
6. Yang Feng-Hua, Chen-Chieh Chang. Emotional labour, job satisfaction and organizational commitment amongst clinical nurses: A questionnaire survey. *International Journal of Nursing Studies*. 2008; 45(6): 879-887.
7. Haghightjoo Z, Soltani A, Ansari H, The relationship between emotional intelligence and Job satisfaction on men and woman working for Iran medical sciences universities. *The Journal of Urmia Nursing and Midwifery Faculty*. 2009; 6(4): 158-170.
8. Piko, B.F. Burnout, role conflict, job satisfaction and psychosocial health among Hungarian health care staff: a questionnaire survey. *International Journal of Nursing Studies*. 2006; 43: 311-318.
9. Wong, Ka Fai, Yu Yau Sui. Nurses' Experiences in Spirituality and Spiritual Care in Hong Kong. *Applied Nursing Research*. 2008; 21: 1-3.
10. Baldacchino Donia R. Nurse Teaching on spiritual care: The perceived impact on qualified nurses, *Education in Practice*, 11, 2011, 47-53.
11. Bagheri Fariborsa, Fatemeh Akbarizadeh, Hamidreza Hatami. The relationship between nurses' spiritual intelligence and happiness in Iran. *Procedia Social and Behavioral Sciences*. 2010; 5: 1556-1561.

12. Klainin Piyanee. Stress and Health Outcomes: The Mediating Role of Negative Affectivity in Female Health Care Workers. *International Journal of Stress Management*. 2009; 16(1): 45-64.
13. Chena Hsing-Chu, Cheng-I Chuc, Ying-Hui Wange, and Ling-Chu Lin. Turnover factors revisited: A longitudinal study of Taiwan-based staff nurses. *International Journal of Nursing Studies*. 2008; 45: 277-285.
14. Zellars Kelly L., James A. Meurs, Pamela L. Perrewé, Charles J. Kacmar, Ana Maria Rossi. Reacting to and Recovering From a Stressful Situation: The Negative Affectivity-Physiological Arousal Relationship. *Journal of Occupational Health Psychology*, 2009; 14(1): 11-22.
15. Wong, C. and Law, K. S. The effect of leader and follower emotional intelligence on performance and attitude: An exploratory study. *The Leadership Quarterly*. 2002; 23: 243-274.
16. Watson, D., Clark, L. A., and Tellegen, A. Development and validation of brief measures of positive and negative affect: The PANAS scales. *Journal of Personality and Social Psychology*. 1988; 54: 1063-1070.
17. Stevens Martin, Inge H.F. Reininga, Natalie A.D. Boss, Jim R. van Horn. Patient satisfaction at and after discharge: Effect of a time lag. *Patient Education and Counseling* 60 (2006) 241-245.
18. Quoidbach Jordi & Michel Hansenne (2009); "The Impact of Trait Emotional Intelligence on Nursing Team Performance and Cohesiveness". *Journal of Professional Nursing*. 25(1): 23-29.
19. Taylor Dan, Madhuri S. Mulekar, Arnold Luterman, Frederick N. Meyer, William O. Richards, and Charles B. Rodning. Spirituality Within the Patient-Surgeon Relationship, *Journal of Surgical Education*, Volume 68, Number 1, January/February 2011.
20. Van Yperen N.W. On the link between different combinations of Negative Affectivity (NA) and Positive Affectivity (PA) and job performance. *Personality and Individual Differences*, Volume 35, Issue 8, December 2003, 1873-1881.
21. Benyamini Yael, Ilan Roziner. The predictive validity of optimism and affectivity in a longitudinal study of older adults, *Personality and Individual Differences*, Volume 44, Issue 4, March 2008, 853-864.
22. O'Brien Anne, Deborah J. Terry, Nerina L. Jimmieson. Negative affectivity and responses to work stressors: An experimental study, *Anxiety, Stress, & Coping*, Volume 21, Issue 1, January 2008, 55-83.
23. Luckcock Tim. Spiritual Intelligence in Leadership Development: A Practitioner Inquiry into the Ethical Orientation of Leadership Styles in LPSH, *Educational Management Administration & Leadership*, vol. 36, Issue 3, July 2008, 373-391.

Designing the model of patients' satisfaction in hospitals: Impact of medical staff's emotional intelligence, spiritual intelligence, and affectivity

Ali Rezaian¹, Akram Hadizadeh Moghadam², Mohammad Javad Naeiji³

Submitted: 29.6.2011

Accepted: 13.2.2011

Abstract

Background: Although there is consensus on importance of Emotional Intelligence (EI) and dispositional to patients' satisfaction, there are a few researches that have been performed in this area. To cover the theoretical gap, the aim of current study is reviewing the empirical research in linking emotional intelligence, spiritual intelligence, and positive & negative affectivity related to patients' satisfaction, in order to propose a comprehensive model.

Materials and Methods: This is a descriptive study. Statistical population included nurses, physicians and their patients in two public and two private hospitals. Data gathered from the total number of 228 participants. Random sampling procedure was conducted to select individuals in each hospital. The data gathering instrument was questionnaire that reliability for all of items was greater than 0.70. Kolmogrov-Smirnov test, T-test and path analysis is applied to data analyze.

Results: The results suggest that spiritual and emotional medical staff' characteristics explained 71 per cent of the variance in the rate of patients' satisfaction ($R^2=0/39$) that is a sizeable amount in behavioral studies. Emotional intelligence, positive affectivity, and spiritual intelligence, have positive effects and negative affectivity which has negative effects on patients' satisfaction. Also effective communications with patient, job performance, and cohesiveness among medical staff, have a mediator role in the model.

Conclusion: Since nurses and physicians frequently suffer from stressful hard work, they should have particular intelligence and disposition to gain in both performance standards and the ultimate patients' satisfaction.

Keywords: Patients' satisfaction, Emotional intelligence, Affectivity, Spiritual intelligence, Hospital

-
1. Professor, Department of Public Management, Faculty of Management and Accounting, Shahid Beheshti University, Tehran, Iran.
 2. Assistance Professor, Department of Public Management, Faculty of Management and Accounting, Shahid Beheshti University, Tehran, Iran.
 3. P.H.D. Student in management, Department of Public Management, Faculty of Management and Accounting, Shahid Beheshti University, Tehran, Iran. (*Corresponding Author) E-mail: mjnaeiji@gmail.com