

ارتباط ادراک از محیط یادگیری بالینی و هوش هیجانی در دانشجویان علوم پزشکی جیرفت

رضا میرزایی سیف‌آبادی: عضو هیأت علمی، گروه داخلی جراحی، دانشکده پرستاری-مامایی، دانشگاه علوم پزشکی جیرفت، جیرفت، ایران.

مصعب قادری*: دانشجوی کارشناسی‌ارشد پرستاری داخلی-جراحی، کمیته تحقیقات دانشجویی، دانشگاه علوم پزشکی تبریز، تبریز، ایران. پژوهشگر مرکز تحقیقات دانشگاه علوم پزشکی جیرفت، جیرفت، ایران.

چکیده: هوش هیجانی مجموعه‌ای از توانایی‌های شناختی و هیجانی است که به فرد کمک می‌کند تا با برقراری توازن میان افکار و هیجان‌های خود، تصمیم‌گیری‌های عاقلانه و رفتاری مسؤولانه داشته باشد. هدف از انجام این مطالعه بررسی ارتباط بین ادراک از محیط یادگیری بالینی دانشجویان با هوش هیجانی در دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی جیرفت در سال ۱۳۹۳ می‌باشد. این مطالعه یک پژوهش مقطعی است که بر روی دانشجویان مشغول به تحصیل در دانشگاه علوم پزشکی جیرفت انجام شد. ابزار پژوهش شامل؛ چک لیست مشخصات جمعیت شناختی، پرسشنامه هوش هیجانی برادبری-گریوز و پرسشنامه پژوهشگر ساخته درک محیط یادگیری بالینی بود. تجزیه و تحلیل داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار SPSS ۱۷ انجام شد. برای رسیدن به اهداف مطالعه از آزمونهای تی تست، آزمون آنووا و برای تعیین ارتباط بین درک محیط یادگیری بالینی و هوش هیجانی از ضریب همبستگی پیرسون استفاده شد. سطح معناداری ۰/۰۵ در نظر گرفته شد. میانگین سنی دانشجویان $20/98 \pm 2/13$ بود. نتایج حاصل از این مطالعه نشان داد که میانگین نمره درک محیط یادگیری بالینی و هوش هیجانی به ترتیب $2/0 \pm 37/66$ و $89/12 \pm 15/98$ بود. آزمون آماری پیرسون ارتباط معناداری بین هوش هیجانی و درک محیط یادگیری نشان داد ($p < 0/001$, $r = 0/367$). نتایج حاصل از این مطالعه نشان داد که ارتباط معناداری بین هوش هیجانی و درک محیط یادگیری بالینی وجود دارد. داشتن محیط مناسب می‌تواند نقش مهمی در تقویت هوش هیجانی و مهارت‌های اجتماعی ایفا کند.

واژگان کلیدی: محیط یادگیری، هوش هیجانی، دانشجو، دانشگاه علوم پزشکی.

***نویسنده‌ی مسئول:** دانشجوی کارشناسی‌ارشد پرستاری داخلی-جراحی، کمیته تحقیقات دانشجویی، دانشگاه علوم پزشکی تبریز، تبریز، ایران.

Email: Musab.Ghaderi@Gmail.com

مقدمه

تجربه بالینی همیشه قسمت اصلی آموزش در رشته‌هایی مانند پزشکی، پرستاری، مامایی و تکنولوژیست‌های جراحی بوده است. این دانشجویان نیمی از وقت برنامه آموزشی خود را در محیط‌های بالینی می‌گذرانند. تجربه بالینی، این دانشجویان را قادر به انجام دادن و دانستن اصول بالینی در عملکرد می‌کند (دان، ۱۹۹۵). افزایش کیفیت محیط یادگیری بالینی برای پیشبرد یادگیری بالینی در طی عملکرد بالینی، حیاتی است. دانشجویان نیاز به تمرین در بیمارستان‌ها در طی آموزش خود دارند، به طوری که دانش کسب شده در کلاس درس می‌تواند به صورت عملی اجرا شده و بعد از فارغ‌التحصیلی قادر به انجام عملکرد بالینی ایمن باشند. هدف یادگیری در محیط بالینی، توسعه صلاحیت حرفه‌ای است. در صورتی که آموزش‌های صحیح، اصولی و مبتنی بر واقعیت‌های بالینی از همان ابتدا و در دوره کارورزی فرا گرفته شود، نتایج بهتر و پایداری را به همراه خواهد داشت (دل آرام، ۲۰۰۷). به دلیل دیدگاه دانشجو-محوری در آموزش پزشکی، نظرات دانشجویان در تمامی مراحل طراحی برنامه آموزشی از جمله نیازسنجی، تعیین اهداف و مقاصد، تعیین راه کارها، و ارزشیابی حائز اهمیت است. بررسی درک و تفسیر آنها از آموزش بالینی می‌تواند نقاط ضعف و قوت آموزش در محیط‌های بالینی را روشن‌تر نماید و در برنامه‌ریزی‌های آموزشی و ارتقای کیفیت آموزش مؤثر باشد (کریمی موفقی، ۲۰۱۰) یکی از مسایلی که در طی دوران دانشجویی باید مدنظر باشد، کنترل هیجانات و مهارت‌های ارتباطی این دانشجویان در ارتباط با مدرسان بالینی، همکلاسی‌ها و بیماران می‌باشد. ارتباط قسمت مهمی در اقدامات درمانی بوده به طوری که داشتن یک ارتباط مؤثر به عنوان یک شاخص کلیدی جهت رضایت، همکاری و التیام بیمار مطرح شده است (دبوراب و همکاران، ۲۰۰۹)، (چانت، ۲۰۰۲). ارتباط نادرست می‌تواند منجر به تضاد و سوء تفاهم بین بیمار و تیم مراقبتی شده و مهمتر از همه منجر به خطر افتادن ایمنی بیمار شود (بچ، ۲۰۱۰).

نویدی که هوش هیجانی دارد این است که می‌تواند در حل حداقل یکی از مسایل انسانی، یعنی تعارض

بین آنچه فرد احساس می‌کند و آنچه می‌اندیشد، ما را یاری کند (بار-آن، ۲۰۰۰) آشکار است که عوامل شناختی نقش مهمی در برانگیختن هیجان دارند که اغلب موجب تصور نمودن تفسیر شناختی درباره‌ی ساختار معنایی موقعیت می‌شوند. نقش اصلی هیجانات سازماندهی عملکرد است و این امر نیز یک هدف سازگار کننده‌ای دارد (میکومن، ۲۰۱۵).

هوش هیجانی شامل درک دقیق هیجان‌های خود شخص و به تعبیر دقیق حالات هیجانی دیگران است (حیدری تفرشی، ۲۰۱۰). به عبارت دیگر هوش هیجانی مجموعه‌ای از توانایی‌های شناختی و هیجانی به هم پیوسته است که به فرد کمک می‌کند تا با درک، ارزیابی و بیان دقیق هیجان‌ها از احساسی که افکار را تسهیل می‌نمایند آگاهی یابد و با برقراری توازن میان افکار و هیجان‌های خود، تصمیم‌گیری‌های عاقلانه و رفتاری مسئولانه داشته باشد (برکتیان، ۲۰۰۷). باران معتقد است که هوش هیجانی در اغلب اوقات، رشد می‌یابد و می‌توان آن را با استفاده از آموزش، برنامه‌ریزی و درمان، گسترش داد. او معتقد است افرادی که دارای هوش هیجانی بالا هستند، عموماً در برخورد با خواسته‌ها و فشارهای محیطی، عملکرد موفقیت آمیزتری دارند (بار-آن، ۲۰۰۰). هوش هیجانی می‌تواند زمینه‌ای مناسب برای ساختن محیطی مطلوب جهت یادگیری و برقراری ارتباط مؤثر باشد تا به وسیله آن افراد آزادانه نیازها و انتظارات خود را برای کسب حمایت از سوی دیگران ابراز کنند (صیحی قراملکی، ۲۰۱۰). محققان معتقدند که هوش هیجانی یکی از عوامل موفقیت در محیط‌های آموزشی، حرفه‌ای و روابط اجتماعی است (میرهاشمی، ۲۰۰۸)، (قادری، ۲۰۱۴) و به کمک آن می‌توان موفقیت در جنبه‌های مختلف زندگی را پیش‌بینی نمود (ثمیری و طهماسبی، ۲۰۰۶)، (میکولایچک و لومینه، ۲۰۰۸) زیرا نشان می‌دهد که چگونه فرد دانش خود را در موقعیت‌های مختلف به کار می‌گیرد (مایر، ۲۰۰۷). قادری و شمسی در مطالعه‌ای نشان دادند که ارتباط معناداری بین هوش هیجانی و درگیری شغلی پرستاران وجود دارد (قادری و شمسی، ۲۰۱۳) با توجه به اهمیت هوش هیجانی در مسائل شناختی و اینکه تاکنون پژوهشی در زمینه ارتباط هوش هیجانی با درک محیط یادگیری انجام نشده است پژوهشگران بر آن شدند پژوهشی با عنوان "بررسی ارتباط هوش هیجانی با ادراک از محیط یادگیری بالینی در دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی جیرفت" انجام دهند.

مواد و روش‌ها

این مطالعه یک پژوهش مقطعی است که بر روی دانشجویان پزشکی، پرستاری، مامایی، اتاق عمل مشغول به تحصیل در دانشگاه علوم پزشکی جیرفت انجام رسید. جامعه آماری مطالعه به صورت سرشماری شامل ۲۰۰ دانشجوی مشغول به تحصیل در دانشگاه علوم پزشکی جیرفت که حداقل دو ترم کارآموزی را گذرانده بودند، تعداد ۱۸۰ پرسشنامه بین این دانشجویان توزیع گردید. بعد از جمع‌آوری پرسشنامه‌ها به دلیل عدم همکاری بعضی از دانشجویان، ۱۳۹ پرسشنامه مورد بررسی قرار گرفت (نرخ پاسخگویی = ۷۷/۲۲٪). معیارهای ورود شامل گذراندن حداقل دو ترم کارآموزی در محیط بالینی، تمایل به همکاری، معیار خروج شامل عدم تمایل برای همکاری. پرسشنامه‌ها در آخرین روز کارآموزی با هماهنگی با مربی مربوطه به دانشجویان داده شد. و از آنها خواسته شد که پرسشنامه را به دقت پر نمایند. برای هر یک از واحدهای پژوهش توضیح و تفهیم هدف از انجام پژوهش داده شد. و به آنها اطمینان داده شد که اطلاعات محرمانه باقی خواهد ماند. به شرکت‌کنندگان حق عدم شرکت یا کناره‌گیری از تحقیق داده شد. بعد از ۳۰ دقیقه پرسشنامه‌ها جمع‌آوری گردید.

در این پژوهش از یک چک‌لیست مربوط به مشخصات جمعیت شناختی شامل ۶ سؤال و دو پرسشنامه هوش هیجانی برادبری-گریوز و پرسشنامه پژوهشگر ساخته درک بالینی استفاده شد.

آزمون هوش هیجانی برادبری-گریوز: این آزمون دارای ۲۸ سؤال است که محققان جهت سنجش هوش هیجانی از آن استفاده کرده‌اند (میرهاشمی، ۲۰۰۸). این پرسشنامه به ۴ مقیاس خودآگاهی، مدیریت خود، آگاهی اجتماعی و مدیریت روابط، تقسیم می‌شود. توضیح مؤلفه‌های چهارگانه به شرح زیر است:

خودآگاهی: توانایی شناخت دقیق هیجان‌ها به هنگام وقوع آنها و درک شیوه‌های معمولی خود برای واکنش نشان دادن به مردم در وضعیت‌های مختلف.

خودمدیریتی: یعنی توانایی در کنترل هیجان‌ها که از طریق آن می‌توان در مقابل مردم و وضعیت‌های متفاوت به طور مثبت و مؤثر واکنش نشان داد.

آگاهی اجتماعی: یعنی توانایی در شناخت و درک هیجانهای دیگران، چه به صورت فردی و چه به صورت گروهی که برای کنترل و مدیریت رابطه بسیار ضرورت دارد.

مدیریت رابطه: یعنی توانایی استفاده از هیجان‌های خود و دیگران برای مدیریت سازنده و مثبت تعامل-ها و روابط (قادری و همکاران، ۲۰۱۴).

شیوهی نمره‌گذاری آزمون به روش لیکرت (۵،، ۰). جمع نمره‌های آزمودنی در هر یک از سؤال‌ها نیز نمره کل آزمون را تشکیل داد. برابری روایی آن-را سنجیده و ضرایب پایایی برای ۴ مهارت تشکیل دهنده هوش هیجانی و جمع کل نمره‌ها مربوط به ۳۶ دانشجوی برای خود آگاهی (۰/۷۳)، مدیریت خود (۰/۸۷) آگاهی اجتماعی (۰/۷۸) و مدیریت روابط (۰/۷۶) و نمره کل هوش هیجانی (۰/۹۰) گزارش کرده است (مایر و همکاران، ۲۰۰۷). همچنین اعتبار این پرسشنامه در مطالعه‌ای توسط گنجی و همکاران مورد تأیید قرار گرفته است (گنجی و همکاران، ۲۰۰۶). پایایی این پرسشنامه توسط محقق با استفاده از آزمون مجدد، پرسشنامه در دو نوبت به فاصله ۲۰ روز به ۴۰ نفر از دانشجویان داده شد و ضریب آلفای ۸۶/۰ پایایی آن مورد تأیید قرار گرفته است.

پرسشنامه درک محیط یادگیری بالینی: جهت سنجش درک دانشجویان از پرسشنامه پژوهشگر ساخته درک بالینی استفاده شد. در راستای این پرسشنامه‌ها سؤالات پرسشنامه تدوین شدند. و به صورت پرسشنامه ۸۰ سؤال در آمد. جهت انجام روایی محتوای پرسشنامه، از روایی سنجی محتوایی استفاده شد، بدین ترتیب که نظرات ۱۰ تن از اعضای هیأت علمی دانشگاه علوم پزشکی جیرفت و کرمان در زمینه تهیه پرسشنامه جمع‌آوری و ضریب روایی ۰/۸ حاصل گردید و برای انجام پایایی نیز پرسشنامه‌ها بین ۲۰ دانشجوی پرستاری توزیع شد. بعد از ۱۰ روز پرسشنامه‌ها مجدداً به این دانشجویان داده شد و از آنها خواسته شد که پرسشنامه را مجدداً پر نمایند. با استفاده از روش آزمون مجدد و ضریب همبستگی ۰/۷۴ به دست آمد. در نهایت پرسشنامه به صورت یک پرسشنامه شامل ۱۲ حیطه و ۶۹ سؤال در آمد. حیطه‌های آن؛ حمایت اساتید از یادگیری دانشجویان شامل ۱۰ سؤال، حمایت پر سنل بیمارستان از یادگیری دانشجویان شامل ۴ سؤال، ارتباط مبتنی بر بازخورد شامل ۵ سؤال، ارتباط نظارتی شامل ۶ سؤال، جو بیمارستان شامل ۷ سؤال، نوآوری و

محیط یادگیری بالینی و هوش هیجانی از ضریب همبستگی پیرسون استفاده شد. سطح معناداری ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

یافته‌ها

از ۱۳۹ دانشجوی مورد مطالعه ۶۴/۷٪ (۹۰ نفر) را دانشجویان دختر و ۳۵/۳٪ نمونه‌ها (۴۹ نفر) را دانشجویان پسر تشکیل می‌دادند. میانگین سنی دانشجویان $\pm 21/13$ بود. از نظر وضعیت تأهل ۱۰/۰٪ دانشجویان متأهل و بقیه مجرد بودند. ۶۶/۲٪ از دانشجویان بومی، ۲۰/۹٪ (۲۹ نفر) دانشجوی رشته پرستاری، ۴۴/۶٪ (۶۲ نفر) اتاق عمل، ۲۰/۱٪ (۲۸ نفر) مامایی، ۱۴/۴٪ (۲۰ نفر) پزشکی بودند.

نتایج حاصل از این مطالعه نشان داد که میانگین نمره درک محیط یادگیری بالینی $\pm 37/66$ بود (جدول شماره ۱).

خلاقیت شامل ۶ سؤال، تمرکز بر وظیفه ۵ سؤال، منحصر به فرد سازی آموزش بالینی توسط مدرس (تعدیل آموزش بر حسب توانایی فردی دانشجویان) ۵ سؤال، رضایت از محیط یادگیری بالینی ۶ سؤال، درگیر نمودن دانشجو ۵ سؤال، استقلال ۵ سؤال، فرصت‌های یادگیری ۵ سؤال. مقیاس پرسشنامه شش درجه‌ای به صورت کاملاً مناسب، مناسب، تقریباً مناسب، تقریباً نامناسب، نامناسب و کاملاً نامناسب است. شیوه نمره‌دهی هم صفر تا پنج بود. در نهایت برای هر حیطه نمره کل به دست آمده تقسیم بر تعداد سؤالات شد و نمره هر حیطه از ۵ به دست آمد. میانگین نمره به دست آمده هم به صورت ضعیف (۱/۶۶-۰)، متوسط (۳/۳۲-۱/۶۷) و خوب (۳/۳۳-۵) تقسیم‌بندی شد.

تجزیه و تحلیل داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار SPSS انجام شد و برای رسیدن به اهداف طرح از آزمونهای تی زوج، تی مستقل و آزمون آنووا و برای تعیین ارتباط بین درک

جدول شماره ۱- میانگین و انحراف معیار حیطه‌های درک محیط یادگیری بالینی در دانشجویان

حیطه‌ها	میانگین \pm انحراف معیار
حمایت از یادگیری دانشجو توسط مدرسین پرستاری	$2/0 \pm 42/85$
حمایت از یادگیری دانشجو توسط پرسنل بخش	$2/1 \pm 33/01$
ارتباط مبتنی بر بازخورد	$2/0 \pm 41/88$
ارتباط نظارتی	$2/0 \pm 20/99$
جو بخش	$2/0 \pm 48/89$
نوآوری و خلاقیت	$3/1 \pm 33/21$
تمرکز بر وظیفه	$2/0 \pm 35/92$
منحصر به فرد سازی آموزش	$2/1 \pm 61/01$
رضایت	$2/1 \pm 08/03$
درگیر نمودن دانشجو	$2/1 \pm 39/02$
استقلال	$1/0 \pm 98/87$
فرصت‌های یادگیری	$2/0 \pm 36/90$
نمره کل	$2/0 \pm 37/66$

دانشجویان متأهل: $2/0 \pm 66/79$ و میانگین دانشجویان مجرد: $3/1 \pm 39/22$ ، $P=0/046$ - معنادار نبود. نتایج حاصل از این مطالعه نشان داد که دانشجویان رشته پزشکی ($2/0 \pm 63/37$)، پرستاری ($2/0 \pm 56/81$) نسبت به سایر رشته‌ها درک بهتری نسبت به محیط یادگیری بالینی دارند. نتایج حاصل از این مطالعه نشان داد که میانگین نمره هوش هیجانی $89/12 \pm 15/98$ بود. میانگین نمره هوش هیجانی در دانشجویان دختر ($90/50 \pm 16/73$) نسبت به دانشجویان پسر ($86/61 \pm 14/32$) بیشتر بود، اما

میانگین نمره درک محیط یادگیری در دانشجویان پسر ($2/0 \pm 47/57$) بیشتر از دانشجویان دختر ($2/0 \pm 33/68$) بود، البته این تفاوت به جز در حیطه جو بخش ($P=0/047$)، درگیر نمودن دانشجو ($P=0/019$) - معنادار نبود. نتایج حاصل از این مطالعه نشان داد که دانشجویان مجرد درک بهتری نسبت به محیط یادگیری بالینی داشتند (میانگین نمره کل دانشجویان متأهل: $2/0 \pm 34/46$ و میانگین کل دانشجویان مجرد: $2/0 \pm 37/68$). هر چند که این تفاوت به استثنای حیطه خلاقیت و نوآوری میانگین نمره

متأهل و مجرد نشان داد ($P=0/002$). آزمون آماری آنووا تفاوت معناداری بین نمره حیطه خود آگاهی در رشته‌های مختلف نشان داد (جدول شماره ۲).

آزمون آماری پیرسون ارتباط معناداری بین هوش هیجانی و درک محیط یادگیری نشان داد ($P<0/001$) (جدول شماره ۳).

از نظر آماری تفاوت معنادار نبود ($P=0/172$). آزمون آماری تی تفاوت معناداری بین نمره حیطه مدیریت رابطه در بین دو جنس نشان داد (دانشجویان دختر: $23/30 \pm 5/66$ ، دانشجویان پسر: $20/79 \pm 5/29$ ، $P=0/012$). آزمون آماری تی تفاوت معناداری بین میانگین نمره هوش هیجانی در دانشجویان متأهل ($83/66 \pm 21/06$) و مجرد ($90/05 \pm 14/98$) نشان نداد ($P=0/177$). این آزمون تفاوت معناداری بین حیطه آگاهی اجتماعی در دو گروه

جدول شماره ۲- ارتباط درک محیط یادگیری و حیطه های آن با مشخصات دموگرافیک

آزمون آماری و سطح معناداری	عنوان رشته تحصیلی				حیطه ها
	پزشکی $X \pm sd$	مامایی $X \pm sd$	اتاق عمل $X \pm sd$	پرستاری $X \pm sd$	
Anova $P=0/034$	۳/۴۵±۲۳/۹۵	۲۲/۰۲±۴/۱۵	۲۵/۱۴±۴/۳۴	۲۴/۰۰±۵/۹۴	خود آگاهی
Anova $P=0/215$	۲۱/۷۵±۳/۸۲	۱۸/۷۱±۵/۲۲	۲۰/۱۰±۵/۲۵	۲۰/۰۰±۴/۳۰	خود مدیریتی
Anova $P=0/696$	۲۱/۷۵±۳/۸۲	۲۲/۲۵±۴/۶۴	۲۲/۳۵±۵/۱۷	۲۲/۴۸±۴/۸۱	آگاهی اجتماعی
Anova $p=0/90$	۲۱/۱۵±۴/۵۶	۲۲/۳۹±۵/۹۸	۲۳/۶۲±۵/۴۹	۲۰/۷۲±۵/۹۵	مدیریت رابطه
Anova $P=0/265$	۹۰/۶۰±۱۲/۰۲	۸۴/۸۲±۱۶/۷۳	۹۱/۵۰±۱۶/۲۸	۸۷/۲۰±۱۶/۶۵	هوش هیجانی

جدول شماره ۳- ارتباط میانگین نمره هوش هیجانی با درک محیط یادگیری بالینی

حیطه های هوش هیجانی	خود آگاهی	خود مدیریتی	آگاهی اجتماعی	مدیریت رابطه	حیطه های درک محیط بالینی	
					هوش کل	پزشکی
حمایت از یادگیری دانشجو توسط مدرین پرستاری	r	0/404	0/529	0/506	0/420	0/589
	p-value	<0/001	<0/001	<0/001	0/223	<0/001
حمایت از یادگیری دانشجو توسط پرسنل	r	0/246	0/273	0/273	0/180	0/410
	p-value	0/002	0/001	0/001	0/017	<0/001
ارتباط مثبتی بر بازخورد	r	0/310	0/199	0/311	0/139	0/300
	p-value	0/359	0/100	<0/001	0/51	<0/001
ارتباط نظارتی	r	0/301	0/303	0/314	0/115	0/317
	p-value	0/017	<0/001	<0/001	0/089	<0/001
جو (بخش)	r	0/191	0/197	0/182	0/223	0/181
	p-value	0/012	0/100	0/106	0/395	0/016
نوآوری و خلاقیت	r	0/183	0/241	0/141	0/044	0/187
	p-value	0/016	0/002	0/049	0/302	0/014
تمرکز بر وظیفه	r	0/259	0/334	0/338	0/202	0/281
	p-value	0/001	<0/001	<0/001	0/492	<0/001
منحصر به فرد سازی آموزش	r	0/130	0/430	0/084	0/078	0/394
	p-value	0/176	0/199	0/213	0/27	0/196
رضایت	r	0/019	0/009	0/006	0/375	0/011
	p-value	0/144	0/223	0/184	0/045	0/198
درگیر نمودن دانشجو	r	0/045	0/004	0/015	0/297	0/010
	p-value	0/156	0/133	0/130	0/42	0/122
استقلال	r	0/033	0/059	0/063	0/312	0/076
	p-value	0/231	0/173	0/249	0/27	0/217
فرصتهای یادگیری	r	0/006	0/21	0/002	0/377	0/005
	p-value	0/237	0/355	0/364	0/124	0/367
نمره کل	r	<0/001	<0/001	<0/001	0/072	<0/001
	p-value					

بحث

این مطالعه به منظور بررسی ارتباط هوش هیجانی و ادراک محیط یادگیری بالین انجام گرفت. نتایج حاصل از این مطالعه نشان داد که میانگین نمره درک محیط یادگیری در دانشجویان پسر ($2/47 \pm 0/57$) بیشتر از دانشجویان دختر ($2/33 \pm 0/68$) بود. در مطالعه موراکامی نیز دانشجویان مشکلات مرتبط با حاکمیت سنتی جنس مذکر را توضیح می‌دادند (موراکامی، ۲۰۰۹). لمپ و همکاران دریافتند که فراگیران مشخصی تمایل دارند نسبت به سایر افراد بیشتر تحت تأثیر قرار گیرند، آنها اظهار می‌دارند که دانشجویان مؤنث خجالتی و ساکت (دانشجویان آسیایی به احتمال بیشتر)، مورد تحقیر و نادیده گرفته شدن توسط مدرسان خود در طی راند بخش قرار می‌گیرند. ثانیاً جنسیت هنوز یک معضل است. تبعیض جنسیتی هنوز وجود دارد و مردان هنوز در مدارس پزشکی و مراقبت بهداشتی حرفه‌ای حاکمیت دارند (لمپ و همکاران، ۲۰۰۶). برخلاف این نتایج پاترسون نشان داد که بعضی دانشجویان پرستاری مذکر مشکلاتی را در زمینه آموزش توسط اساتید بالینی مؤنث تجربه می‌کنند (پاترسون، ۱۹۹۶).

نتایج حاصل از این مطالعه نشان داد که دانشجویان مجرد درک بهتری نسبت به محیط یادگیری بالینی داشتند. هر چند که این تفاوت به استثنای حیطه خلاقیت و نوآوری معنادار نبود. که این نتیجه همسو با مطالعه میرزایی و همکاران می‌باشد (میرزایی و همکاران، ۲۰۱۴). از جمله دلایلی که می‌تواند این تفاوت را توجیه کند درک عمقی دانشجویان مجرد نسبت به یادگیری است که در مطالعه عباس‌زاده و همکاران به آن اشاره شده است (عباس‌زاده و همکاران، ۲۰۱۳).

نتایج حاصل از این مطالعه نشان داد که دانشجویان رشته پزشکی، پرستاری نسبت به سایر رشته‌ها درک بهتری نسبت به محیط یادگیری بالینی دارند. تأکید بیشتری که در محیط بیمارستان به این دو رشته می‌شود، شاید بیانگر دلیل این تفاوت باشد.

نتایج حاصل از این مطالعه نشان داد که نمره هوش هیجانی در دانشجویان دختر نسبت به دانشجویان پسر بیشتر بود. بشارت، صلاحیان، خلیلی آذر و همکارانش هوش هیجانی بیشتری در زنان نسبت به مردان گزارش نمودند (بشارت، ۲۰۰۴)، (صلاحیان و همکاران، ۲۰۱۰)، (خلیلی آذر، ۲۰۰۷). بر خلاف این نتایج آقاجانی، ثمری، بشارت در مطالعات خود میانگین هوش هیجانی بیشتری در مردها نسبت به زن‌ها گزارش کردند (ثمری و

طهماسبی، ۲۰۰۶)، (آقاجانی و همکاران، ۲۰۰۸)، (محمد خانی و همکاران، ۲۰۰۸). که ممکن است به دلیل تفاوت شرایط محیطی، اجتماعی و فرهنگی در جامعه‌های مورد مطالعه باشد.

از نظر رشته تحصیلی کمترین نمره هوش هیجانی مربوط به دانشجویان رشته مامایی و بیشترین مربوط به دانشجویان اتاق عمل بود. با وجود اینکه تمام دانشجویان رشته مامایی جنسیت زن دارند ولی سطح هیجانی نسبتاً پایینی داشتند. شاید این نکته مؤید این باشد که هوش هیجانی در تعاملات به خصوص تعاملات بین دو جنس افزایش می‌یابد.

نتایج حاصل از پژوهش حاضر نشان داد که میانگین نمره هوش هیجانی در افراد مجرد نسبت به افراد متأهل بیشتر می‌باشد. که این نتیجه غیر همسو با مطالعه ظهیرالدین، مهری و همکارانشان می‌باشد (ظهیرالدین و همکاران، ۲۰۱۰)، (مهری و همکاران، ۲۰۱۱).

نتایج حاصل از این مطالعه نشان داد که ارتباط معناداری بین درک محیط یادگیری بالینی و هوش هیجانی وجود دارد. یانگ معتقد است آموزش در محیط بالینی می‌تواند دانشجویان را برای رفتار کردن به شیوه‌ای خاص، اجتماعی کند (یانگ، ۱۹۹۴). محیط یادگیری بالینی یک زمینه پر بار برای رشد شخصی و اجتماعی شدن حرفه‌ای است (پلارد و هیبرد، ۲۰۰۴). عنصر عملی یک برنامه حرفه‌ای به‌طور قابل توجهی به اجتماعی شدن دانشجویان به سمت یک نقش حرفه‌ای و ارزشهای همراه آن در زمینه شعور اجتماعی، پاسخگویی اخلاقی و مسؤولیت‌پذیری در قبال جامعه، کمک می‌کند. قادری در مطالعه‌ای نشان داد پرستارانی که هوش هیجانی بالاتر دارند درگیری بیشتری در محیط کاری دارند (قادری و شمسی، ۲۰۱۳).

نتیجه‌گیری

حرفه‌های علوم پزشکی مانند: پزشکی، پرستاری، مامایی و تکنولوژیست‌های جراحی حرفه‌هایی مبتنی بر عملکرد هستند و بهترین مکان برای تدریس و یادگیری عملکرد این افراد محیط بالین می‌باشد و آنچه بیشتر از محیط واقعی بر روی یادگیری دانشجویان مؤثر است، درک آنها از این محیط می‌باشد. بنابراین لازم است در این راستا مطالعه‌های گسترده انجام شود تا از یافته‌های آن بتوان در جهت شناسایی عوامل مؤثر بر درک دانشجویان از محیط یادگیری بالینی استفاده کرد و در جهت تعدیل و یا بهبود این عوامل اطلاعات مهمی را در اختیار برنامه‌ریزان آموزشی قرار داد. درک این محیط

In R. Bar-on & J. D. A. Parker (Eds), *Handbook of Emotional Intelligence*, San Francisco:, Jossey-Bass.

Bar-On, R, Parker, J, Goleman, D 2000, *The handbook of emotional intelligence*, San Francisco, CA: Jossey- Bass.

Barekatin, M, Tavakoli, M, Tavakoli, T, et al, 2007, Emotional intelligence in women who have attempted suicide by poisoning, *Journal of Psychiatry and Clinical Psychology*, Vol. 2, Pp. 269-175.[Persian]

Basharat, M 2004, Effect of Emotional Intelligence on Quality of social relationships, *psychological studies*, Vol. 1, Pp. 25-38.[in Persian].

Chant, S, Jenkinson, T, Randle, J, et al, 2002, Communication skills: some problems in nursing education and practice, *Journal of Clinical Nursing*, Vol. 1, Pp. 12-21.

Deborab, M, Nadzam, P 2009, Nurse role in communication and patient safety, *Journal nursing care*, Vol. 24, Pp. 184-188.

Delaram, M 2007, Clinical Education from the Viewpoints of Nursing and Midwifery Students in Shahrekord University of Medical Sciences, *Iranian Journal of Medical Education*, Vol. 2, Pp. 129-135 .[in Persian]

Dunn, S. V, Burennett, P 1995, The development of a clinical learning environment scale, *J Adv Nurs* ,Vol. 22, Pp. 1166-73.

Ganji, H, Mirhashemi, M, 2006, Bradberry- Greaves' Emotional Intelligence Test: Preliminary Norming-Process, *Journal of Applied Psychology*, Vol. 2, Pp.23.[in Persian].

گاهی تحت تأثیر مسائل عاطفی و هیجانی می‌باشد نتایج حاصل از این مطالعه نشان داد که ارتباط معناداری بین هوش هیجانی و درک محیط یادگیری بالینی وجود دارد. تقویت مهارت‌های هوش هیجانی باعث افزایش درک از محیط یادگیری بالینی و وجود یک محیط مناسب باعث ارتقای هوش هیجانی افراد می‌شود. از طریق آموزش افراد، نگرش‌ها در آنها شکل می‌گیرند، رفتارها تغییر شکل می‌یابند و عملکرد اجتماعی مربوط به یک نقش محول شده به عنوان فرایند اجتماعی شدن؛ درونی شوند.

قابل ذکر است از جمله محدودیت‌های این مطالعه کوچک بودن جامعه مورد مطالعه می‌باشد که این مسأله انجام مطالعات بیشتر در این زمینه با جامعه‌های بزرگتر را می‌طلبد که بتوان موضوع را تعمیم داد.

تشکر و قدردانی

این مطالعه حاصل طرح تحقیقاتی مصوب دانشگاه علوم پزشکی جیرفت به شماره نامه پ / ۹۲ / ۴۹ در تاریخ ۱۳۹۳/۳/۲۷ می‌باشد. در نهایت از کلیه مسئولان دانشگاه، مربیان و دانشجویان که ما را در انجام این مطالعه یاری نمودند، نهایت تقدیر و تشکر را داریم.

References

Abbaszadeh, A, Borhani, F, Sabzevari, S, et al, 2013, Evaluation common methods of assessment and its relationship to learning approaches in nursing students of Kerman University of Medical Sciences, *Educational Development steps in Medicine* Vol. 10, , Pp.142-152[in Persian]

Aghajani, S, Narimani, M, Asiaei, M 2008, The Comparative Study of Emotional Intelligence and Self - concept of Normal and Gifted Students, *Research on Exceptional Children*, Vol. 8, Pp. 317-323. .[in Persian].

Bach, S, Grant, A 2010, *Communication & interpersonal skills for nurses*. , Southernhay, Learning Matters Ltd.

Bar-On, R. 2000, Emotional and social intelligence: Insights from the Emotional Quotient Inventory (EQ-i).

- ethnicity and gender :a qualitative study, *BMC Medical Education*, Vol.6, Pp.17.
- Mayer, B, Fletcher, T 2007, Emotional Intelligence: A theoretical overview and Implications for research and professional practice in sport psychology, *Journal of applied sport.psychology*, vol.2, Pp.115.
- Mehri, A, Maleki, B, Sedghi kuhsare, S 2011, The Relationship between Mental Health and Emotional Intelligence among Athlete and Non-athlete Male Students in Payam-Noor University, Ardabil Branch, *journal of Ardabil health and hygiene*, Vol.2, Pp.64-74. [in Persian].
- Mikkomen, K, Elo, S, Kuivila, H M, et al 2015, Culturally and linguistically diverse healthcare students' experiences of learning in a clinical environment: A systematic review of qualitative studies, *Int J Nurs Stud*.
- Mikolajczak, M, Lumine, TO 2008, Trait emotional intelligence and the cognitive appraisal of stressful events: An exploratory study, *Personality and Individual Differences*, Vol.44, Pp.1445-1453.
- Mirhashemi , M, Pasha sharifi, H, Sabeti, S 2008, Relationship between emotional intelligence and job involvement, *Journal of Thought and Behavior*, Vol.3, Pp.17-26. [in Persian].
- Mirzaei, R, Borhani, F, Fasihi-Harandi, T 2014, Student's perception of clinical learning environment, *Iranian Journal of Medical Education*, Vol.14, Pp.641-65. [in Persian].
- Mohammadkhani, S, Bashqareh, R 2008, Emotional intelligence and coping styles of students with general
- Ghaderi, M, Nasiri, M, Aeineheidari, A, Pachang, M, & Adarvishi, S 2014, Relationship between Emotional Intelligence and Academic Achievement of Students in Jiroft Universities in 2013, *Develop education Jondi Shapour*, Vol. 5, No.2, Pp.137-147. [in Persian].
- Ghaderi M, Nasiri M, Jamshidi F, et al, 2014, Association between Emotional Intelligence and Alcohol, Cigarette Smoking and Psychiatric Drugs Use in Jiroft Universities Students, *J Rafsanjan Univ Med Sci*, Vol.13, No.5, Pp.457-70.[in Persian]
- Ghaderi, M, Shamsi, A 2013, The relationship between emotional intelligence and job involvement among hospital nurses, *Quarterly Journal of Nursing Management*, Vol.2, Pp.8-15. [in Persian].
- Heydaritafreshi, G, Delfan azeri, QA 2010, Relationship between emotional intelligence and Coping with stress skills Students at the University of Roodehen Unit, *Journal - Research Management Training*, Vol.2, Pp.15-24. [in Persian].
- Karimi moonaghi, H, Hoseinzadeh, M, Beinaghi, T, et al, 2010, Practical Guide to Effective Clinical Teaching, *Mashhad, Mashhad University of Medical Sciences*. [in Persian].
- Khaliliazar, H 2007, Comparison of emotional intelligence of gifted students And normalize and its relationship with academic achievement, *knowledge and research in Education*, Vol.14, Pp.107-124. [in Persian].
- Lemp, H, Seale, C 2006, Medical students' perceptions in relation to

Slahyan, A, Sadeghi, M, Bahrami, F, et al 2010, The relationship between emotional intelligence and pardon with marital conflicts. *marital Studies*, Vol.6, Pp.18-35. [in Persian].

Sobhi-gharamaleki, N 2012, The prediction of achievement motivation from students' emotional intelligence, *Journal of School Psychology*, Vol.1, Pp.49-62. [in Persian].

Young, A 1994, In the patient's best interest: law and professional conduct, London Routledge, *Ethical Issues in Nursing*.

Zahir al-din, A R, Dibajnia 2010, Assessment of Emotional Intelligence In Fourth year students of different disciplines, Shahid Beheshti University of Medical Sciences in year 2008-09, *Pejouhandeh*, Vol.15, Pp.204-207. [in Persian].

health, *Journal of psychological health*, Vol.2, Pp.37-47. [in Persian].

Murkami, M, Kawabata, H, Maezawa, M 2009, The influence of learning environments on medical education: a qualitative research study in one Japanese medical school, *South East Asian Journal of Medical Education*, Vol.3, Pp.45.

Paterson, B, Groening, M 1996, Teacher-induced counter transference in clinical teaching, *Journal of Advanced Nursing*, Vol.23, Pp.1121-1126.

Pollard, C, Hibbert, C 2004, Expanding student learning using patient pathways, *Nursing Standard*, Vol.22, Pp.40-43.

Samari, A A, Tahmasebi, F 2006, The relationship between emotional intelligence and academic achievement in college students, *Journal of Mental Health*, Vol.35-36, Pp.121-128. [in Persian].

Relationship between Perceptions of Clinical Learning Environment and Emotional Intelligence in Medical students of Jiroft University

Reza Mirzaei¹
Musab Ghaderi^{2*}

¹: Faculty Member, Department of Medical Surgical, Nursing and Midwifery Faculty, Jiroft University of Medical Sciences, Jiroft, Iran.

²: M.Sc. student in Medical-Surgical Nursing, Department of Medical Surgical, Student Research Committee of Nursing and Midwifery Faculty, Tabriz University of Medical Sciences, Tabriz, Iran and researcher of Student Research Committee Jiroft medical of University, Jiroft, Iran.

Abstract: EI (Emotional Intelligence) is a collection of cognitive and emotional abilities that are interconnected and help individuals to understand, evaluate and precise expression of emotional excitement that is thought to facilitate the understanding and the balance between their own thoughts and emotions, and had Rational Decisions and responsible action. The aim of this study was to evaluate relationship between perceptions of clinical learning environment and emotional intelligence in students of Jiroft medical university in 2014-2015. This study was a cross-sectional research; and the research tool included a checklist of demographic characterizes, a questionnaire of perception the clinical learning environment, and Emotional Intelligence Questionnaire Bradbry-Graves. After data collection, using software SPSS 17 and statistical test, t test, ANOVA analysis, data analysis was performed. To determine the relationship between emotional intelligence and understanding of clinical learning environment, Pearson's correlation coefficient was used. Significant level of 0.05 was considered too; and the average age of students was 20.98 ± 2.13 years. The results of this study showed that the mean score of emotional intelligence and perception of clinical learning environment were 2.37 ± 0.66 and 89.12 ± 15.98 , respectively which indicated statistically significant correlation between emotional intelligence and perception of clinical learning environment ($p < 0.001$, $r = 0.367$). The results of this study showed a significant correlation between emotional intelligence and perception of clinical learning environment. Having the probable environment can be an important role in strengthening emotional intelligence and social skills in student.

Keywords: learning environment, the emotional intelligence, student, medical of university.

***Corresponding author:** M.Sc. student in Medical-Surgical Nursing, Student Research Committee, University of Medical Sciences, Tabriz, Iran. And researcher of Student Research Committee Jiroft medical of University, Jiroft, Iran.

Email: Musab.Ghaderi@gmail.com