

Original Article

Empathic Attitudes in Medical Students: using of the Jefferson Scale of Empathy

Shiva Rafati¹, Nahid Rejeh^{2*}, Ali Davati³, Fatemeh Foroutani⁴

1. Assistant Professor, Shahed University, Tehran, Iran.

2. Associate Professor, Shahed University, Tehran, Iran. (Corresponding Author) nrejah@yahoo.com

3. Associate Professor, Shahed University, Tehran, Iran.

4. Medical Student, Shahed University, Tehran, Iran.

Received: 21 Feb 2016 Accepted: 2 May 2016

Abstract

Background and Aim: Empathy plays an important role in the interaction between physician and patient. This study aimed to assess the empathic attitudes of medical students that studying in Medical Sciences schools of Tehran city, in 2015.

Materials and Methods: In this cross-sectional study, 373 medical students were selected using stratified random sampling. Data was collected using the Jefferson Scale of Empathy-the Student Version. Data was analyzed using descriptive and inferential statistics via the SPSS v.16 software. The significant level was set as $p < 0.05$.

Ethical Considerations: Participants verbal consent was obtained and anonymously and confidentiality of the completing questionnaires was assured to them.

Findings: According to the empathy scale (20-140), the medical students had a mean empathy score of 82.94 (SD= ± 7.08), with the highest level for perspective-taking dimension (26.81 ± 2.80). Empathy scores among students varied depending on gender, age, and marital status ($p < 0.01$). The overall rate of empathy of the students in the basic sciences period was more than that of the clinical study period. Female students reported a higher level of empathy ($p < 0.01$) but no significant relationship was found between empathy and the university.

Conclusion: Empathy with patients was different among medical students in various years of education. Such, the rate of empathy with patient was reduced with increasing the students' age and educational level. Regarding to significance of empathy as a moral virtue, it is recommended planning to strengthen empathy with patients and inclusion of it in medical students' curriculum, in order to improve the mental and spiritual health of patients.

Keywords: Empathy; Medical Student; Jefferson Scale of Empathy

Please cite this article as:

Rafati S, Rejeh N, Davati A, Foroutani F. Empathic Attitudes in Medical Students: using of the Jefferson Scale of Empathy. *Med Ethics J* 2016; 10(36): 25-34.

دیدگاه همدلانه دانشجویان پزشکی بر اساس مقیاس همدلی جفرسون

شیوا رفعتی^۱، ناهید رژه^{۲*}، علی دواتی^۳، فاطمه فروتنی^۴

۱. استادیار، دانشگاه شاهد، تهران، ایران.

۲. دانشیار، دانشگاه شاهد، تهران، ایران. (نویسنده مسؤول) nrejah@yahoo.com

۳. دانشیار، دانشگاه شاهد، تهران، ایران.

۴. دانشجوی پزشکی، دانشگاه شاهد، تهران، ایران.

دریافت: ۱۳۹۴/۱۲/۲ پذیرش: ۱۳۹۵/۲/۱۳

چکیده

زمینه و هدف: همدلی نقش مهمی در تعامل پزشک و بیمار ایفا می‌کند. هدف از مطالعه حاضر ارزیابی دیدگاه همدلی دانشجویان پزشکی شاغل به تحصیل در دانشگاه‌های علوم پزشکی شهر تهران در سال ۱۳۹۴ بوده است.

مواد و روش‌ها: در این پژوهش توصیفی - مقطعی، ۳۷۳ نفر از دانشجویان پزشکی شاغل به تحصیل در دانشگاه‌های علوم پزشکی شهر تهران به روش نمونه‌گیری تصادفی سهمیه‌ای انتخاب شدند. برای جمع‌آوری اطلاعات، از پرسشنامه همدلی جفرسون، نسخه ویژه دانشجویان استفاده شد. داده‌ها با استفاده از آزمون‌های توصیفی و استنباطی از طریق نرم‌افزار کامپیوتری SPSS ویرایش ۱۶ تجزیه و تحلیل گردید.

ملاحظات اخلاقی: رضایت شفاهی شرکت‌کنندگان برای شرکت در پژوهش کسب و درباره بی‌نامی پرسشنامه‌ها و محرمانگی اطلاعات به آنان اطمینان خاطر داده شد.

یافته‌ها: با توجه به دامنه امتیاز پرسشنامه همدلی (۱۴۰-۲۰)، میانگین نمرات همدلی دانشجویان پزشکی 82.94 ± 7.08 و بالاترین میزان مربوط به بعد اتخاذ دیدگاه همدلانه 26.81 ± 2.80 بود. بین مشخصات جمعیت‌شناختی شامل سن، جنسیت، مقطع تحصیلی، وضعیت تأهل و تخصص مورد علاقه با همدلی رابطه معناداری وجود داشت ($p < 0.001$). میزان همدلی دانشجویان در مقطع علوم پایه بیش از دوره بالینی بود. همچنین میزان همدلی در دانشجویان زن بیشتر بود ($p < 0.01$)، اما با دانشگاه محل تحصیل ارتباط معناداری نداشت.

نتیجه‌گیری: یافته‌ها نشان داد میزان همدلی دانشجویان پزشکی با بیماران، در طول سنوات تحصیلی متفاوت است. به گونه‌ای که میزان همدلی در دانشجویان پزشکی با افزایش سن و مقطع تحصیلی کاهش می‌یابد. با توجه به اهمیت همدلی به عنوان یک فضیلت اخلاقی، برنامه‌ریزی برای تقویت همدلی با بیماران و گنجاندن این مفهوم در کوریکولوم درسی دانشجویان پزشکی، در راستای ارتقای سلامت روانی و معنوی بیماران توصیه می‌گردد.

واژگان کلیدی: همدلی؛ دانشجوی پزشکی؛ مقیاس همدلی جفرسون

مقدمه

همدلی توانایی ارتباطی است که بیانگر معنای درک تجربیات، دغدغه‌ها و دیدگاه‌های فرد دیگر همراه با توانایی ابراز آن می‌باشد (۱). همدلی مؤثرترین جزء یک ارتباط خوب است. در ایجاد ارتباط با دیگران، همدلی نقش بسیار مؤثر و تسریع‌کننده‌ای دارد. در واقع همدلی راه میانبری را برای ایجاد ارتباط با دیگران فراهم می‌کند و افزون بر آن، کیفیت رابطه را نیز بهبود می‌بخشد (۲-۳). درک همدلانه، هسته اصلی تعامل بین تیم پزشکی و بیماران است (۴). همدلی سبب برانگیختن این احساس در بیمار می‌شود که پزشک قادر است دنیای ذهنی بیمار را هماهنگ با احساسات خودش درک کند و در عین حال استقلال خویش را از دست ندهد (۵). همدلی با بیمار به معنی توانایی درک شرایط بیمار و احساسات او به منظور انجام مراقبت مؤثر و با کیفیت است (۶-۷). همدلی به عنوان یک بخش بسیار مهم در علوم پزشکی یاد می‌شود که باعث افزایش رضایتمندی بیماران و تشخیص و درمان مؤثرتر می‌گردد (۸). نشان داده شده است که در مدل‌های مراقبتی و درمانی که در آن پزشک و بیمار ارتباط بیشتر و درک متقابلی از یکدیگر دارند، نتایج مثبتی مانند ایجاد انگیزه در بیماران برای پیگیری دقیق دستورات، افزایش کیفیت مراقبت و درمان بیماران و نیز بهبود پیامدهای بیماران به وجود آمده، به علاوه هزینه‌های مراقبتی نیز کاهش یافته است (۹). مطالعات نشان داده‌اند که رویکرد همدلانه در محیط بالینی می‌تواند منجر به افزایش شایستگی بالینی، رضایت حرفه‌ای، افزایش دقت و احساس موفقیت در درمان، کاهش خطاهای عملکردی و عدول از حقوق حرفه‌ای و صلاحیت بالینی پزشکان گردد. همچنین روابط همدلانه همانند مانعی در برابر استرس‌های شغلی که پزشکان با آن رو به رو هستند، عمل می‌کند (۱۰-۱۱). پزشکان با همدلی بیشتر، شایستگی بیشتری در گرفتن شرح حال و نیازسنجی، انجام معاینات بالینی و ارائه دستورات درمانی و جلب همکاری بیماران خود پیدا می‌کنند. به دلیل بهبود کیفیت اطلاعات به دست‌آمده از بیمار تشخیص آنان صحیح‌تر و دقیق‌تر است و نیز کمتر دچار خطاهای عملکردی،

عدول از حقوق حرفه‌ای و قصور پزشکی می‌شوند (۱۳-۱۲). این در حالی است که کمبود یا فقدان ارتباط همدلانه در روابط میان پزشک و بیمار ممکن است باعث اختلال در فرآیندهای تشخیص، درمان و مراقبت شود (۱۴) و این امر می‌تواند سبب نارضایتی بیماران از روند درمان شده، به گونه‌ای که به توصیه‌های درمانی و مراقبتی کمتر توجه و عمل کنند. همچنین این بیماران به احتمال بیشتری تصمیم به تغییر پزشک یا مرکز درمانی می‌گیرند (۱۵). انجمن آموزش در علوم پزشکی آمریکا نیز توصیه نموده است که دانشکده‌های علوم پزشکی باید دانشجویان گروه پزشکی را به گونه‌ای آموزش دهند که سبب افزایش میزان همدلی شود. همچنین به دیدگاه بیمار و شناخت احساسات و ادراکات آن‌ها و به زمینه‌های اجتماعی، اقتصادی، فرهنگی و مذهبی و زبان آن‌ها توجه جدی کنند. در دهه اخیر، پژوهشگران با توجه به پیشرفت پزشکی این سؤالات را مطرح کرده‌اند که آیا دانشجویان پزشکی در طی دوران تحصیل دچار بی‌دردی احساسی و عاطفی می‌شوند و آیا فارغ‌التحصیلان پزشکی سخت‌دل‌تر می‌شوند (۱). با توجه به اهمیت موضوع ابزارهایی برای سنجش همدلی طراحی گردیده است. خادم‌الحسینی و همکاران (۱۳۹۴ ش.) طی مطالعه مقطعی به مقایسه میزان همدلی در ۲۶۰ دانشجوی سال اول و هفتم پزشکی در دانشکده پزشکی دانشگاه علوم پزشکی شیراز پرداختند تا تأثیر ورود به دوره بالینی بر کاهش همدلی آنان با بیماران را بررسی کنند. یافته‌های این تحقیق بیانگر سطح پایین همدلی در مقاطع تحصیلی بالاتر بود و آن را به فقدان توجه به آموزش مقوله همدلی در کوریکولوم دروس پزشکی نسبت دادند (۱۶). کریمی و همکاران (۱۳۹۴ ش.) نیز طی پژوهشی مقطعی بر روی ۳۹۸ نفر از دانشجویان دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی مشهد، با استفاده از روش نمونه‌گیری تصادفی طبقه‌ای، بررسی ساختار عاملی پرسشنامه همدلی جفرسون را انجام دادند. آنان تأکید نمودند که این مقیاس، جهت ارزیابی همدلی با بیمار در جامعه دانشجویان ارائه‌دهنده خدمات سلامتی مناسب است (۱۷). همچنین جباری‌فر و

همکاران (۱۳۹۰ ش.)، میزان همدلی دانشجویان دوره عمومی و تخصصی و دستیاران دندانپزشکی با بیماران را با پرسشنامه همدلی جفرسون در دانشکده دندانپزشکی اصفهان بررسی نموده و تفاوت معناداری بین میانگین همدلی دانشجویان سال سوم دوره عمومی با دستیاران دوره تخصصی مشاهده نمودند (۱). شریعت و کیخانی (۱۳۸۹ ش.) میزان همدلی در ۲۵۱ دستیاران تخصصی بیمارستان‌های دانشگاه علوم پزشکی ایران را با پرسشنامه همدلی جفرسون مورد مطالعه قرار دادند. نتایج این مطالعه با سایر کشورها تفاوت فراوانی داشت که می‌تواند به دلیل عدم توجه کافی به جنبه‌های انسانی رابطه پزشک و بیمار، در محتوای آموزشی دوره‌های پزشکی عمومی و تخصصی در کشور، عدم انتخاب رشته دستیاران تخصصی بر اساس علاقه، و وجود تفاوت‌های فرهنگی در این تفاوت‌ها باشد (۸). از این رو، به دلیل محدودیت در تعمیم‌پذیری نتایج مطالعات انجام‌شده، مطالعه حاضر با هدف ارزیابی میزان همدلی دانشجویان پزشکی شاغل به تحصیل در دانشگاه‌های علوم پزشکی شهر تهران اجرا گردیده است.

مواد و روش‌ها

این پژوهش توصیفی - مقطعی از مهرماه تا دی‌ماه سال ۱۳۹۴ انجام شده است. جامعه آماری این مطالعه را دانشجویان شاغل به تحصیل در دوره پزشکی عمومی در دانشگاه‌های علوم پزشکی شهید بهشتی، ایران، تهران و شاهد تشکیل می‌دادند. حجم نمونه بر اساس فرمول تعیین حجم نمونه به روش (Krejcie & Morgan) جهت جامعه ۲۸۰۰ نفری (۱۸) دانشجویان پزشکی و روش تصادفی سهمیه‌ای، در سطح اطمینان ۹۵٪، ۴۰۰ نفر برآورد گردید. ابتدا با مراجعه به آموزش هر دانشکده، دانشجویان با ویژگی‌های ورود به مطالعه بر اساس شماره دانشجویی، شماره‌گذاری شده، سپس از طریق جدول اعداد تصادفی انتخاب شدند. در صورت عدم تمایل دانشجو به مشارکت در مطالعه، فرد جایگزین با رعایت همان نسبت فاصله از طریق جدول اعداد تصادفی انتخاب و جایگزین می‌گردید. تعداد ۱۲۰ نفر از دانشگاه تهران، ۱۲۰ نفر از دانشگاه ایران، ۱۰۰ نفر از دانشگاه شهید بهشتی و ۶۰ نفر از

دانشگاه شاهد برای مطالعه انتخاب شدند. تعداد نمونه‌های انتخاب‌شده در هر یک از مقاطع تحصیلی چهارگانه، تعداد ۱۰۰ نفر بود که به نسبت تعداد دانشجویان هر دانشگاه محاسبه گردید (دانشگاه‌های علوم پزشکی تهران و ایران هر کدام در هر مقطع ۳۰ نفر، دانشگاه شهید بهشتی در هر مقطع ۲۵ نفر و دانشگاه شاهد در هر مقطع ۱۵ نفر). معیارهای ورود به مطالعه عبارت از اشتغال به تحصیل در دوره پزشکی عمومی و معیارهای خروج از مطالعه عبارت از وضعیت‌های مهمان، انتقالی، انصرافی یا انصراف از شرکت در پژوهش بود. برای جمع‌آوری داده‌ها، از پرسشنامه دو قسمتی استفاده شد. قسمت اول شامل ویژگی‌های دموگرافیک شرکت‌کنندگان در پژوهش (سن، جنسیت، وضعیت تأهل، مقطع تحصیلی و رشته تخصصی مورد علاقه) و قسمت دوم شامل مقیاس خوداظهاری همدلی جفرسون ویژه دانشجویان Jefferson Scale of Student Version-Empathy بود. این مقیاس مشتمل بر ۲۰ گویه در زمینه همدلی دانشجویان پزشکی با بیمار و دارای ۳ خرده‌مقیاس: اتخاذ دیدگاه (۱۰ گویه)، مراقبت همدلانه (۷ گویه) و خود را به جای بیمار نهادن (۲ گویه) است. همچنین این مقیاس دارای ۱۰ آیتم منفی است که به صورت معکوس نمره‌دهی می‌شود. هر گویه بر اساس مقیاس هفت درجه‌ای لیکرت نمره‌دهی می‌شود. نمرات سؤالات در هر عامل جمع می‌شود تا نمره هر عامل و نمره کل به دست آید و نمره قابل کسب در محدوده ۱۴۰-۲۰ قرار می‌گیرد. در این مقیاس نمره بیشتر، همدلی بیشتری را نشان می‌دهد. این مقیاس در زمانی کمتر از ۱۲ دقیقه تکمیل می‌شود. روانسنجی این مقیاس توسط کریمی و همکاران با توجه به ویژگی‌های فرهنگی مورد تأیید قرار گرفته است. برای تعیین روایی صوری از روش کیفی استفاده شده است. این مقیاس دارای روایی محتوا (CVI) بالاتر از ۰/۷۹ و از لحاظ پایایی دارای همسانی درونی نسبتاً مناسبی با ضریب آلفای کرونباخ ۰/۶۳ می‌باشد (۱۸). در مطالعه ما ضریب آلفای کرونباخ ۰/۷۱ بود. داده‌ها با استفاده از برنامه آماری SPSS 16 تجزیه و تحلیل شد. از آمار توصیفی جهت توصیف مشخصات دموگرافیک، توزیع فراوانی و میانگین ابعاد همدلی استفاده گردید. جهت بررسی نرمال بودن داده‌ها از

۲۹/۵۰	۱۱۰	تهران	دانشگاه محل تحصیل
۲۸/۷۰	۱۰۷	ایران	
۲۵/۷۰	۹۶	شهید بهشتی	
۱۶/۱۰	۶۰	شاهد	

آزمون کولموگروف اسمیرنوف استفاده گردید. به منظور بررسی تفاوت نمرات همدلی بر اساس متغیر جنسیت از آزمون تی مستقل و بر اساس متغیرهای وضعیت تأهل، مقطع تحصیلی و نوع دانشگاه از آنالیز واریانس یک طرفه و ضریب همبستگی پیرسون استفاده شد.

ملاحظات اخلاقی

این پژوهش حاصل طرح پژوهشی مصوب دانشگاه شاهد با کد کمیته اخلاق ۴۱/۲۲۶۷۰۰ می‌باشد. قبل از اجرا، موافقت معاونت‌های پژوهشی، دانشگاه‌های مورد مطالعه جلب شد. همچنین شرکت‌کنندگان از اهداف و اهمیت تحقیق آگاه شدند و رضایت آگاهانه شفاهی آنان اخذ گردید. به مشارکت‌کنندگان اطمینان داده شد که اطلاعات آنان به صورت محرمانه حفظ شده و نتایج مطالعه به صورت گروهی و بی‌نام گزارش خواهد شد.

یافته‌ها

از تعداد ۴۰۰ پرسشنامه توزیع شده، ۳۷۳ مورد تکمیل و برگردانیده شد (میزان پاسخ‌دهی ۹۳/۲۵ درصد). مشخصات فردی دانشجویان پزشکی شرکت‌کننده در مطالعه در جدول ۱ خلاصه گردیده است (جدول ۱).

جدول ۱: مشخصات فردی افراد شرکت‌کننده در مطالعه

درصد	فراوانی	مشخصات	
		جنسیت	گروه سنی (سال)
۵۸/۲۰	۲۱۷	زن	۱۶-۲۰
۴۱/۸۰	۱۵۶	مرد	
۲۰/۶۰	۷۷	۲۱-۲۵	۲۶-۳۰
۶۶/۸۰	۲۹۴	۲۶-۳۰	
۱۲/۶۰	۴۷	مجرد	وضعیت تأهل
۸۹/۰۰	۳۳۲	متأهل	
۱۰/۷۰	۴۰	مطلقه	
۰/۳۰	۱	علوم پایه	مقطع تحصیلی
۲۶/۰۰	۹۷	فیزیوپاتولوژی	
۲۴/۱۰	۹۰	کارآموزی	
۲۴/۱۰	۹۰	کارورزی	
۲۵/۸۰	۹۶		

میانگین نمره کل همدلی ($82/94 \pm 7/08$) بوده، نمره ۴۵٪.

افراد زیر حد میانگین و نمره ۵۵٪ بالاتر از حد میانگین بود. بالاترین میزان مربوط به بعد اتخاذ دیدگاه همدلانه ($54/37 \pm 7/05$) بود (جدول ۲).

جدول ۲: میانگین و انحراف معیار ابعاد مختلف نمرات همدلی

ابعاد همدلی	میانگین \pm انحراف معیار	طیف
اتخاذ همدلانه	$54/37 \pm 7/05$	۲۷-۷۰
مراقبت همدلانه	$21/05 \pm 5/43$	۸-۴۴
خود را به جای بیمار نهادن	$7/52 \pm 2/68$	۲-۱۴
کل	$82/94 \pm 7/08$	۶۳-۱۱۱

بین میزان همدلی با سن همبستگی معنی‌داری مشاهده شد ($r = -0/1833$; $p = 0/01$). آزمون تعقیبی شفه (Scheffe's Test) نشان داد گروه سنی بالاتر از ۲۶ سال، از میزان همدلی کمتر و گروه سنی ۱۶-۲۰ سال از میزان همدلی بیشتری برخوردار هستند (جدول ۳). همچنین بین میزان همدلی با جنسیت دانشجویان همبستگی معنی‌داری مشاهده شد ($p = 0/010$) و زنان دارای نمره همدلی بیشتری بودند (جدول ۴).

جدول ۳: میانگین و انحراف معیار همدلی افراد مورد مطالعه

بر اساس سن

نمره همدلی	تعداد نمونه	میانگین \pm انحراف معیار	آماره آزمون
سن			
۱۶-۲۰	۷۷	$84/05 \pm 7/66$	$f = 8/57$ $df = 2$ $p = 0/01$
۲۱-۲۵	۲۴۹	$82/46 \pm 5/43$	
۲۶-۳۰	۴۷	$82/03 \pm 5/91$	
کل	۳۷۳	$82/94 \pm 7/08$	
سطح معناداری			

جدول ۴: میانگین و انحراف معیار همدلی افراد مورد مطالعه

بحث

بر اساس جنسیت

نمره همدلی / جنسیت	تعداد نمونه	میانگین \pm انحراف معیار	آماره آزمون / سطح معناداری
زن	۲۱۷	۸۳/۲۱ \pm ۷/۲۵	$f=۱۴/۳۲$ $df=۳۷۱$
مرد	۱۵۶	۸۲/۷۵ \pm ۶/۹۶	$p=۰/۰۱۰$

یافته‌های این پژوهش نشان داد که میانگین نمرات همدلی دانشجویان پزشکی دانشگاه‌های سطح شهر تهران بالاتر از سطح میانگین است. بالاترین میزان، مربوط به زیر مقیاس اتخاذ دیدگاه همدلانه بود. در مطالعه کریمی و همکاران (۱۳۹۴ ش.) نیز بالاترین میزان همدلی در زیرمقیاس اتخاذ دیدگاه (۴۰/۰۱ \pm ۶/۸۰) حاصل شده است (۱۷). مطالعاتی در برخی کشورها با وضعیت فرهنگی مشابه مانند کویت نیز پایین بودن میزان نمرات همدلی دانشجویان پزشکی را گزارش نموده‌اند (۱۹). نتایج مطالعه حاضر با یافته‌های شریعت و همکاران (۱۳۸۹ ش.) که بر روی ۲۵۱ نفر از دانشجویان پزشکی دانشگاه علوم پزشکی ایران، با هدف تعیین میزان همدلی دستیاران تخصصی رشته‌های بالینی با استفاده از پرسشنامه همدلی جفرسون همسو است (۸)، ولی با نتایج مطالعه هاشمی‌پور و همکاران (۱۳۹۰ ش.) همخوانی ندارد (۵)، ($p=۰/۰۳$).

در بررسی حاضر، دانشجویان گروهی سنی کمتر، از نمره همدلی بالاتری نسبت به دانشجویان رده سنی بالاتر برخوردار بودند. افزایش سن همراه با انجام کار بالینی به دلایل احتمالی خستگی و استرس همراه با افزایش سنوات تحصیل باعث کاهش میزان همدلی با بیماران می‌شود. یافته مذکور با نتیجه تحقیق هاشمی‌پور و همکاران (۱۳۹۰ ش.) و شهاب و همکاران (۱۳۹۳ ش.) همسو می‌باشد (۵، ۲۰)، اما با یافته‌های مطالعات Mangione و همکاران (۲۰۰۲ م.) و شریعت و همکاران (۱۳۸۹ ش.) که بر روی میزان همدلی دستیاران رشته‌های مختلف انجام شده‌اند، تفاوت دارد. آنان همدلی را خصوصیت ثابت شخصیتی و ماندگار توصیف کرده‌اند (۱، ۲۲). در حالی که تجربیات روانپزشکان حاکی از این موضوع است که به تدریج با عبور از دوران کودکی، حس همدلی هیجانی جای خود را به همدلی شناختی می‌دهد و در سنین بزرگسالی، افراد حس همدلی خود را بنا به موقعیت اجتماعی و میزان تحصیلات بروز می‌دهند. از طرف دیگر انسان‌ها با افزایش سن خواهان همدلی بیشتر و یا شاید دلسوزی از جانب اطرافیان می‌باشند تا این که خود حس همدلی را به سایر افراد

همبستگی معنی‌داری بین میزان همدلی و وضعیت تأهل دانشجویان مشاهده شد ($p=۰/۰۳۰$). همچنین میزان همدلی در بین دانشجویان مقاطع مختلف تحصیلی تفاوت معنی‌داری داشت ($p=۰/۰۰۱$) نتایج آزمون تعقیبی شفه نشان داد که دانشجویان مقطع کارورزی از میزان همدلی کمتری برخوردارند هستند.

نمرات همدلی با افزایش مقطع تحصیلاتی کاهش معنی‌دار داشت ($p=۰/۰۰۱$ ، $t=-۰/۸۲۶$). بالاترین نمره همدلی در به ترتیب در رشته‌های روانپزشکی و کودکان، زنان و زایمان و کمترین آن در رشته رادیولوژی و رادیوتراپی، سپس طب فیزیکی مشاهده شد ($p=۰/۰۰۶$). ارتباط آماری معنی‌داری بین نمرات همدلی و نوع دانشگاه محل تحصیل ($p=۰/۸$) مشاهده نشد.

جدول ۵: میانگین و انحراف معیار همدلی افراد مورد مطالعه

بر اساس مقطع تحصیلی

نمره همدلی / مقطع تحصیلی	تعداد نمونه	میانگین \pm انحراف معیار	آزمون آماره / سطح معناداری
علوم پایه	۹۷	۸۵/۳۳ \pm ۷/۶۶	$f=۳۵۴/۱۸$ $df=۳$ $p=۰/۰۰۱$
فیزیوپاتولوژی	۹۰	۸۲/۴۶ \pm ۶/۲۴	
کارآموزی	۹۰	۸۲/۳۳ \pm ۶/۶۶	
کارورزی	۹۶	۸۱/۷۸ \pm ۶/۹۶	

ابراز نمایند (۵، ۲۲). در مطالعه حاضر بیانگر، میزان همدلی دانشجویان شرکت‌کننده در پژوهش به تفکیک جنسیت تفاوت معناداری داشت. دانشجویان مؤنث نمره همدلی بالاتری نسبت به دانشجویان مذکر داشتند. تقریباً در تمام مطالعات مرتبط میزان همدلی به طور قابل توجهی در خانم‌ها بیشتر از آقایان گزارش شده است (۲۳)، اما Díaz Narváez و همکاران (۲۰۱۴ م.) تفاوتی بین میزان همدلی در دو جنس مشاهده نکردند (۲۴). نتایج مطالعه ما با نتایج مطالعه Yarascavitch و همکاران (۲۰۰۹ م.)، شریعت و همکاران (۲۰۱۰ م.) و صادقیه و همکاران (۱۳۹۰ م.) نیز همخوانی داشت (۸، ۲۶-۲۵).

به لحاظ ساختار روانی و خصوصیات همدلانه روانشناسی، طبیعی به نظر می‌رسد که میزان همدلی در زنان بیشتر از مردان بوده و نوع رشته تحصیلی تأثیری بر این روند نداشته باشد. ممکن است این تفاوت به این دلیل باشد که خانم‌ها بیشتر به سینگال‌های احساسی پاسخ می‌دهند و از طرف دیگر، درمانگرهای خانم وقت بیشتری برای مراقبت از بیماران می‌گذارند (۲۸-۲۷).

نتایج مطالعه ما نشان داد که میزان همدلی دانشجویان در رده‌های مختلف برحسب مقطع تحصیلی از لحاظ آماری تفاوت دارد؛ در پایه‌های بالاتر تحصیلی، همدلی دانشجویان کاهش یافته بود. میزان همدلی در شروع ورود دانشجویان به رشته‌های ارائه‌دهنده خدمات سلامت و قبل از طی مقاطع تحصیلی بالاتر که کارها تکنیکی‌تر می‌گردد و توجه بیشتری بر فعالیت‌های تخصصی‌تر متمرکز می‌شود، بیشتر بوده است. این مطلب بیانگر فاصله‌گرفتن تدریجی از وضعیت دانشجویی و نزدیک‌شدن به کسوت متخصص‌شدن، کاهش توجه به درمان بر اساس بیمارمحوری و تمرکز بیشتر به انجام تکنیک صرف در ارائه خدمات می‌باشد. این امر منجر به کم‌رنگ‌شدن برقراری ارتباط با بیمار و نهایتاً منجر به کاهش همدلی می‌گردد. نتایج مطالعه جباری‌فر و همکاران (۱۳۹۰ ش.) با یافته‌های ما همخوانی داشت (۱).

حجت و همکاران (۲۰۰۴ م.) نیز در مطالعه خود دریافتند که با شروع ویزیت بیماران توسط دانشجویان در سال سوم پزشکی، همدلی کاهش یافته است (۲۹). در سایر مطالعات نیز دانشجویان دستیاری بیش از دانشجویان دوره‌های پزشکی عمومی کاهش همدلی را نشان دادند (۲۱). هاشمی‌زاده و همکاران (۱۳۹۱ ش.) معتقد هستند که کاربرد لفظ دکتر از ابتدای ورود به رشته پزشکی از طرف اطرافیان و همکلاسی‌ها سبب نوعی احساس کسب امتیاز و حس برتری گردیده و این عامل سبب کاهش همدلی شود (۵). این در حالی است که در برخی مطالعات اختلاف معنی‌دار آماری بین نمرات همدلی در دستیاران یا دانشجویان گروه پزشکی مقاطع مختلف تحصیل به دست نیامده (۳۱-۳۰) و برخی مطالعات بیانگر افزایش میزان همدلی در مقاطع تحصیلی بالاتر دانشجویان پزشکی به خصوص در مراحل کارآموزی و کارورزی‌ها بوده‌اند (۳۳-۳۲).

در پژوهش حاضر، میانگین نمره همدلی دانشجویان مجرد و متأهل اختلاف معنی‌داری داشت، اما مطالعه شریعت و همکاران نتایج متفاوتی را نشان داد (۸) که نشان‌دهنده نیاز به تحقیقات بیشتر در این زمینه می‌باشد. بین میزان همدلی با رشته‌های تخصص مورد علاقه ارتباط معنی‌دار مشاهده شد. بیشترین میزان همدلی در میان گروه علاقمند به اخذ تخصص در رشته‌های روانپزشکی و کودکان بود. این در حالی است که نیاز به همدلی بیشتری با بیماران خردسال برای درمان‌های اثربخش، رفع مخاطرات وجود دارد. در انتهای فهرست رشته‌هایی مانند رادیولوژی و رادیوتراپی (مبتنی بر ابزار) قرار دارند که در این رشته‌ها تشخیص اغلب بر اساس تکنولوژی، غیر مرتبط با مراقبت و پاراکلینیک صورت می‌گیرد و پزشکان کمتر با بیماران سر و کار دارند، لذا انتخاب رشته تخصصی مطلوب فرد، زمینه آماده‌سازی بیشتر برای تعاملات همدلانه در تخصص مورد نظر را فراهم آورد. نتایج مطالعه نیوتن (۲۰۰۸ م.) و Chen و همکاران (۲۰۰۷ م.) با این یافته‌ها همخوانی دارد (۱۲، ۳۴). احتمالاً این امر ناشی از آن است که افرادی با زمینه مستعدتر همدلی، رشته‌های تخصصی پزشکی که مبتنی بر تعامل بیشتر با بیماران هستند را انتخاب می‌کنند،

تشکر و قدردانی

این مقاله حاصل بخشی از پایان نامه دانشجویی (به شماره ۵۹۹) است که توسط معاونت پژوهشی دانشگاه شاهد تصویب و حمایت مالی شده است. پژوهشگران مراتب سپاس خود را از معاونت پژوهشی، مسؤولین دانشکده‌های پزشکی کلان‌شهر تهران، همچنین دانشجویان شرکت‌کننده در این مطالعه به خاطر صبر، حوصله و همچنین اعتمادشان به محققین و تمامی عزیزانی که ما را در اجرای هر چه بهتر این تحقیق مشارکت و همکاری داشتند، ابراز می‌دارند. تعارض منافع وجود ندارد.

لذا با سنجش دیدگاه همدلانه دانشجویان پزشکی و تقویت آن، می‌توان زمینه رشد آنان را در این رشته‌های تخصصی فراهم آورد. یافته‌های این مطالعه نشان‌دهنده عدم وجود ارتباط معنی‌دار بین نمره همدلی و نوع دانشگاه بود که این امر احتمالاً به دلیل معیارهای پذیرش یکسان دانشجویان بدون سنجش دیدگاه بیمار محور آنان است، لذا برنامه‌ریزی آموزشی برای تقویت فضای همدلی بین دانشجویان و بیماران ضروری به نظر می‌رسد.

محدودیت‌های مطالعه عبارت بودند از: الف - جامعه پژوهش محدود به دانشجویان پزشکی بود که این امر تعمیم نتایج به سایر دانشجویان علوم پزشکی را با احتیاط همراه می‌کند، لذا پیشنهاد می‌شود پژوهش با پرسشنامه همدلی در گروه‌های مختلف انجام شود یکی دیگر از محدودیت این پژوهش را می‌توان مقطعی بودن و استفاده از طرح همبستگی برای نشان دادن رابطه بین متغیرها دانست. از این رو جهت وضوح بیشتر رابطه بین متغیرها، طراحی مطالعات طولی برای یافتن تغییرات میزان همدلی دانشجویان پزشکی در مدت تحصیل در دوره بالینی توصیه می‌گردد. همچنین با مطالعات وسیع‌تر در فارغ‌التحصیلان پزشکی سطح کشور و مشاهده رفتار همدلی و تعامل آن‌ها با بیماران امکان تعمیم‌پذیری نتایج فراهم گردد.

نتیجه‌گیری

نتایج این تحقیق نشان داد که میزان همدلی در بین دانشجویان پزشکی کمی بالاتر از حد میانگین است و با برخی عوامل دموگرافیک رابطه معنی‌داری دارد، لذا با توجه به اهمیت همدلی به عنوان یک فضیلت اخلاقی، توصیه می‌شود با برنامه‌ریزی برای تقویت فضای همدلی بین دانشجویان و بیماران و گنجاندن مفهوم همدلی با بیماران در کوریکولوم درسی دانشجویان، نیازهای آموزشی آنان را در راستای ارتقای سلامت روانی و معنوی دانشجویان و بیماران تأمین نمود.

References

- Jabarifar SE, Khalifesoltani FS, Nilchian F, Yousefi A, Hoseinpour K. Empathy levels in undergraduate and postgraduate dental students in Isfahan Faculty of Dentistry in 2011. *J Isfahan Dent Sch* 2012; 7(5): 753-762. [Persian]
- Rasoulman M, Salehian R. *Empathy, the most effective*. 1st ed. Tehran: Ghatre Publications; 2011. p.30. [Persian]
- Khodabakhsh MR, Mansoori P. Empathy and its impact on promoting physician-patients relationship. *J Med Ethics Hist Med* 2011; 4(3): 38-46. [Persian]
- Kliszcz J, Nowicka-Sauer K, Trzeciak B, Nowak P, Sadowska A. Empathy in health care providers-validation study of the Polish version of the Jefferson Scale of Empathy. *Adv Med Sci* 2006; 51(1): 219-225.
- Hashemipour M, Karami MA. Validity and Reliability of the Persian Version of JSPE-HP Questionnaire. *J Kerman Univ Med Sci* 2012; 19(2): 201-211. [Persian]
- Williams B, Boyle M, Brightwell R, Devenish S, Hartley P, McCall M, et al. An assessment of undergraduate paramedic students' empathy levels. *Int J Med Educ* 2012; 3(1): 98-102.
- Ozcan CT, Oflaz F, Sutcu Cicek H. Empathy: the effects of undergraduate nursing education in Turkey. *Int Nurs Rev* 2010; 57(4): 493-499.
- Shariat SV, Kaykhavoni A. Empathy in medical residents at Iran University of Medical Sciences. *Iran J Psychiatry Clin Psychol* 2010; 16(3): 248-256.
- Khodabakhsh MR, Mansoori P. Empathy and its impact on promoting physician-patients relationship. *J Med Ethics Hist Med* 2011; 4(3): 38-46.
- Norfolk T, Birdi K, Walsh D. The role of empathy in establishing rapport in the consultation: a new model. *Med Educ* 2007; 41(7): 690-697.
- Ozcan CT, Oflaz F, Bakir B. The effect of a structured empathy course on the students of a medical and a nursing school. *Int Nurs Rev* 2012; 59(4): 532-538.
- Chen DC, Kirshenbaum DS, Yan J, Kirshenbaum E, Aseltine RH. Characterizing changes in student empathy throughout medical school. *Med Teach* 2012; 34(4): 305-311.
- Colliver JA, Willis MS, Robbs RS, Cohen DS, Swartz MH. Assessment of empathy in a standardized-patient examination. *Teach Learn Med* 1998; 10(1): 8-11.
- Ward J, Cody J, Schaal M, Hojat M. The empathy enigma: an empirical study of decline in empathy among undergraduate nursing students. *J Prof Nurs* 2012; 28(1): 34-40.
- Afkham Ebrahimi A, Nasr Esfahani M, Saghafi N. Patients' expectations and satisfaction with their treating physician. *RJMS* 2004; 11(41): 367-376.
- Khademalhosseini M, Khademalhosseini Z, Mahmoodian F. Comparison of empathy score among medical students in both basic and clinical levels. *J Adv Med Educ Prof* 2014; 2(2):88-91.
- Karimi FZ, Zarifnejad G, Abdolahi M, Ali Taghipour A. Surveying the Factor Structure and Reliability of the Persian Version of the Jefferson Scale of Physician Empathy-Health care provider student version (JSE-HPS). *Hayat* 2015; 21(3): 5-14. [Persian]
- Krejcie RV, Morgan DW. Determining sample size for research activities. *Educ Psychol Meas* 1970; 30(3): 607-610.
- Hasan S, Al-Sharqawi N, Dashti F, AbdulAziz M, Abdullah A, Shukkur M, et al. Level of empathy among medical students in Kuwait University, Kuwait. *Med Princ Pract* 2013; 3(22): 385-389.
- Shahab S, Rejeh N, Nasiri M, Asghari Rad R. Empathy with patients among dentistry students in Tehran. *J Med Ethics Hist Med* 2014; 7: 55-65. [Persian]
- Mangione S, Kane GC, Caruso JW, Gonnella JS, Nasca TJ, Hojat M. Assessment of empathy in different years of internal medicine training. *Med Teach* 2002; 24(4): 370-373.
- Bratek A, Bulska W, Bonk M, Seweryn M, Krysta K. Empathy among physicians, medical students and candidates. *Psychiatr Danub* 2015; 27(1): S48-52.
- Hojat M, Gonnella J, Mangione S, Nasca TJ. Physician empathy in medical education and practice: experience with the Jefferson scale of physician empathy. *Semin Integr Med* 2003; 1(1): 25-41.
- Díaz Narváez VP, Alonso Palacio LM, Caro SE, Silva MG, Castillo JA, Bilbao JL, et al. Empathic orientation among medical students from three universities in Barranquilla, Colombia and one university in the Dominican Republic. *Arch Argent Pediatr* 2014; 112(1): 41-49.
- Yarascavitch C, Regehr G, Hodges B, Haas DA. Changes in dental student empathy during training. *J Dent Educ* 2009; 73(4): 509-517.

26. Sadeghiye H, Aghababaei N, Hatami J, Khorami BA. Comparing Situational and Dispositional Empathy, Considering the Role of Gender Social Psychology Research. *Soc Psychol Res* 2011; 1(2): 1-16.
27. Hegazi I, Wilson I. Maintaining empathy in medical school: it is possible. *Med Teach* 2013; 35(2): 1002-1008.
28. 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 Med Educ* 2013; 13(1): 130.
29. Hojat M, Mangione S, Nasca TJ, Rattner S, Erdmann J, Gonnella J, et al. An empirical study of decline in empathy in medical school. *Med Educ* 2004; 38(9): 934-941.
30. Magalhaes 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(1): 52.
31. Quince TA, Parker RA, Wood DF, Benson JA. Stability of empathy among undergraduate medical students: a longitudinal study at one UK medical school. *BMC Med Educ* 2011; 11(1): 90.
32. Bellini LM, Baime M, Shea JA. Variation of mood and empathy during internship. *JAMA* 2002; 287(23): 3143-3146.
33. Neumann M, Edelhauser 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.
34. Newton BW, Barber L, Clardy J, Cleveland E, O'Sullivan P. Is there hardening of the heart during medical school? *Acad Med* 2008; 83(3): 244-9.