

همدلی دستیاران رشته‌های مختلف پزشکی دانشگاه علوم پزشکی اصفهان در برخورد با بیمار

غلامرضا خیرآبادی^{*}، لعلیا گلشنی، نسرين مسائلی، درنا خیرآبادی، مهدخت حاجی رحیمی، مریم یاحی

چکیده

مقدمه: همدلی، هنر درک احساسات افراد است بدون این که لحن صحبت و یا رفتار حاکی از ترحم و دلسوزی باشد. با توجه به اهمیت همدلی در فرآیند مراقبت از بیماران این مطالعه با هدف بررسی همدلی دستیاران رشته‌های مختلف پزشکی دانشگاه علوم پزشکی اصفهان در برخورد با بیمار برای برنامه‌ریزی‌های مداخله‌ای احتمالی در آینده انجام شد.

روش‌ها: این مطالعه توصیفی از نوع همبستگی در سال ۱۳۹۲ در شهر اصفهان انجام شد. کلیه دستیاران پزشکی به روش سرشماری وارد مطالعه شدند (۲۸۶ نفر). شرکت‌کنندگان مقیاس همدلی پزشک جفرسون (Jefferson Scale of Physician Empathy) را و پرسشنامه ویژگی‌های جمعیت شناختی را تکمیل کردند. مقیاس همدلی از نوع خودگزارشی و دارای ۲۰ آیتم با مقیاس لیکرت ۵ درجه‌ای است. کلیه اطلاعات به دست آمده با استفاده از آمارهای توصیفی، آزمون من ویتنی و کروسکال والیس مورد تحلیل قرار گرفت.

نتایج: در نهایت ۲۷۴ پرسشنامه مورد تحلیل قرار گرفت، میانگین نمره همدلی در کل نمونه $76/62 \pm 8/82$ (از مجموع ۱۰۰ نمره) به دست آمد. آزمون من ویتنی رابطه معناداری بین نمره همدلی و جنسیت نشان نداد ($p=0/19$). از بین گروه‌های شرکت‌کننده، دستیاران روانپزشکی بیش‌ترین ($82/64 \pm 8/96$) و دستیاران ارتوپدی ($72/61 \pm 5/72$) کم‌ترین میانگین نمره همدلی را کسب نمودند. بین نمره همدلی در رشته‌های مختلف تحصیلی دستیاران تفاوت معناداری وجود داشت ($p=0/015$).

نتیجه‌گیری: با توجه به ارتباط معنادار همدلی با رشته تحصیلی دستیاران، می‌توان گفت همدلی تحت تأثیر فضای آموزش بالینی در گروه‌ها قرار می‌گیرد و یک موضوع قابل آموزش به دانشجویان است.

واژه‌های کلیدی: همدلی، دستیاران پزشکی، دانشجویان پزشکی، بیمار

مجله ایرانی آموزش در علوم پزشکی / ۱۳۹۵؛ ۱۶(۱): ۱ تا ۸

مقدمه

پزشکان با ادای سوگند متعهد می‌شوند به نجات زندگی

بیماران بپردازند و به سبب این شغل، در طول روز با افراد زیادی از گروه‌های مختلف سنی، جنسی و اجتماعی مواجه می‌شوند. این افراد گرچه با هم فرق دارند اما پزشک همه را با یک نام مشترک یعنی بیمار می‌شناسد و بیمار می‌داند که می‌تواند به او اعتماد کند و مشکل خود را با وی در میان بگذارد. قابلیت و توانایی علمی پزشک از مهم‌ترین دلایل این اعتماد است اما آنچه بیمار به آن نیاز دارد تنها تجربه و مهارت علمی پزشک نیست بلکه او پزشکی را برای درمان انتخاب خواهد کرد که درمان را با حس همدلی (Empathy) و محبت نسبت به او همراه

* نویسنده مسئول: دکتر غلامرضا خیرآبادی (دانشیار)، مرکز تحقیقات علوم رفتاری، دانشکده

پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران. kheirabadi@bsrc.mui.ac.ir

لعلیا گلشنی، دانشجوی پزشکی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران (lgolshani@yahoo.com)؛ نسرين مسائلی، روانشناس، مرکز تحقیقات علوم رفتاری،

دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران

(masaeli@bsrc.mui.ac.ir)؛ درنا خیرآبادی، دانشجوی پزشکی، دانشکده پزشکی،

دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران (doooma2006@yahoo.com)؛ مهدخت

حاجی رحیمی، دانشجوی پزشکی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان،

ایران (mahdokht_rahimi@yahoo.com)؛ مریم یاحی، دانشجوی پزشکی، دانشکده

پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران (maryam.yahay@gmail.com)

تاریخ دریافت مقاله: ۹۴/۱/۲۸، تاریخ اصلاحیه: ۹۴/۹/۲۱، تاریخ پذیرش: ۹۴/۹/۲۱

سازد. به طور کلی ارتباط بین پزشک و بیمار، دو بعد ابزاری و بیانی دارد، جنبه‌های ابزاری پزشکی مستلزم مهارت پزشک در استفاده از تکنیک‌های درمانی، انجام تست‌های تشخیصی و معاینات بدنی است و بعد بیانی منعکس‌کننده هنر طبابت که شامل برقراری ارتباط صمیمی و گرم با بیمار و احساس هم‌دلی با اوست(۱).

بر اساس تعریف آرینگ (Arling) هم‌دلی، هنر درک احساسات افراد است بدون این که لحن صحبت و یا رفتار، حاکی از ترحم و دلسوزی باشد(۲). علم و هنر هم‌دلی اولین بار توسط کارل راجرز (Rojers) در سال ۱۹۳۱ در زمینه کارهای بالینی و درمان مطرح شده و اساس فرضیه راجرز بر این اصل استوار است که اگر درمانگر بتواند نوع مشخصی از رابطه (Empathy) را فراهم سازد، بیمار توانایی خودش را آشکار می‌سازد، تا این رابطه را برای رشد و تغییر بکار ببرد و بدین ترتیب درمان تأثیر بهتری خواهد داشت(۳). به اعتقاد کوری (Corey) یکی از وظایف حساس درمانگر درک احساسات و تجربه بیمار است. هدف درک هم‌دلانه بایستی تشویق بیمار به همکاری بیشتر با درمانگر شود و سبب برانگیختن این احساس در بیمار شود که درمانگر قادر است دنیای ذهنی بیمار را هماهنگ با احساسات خودش درک کند و در عین حال مجزا بودن خودش را از دست ندهد(۴). این عقیده که هم‌دلی نقش مهمی در ارتباط بین بیمار و پزشک وی ایفا می‌کند اولین بار توسط پیبادی (Peabady) در سال ۱۹۲۷ بیان شد(۵). یافته‌های مطالعات دیگر نیز نشان داده‌اند که هم‌دلی نقش مهم در رابطه بیمار - پزشک بازی می‌کند(۶ و ۷). نتایج مطالعه‌ای نشان داد پزشکانی که هم‌دلی بیشتری با بیمارشان دارند در گرفتن تاریخچه ماهرتر و باکفایت‌تر هستند و این موضوع سبب تشخیص صحیح‌تر و رضایت بیشتر بیمار شده و مشکلات دادخواهی و قصور پزشکی کمتری را سبب می‌شود(۸). مطالعه‌ای در کویت توسط حسن (Hasan) و همکارانش انجام گرفت و نتایج نشان داد

میزان هم‌دلی رابطه مستقیم با جنس و مقاطع تحصیل پزشکی و سطح تحصیلات مادر و درآمد خانواده و سطح استرس فرد دارد به طوری که با دختر بودن و افزایش هر کدام از این موارد میزان هم‌دلی بیش‌تر شده است. همچنین نتایج نشان داد هم‌دلی رابطه معناداری با معدل دانشجوی، رشته تخصصی مورد علاقه و سطح تحصیلات پدر ندارد(۹). در مطالعه‌ای، ۲ گروه از رزیدنت‌های روانپزشکی با یک گروه از رزیدنت‌های داخلی مقایسه شدند که هم‌دلی در آن‌ها تفاوت معناداری نداشت(۱۰). مطالعه‌ای دیگر که به منظور ارزیابی میزان هم‌دلی در ابتدا و انتهای دوره اینترنتی انجام شد، نتایج نشان داد میزان هم‌دلی در پایان دوره افزایش یافته است(۱۱). وست (West) و همکارانش بیان کردند که کاهش هم‌دلی با افزایش خطاهای فردی رزیدنت همراه است. همچنین بین میزان استرس رزیدنت و هم‌دلی رابطه وجود دارد(۱۲). مطالعه‌ای با برگزاری دوره ۶ ماهه آموزشی تدریس روانشناسی پزشکی (medical psychology teaching) به این نتیجه رسید که هم‌دلی در دانشجویان تحت تأثیر آموزش قرار می‌گیرد و صرفاً وابسته به خصوصیات فردی نیست(۱۳).

با توجه به اهمیت موضوع هم‌دلی در فرآیند مراقبت از بیماران و قابل آموزش بودن این توانمندی به دانشجویان این مطالعه با هدف ارزیابی وضع موجود هم‌دلی در دستیاران دانشگاه علوم پزشکی اصفهان با هدف برنامه‌ریزی‌های مداخله‌ای احتمالی در آینده طراحی و انجام گرفت.

روش‌ها

پژوهش حاضر یک مطالعه توصیفی از نوع همبستگی بود که در سال ۱۳۹۲ انجام گرفت. با توجه به جمعیت محدود رزیدنت‌ها در هر یک از رشته‌های بالینی و به منظور داشتن تعداد نمونه کافی، کلیه دستیاران دانشگاه علوم پزشکی اصفهان در رشته‌های مختلف بالینی (۲۸۶ نفر) به

صورت سرشماری وارد مطالعه شدند. تعداد دستیاران هر رشته به تفکیک در جدول ۱ ارائه شده است. معیارهای ورود به مطالعه شامل: اشتغال تحصیل به عنوان دستیار در یکی از رشته‌های بالینی پزشکی در دانشگاه علوم پزشکی اصفهان و اعلام تمایل جهت شرکت در مطالعه و تکمیل پرسشنامه‌های مربوطه و معیار خروج از مطالعه عدم تکمیل یا تکمیل ناقص پرسشنامه‌ها بود.

پرسشنامه اطلاعات جمعیت‌شناختی: شامل سن، جنس، وضعیت تأهل، میزان علاقه به رشته تحصیلی (در قالب یک سؤال مستقیم با طیف پاسخ اصلاً، کم، متوسط و زیاد)، تجربه بستری شدن در بیمارستان، سابقه ابتلا به بیماری مزمن در بستگان و سابقه مراجعه به سایر متخصصین توسط خود فرد بود (با یک سؤال مستقیم با پاسخ بله و خیر).

ابزار سنجش وضعیت همدلی مقیاس همدلی پزشک جفرسون بود. این مقیاس نخستین بار در سال ۱۹۷۲ توسط پیبادی طراحی و مشتمل بر ۹۰ آیتم است که بر اساس بررسی متون و تجارب روانپزشکی طراحی شده است (۵). در سال ۱۹۹۵ این ابزار توسط گروهی از محققین به سرپرستی دکتر حجت مورد بازبینی قرار گرفت و مقیاس نهایی با ۲۰ آیتم طراحی شد (۷). این ابزار از نوع خودگزارشی (self-report) و دارای یک مقیاس لیکرت ۵ درجه‌ای است. که از ۱ تا ۵ نمره‌دهی شده است. حداقل نمرات کسب شده ۲۰ و حداکثر ۱۰۰ امتیاز است. بالا رفتن نمرات نشان دهنده افزایش میزان همدلی است. هاشمی‌پور و همکارانش در سال ۹۱ ضریب آلفای کرونباخ آن را بالای ۰/۷۰ و ضریب ICC (Intraclass Correlation Coefficient) را ۰/۸۲ گزارش نمودند (۱۴ و ۱۵).

جهت اجرای طرح هماهنگی لازم با دانشکده پزشکی انجام گرفت. با مراجعه به دانشگاه، مراکز درمانی و بیمارستان‌های وابسته به دانشگاه در سطح شهر ابتدا هدف از انجام طرح برای افراد توضیح داده شد و در

صورت موافقت آنها پرسشنامه مورد نظر توسط آنها تکمیل شد.

جهت تحلیل اطلاعات، از آمار توصیفی شامل جداول فراوانی و شاخص‌های مرکزی و پراکندگی برای توصیف افراد مورد مطالعه استفاده شد. سپس با توجه به نرمال نبودن توزیع نمرات همدلی در متغیرهای جنسیت، وضعیت تأهل و رشته‌های تحصیلی، از آزمون من‌ویتنی برای مقایسه تفاوت نمرات بین دو جنس و از آزمون کروسکال والیس برای مقایسه تفاوت نمرات بین رشته‌های تحصیلی و وضعیت تأهل، استفاده شد. کلیه تحلیل‌ها به کمک نرم‌افزار SPSS-20 انجام شد و سطح معناداری برای تمام آزمون‌ها، ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

نتایج

در این مطالعه از کل ۲۸۶ پرسشنامه تعداد ۱۲ پرسشنامه به دلیل عدم تکمیل بخش‌های زیادی از پرسشنامه از تجزیه و تحلیل خارج شد و در نهایت ۲۷۴ پرسشنامه مورد تحلیل قرار گرفت (درصد پاسخ‌دهی: ۹۵/۸٪). لازم به ذکر است که تعدادی از دستیاران به برخی از سؤالات دموگرافیک پاسخ نداده بودند اما با توجه به کامل بودن سایر بخش‌ها، پرسشنامه آنان مورد تحلیل قرار گرفت. میانگین نمره همدلی در کل نمونه مورد مطالعه $76/62 \pm 8/82$ ، در گروه مردان $75/82 \pm 8/57$ و در گروه زنان $77/14 \pm 8/93$ بود که آزمون من‌ویتنی رابطه معناداری بین نمره همدلی و جنسیت نشان نداد ($p=0/19$).

دستیاران رشته روانپزشکی بیش‌ترین میانگین نمره همدلی و دستیاران رشته ارتوپدی کم‌ترین میانگین نمره همدلی را کسب نمودند. آزمون کروسکال والیس نشان داد بین میانگین نمره همدلی به تفکیک رشته تحصیلی دستیاران تفاوت معناداری وجود دارد ($p=0/015$) (جدول ۱).

جدول ۱: مقایسه‌ی میانگین و انحراف معیار نمره هم‌دلی دستیاران به تفکیک رشته‌ی تحصیلی

H*	P	میانگین و انحراف معیار	تعداد(درصد)
۳۲/۱۰۶	۰/۰۱۵	روانپزشکی	۳۷(٪۱۳/۵)
		داخلی	۳۹(٪۱۴/۲۳)
		گوش و حلق و بینی	۱۲(٪۴/۳۷)
		جراحی اعصاب	۵(٪۱/۸۲)
		داخلی اعصاب	۲۰(٪۷/۲۹)
		طب اورژانس	۱۴(٪۵/۱۰)
		قلب	۱۶(٪۵/۸۳)
		عفونی	۱۴(٪۵/۱۰)
		زنان	۲۴(٪۸/۷۵)
		نفرولوژی	۳(٪۱/۰۹)
		بیهوشی	۶(٪۲/۱۸)
		چشم	۱۲(٪۴/۳۷)
		اطفال	۱۰(٪۳/۶۴)
		جراحی عمومی	۹(٪۳/۲۸)
		ارتوپدی	۱۳(٪۴/۷۴)
		رادیولوژی	۱۰(٪۳/۶۴)
		طب فیزیکی	۹(٪۳/۲۸)

هم‌دلی $77/26 \pm 9/12$ و ۱۲ نفر سال چهارم با میانگین نمره هم‌دلی $77/75 \pm 7/88$ بودند که با استفاده از آزمون کروسکال والیس تفاوت معناداری بین نمره هم‌دلی در سال‌های تحصیلی مشاهده نشد ($p=0/81$).

جدول ۲ مقایسه‌ی نمره هم‌دلی دستیاران بر اساس علاقه آنها به رشته تحصیلی را نشان می‌دهد.

جدول ۲: میانگین و انحراف معیار نمره هم‌دلی دستیاران به تفکیک علاقه‌مندی آنها به رشته تحصیلی

H*	P	میانگین و انحراف معیار	تعداد(درصد)	میزان علاقه
۲/۶۳۰	۰/۱۰	۶۸±۱۲/۲۴	۴(٪۱/۴۵)	اصلا
		۷۵/۸۱±۹/۳۹	۲۲(٪۸/۰۲)	کم
		۷۵/۴۵±۸/۴۵	۹۵(٪۳۴/۶۷)	متوسط
		۷۷/۶۱±۸/۵۶	۱۵۲(٪۵۵/۴۷)	زیاد

* - آماره آزمون کروسکال والیس

همان‌گونه که در جدول ۳ ذکر شده است تفاوت معناداری بین نمرات دستیارانی با و بدون تجربه بستری در بیمارستان، وجود نداشت. همچنین تفاوت بین نمرات دستیارانی با و بدون سابقه‌ی بیماری مزمن در بستگان درجه اولشان و همچنین دستیارانی با و بدون مراجعه مکرر به متخصص به علت بیماری مزمن وجود نداشت. لازم به ذکر است که تعدادی از دستیاران به برخی از سوالات دموگرافیک پاسخ نداده بودند اما با توجه به کامل بودن سایر بخش‌های پرسشنامه آنان مورد تحلیل قرار گرفت.

نوده و شش نفر از دستیاران مجرد با میانگین نمره هم‌دلی $77/72 \pm 77/72$ و ۱۷۷ نفر متأهل با میانگین نمره هم‌دلی $76/37 \pm 76/37$ بودند. آزمون کروسکال والیس نشان داد بین وضعیت تأهل و نمره هم‌دلی ارتباط معناداری وجود ندارد ($p=0/82$).

صد و نوزده نفر از دستیاران سال اول با میانگین نمره هم‌دلی $76/49 \pm 8/88$ ، ۷۵ نفر سال دوم با میانگین نمره هم‌دلی $76/40 \pm 9/08$ ، ۵۰ نفر سال سوم با میانگین نمره

جدول ۳: میانگین و انحراف معیار نمره هم‌دلی به تفکیک تجربه بستری دستیار در بیمارستان، بیماری مزمن در بستگان درجه ۱ آنها و مراجعات مکرر خود دستیار به پزشک

Z	P	میانگین و انحراف معیار	تعداد(درصد)	
۰/۱۵۸	۰/۶۶	$77/26 \pm 9/06$	۳۴(٪۱۲/۴۰)	تجربه بستری دستیاران در بیمارستان
		$76/49 \pm 8/67$	۲۴۰(٪۸۷/۵۹)	بله
۰/۱۹۱	۰/۵۰	$77/05 \pm 7/87$	۱۲۷(٪۴۶/۳۵)	بیماری مزمن در بستگان درجه ۱
		$76/18 \pm 9/37$	۱۴۷(٪۵۳/۶۴)	بله
۲/۶۳۰	۰/۴۵	$75/53 \pm 10/47$	۲۸(٪۱۰/۲۱)	مراجعه مکرر دستیار به متخصص به علت بیماری مزمن خود
		$76/70 \pm 8/50$	۲۴۶(٪۸۹/۷۰)	بله

بحث

این مطالعه با هدف بررسی وضعیت همدلی دستیاران رشته‌های مختلف پزشکی با بیماران بر حسب خصوصیات دموگرافیک آنها انجام شد.

نتایج این پژوهش نشان داد میانگین نمره همدلی دستیاران تفاوت معناداری بر اساس ویژگی‌های دموگرافیک آن‌ها از جمله سن، جنس، وضعیت تأهل ندارد؛ در بیشتر مطالعاتی که قبلاً در این زمینه صورت گرفته، میزان همدلی خانم‌ها بیشتر از آقایان گزارش شده است (۱۶ و ۱۳). ولی در این مطالعه تفاوت معناداری وجود نداشت.

مبتلا بودن دستیار به بیماری خاص که باعث مراجعه‌ی مکرر به متخصص شود، تجربه بستری بودن دستیار در بیمارستان و مبتلا بودن بستگان درجه‌ی ۱ به بیماری مزمن هم تأثیر معناداری بر میزان همدلی با بیماران ندارد، این نتایج از این نظریه حمایت می‌کند که همدلی ویژگی شخصیتی است که در کودکی شکل می‌گیرد و به تکامل می‌رسد و بیشتر از آن که با تجربه‌های شخصی دوران بزرگسالی فرد در ارتباط باشد، با تجربه‌های کودکی و آموزه‌های آن زمان مرتبط است. (۱)

از جمله مسایل دیگر که این پژوهش به آن پرداخته، ارتباط بین نمره همدلی دستیار با میزان علاقه‌ی فرد به رشته‌ی تخصصی خود و سال تحصیلی فرد در آن رشته است. از نظر آماری بین این گروه‌ها تفاوت معنادار وجود نداشت. می‌توان گفت نیمی از افراد شرکت‌کننده در پژوهش خود را علاقمند به رشته‌ی تخصصی خود نمی‌دانند در تبیین این یافته می‌توان به این مطلب اشاره کرد که در کشور ما پزشکان برای انتخاب رشته‌ی تخصصی کمتر ویژگی‌ها و سازگاری‌های روانی خود را در نظر می‌گیرند و بیشتر از آن که انتخاب خود را در رابطه با ویژگی‌ها و توانایی‌های خود و لذت بردن از کار در آن رشته ببینند، بازار کاری و موقعیت اجتماعی آن رشته را در نظر می‌گیرند و با توجه به این که علاقمندی

به رشته کاری و تخصصی یکی از موارد بسیار تأثیرگذار در عملکرد شغلی مناسب است و همدلی پزشک با بیمار هم یکی از نشانه‌های عملکرد شغلی مناسب پزشک است (۶). توجه به اصلاح مکانیسم‌های انتخاب رشته تخصصی به شکل مصاحبه رو در رو و بر مبنای علاقه و خصوصیات شخصیتی افراد نه فقط بر مبنای نمرات کسب شده در آزمون‌های کتبی مورد نیاز است.

در ارتباط با نمره همدلی و سال تحصیلی دستیار تعدادی از مطالعات بیان کرده‌اند که تحصیل در پزشکی، نمره همدلی را پایین می‌آورد (۱۷) و مقالاتی هم بیان کرده‌اند میزان همدلی با تحصیل پزشکی بیشتر می‌شود (۱۸). در این مطالعه تفاوت معناداری بین نمره همدلی در سال‌های مختلف تحصیلی دستیار وجود نداشت.

در این مطالعه تفاوت معناداری بین نمره همدلی در رشته‌های تخصصی دستیار به دست آمد. دستیاران رشته‌ی روانپزشکی بیش‌ترین و دستیاران رشته‌ی ارتوپدی کم‌ترین میزان همدلی را داشتند. بعد از روانپزشکی رشته‌های پوست، اطفال، گوش و حلق و بینی، رادیولوژی و عفونی در مراتب بعدی از نظر میزان نمره همدلی را در این مطالعه داشتند.

اغلب پژوهش‌هایی که تاکنون پیرامون این موضوع انجام گرفته است نیز نشان داده‌اند که میزان همدلی در رشته‌های تخصصی مختلف متفاوت است و در بیشتر مطالعات بیش‌ترین میزان همدلی را دستیاران روانپزشکی و بعد از آن رشته‌های داخلی، اطفال و اورژانس داشته‌اند. در مرحله‌ی بعد رشته‌های جراحی مانند جراحی عمومی، جراحی قلب، ارتوپدی و زنان قرار دارد و در انتهای این فهرست رشته‌های رادیولوژی و پاتولوژی قرار می‌گیرد که در این رشته‌ها تشخیص بیش‌تر بر اساس تکنولوژی و پاراکلینیک صورت می‌گیرد و کم‌تر با خود بیماران سر و کار دارند (۱۹). در مطالعه حاضر نیز دستیاران روانپزشکی بیش‌ترین نمره همدلی را داشتند ولی

محدودیت عمده مطالعه حاضر نوع ابزار سنجش است که فقط جنبه مقایسه‌ای دارد و فاقد نقطه برش برای قضاوت در مورد میزان مقبولیت نمره کسب شده هر فرد یا گروه مورد مطالعه است که در حال حاضر طبق بررسی نویسندگان این مقاله چنین ابزاری طراحی نشده است.

نتیجه‌گیری

نتایج این مطالعه گویای آن است ارتباط معنادار بین هم‌دلی با رشته تحصیلی دستیاران وجود دارد، این یافته نشان می‌دهد هم‌دلی تحت تأثیر فضای آموزش بالینی در گروه‌ها قرار می‌گیرد و یک موضوع قابل آموزش به دانشجویان است. لذا برگزاری دوره‌های ویژه آموزش هم‌دلی با بیماران و همراهان به دستیاران و دانشجویان پزشکی با همکاری گروه‌های آموزشی مانند روانپزشکی و پزشکی اجتماعی توصیه می‌گردد.

قدردانی

از کلیه دستیارانی که صرف وقت نموده و در تکمیل پرسشنامه همکاری داشتند، صمیمانه قدردانی می‌شود.

ترتیبی که در آن رشته‌های بیمار محور میزان هم‌دلی بیش از رشته‌های تکنولوژی محور نشان دهند، دیده نشد. در مورد علت بالاتر بودن میزان هم‌دلی دستیاران روانپزشکی می‌توان گفت که در آموزش‌های دوران دستیاری این رشته، آموزش شرح حال گیری و ارتباط برقرار کردن با بیمار و شیوه‌های جلب اعتماد او گنجانده شده است، که در مورد سایر تخصص‌ها کمتر چنین آموزش‌هایی به چشم می‌خورد. در واقع می‌توان گفت درجاتی از آموزش هم‌دلی در این رشته وجود دارد. این موضوع بیانگر آن است که هم‌دلی به عنوان یک مهارت قابل آموزش به دانشجویان است و با توجه به مطالعات متنوع مبتنی بر اهمیت هم‌دلی در ارتقای اثربخشی فرآیند درمان توصیه به گنجاندن این گونه آموزش‌ها در فرآیندهای آموزشی دانشجویان دوره پزشکی عمومی و سایر رشته‌های تخصصی غیر از روانپزشکی را به عنوان پیام اصلی این مطالعه را داریم. این که وضعیت هم‌دلی در مجموع در دستیاران دانشگاه علوم پزشکی اصفهان در سطح قابل قبولی هست یا خیر نیازمند تکرار مطالعات مشابه با ابزارهای سنجش دیگری است که بتوان بر اساس نمره کسب شده وضعیت هم‌دلی را رتبه‌بندی نمود و با مطالعات انجام شده در سایر مراکز مقایسه نمود.

منابع

1. Sadock BJ, Sadock VA, Ruiz P. Kaplan and Sadock's comprehensive textbook of psychiatry. 9th ed. Philadelphia: Lippincott Williams and Wilkins; 2009.
2. Aring CD. Sympathy and empathy. JAMA. 1958; 167(4): 448-52.
3. Rogers CR. A theory of therapy, personality and interpersonal relationships: as developed in the client-centered framework. New York: McGraw-hill; 1959.
4. Corey G. Theory and practice of counseling and psychotherapy. New York: Brooks/Cole; 1959.
5. Peabody FW. The care of the patient. JAMA. 1927; 88(12): 877-82.
6. Hojat M, Mangione S, Nasca TJ, Gonnella JS, Magee M. Empathy scores in medical school and ratings of empathic behavior in residency training years later. J SOC psychol. 2005; 145(6): 663-72.
7. Hojat M, Gonnella JS, Nasca TJ, Mangione S, Veloksi JJ, Magee M. The Jefferson scale of physician empathy :further psychometric data and differences by gender and specialty at item level. Acad Med. 2002; 77(10): S58-60.
8. Hickson GB, Clayton EW, Entman SS, Miller CS, Ginthens PB, Whetten-Goldstein K, et al. Obstetricians prior malpractice experience and patients satisfaction with care. JAMA. 1994; 272(20): 1583-7.

9. Hasan S, Al-Sharqawi N, Dashti F, AbdulAziz M, Abdullah A, Shukkur M, et al. Level of empathy among medical students in Kuwait University. *Med Princ Pract*. 2013; 22(4): 385-9.
10. Chowdhury JR, Channabasavanna SM, Prabhu GG, Sarmukaddam S. Personality and mental health of psychiatry residents. *Indian J Psychiatry*. 1987; 29(3): 221-7.
11. Rosen IM, Gimotty PA, Shea JA, Bellini LM. Evolution of sleep quantity, sleep deprivation, mood disturbances, empathy, and burnout among interns. *Acad Med*. 2006; 81(1): 82-5.
12. West CP, Huschka MM, Novotny PJ, Sloan JA, Kolars JC, Habermann TM, et al. Association of perceived medical errors with resident distress and empathy: a prospective longitudinal study. *JAMA*. 2006; 296(9): 1071-8.
13. Magalhães E, Salgueira AP, Costa P, Costa MJ. Empathy in senior year and first year medical students: a cross-sectional study. *BMC Med Educ*. 2011; 11: 52.
14. Hashemipour M, Karami MA. [Validity and Reliability of the Persian Version of JSPE-HP Questionnaire (Jefferson Scale of Physician Empathy-Health Professionals Version)]. *Journal of Kerman University of Medical Sciences* 2013; 19(2): 201-211. [Persian]
15. Vallabh K. Psychometrics of the student version of the Jefferson Scale of Physician Empathy (JSPE-S) in final-year medical students in Johannesburg in 2008. *South African journal of bioethics and law*. 2011; 4(2): 63-68.
16. Hojat M, Gonnella JS, Mangione S, Nasca TJ, Veloski JJ, Erdmann JB, et al. Empathy in medical students as related to academic performance, clinical competence and gender. *Med Educ*. 2002; 36(6): 522-7.
17. Neumann M, Edelhäuser F, Tauschel D, Fischer MR, Wirtz M, Woopen C, et al. Empathy decline and its reasons: a systematic review of studies with medical students and residents. *Acad Med*. 2011; 86(8): 996-1009.
18. Wen D, MA X, Li H, Liu Z, Xian B, Liu Y. Empathy in Chinese medical students: psychometric characteristics and differences by gender and year of medical education. *BMC Medical Education*. 2013; 13: 130
19. Shariat SA, Kaykhavoni A. [Empathy in Medical Residents at Iran University of Medical Science]. *Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology*. 2010; 16(3): 248-256. [Persian]

Residents' Empathy with Patients in Isfahan University of Medical Sciences

Gholam Reza Kheirabadi¹, Laya Golshani², Nasrin Masaeli³, Dorna Kheirabadi⁴, Mahdokht Hajrahimi⁵, Maryam yahay⁶

Abstract

Introduction: Empathy is the art of understanding people's feelings such that the tone or behavior does not imply sympathy. Considering the importance of empathy in the process of caring patients, this study was designed to assess empathy with patients among medical residents in different specialties in Isfahan University of Medical Sciences for possible future intervention planning.

Methods: This descriptive-correlational research was performed in Isfahan City in 2013. All residents were selected through census method (286 people). Participants filled out the Jefferson Scale of Physician Empathy and demographic information questionnaires. The empathy scale is a 20-item self-report five point Likert scale. The collected data were analyzed using descriptive statistics and Mann-Whitney and Kruskal-Wallis test.

Results: Ultimately, 274 questionnaires were analyzed. The mean score of empathy in the total sample was 76.62 ± 8.82 (total=100). Mann-Whitney test did not show a significant correlation between empathy score and gender ($p=0.19$). Psychiatry residents had the highest (82.8 ± 64.96) and orthopedics residents received the lowest (72.5 ± 61.72) mean score. There was a significant difference between empathy scores among residents in different specialties ($P=0.015$).

Conclusion: Regarding the significant correlation of residents' empathy score and field of study, it could be concluded that empathy is influenced by the clinical education environment and is a teachable subject for medical students.

Keywords: Empathy, Medical residents, Medical Students, Patient

Addresses:

1. (✉) Assistant professor, Behavioral Sciences Research Center, School of Medicine, Isfahan University of Medical Sciences. Email: kheirabadi@bsrc.mui.ac.ir
2. Medical student, Department of psychiatry, School of Medicine, Isfahan University of Medical Sciences. Email: lgolshani@yahoo.com
3. Psychologist, Behavioral Sciences Research Center, School of Medicine, Isfahan University of Medical Sciences. Email: masaeli@bsrc.mui.ac.ir
4. Medical student, Department of psychiatry, School of Medicine, Isfahan University of Medical Sciences. Email: doorna2006@yahoo.com
5. Medical student, Department of psychiatry, School of Medicine, Isfahan University of Medical Sciences. Email: mahdokht_rahimi@yahoo.com
6. Medical student, Department of psychiatry, School of Medicine, Isfahan University of Medical Sciences. Email: maryam.yahay@gmail.Com