رابطه ابعاد شخصیت و تجربه بالینی با پردازش شناختی پزشکان

فاطمه بیرانوند[۱]، اسحق رحیمیان بوگر[۲]

۱. دانشجوی کارشناسی ارشد، روانشناسی شناختی، گروه علوم شناختی، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی مهدی‌شهر، دانشگاه سمنان، سمنان، ایران.

۲. گروه روانشناسی بالینی، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی مهدی‌شهر، دانشگاه سمنان، سمنان، ایران.

نویسنده مسئول: اسحق رحیمیان بوگر، گروه روانشناسی بالینی، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی مهدی‌شهر، دانشگاه سمنان، سمنان، ایران.

ORCID:
0000-0003-3029-9050

Email:
i_rahimian@semnan.ac.ir

چکیده

مقدمه: در سال‌های اخیر تأثیر عوامل زیادی در قضاوت و سوگیری‌های شناختی پزشکان مورد توجه قرار گرفته‌اند. پژوهش حاضر با هدف بررسی ارتباط ابعاد شخصیت و تجربه بالینی با پردازش شناختی پزشکان شهرستان خرم‌آباد صورت گرفت.

روش‌ها: این مطالعه در بهار و تابستان سال ۱۴۰۱ در شهرستان خرم‌آباد صورت گرفت. پژوهش حاضر مقطعی و نوع آن کاربردی است. جامعه آماری آن تمامی پزشکان شهرستان خرم‌آباد بوده که تعداد ۳۰۰ نفر از آن‌ها به صورت تصادفی انتخاب شدند. از بین ۳۰۰ نفر نمونه شرکت‌کننده در این پژوهش ۲۹۱ نفر پرسشنامه‌های نئو و سبک تفکر منطقی- تجربی را به‌طور کامل تکمیل کردند. برای بررسی فرضیه‌های پژوهش از روش رگرسیون چندگانه و نرم‌افزار IBM SPSS Statistics **نسخه ۲۵** استفاده شد.

یافته‌ها: نتایج در مورد فرضیات پژوهش نشان داد که در سطح معناداری ۰/۰۵، رابطه‌ی ابعاد شخصیت با پردازش شناختی ٦/ ٤ است و ابعاد روان آزرده‌گرایی و موافق بودن با پردازش شناختی رابطه معکوس دارند. همچنین در مورد سطوح مختلف تجربه بالینی (دانشجو، تازه‌کار و دارای چند سال سابقه کاری) نتایج نشان دادند که در سطح معناداری ۰/۰۵، پردازش شناختی با افزایش تجربه کاهش می‌یابد (رابطه معکوس دارند) و در دانشجویان نسبت به دیگر سطوح، پردازش شناختی بالاتر است.

نتیجه‌گیری: با توجه به نتایج به دست آمده می‌توان گفت که ابعاد شخصیت و تجربه بالینی به‌طور معناداری با پردازش شناختی پزشکان ارتباط دارند. نتایج به دست آمده می‌توانند در راستای بهبود عملکرد پزشکان و کادر درمان مؤثر باشند.

کلیدواژه‌ها: ابعاد شخصیت، تجربه بالینی، پردازش شناختی.

نوع مقاله: پژوهشی

دریافت مقاله:۱۴۰۱/۸/۲۸ پذیرش مقاله: ۱۴۰۲/۲/۵

ارجاع: بیرانوندفاطمه، رحیمیان بوگر اسحق. رابطه ابعاد شخصیت و تجربه بالینی با پردازش شناختی پزشکان. راهبردهای توسعه در آموزش پزشکی. ۱۴۰۱؛ ۹(۳): ۹-۱.

مقدمه

در چهار دهه اخیر، قضاوت بالینی و تصمیم‌گیری به‌طور گسترده‌ای مورد مطالعه و توصیف قرار گرفته است (۱). بخش قابل‌توجهی از این کار بر تفاوت قضاوت بالینی بین پزشکان تازه‌کار و باتجربه، چگونگی بهبود تصمیم‌گیری دانشجویان و تازه‌کاران و نقش شهود در تصمیم‌گیری پزشکان متمرکز شده است (۲). اشتباهات در قضاوت و تصمیم‌گیری بالینی می‌تواند پیامدهای شومی در مراقبت‌های بهداشتی داشته باشد (۳). سوگیری‌های شناختی ارائه‌دهندگان مراقبت‌های بهداشتی به‌عنوان یک عامل مهم در رویدادهای نامطلوب در بخش مراقبت‌های بهداشتی شناسایی و در حال حاضر به عنوان یک مشکل جدی، فراوان و مهم در تصمیم‌گیری بالینی در نظر گرفته شده‌اند (٤،٥). بنابراین در دو دهه گذشته باتوجه به پیامدهای منفی قابل‌توجه که می‌تواند با خطاهای تشخیصی در پزشکی رخ دهد، توجه زیادی به شناسایی و غلبه سوگیری شناختی در خطاهای تشخیصی پزشکان شده است (٦،٧). تفاوت‌های فردی می‌توانند در پردازش شناختی و تصمیم‌گیری مؤثر باشند (۸).

از جمله مهم‌ترین تفاوت‌های فردی ابعاد شخصیتی و میزان تجربه بالینی است. در آموزش بهداشتی تفاوت بین تصمیم‌گیری افراد تازه‌کار و خبره شناسایی شده است (۸). الگوی پنج عاملی شخصیت به مثابه یک چهارچوب با اهمیت درک رفتار آدمی، مورد توجه محققان است. به‌عبارت‌دیگر، اجماع نظر رو به رشدی درباره روایی صفات شخصیتی انسان به‌مثابه گرایش‌های تعیین‌کننده احساسات و رفتارهای او به چشم می‌خورد (۹). الگوی پنج عاملی یک سنخ شناسی فراگیر مشتمل بر پنج عامل نسبتاً پایدار روان رنجور خویی، گشودگی، برونگرایی، سازگاری و وظیفه‌شناسی است (۱۰).

در گذشته Whelehan و همکاران، Ruzsa و همکاران، Schettini و همکاران، Parker-Tolmin و همکاران، Madjaroski و Brush Jr و همکاران نیز در این زمینه تحقیقاتی را انجام داده‌اند (١٦–١١). اما با این وجود اطلاعات کمی در مورد تأثیر خطاهای شناختی و ویژگی‌های شخصیتی بر تصمیم‌های پزشکان که منجر به خطاهای تشخیصی، خطاهای پزشکی یا تأثیر بر پیامدهای بیمار می‌شوند، وجود دارد (۱۷). درک خطاهای شناختی مؤثر بر تصمیمات پزشکی بسیار مهم است. چنین درکی به‌ویژه برای پزشکان لازم است زیرا خطاهای آن‌ها می‌تواند کشنده و بسیار پرهزینه باشد. علاوه بر این، می‌تواند با افزایش دانش در راهبردهای یادگیری برای بهبود عملکرد بالینی و پیامدهای بیمار مفید باشد، در حالی که شکاف ادبیات می‌تواند برای اطلاع دادن به تحقیقات آتی مؤثر باشد (۱۸). در این پژوهش به این پرسش پاسخ می‌دهیم که چگونه ابعاد شخصیت و تجربه بالینی می‌توانند با پردازش شناختی پزشکان مرتبط باشند.

مواد و روش‌ها

این پژوهش با طرح توصیفی مقطعی و از نوع مطالعات همبستگی است و به بررسی ارتباط ابعاد شخصیت و تجربه بالینی با پردازش شناختی پزشکان پرداخته است. در این پژوهش جامعه آماری کلیه پزشکان شهرستان خرم‌آباد در بهار و تابستان سال ۱٤۰۱ بودند. حجم نمونه پژوهش شامل ۳۰۰ نفر و از فرمول q ۵ q- n-۱۵ محاسبه شده است که در آن q (تعداد سؤالات پرسشنامه متغیر مستقل) برابر با ٦۰ است.

با استفاده از روش نمونه‌گیری انتصاب متناسب از هر گروه (تحت آموزش، تازه‌کار و دارای سابقه کار) تعداد ۱۰۰ نفر به‌طور تصادفی برای شرکت در پژوهش انتخاب شدند و به آن‌ها اطمینان داده شد که اطلاعاتشان به‌صورت کاملاً محرمانه حفظ خواهد شد.

به‌منظور جمع‌آوری اطلاعات پرسشنامه به‌صورت کتبی تهیه و برای تکمیل کردن آن در چند نوبت به‌تمامی بیمارستان‌های شهر خرم‌آباد (بیمارستان تأمین اجتماعی، بیمارستان عسلیان، بیمارستان توحید، بیمارستان شهید مدنی، بیمارستان ایران، بیمارستان شفا، بیمارستان شهدای عشایر و بیمارستان شهید رحیمی) و همچنین کلینیک‌ها و مطب‌های واقع در سطح شهر مراجعه شد.

از بین پرسشنامه‌های توزیع شده تعداد ۹ پرسشنامه به‌صورت ناقص پر شده بودند بنابراین از فرایند محاسبه خارج شدند. ملاک‌های ورود تمایل به همکاری در پژوهش و داشتن سابقه کار در بیمارستان (حداقل کارورزی) و تجربه بالینی و ملاک خروج عدم تمایل به ادامه همکاری بودند. پژوهش با استفاده ازپرسشنامه‌های سبک تفکر منطقی- تجربی و فرم کوتاه پرسشنامه شخصیتی نئو جمع‌آوری شدند.

پرسشنامه سبک تفکر منطقی- تجربی توسط Pacini و Epstein به‌منظور سنجش سبک تفکر منطقی- تجربی طراحی شده است (۱۹). این پرسشنامه دارای ۳۰ سؤال و ۳ مؤلفه درگیری منطقی، توانایی تجربی و توانایی منطقی است و براساس طیف لیکرت به سنجش سبک تفکر منطقی- تجربی می‌پردازد. برای محاسبه امتیاز هر زیرمقیاس، نمره تک‌تک گویه‌های مربوط به آن زیرمقیاس را با هم جمع می‌کنند. برای محاسبه امتیاز کلی پرسشنامه، نمره همه گویه‌های پرسشنامه را باهم جمع می‌کنند. دامنه امتیاز این پرسشنامه بین ۱۵۰ تا ۳۰ خواهد بود. هر چه امتیاز حاصل شده از این پرسشنامه بیشتر باشد، نشان‌دهنده میزان بیشتر سبک تفکر منطقی تجربی خواهد بود و بالعکس. پایایی این پرسشنامه از روش آلفای کرونباخ ۰/۷۰ به‌دست‌آمده است.

فرم کوتاه پرسشنامه شخصیتی نئو شامل ٦۰ ماده است که براساس تحلیل عاملی نمرات NEO-PI در سال ۱۹۸٦ به‌منظور ارزیابی ابعاد شخصیتی افراد تهیه شده است. برای هر حیطه ۱۲ آیتم وجود دارد و براساس مقیاس لیکرتی ۵ درجه‌ای رده‌بندی شده است. نمرات مقیاس با جمع بستن ۱۲ آیتم برای هر بعد و نمره‌گذاری معکوس بعضی از آیتم‌ها به دست می‌آید. تقریباً نیمی از ماده‌های پرسشنامه نئو دارای نمره‌گذاری معکوس‌اند و برای رفع سوگیری تصدیق (رد) انجام شده است. McCrae و Costa اظهار می‌دارند که ابزار کوتاه شده نئو با فرم کامل آن مطابقت دقیقی دارد (۲۰). به‌گونه‌ای که مقیاس‌های فرم کوتاه، همبستگی بالاتر از ۰/٦۸ را با مقیاس‌های فرم کامل دارا می‌باشند (۲۱). ملاک تعیین میزان تجربه بالینی نیز تحت آموزش بودن، داشتن سابقه کاری کمتر از سه سال (تازه‌کار) و داشتن سابقه کاری سه سال و یا بیشتر از آن (دارای سابقه کاری) بود.

به‌منظور تجزیه و تحلیل اطلاعات از نرم‌افزار IBM SPSS Statistics نسخه ۲۵ استفاده شد. از روش‌های آمار توصیفی از قبیل جداول توزیع فراوانی، میانگین و انحراف استاندارد برای بررسی توزیع نمونه و توصیف وضعیت نمونه ازلحاظ شاخص‌های موردنظر استفاده شد. در بخش آمار استنباطی از روش آماری تحلیل رگرسیون خطی چندگانه استفاده کردیم و سطح معنی‌داری (رد یا قبول فرضیه) را برای تمام آزمون‌ها برابر P-Value <۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

یافته‌ها

از مجموع ۲۹۱ شرکت‌کننده ۱۷۸ نفر (٦۱/۵ درصد) زن و ۱۱۳ نفر (۳۸/۵ درصد) مرد بودند. کمترین سن شرکت‌کننده ۲۰ و بیشترین آن‌ها ٤۸ سال با میانگین سنی ۲۷/۳۲ و انحراف معیار ٤/۸۹۳ بود. از نظر وضعیت اقتصادی- اجتماعی(میزان درآمد و سطح تحصیلات در خانواده) تعداد ٤۹ نفر (۱٦/۸ درصد) بالا، ۲۲٦ نفر (۷۷/۷ درصد) متوسط و ۱۳ نفر (٤/۵ درصد) پایین بودند. همچنین تعداد ۲۸۱ نفر (۹٦/٦ درصد) شیعه و ۵ نفر (۱/۷) سنی بودند.

جدول ۱ وضعیت توصیفی متغیرهای تحقیق را نشان می‌دهد. در این بخش ۲۹۱ پرسشنامه سالم و قابل‌تحلیل گردآوری شده است. مقادیر آمار توصیفی و شاخص‌های مرکزی از جمله میانگین و انحراف معیار برای متغیرهای کلی پایداری ابعاد شخصیتی و سبک تفکر منطقی- تجربی گزارش شده است. ضریب همبستگی بین ۱- و ۱ تغییر می‌کند. اگر ضریب همبستگی برابر با یک باشد بیانگر رابطه مستقیم کامل بین دو متغیر می‌باشد، رابطه مستقیم یا مثبت به این معناست که اگر یکی از متغیرها افزایش (کاهش) یابد، دیگری نیز افزایش (کاهش) می‌یابد. همان‌طور که مشاهده می‌شود، آلفای کرونباخ روشی برای محاسبه پایائی پرسشنامه براساس میزان هماهنگی درونی سؤالات می‌باشد. این روش برای محاسبه هماهنگی درونی ابزار اندازه‌گیری ازجمله پرسشنامه‌ها یا آزمون‌هایی که خصیصه‌های مختلف را اندازه‌گیری می‌کنند، بکار می‌رود. در این ابزارها پاسخ هر پرسش می‌تواند مقادیر عددی مختلفی را اختیار کند. اگر میزان آلفا از ۰/٦ بیشتر بود یعنی پایایی پرسشنامه قابل قبول است. برای بررسی ارتباط ابعاد شخصیت با پردازش شناختی پزشکان از رگرسیون خطی استفاده شده است. طبق خلاصه برازش مدل، ضریب همبستگی پیرسون ۰/۲۱٤، ضریب تعیین تعدیل شده ۰/۰۲۹، خطای استاندارد برآورد ۰/٤۳۸ و شاخص دوربین-واتسون ۱/۷۸٤ به دست آمدند. ضریب تعیین مدل برابر با ۰/۰٤٦ به دست آمد که این بدین معناست ٤/٦ درصد از تغییرات متغیر پردازش شناختی توسط ابعاد شخصیتی در مدل تبیین و توضیح و پیشبینی می‌شود. در ضرایب مدل رگرسیونی ستون اول اسامی مربوط به متغیرهای مستقل مدل اول دیده می‌شود و در ستون دوم و سوم، ضریب هر یک از متغیرها به همراه خطای استاندارد (انحراف معیار برآوردگر) دیده

می‌شود. برای مشخص کردن اهمیت هر یک از متغیرها و نقش آن‌ها در مدل رگرسیونی، باید به ستون ضرایب استانداردشده توجه کرد. با توجه به مقدار T و سطح معناداری یا Sig که کوچک‌تر از ۰/۰۵ هست می‌توان بیان کرد که متغیر مستقل قابلیت پیشبینی و تبیین متغیر وابسته را دارد.

جدول ۱- مقادیر توصیفی به همراه ماتریس همبستگی متغیرهای پژوهش

متغیر	کمترین	بیشترین	میانگین	انحراف معیار	۱	۲	آلفای کرونباخ
روان آزرده گرایی	۰/۵۰	۳/٤۲	۱/۹۹	۰/٤۳	-	-	-
برون‌گرایی	۱/٦۷	۳/۵۰	۲/۷۹	۰/۳۱	-	-	-
گشودگی	۱/۲۵	٤/۰۸	۲/۹٦	۰/٤٤	-	-	-
موافق بودن	۱/۲۵	۳/۸۳	۳/۱۰	۰/٤۱	-	-	-
باوجدان بودن	۲/۰۰	۳/۷۵	۳/۰۱	۰/۳۲	-	-	-
درگیری منطقی	۱٦/۰۰	۵٦/۰۰	۳۹/۰۰	۷/۳۳	-	-	-
توانایی تجربی	۱۲/۰۰	٤٤/۰۰	۲۷/۷۷	۵/۵۱	-	-	-
توانایی منطقی	۸/۰۰	۳٤/۰۰	۱۸/٤۲	۵/۱٦	-	-	-
۱- ویژگی‌های شخصیت	۲٤/۰۰	۱۱٤/۰۰	۸۳/٦۱	۱۲/۹۲	۱	-	۰/٦٤
۲- تفکر منطقی تجربی	۱/۲۳	٤/۲۳	۲/۸٤	۰/٤٤	۰/۸۲	۱	۰/۷۵

برای بررسی ارتباط تجربه بالینی با پردازش شناختی پزشکان از آزمون مقایسه تحلیل واریانس استفاده‌شده است. جدول زیر آماره‌های توصیفی تعداد، میانگین، انحراف معیار، انحراف استاندارد خطای برآورد، فاصله اطمینان ۹۵ درصد میانگین برای کران پایین و کران بالا و کمترین و بیشترین داده را برای متغیر پردازش شناختی و به تفکیک تجربه بالینی نشان می‌دهد.

جدول ۲- ضرایب رگرسیونی ارتباط ابعاد شخصیت با پردازش شناختی پزشکان

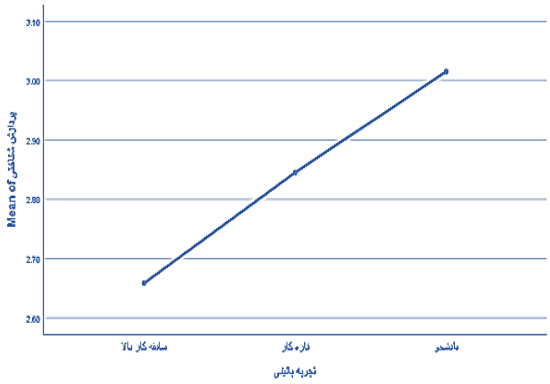
مدل	ضرایب غیراستاندارد		ضرایب استانداردشده	T	Sig
	B	خطای استاندارد	بتا		
مقدار ثابت	٤/۰٦۲	۰/٤۰۵	-	۱۰/۰۲۹	۰/۰۰۰
روان آزرده گرایی	-۰/۱۲۹	۰/۰٦۳	-۰/۱۲۷	-۲/۰٤۷	۰/۰٤۲
برون‌گرایی	-۰/۰۵۹	۰/۰۹۲	-۰/۰٤۲	-۰/٦٤۱	۰/۵۲۲
گشودگی	-۰/۰٦۳	۰/۰٦۰	-۰/۰٦٤	-۱/۰٤۹	۰/۲۹۵
موافق بودن	-۰/۱٤۳	۰/۰٦٦	-۰/۱۳٤	-۲/۱۵۲	۰/۰۳۲
باوجدان بودن	-۰/۰۵٦	۰/۰۹۱	-۰/۰٤۱	-۰/٦۲۰	۰/۵۳٦

در جدول ۳ مشاهده می‌شود که ابعاد روان آزرده‌گرایی و موافق بودن (با توجه به منفی بودن) ارتباط معکوس با پردازش شناختی دارند پس اگر هریک از آن‌ها بالا باشد میزان پردازش شناختی کاهش می‌یابد. برای بررسی همگنی واریانس از آزمون Levene استفاده شد. فرضیه صفر این آزمون بیان می‌کند داده‌ها به لحاظ واریانس همگن هستند. برای پردازش شناختی مقدار آماره لون برابر ۱/۸۸۹، df۱ برابر با ۲، df۲ برابر ۲۸۸ و معنی‌داری ۰/۱۵۳ (معنادار) به دست آمدند. با توجه به اینکه مقدار احتمال در آزمون بزرگ‌تر از ۰/۰۵ محاسبه شد، بنابراین پیش‌فرض همگنی واریانس‌ها برقراراست. آماره آزمون فیشر را برای مقایسه میانگین متغیر پردازش شناختی در سطوح تجربه بالینی نشان می‌دهد که مجموع مربعات بین گروه‌ها ٦/۲٦۸، درون گروه‌ها ۵۱/۰۹٦ و در مجموع ۵۷/۳٦۳ است. مقدار df بین گروهی ۲، درون‌گروهی ۲۸۸ و در مجموع ۲۹۰ به دست آمدند. میانگین مربعات بین گروه‌ها ۳/۱۳٤ و درون گروه‌ها ۰/۱۷۷ به دست آمدند. مقدار F نیز ۱۷/٦٦٤ محاسبه شده است. با توجه به اینکه مقدار احتمال کمتر از ۰/۰۵ محاسبه شده، بنابراین بین میانگین سطوح اختلاف معناداری وجود دارد.

جدول ۳- نتایج توصیفی ارتباط تجربه بالینی با پردازش شناختی پزشکان

	تعداد	میانگین	انحراف معیار	۹۵٪ فاصله اطمینان		کمترین	بیشترین
				کران پایین	کران بالا		
سابقه کار بالا	۹۸	۲٫٦٥	۰/٤٦	۲٫٥٦	۲٫۷٥	۱٫۲۳	۳٫۹
تازه‌کار	۹٤	۲٫۸٤	۰/۳٥	۲٫۷۷	۲٫۹۱	۱٫۸۰	۳٫۷
دانشجو	۹۹	۳٫۰۱	۰/٤۳	۲٫۹۲	۳٫۱۰	۲٫۲۳	٤٫۲۳
جمع	۲۹۱	۲٫۸٤	۰/٤٤	۲٫۷۸	۲٫۸۹	۱٫۲۳	٤/۲۳

نمودار زیر میانگین متغیر پردازش شناختی را در سطوح تجربه بالینی نشان می‌دهد. مشاهده می‌شود که با افزایش تجربه میزان پردازش شناختی کاهش می‌یابد(ارتباط معکوس دارند)و در سطح دانشجو میزان پردازش شناختی بالاتر است.



نمودار ۱- مقایسه میانگین متغیر پردازش شناختی در سطوح تجربه بالینی

بحث و نتیجه‌گیری

نتایج این مطالعه در مورد اینکه ابعاد شخصیت با پردازش شناختی پزشکان ارتباط دارد، نشان داد که تغییرات متغیر پردازش شناختی توسط ابعاد شخصیت در مدل تبیین، توضیح و پیش‌بینی می‌شود. این مدل کاملاً صحیح است و متغیر مستقل به شکل معناداری با متغیر وابسته ارتباط دارد. شاخص‌های روان آزرده‌گرایی و توافق‌پذیری بیشترین ارتباط را با پردازش شناختی دارند و در مدل بر متغیر پاسخ اثر می‌گذارند. این نتیجه با یافته‌های پژوهش‌های پیشین از جمله Whelehan و همکاران، Parker-Tolmin و همکاران، Madjaroski، Reyna و Ortiz، Witteman و همکاران و Pacini و Epstein همسو است (۱۱،۱٤،۱۹،۲۲،۲۳).

Whelehan و همکارانش به این نتیجه رسیدند که شخصیت در پردازش شناختی اثرگذار است (۱۱). Parker-Tolmin و همکاران در مقاله خود عنوان داشتند که بین وظیفه‌شناسی و پردازش شناختی ارتباط وجود دارد (۱٤). Madjaroski در پایان‌نامه خود عنوان داشت که بین گشودگی و وظیفه‌شناسی و پردازش شناختی ارتباط وجود دارد (۱٥). Reyna و Ortiz معتقد بودند که ارتباط قابل‌توجهی بین برونگرایی و پردازش شناختی وجود دارد (۲۲). Witteman و همکارانش در پژوهشی اعلام کردند که وجدان‌گرایی پیشبینی‌کننده قابل‌توجهی برای پردازش شناختی است (۲۳). Pacini و Epstein معتقد بودند که بین گشودگی و پردازش شناختی همبستگی متوسط و اهمیت بسیار قوی وجود دارد. آن‌ها همچنین معتقد بودند که وظیفه‌شناسی و توافق پذیری نیز ارتباط قابل‌ملاحظه‌ای با پردازش شناختی دارند (۱۹). نتایج این مطالعه در مورد اینکه تجربه بالینی در پردازش شناختی پزشکان نقش دارد، نشان داد که متغیر مستقل یعنی تجربه بالینی به شکل معناداری با متغیر وابسته یعنی پردازش شناختی، ارتباط دارد. در سابقه بالینی در سطح دانشجو پردازش شناختی بالاتر است. این نتیجه با یافته‌های پژوهش‌های پیشین از جمله Schettini و همکاران، Ruzsa و همکاران، Parker-Tolmin و همکاران، Brush Jr و همکاران و Higgs و همکاران همسو است (۱۲،۱٤،۱٦-۲٥).

Schettini و همکارانش در پژوهش خود به این نتیجه رسیده بودند که تجربه نقش مهمی در پردازش شناختی دارد و هرچه میزان تجربه بیشتر باشد پردازش سریع‌تر است و درنتیجه سوگیری شناختی کمتر می‌شود (۱۳). Ruzsa و همکارانش در مقاله‌ی خود عنوان داشتند که افزایش میزان تجربه در متخصصان بالینی با تغییر در پردازش اطلاعات همراه است، یعنی اینکه افراد با سطح تجربه بالاتر تمایل کمتری به پردازش نشان می‌دهند و عمدتاً طبق تجربه پیشین خود پردازش و در نتیجه تصمیم‌گیری می‌کنند (۱۲). Parker-Tolmin و همکاران و Higgs و همکاران معتقد بودند که

تجربه بالینی با پردازش شناختی ارتباط دارد و افراد باتجربه بالاتر تمایل کمتری به تحلیل دارند و بیشتر تجربی عمل می‌کنند (۱٤،۲۵). Brush و همکاران به این نتیجه رسیدند که دانش تجربی بامهارت در پردازش اطلاعات همراه است، چراکه پردازش شناختی تجربی یک سیستم واکنش سریع است و معمولا خارج از آگاهی رخ می‌دهد (۱٦).

با توجه به نتایج مطالعات گذشته و مطالعات حاضر می‌توان گفت که ارتباط ابعاد شخصیت و تجربه بالینی با پردازش شناختی پزشکان غیرقابل انکار و بدیهی است و می‌توانیم آن را به‌عنوان پیشبینی کننده مهمی برای پردازش شناختی در نظر بگیریم، بنابراین ضروری به نظر می‌رسد که دست‌اندرکاران آموزش علوم پزشکی در سنجش پزشکان به این متغیرها توجه بفرمایند.

این پژوهش با وجود نقاط مثبت دارای برخی محدودیت‌ها ازجمله عدم وجود منابع کافی داخلی و خارجی به‌روز و در دسترس، عدم وجود شواهد پژوهشی کافی که شامل متغیرهای این پژوهش باشد و عدم وجود پژوهش‌هایی که صرفاً به بررسی پزشکان پرداخته باشند بود و همچنین به علت سخت بودن دسترسی به نمونه پژوهشی، زمان جمع‌آوری داده‌ها طولانی شد، به دلیل عدم وجود معیار دقیق برای اندازه‌گیری میزان تجربه بالینی اندازه‌گیری این متغیر با ابهاماتی همراه بود و به علت زیاد بودن تعداد سؤالات ابزار پژوهش رغبت افراد برای تکمیل پرسشنامه‌ها کاهش می‌یافت.

این پژوهش با توجه به نتایج و همچنین محدودیت‌های آن پیشنهاد می‌کند که در سنجش و انتخاب افراد برای قبولی در رشته پزشکی از آزمون‌های شخصیت‌شناسی نیز استفاده شود و به مدرسان و مدیران علوم پزشکی در بهبود روش‌ها و برنامه‌های خود در راستای توانمندسازی کادر درمان و ارتقای کیفیت مراقبت و درمان کمک کند.

همچنین پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آینده حجم نمونه‌ای انتخاب شود که دسترسی به آن راحت‌تر باشد. پژوهشگران آینده، پژوهش‌های ابتکاری بیشتری مانند این پژوهش و متغیرهای آن و با تمرکز بر متغیرهای میانجی محتمل طراحی و اجرا کنند. برای استقبال از شرکت در پژوهش و همچنین راحتی شرکت‌کنندگان از پرسشنامه‌هایی استفاده شود که تعداد سؤالات کمتری داشته باشند.

تشکر و قدردانی

بدین‌وسیله از کلیه‌ی بیمارستان‌های شهرستان خرم‌آباد و پزشکان محترمی که در انجام این پژوهش ما را یاری نمودند تشکر و قدردانی به عمل می‌آوریم.

تأییدیه اخلاقی

این پژوهش از کارگروه/کمیته اخلاق در پژوهش دانشگاه علوم پزشکی سمنان کد اخلاق IR.SEMUMS.REC.1401.020 را دریافت نموده است.

تضاد منافع

هیچ گونه تعارض منافعی در این پژوهش حاضروجود ندارد.

سهم نویسندگان

فاطمه بیرانوند (نویسنده اول) تهیه طرح مقدماتی، اجرای مطالعه، تجزیه‌وتحلیل و تنظیم نسخه اولیه مقاله ٦۰ درصد؛ اسحق رحیمیان بوگر (نویسنده دوم و مسئول) تدوین ایده و طرح مقاله، اصلاح طرح مطالعه و همکاری در تنظیم نسخه اولیه مقاله، کمک به تجزیه‌وتحلیل و اصلاح مقاله و تائید نسخه نهایی مقاله ٤۰ درصد.

حمایت مالی

برای انجام این مطالعه هزینه ای دریافت نشده است.

References

1. Lasater K. Clinical judgment development: Using simulation to create an assessment rubric. J Nurs Educ. 2007; 46(11):496-503.
2. Thirsk LM, Panchuk JT, Stahlke S, Hagtvedt R. Cognitive and implicit biases in nurses' judgment and decision-making: A scoping review. Int J Nurs Stud. 2022; 133:104284. DOI: 10.1016/j.ijnurstu.2022.104284
3. Kahneman D. Thinking, Fast and Slow. New York: Farrar, Straus and Giroux; 2011.
4. Commission TJ. Cognitive biases in health care; 2016 Available from: https://www.jointcommission. org/resources/news-and-multimedia/newsletters/newsletters/quick-safety/quicksafety-28/
5. Patel JJ, Bergl P. More on the causes of errors in clinical reasoning. Acad Med. 2017; 92(8):1064-5. DOI: 10.1097/ACM.0000000000001790
6. Croskerry P. Becoming less wrong (and more rational) in clinical decision making. Ann Emerg Med. 2020; 75(2):218-9. DOI: 10.1016/j.annemergmed.2019.09.002
7. Pelaccia T, Plotnick LH, Audetat MC, Nendaz M, Lubarsky S, Torabi N, et al. A scoping review of physicians' clinical reasoning in emergency departments. Ann Emerg Med. 2020; 75(2): 206-17. DOI: 10.1016/j.annemergmed.2019.06.023
8. Benner P, Hughes RG, Sutphen M. Advances in patient safety clinical reasoning, decisionmaking, and action: thinking critically and clinically. In: Hughes RG, editor. Patient safety and quality: An evidence-based handbook for nurses. Rockville (MD). Agency for Healthcare Research and Quality (US); 2008.
9. Matthews G, Deary IJ, Whiteman MC. Personality trait. Cambridge: Cambridge University Press; 2003.
10. Korotkove D, Hannah TE. The five-factor model of personality: strengths and limitations in personality health status, sick-role and illness behavior. Pers Individ Dif. 2004; 36:187-99. DOI: 10.1016/S0191-8869(03)00078-3
11. Whelehan DF, Conlon KC, Ridgway PF. Medicine and heuristics: Cognitive biases and medical decision-making. Ir J Med Sci. 2020; 189(4):1477-84. DOI: 10.1007/s11845-020-02235-1
12. Ruzsa G, Szeverenyi C, Katalin V. Person- and job-specific factors of intuitive decision-making in clinical practice: resulst of a sample survey among Hungarian physicians and nurses. Health Psychol Behav Med. 2020; 8(1):152-84. DOI: 10.1080/21642850.2020.1741372
13. Schettini I, Palozzi G, Chirico A. Enhancing healthcare decision-making process: Findings from orthopaedic field. Adm Sci. 2020; 10(4):94. DOI: 10.3390/admsci10040094
14. Parker-Tolmin M, Boschen M, Glendon I, Morrissey S. Factors influencing health practitioners' cognitive processing and decision-making style. J Interprof Care. 2019; 33(5):546-57. DOI: 10.1080/13561820.2018.1551866
15. Madjaroski G. The influence of big five personality traits on dual-process cognitive information processing styles in medical decision-making. Lund: Lunds University; 2018.
16. Brush Jr JE, Sherbino J, Norman GR. How expert clinicians intuitively recognize a medical diagnosis. Am J Med. 2017; 130(6):629-34. DOI: 10.1016/j.amjmed.2017.01.045
17. Blumenthal-Barby JS, Krieger H. Cognitive biases and heuristics in medical decision making: a critical review using a systematic search strategy. Med Decis Making. 2015; 35(4):539-57. DOI: 10.1177/0272989X14547740
18. Saposnik G, Redelmeier D, Ruff CC, Tobler PN. Cognitive biases associated with medical decisions: A systematic review. BMC Med Inform Decis Mak. 2016; 16(1):138.
20. Pacini R, Epstein S. The relation of rational and experiential information processing styles to personality, basic beliefs, and the ratio-bias phenomenon. J Pers Soc Psychol. 1999; 76(6):972-84. DOI: 10.1037/0022-3514.76.6.972

21. McCrae RR, Costa PT Jr. Toward a new generation of personality theories: Theoretical contexts for the Five-Factor Model. In: (Ed.) IJSW, editor. The five-factor model of personality: Theoretical perspectives. New York: Guilford; 1996. p. 51-87.

22. Fahthi Ashtiani A, Dastani M. Psychological tests: Assessment of personality and mental health. Tehran: Be'esat; 2013.

23. Reyna C, Ortiz MV. Psychometric study of the rational experiential inventory among undergraduate argentinean students. Psicología. 2016; 34(2):337-55. DOI: 10.18800/psico.201602.005

24. Witteman C, van den Bercken J, Claes L, Godoy A. Assessing rational and intuitive thinking styles. Eur J Psychol Assess. 2009; 25(1):39-47. DOI: 10.1027/1015-5759.25.1.39

25. Higgs J, Jones M, Loftus S, Christensen N. Clinical reasoning in the health professional Ed. Oxford, UK: Butterworth-Heinemann; 2008.

The Relationship between Personality Dimensions and Clinical Experience with Physicians' Cognitive Processing

Fatemeh Beiranvand[1], Isaac Rahimian Boogar[2]

1. MSc Student, Cognitive Psychology, Departemant of Cognitive Science, Faculty of Psychology and Educational Sciences, Semnan University, Semnan, Iran.
2. Department of Clinical Psychology, Faculty of Psychology and Educational Sciences, Semnan University, Semnan, Iran.

Abstract

Background: In recent years, The effect of many factors on the judgment and cognitive biases of physicians have been noticed. The present study was conducted with the aim of investigating the relationship between personality dimensions and clinical experience with the cognitive processing of physicians in Khorram Abad city.

Methods This study was conducted in the spring and summer of 1401 in Khorramabad city. The current research is cross-sectional and its type is applied. Its statistical population was all the doctors of Khorram Abad city, 300 of whom were randomly selected. Out of the 300 sample participants in this research, 291 people completely completed the NEO and logical-experimental thinking style questionnaires. Multiple regression method and IBM SPSS Statistics 25 software were used to check the research hypotheses.

Results: The results regarding research hypotheses showed that at the significance level of 0.05, the relationship between personality dimensions and cognitive processing is 4.6, and the dimensions of psychoticism and agreeableness have an inverse relationship with cognitive processing. Also, regarding different levels of clinical experience (students, novices and those with several years of work experience), the results showed that at a significance level of 0.05, cognitive processing decreases with increasing experience (they have an inverse relationship) and in students, compared to other levels, processing cognitive is higher.

Conclusion: According to the obtained results, it can be said that the dimensions of personality and clinical experience are significantly related to the cognitive processing of physicians. The obtained results can be effective in improving the performance of doctors and treatment staff.

Keywords: Personality Dimensions, Clinical Experience, Cognitive Processing.

Correspondence:
Isaac Rahimian Boogar, Department of Clinical Psychology, Faculty of Psychology and Educational Sciences, Semnan University, Semnan, Iran.

ORCID:
0000-0003-3029-9050

Email:
i_rahimian@semnan.ac.ir

Original Article
Received: 2022 November 19 **Accepted: 2023 April 25**

Citation: Beiranvand F, Rahimian Boogar I. The Relationship between Personality Dimensions and Clinical Experience with Physicians' Cognitive Processing. Development Strategies in Medical Education. 2022; 9(3):1-9.

© 2022 The Author(s). This is an open access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution License (http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/), which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited.