

همدلی پزشکان هیأت علمی رشته‌های مختلف تخصصی دانشگاه علوم پزشکی اصفهان در برخورد با بیمار

غلامرضا خیرآبادی^۱، مهدخت حاجی رحیمی^۲، بهزاد مهکی^۳، نسرين مسائلی^۴، مریم یا حی^۵، گلشنی^۶، درنا خیرآبادی^۲

مقاله پژوهشی

چکیده

زمینه و هدف: همدلی در کسب نتیجه درمانی بهتر، رضایت مراجعان، بهبود رابطه پزشک-بیمار، محافظت پزشک از فرسودگی شغلی و شکایت احتمالی بیمار از پزشک نقش بسزایی دارد. هدف از انجام مطالعه حاضر، ارزیابی میزان همدلی اعضای هیأت علمی دانشگاه علوم پزشکی اصفهان در برخورد با بیمار بود.

مواد و روش‌ها: این مطالعه به صورت مقطعی در سال ۱۳۹۲، بر روی جمعیت پزشکان عضو هیأت علمی دانشگاه علوم پزشکی اصفهان در تخصص‌های مختلف انجام گرفت. نمونه‌گیری به روش سرشماری بود و پرسش‌نامه همدلی پزشکان Jefferson Scale of Patient Perceptions of Physician Empathy (JSPPE) یا Jefferson Scale of Patient Perceptions of Physician Empathy (JSPPE) به صورت حضوری و یا از طریق پست الکترونیک در اختیار ۲۷۸ پزشک قرار گرفت. ۷۳ پرسش‌نامه تکمیل و برگشت داده شد. داده‌های استخراج شده از پرسش‌نامه‌ها با استفاده از آزمون‌های t، ANOVA یک‌طرفه و Kruskal-Wallis در نرم‌افزار SPSS مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. $P < 0/05$ به عنوان سطح معنی‌داری داده‌ها در نظر گرفته شد.

یافته‌ها: بالاترین میانگین نمره همدلی در استادان رشته نفروژ و کمترین میانگین نمره همدلی در استادان رشته جراحی اعصاب و رادیولوژی مشاهده شد. پس از دسته‌بندی رشته‌های مختلف به سه گروه جراحی، غیر جراحی و روان‌پزشکی، بیشترین میانگین نمره همدلی مربوط به استادان رشته روان‌پزشکی بود و بعد از آن، رشته‌های غیر جراحی و جراحی قرار داشتند ($P = 0/045$).

نتیجه‌گیری: همدلی با بیماران در پزشکان عضو هیأت علمی رشته‌های مختلف دانشگاه علوم پزشکی اصفهان متفاوت است. این افراد همدلی لازم را با دانشجویان خود در تکمیل پرسش‌نامه تحقیقاتی ارایه شده نداشتند.

واژه‌های کلیدی: همدلی، پزشکان هیأت علمی، بیماران

ارجاع: خیرآبادی غلامرضا، حاجی رحیمی مهدخت، مهکی بهزاد، مسائلی نسرين، یا حی مریم، گلشنی لعلیا، خیرآبادی درنا. **همدلی پزشکان هیأت علمی رشته‌های مختلف تخصصی دانشگاه علوم پزشکی اصفهان در برخورد با بیمار.** مجله تحقیقات علوم رفتاری ۱۳۹۵؛ ۱۴ (۲): ۱۶۰-۱۵۴

پذیرش مقاله: ۱۳۹۵/۲/۲۵

دریافت مقاله: ۱۳۹۴/۹/۳۰

مقدمه

همدلی یک توانایی ارتباطی به معنای درک تجربیات و دغدغه‌های دیگران همراه با توانایی ابراز آن می‌باشد و توانایی مهمی است که فرد را با احساسات و افکار دیگران هماهنگ می‌کند، به دنیای اجتماعی پیوند می‌زند، کمک به دیگران را برای وی ترسیم می‌نماید و از آسیب به دیگران جلوگیری می‌کند. در همدلی، هم حوزه شناختی و هم حوزه عاطفی درگیر هستند. حوزه شناختی به صورت توانایی درک تجربیات و احساسات درونی شخص دیگر و توانایی دیدن دنیای بیرون از دریچه چشم فرد دیگر و حوزه عاطفی به صورت پیوند یافتن و وارد شدن به احساسات شخص دیگر می‌باشد (۱، ۲).

تحقیقات نشان می‌دهد که همدلی نقشی اساسی در رابطه پزشک و بیمار ایفا می‌کند. پزشکی حرفه‌ای است که نمی‌توان آن را بدون بهره‌گرفتن از احساس همدلی و احساسات انسانی و اعتماد، به درستی انجام داد. ارتباط خوب و

سالم بین پزشک و بیمار، زیربنای مراقبت‌های خوب پزشکی است؛ چرا که بیشتر تشخیص‌های پزشکی و تصمیمات درمانی، بر اساس اطلاعات به دست آمده از شرح‌حال بیمار صورت می‌گیرد که طی مصاحبه با بیمار به دست می‌آید و اساس این مصاحبه، برقراری ارتباط مناسب می‌باشد. ارتباط پزشک و بیمار بر دو بعد ابزاری (مهارت پزشک در استفاده از تکنیک‌های درمانی، تست‌های تشخیصی و معاینات) و بیانی (برقراری ارتباط صمیمی و احساس همدلی با بیمار) استوار است (۳).

همدلی مستلزم آن است که بیمار بفهمد پزشکش او را درک می‌کند و این حالت فراتر از آن است که فقط به بیمار بگوید «من احساس شما را درک می‌کنم» یا به علامت تصدیق سر تکان دهد، بلکه برای همدلی پزشک، ابتدا باید تجارب عاطفی بیمار را به دقت درک نماید و سپس آن را در قالب کلمات و اشارات به او منتقل کند؛ چرا که بیمار، طبیبی را برای دردش می‌جوید که درمان

۱- دانشیار، مرکز تحقیقات علوم رفتاری و گروه روان‌پزشکی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران

۲- دانشجوی پزشکی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران

۳- استادیار، گروه آمار زیستی و اپیدمیولوژی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران

۴- کارشناس ارشد، مرکز تحقیقات علوم رفتاری و گروه روان‌شناسی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران

Email: kheirabadi@bsrc.mui.ac.ir

نویسنده مسؤول: غلامرضا خیرآبادی

برنامه‌ریزی‌های مداخله‌ای احتمالی در آینده انجام شد.

مواد و روش‌ها

این پژوهش به صورت مقطعی و با هدف تعیین و مقایسه وضعیت همدلی پزشکان عضو هیأت علمی دانشگاه علوم پزشکی اصفهان در تخصص‌های مختلف در برخورد با بیماران در سال ۱۳۹۲ انجام گرفت. جامعه آماری مطالعه شامل کلیه اعضای هیأت علمی مشغول به کار در رشته‌های بالینی در دانشگاه و مراکز درمانی و بیمارستان‌های وابسته به دانشگاه در سطح شهر اصفهان بود. به منظور داشتن نمونه کافی برای مقایسه بین گروهی، نمونه‌گیری به روش سرشماری بر حسب تخصص‌های مختلف انجام شد و معیار ورود به مطالعه، تمایل افراد جهت شرکت در طرح و تکمیل پرسش‌نامه مربوط به آن بود.

از کلیه اعضای هیأت علمی بالینی رشته‌های مختلف پزشکی شامل داخلی، جراحی، نورولوژی، طب اورژانس، قلب، عفونی، زنان، بیهوشی، اطفال، جراحی اعصاب، پوست، ارتوپدی، رادیولوژی، طب فیزیکی، انکولوژی و نفرولوژی به صورت حضوری و یا ارسال ایمیل (افرادی که در دسترس نبودند)، برای همکاری در مطالعه دعوت گردید که در مجموع، ۲۵۶ نمونه در اختیار محققان قرار گرفت. شرکت در مطالعه اختیاری و بر اساس تمایل افراد بود.

جهت سنجش همدلی، از پرسش‌نامه Jefferson ویژه همدلی پزشکان (Jefferson Scale of Patient Perceptions of Physician Empathy) یا JSPPE استفاده شد. این مقیاس نخستین بار در سال ۱۹۷۲ توسط Peabody طراحی گردید و مشتمل بر ۹۰ آیتم بود که بر اساس بررسی متون و تجارب روان‌پزشکی تألیف گردید (۱۹). در سال ۱۹۹۵، این ابزار توسط Hojat و همکاران مورد بازبینی قرار گرفت و مقیاس نهایی با ۲۰ آیتم طراحی شد (۲۰). پرسش‌نامه JSPPE به صورت خودگزارشی و دارای مقیاس لیکرت پنج درجه‌ای می‌باشد. تکمیل‌کننده بر اساس میزان موافقت خود، به هر آیتم نمره‌ای از ۱ تا ۵ می‌دهد که نمره ۱ نشان دهنده عدم موافقت و نمره ۵ نشان دهنده حداکثر موافقت است. حداقل و حداکثر نمرات کسب شده به ترتیب ۲۰ و ۱۰۰ امتیاز می‌باشد. بالا رفتن نمرات بیانگر افزایش میزان همدلی می‌باشد (۲۱). اعتبار و پایایی پرسش‌نامه JSPPE در مطالعات مختلف تحت بررسی و تأیید قرار گرفته است (۲۲). همچنین، روایی آن نیز توسط Hojat و همکاران تأیید شد (۲۳). روایی نسخه فارسی این ابزار توسط هاشمی‌پور و کرمی بررسی گردید که ضریب Cronbach's alpha آن را بالای ۰/۷۰ و ضریب ICC (Intraclass correlation coefficient) را ۰/۸۲ گزارش نمودند (۲۴). در مطالعه شریعت و کیخاوندی، پایایی و روایی نسخه فارسی این ابزار با استفاده از ضریب Cronbach's alpha (۰/۸۸) مورد تأیید قرار گرفت (۲۵).

در مطالعه حاضر علاوه بر ۲۰ آیتم ذکر شده، اطلاعات دموگرافیک شامل سن، جنسیت، تأهل، سابقه کار، محل کار، رشته تحصیلی، علاقه به رشته تخصصی، تجربه بستری قبلی خود فرد، ابتلای فرد یا بستگان درجه یک به بیماری مزمن و ابتلای شخص به بیماری خاص نیز سؤال گردید.

پرسش‌نامه‌های تهیه شده بعد از هماهنگی با دانشکده پزشکی، به صورت حضوری و با مراجعه به مراکز درمانی و مطب پزشکان عضو هیأت علمی دانشگاه و با از طریق پست الکترونیک، در اختیار ۲۷۸ نفر از افرادی که تمایل به همکاری داشتند، قرار گرفت. برای رعایت نکات اخلاقی، قبل از تحویل پرسش‌نامه، راجع به محرمانه بودن اطلاعات و نحوه انجام مطالعه توضیحات لازم به افراد ارائه شد.

را با همدردی و محبت نسبت به بیمارش همراه کند (۴).

جدا از اهمیت همدلی در برقراری ارتباط پزشک با بیمار، به کار بردن همدلی در علوم پزشکی، نتایج مثبت زیادی در بردار که هم برای بیمار و هم برای پزشک مفید است و پزشک و بیمار هر دو از برقراری روابط همدلانه سود می‌برند. همدلی فرایند مداوای بیماری را تقویت می‌کند و هنگامی که بیمار احساس می‌کند پزشک او را درک کرده است، احتمال بیشتری دارد که از توصیه‌های درمانی وی پیروی نماید (۵). در نتیجه، همکاری و تمکین بیمار بهتر می‌شود و رنج و تحمل بیماری برای او آسان‌تر می‌گردد (۶).

همدلی اثر مستقیمی بر روی پیامدهای بالینی دارد. در مطالعه Hojat و همکاران، اثر میزان همدلی پزشک با بیماران مبتلا به دیابت از طریق اندازه‌گیری سطح هموگلوبین گلیکوزیله بررسی شد. نتایج نشان داد، کنترل دیابت در گروهی که پزشک معالج همدلی بیشتری با بیمارانش داشت، بهتر بود (۷). مطالعات دیگری نتیجه‌گیری کردند که کنترل بیماری و تشخیص آن در بیماران پزشکی که نمره همدلی بیشتری دارند، بهتر است (۸، ۹). همچنین، اثرات مثبت همدلی بر سیر و پیش‌آگهی بیماران دچار سکت قلبی (۱۰) و آسماتیک (۱۱) تأیید شده است.

همدلی با بیمار، موجب افزایش رضایتمندی هر دو طرف (پزشک-بیمار) می‌شود و روابط همدلانه با بیمار همچون مانعی در برابر استرس‌های شغلی و فرسودگی (که پزشکان با آن روبه‌رو هستند) عمل می‌کند و به عنوان عامل بالقوه‌ای برای بهزیستی پزشکان محسوب می‌شود. همدلی موجب کاهش درگیری‌های قانونی در زمینه پزشکی می‌گردد و هرگاه بیمار از مراقبت‌های عاطفی پزشک خود راضی باشد، حتی اگر از نتایج درمان رضایت نداشته باشد، کمتر علیه پزشک خود شکایت می‌کند (۱۲).

نتایج پژوهش Pollak و همکاران نشان داد که پزشکان به ندرت به احساسات منفی بیمارانشان پاسخ همدلانه نشان می‌دهند (۱۳). مطالعات مختلف نتایج متفاوتی را در رابطه با نقش عوامل بر میزان همدلی پزشکان ارائه کرده‌اند. در مطالعه شریعت و همکاران، همدلی در پزشکان زن بیشتر از مردان بود و عنوان شد که همدلی با افزایش تجربه عملی پزشک افزایش می‌یابد (۱۴). نتایج تحقیق Hasan و همکاران که در کویت انجام گرفت، حاکی از آن بود که میزان همدلی رابطه مستقیمی با جنسیت، مقاطع تحصیلی پزشکی، سطح تحصیلات مادر، درآمد خانواده و سطح استرس فرد داشت، اما بین همدلی با معدل دانشجو، رشته تخصصی مورد علاقه و سطح تحصیلات پدر رابطه‌ای مشاهده نشد (۱۵). مطالعه‌ای به منظور ارزیابی میزان همدلی در ابتدا و انتهای دوره کارورزی انجام گرفت و نتایج آن نشان داد که میزان همدلی در پایان دوره افزایش یافته است (۱۶). نتایج تحقیق West و همکاران گزارش کرد که کاهش همدلی با افزایش خطاهای فردی دستیاران همراه می‌باشد (۱۷). همچنین، نتایج مطالعه‌ای که بر روی دستیاران مشغول به تحصیل در رشته‌های بیمارمدار (زنان و زایمان، اورژانس و روان‌پزشکی) انجام گردید، حاکی از آن بود که این دستیاران نمره همدلی بالاتری نسبت به دستیاران مشغول به تحصیل در رشته‌های بر پایه تکنولوژی (رادیولوژی) کسب کردند (۱۸).

با توجه به اهمیت همدلی در کسب نتایج درمانی بهتر، رضایت مراجعان، بهبود رابطه پزشک-بیمار، محافظت پزشک از فرسودگی شغلی و شکایت بیماران و همچنین، قابل آموزش بودن این توانمندی، مطالعه حاضر با هدف ارزیابی وضع موجود در اعضای هیأت علمی دانشگاه علوم پزشکی اصفهان و

جدول ۱. مقایسه میانگین نمرات همدلی در شرکت کنندگان بر حسب خصوصیات دموگرافیک و برخی دیگر از متغیرها

متغیر مورد مطالعه	تعداد	میانگین $\pm$ انحراف معیار	p
جنسیت	مرد	۵۱	۷۹/۸۶ $\pm$ ۹/۷۵۹
	زن	۲۲	۷۹/۲۲ $\pm$ ۷/۹۳۴
وضعیت تأهل	مجرد	۷	۷۹/۲۸ $\pm$ ۶/۸۷۳
	متاهل	۶۶	۷۹/۷۱ $\pm$ ۹/۴۵۱
ابتلا به بیماری خاص که موجب مراجعه مکرر به سایر متخصصان شود.	بلی	۱۲	۸۲/۲۵ $\pm$ ۱۰/۷۹۷
	خیر	۶۰	۷۹/۲۷ $\pm$ ۸/۹۰۰
ابتلای بستگان درجه یک به بیماری مزمن	بلی	۴۲	۷۹/۹۲ $\pm$ ۹/۱۵۳
	خیر	۳۰	۷۹/۵۳ $\pm$ ۹/۴۸۲
سابقه بستری به مدت بیشتر از سه روز	بلی	۱۵	۷۹/۶۰ $\pm$ ۹/۳۰۳
	خیر	۷۵	۷۹/۸۰ $\pm$ ۹/۲۹۰
محل کار افراد	مطب	۲	۸۳/۵۰ $\pm$ ۳/۵۳۵
	دانشگاه	۳۶	۷۸/۰۵ $\pm$ ۹/۲۱۸
	هر دو	۳۵	۸۱/۱۱ $\pm$ ۹/۱۹۷

علاقه زیاد، ۸۰/۱۵ و در گروه با علاقه متوسط، ۷۵/۱۴ به دست آمد. بین علاقه به رشته تحصیلی و میزان همدلی ارتباط معنی داری مشاهده نشد ($P = ۰/۱۷۲$). با توجه به شاخص‌های احتمالی دخیل، در پرسش‌نامه سؤالات دیگری برای سنجش همدلی مطرح شده بود. برای مثال، سابقه بستری قبلی به مدت بیش از سه روز در بیمارستان ($P = ۰/۹۰۰$)، ابتلای بستگان درجه یک به بیماری مزمن ($P = ۰/۸۰۰$) و یا ابتلا به بیماری خاص که موجب مراجعه مکرر به سایر متخصصان می‌شود ($P = ۰/۳۰۰$). با توجه به داده‌های جدول ۱، همدلی با هیچ کدام از شاخص‌های مذکور ارتباط معنی داری نداشت. همچنین، بر اساس محل کار افراد که مطب، دانشگاه و یا هر دو بود، میانگین نمره همدلی برای هر آیت محاسبه و مقایسه شد که ارتباط معنی داری با نمره همدلی مشاهده نشد ($P = ۰/۳۱۸$).

در بررسی داده‌ها، رشته‌های مختلف در سه گروه رشته‌های جراحی، غیر جراحی و روان‌پزشکی قرار گرفتند. رشته‌های جراحی شامل جراحی اعصاب، جراحی عمومی، زنان و ارتوپدی و رشته‌های غیر جراحی شامل داخلی، نورولوژی، قلب، عفونی، کودکان، بیهوشی، طب اورژانس، رادیولوژی، طب فیزیکی و پوست بود. رشته‌های روان‌پزشکی زیرمجموعه‌ای نداشت. از آنجایی که ابتدا با استفاده از آزمون Kolmogorov-Smirnov مشخص شد داده‌ها بر اساس این طبقه‌بندی از توزیع نرمال پیروی می‌کنند ($P > ۰/۰۵$)، برای تحلیل داده‌ها و مقایسه همدلی بین سه گروه از آزمون ANOVA استفاده گردید که نتایج آن در جدول ۲ آرایه شده است. بین نمره همدلی سه گروه تفاوت معنی داری مشاهده شد ($P = ۰/۰۴۵$). بیشترین میانگین نمره همدلی در استادان رشته روان‌پزشکی و بعد از آن، در رشته‌های غیر جراحی و در نهایت رشته‌های جراحی وجود داشت.

با وجود این که نمونه‌گیری به روش سرشماری انجام گرفت، اما متأسفانه به علت عدم همکاری تعداد زیادی از افراد (که از ابتدا یا تمایل به همکاری نداشتند و یا پرسش‌نامه‌ها را به صورت کامل تکمیل نکردند)، فقط ۷۳ پرسش‌نامه از مجموع ۲۵۶ پرسش‌نامه تکمیل و عودت گردید و به منظور افزایش تعداد پرسش‌نامه‌های تکمیل شده، از مدیریت دانشکده پزشکی درخواست کمک شد و پیشنهاد گردید که در صورت اجازه آن دانشکده، مکاتبه رسمی و اداری جهت تکمیل پرسش‌نامه‌ها صورت گیرد که مورد قبول دانشکده واقع نشد. بنابراین، با مراجعه مکرر و حضوری به مطب استادان، ۷۳ پرسش‌نامه تکمیل و برگشت داده شد. در نهایت، داده‌ها با استفاده از آزمون‌های t ، ANOVA یک‌طرفه و Kruskal-Wallis در نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۰ (version 20, SPSS Inc., Chicago, IL) مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. $P < ۰/۰۵$ به عنوان سطح معنی داری داده‌ها در نظر گرفته شد.

یافته‌ها

در مطالعه حاضر، ۷۷ نفر از ۲۵۶ پزشک هیأت علمی دانشگاه علوم پزشکی اصفهان در تکمیل پرسش‌نامه‌ها همکاری نمودند که ۴ پرسش‌نامه به علت ناقص بودن اطلاعات، از تجزیه و تحلیل خارج شد و ۷۳ پرسش‌نامه مورد بررسی نهایی قرار گرفت. میانگین نمره همدلی در کل نمونه‌ها، ۷۶/۶۷ به دست آمد. حداکثر و حداقل نمره نیز ۹۷ و ۶۰ بود.

جدول ۱ میانگین نمرات کسب شده را بر حسب خصوصیات دموگرافیک و برخی دیگر از متغیرهای مورد مطالعه نشان می‌دهد. ۶۶ نفر به رشته تخصصی خود علاقه زیاد و ۷ نفر علاقه متوسط داشتند. میانگین نمره همدلی در گروه با

جدول ۲. مقایسه میانگین نمرات همدلی بر حسب تقسیم‌بندی افراد به رشته‌های جراحی، غیر جراحی و روان‌پزشکی

نوع رشته	میانگین $\pm$ انحراف معیار	F	درجه آزادی	P
رشته‌های جراحی	۷۳/۶۴ $\pm$ ۱۱/۰۸۳	۳/۲۵۸	۲	۰/۰۴۵
رشته‌های غیر جراحی	۷۹/۲۳ $\pm$ ۹/۲۳۰			
روان‌پزشکی	۸۴/۰۰ $\pm$ ۴/۸۹۹			

جدول ۳. مقایسه میانگین نمرات همدلی بر حسب تقسیم‌بندی رشته‌ها در چهار گروه

نوع رشته	میانگین $\pm$ انحراف معیار	F	درجه آزادی	p
رشته‌های مبتنی بر تکنولوژی	$72/87 \pm 13/054$	1/996	3	0/123
رشته‌های مبتنی بر ابزار	$75/87 \pm 9/978$			
رشته‌های غیر مرتبط با مراقبت‌های اولیه	$80/94 \pm 6/838$			
رشته‌های مرتبط با مراقبت‌های اولیه	$79/18 \pm 11/130$			

با انجام آزمون تعقیبی LSD (Least significant difference) برای مقایسه یک به یک گروه‌ها، مشخص شد که بین دو گروه روان‌پزشکی و جراحی تفاوت معنی‌داری وجود داشت ($P = 0/014$).

از یک نگاه دیگر، رشته‌های تخصصی پزشکی در چهار گروه مختلف قرار گرفتند (۲۵). این گروه‌ها شامل رشته‌های مبتنی بر تکنولوژی مانند ارتوپدی، جراحی عمومی و جراحی اعصاب؛ رشته‌های مبتنی بر ابزار مانند رادیولوژی و بیهوشی؛ رشته‌های غیر مرتبط با مراقبت‌های اولیه مانند عفونی، قلب، پوست، طب اورژانس، روان‌پزشکی، زنان، طب فیزیکی، نورولوژی و طب کار و رشته‌های مرتبط با مراقبت‌های اولیه (مردم‌مدار) همچون داخلی و اطفال بود.

در مقایسه همدلی بین این چهار گروه، بیشترین میانگین نمره همدلی در رشته‌های غیر مرتبط با مراقبت‌های اولیه و کمترین میانگین نمره همدلی در رشته‌های مبتنی بر تکنولوژی مشاهده شد و تفاوت بین گروه‌ها معنی‌دار نبود ($P = 0/123$) (جدول ۳).

بحث و نتیجه‌گیری

مطالعه حاضر با هدف اندازه‌گیری همدلی اعضای هیأت علمی دانشگاه اصفهان انجام گرفت. ارتباط آساری معنی‌داری بین نمره همدلی و ویژگی‌های دموگرافیک مانند جنسیت و وضعیت تأهل مشاهده نشد.

مطالعات زیادی در کشورهای مختلف نقش جنسیت را در میزان همدلی بررسی کرده‌اند که بر اساس نتایج، در دو گروه قرار می‌گیرند.

در بیشتر مطالعات، میزان همدلی در خانم‌ها بیشتر از آقایان عنوان شده، اما بیشتر آن‌ها بر روی دانشجویان و دستیاران پزشکی صورت گرفته است (۲۶-۲۹). خادم‌الحسینی و همکاران در تحقیق خود گزارش کردند که دانشجویان پزشکی دختر با میانگین $65/5$ نمره همدلی بالاتری نسبت به دانشجویان پزشکی پسر با میانگین $59/02$ داشتند و تفاوت بین این دو گروه معنی‌دار بود (۳۰). در پژوهش انجام شده بر روی دانشجویان دندان‌پزشکی نیز نتیجه مشابهی به دست آمد (۳۱).

در گروه دیگری از مطالعات، ارتباط معنی‌داری بین جنسیت و نمره همدلی مشاهده نشد (۲۵) که مطالعه حاضر نیز از این نظریه حمایت می‌کند. در تحقیقی که در لهستان بر روی متخصصان (و نه دانشجویان) صورت گرفت، مشخص گردید که ارتباط معنی‌داری بین زنان و مردان از نظر نمره همدلی وجود نداشت (۳۲) که با یافته‌های مطالعه حاضر همخوانی دارد. این تفاوت نتایج می‌تواند ناشی از جامعه آماری متفاوت بین دو گروه باشد که در اکثر مطالعات بر روی دانشجویان پزشکی و دستیاران انجام گرفته بود و در پژوهش حاضر و مطالعه انجام شده در لهستان (۳۲) بر روی متخصصان انجام شد. همچنین، می‌توان علت را ناشی از تعداد کم حجم نمونه و عدم تساوی تعداد زن و مرد شرکت

کننده در این مطالعه دانست (۲۲ زن در مقابل ۵۱ مرد). در مطالعه حاضر، بر اساس وضعیت تأهل نیز تفاوت معنی‌داری مشاهده نشد که با یافته‌های برخی مطالعات دیگر (۲۵) مشابهت دارد. از جمله مسایل دیگری که در این پژوهش به آن پرداخته شد، ارتباط بین نمره همدلی استادان با میزان علاقه به رشته تخصصی خود (اصلاً، کم، زیاد و متوسط) می‌باشد. بدین ترتیب، از مجموع ۷۳ نفر، ۷ نفر علاقه به رشته تخصصی خود را متوسط و ۶۶ نفر آن را زیاد بیان کردند. این امر نشان می‌دهد که ۹۰ درصد استادان علاقه زیادی به رشته تحصیلی خود دارند و بیانگر آن است که با از ابتدا انتخاب رشته بر اساس علاقه صورت گرفته و با این علاقه در طی دوران تحصیل دستیاری و اشتغال به کار درمانی ایجاد شده است. با توجه به این که علاقمندی به رشته یکی از موارد بسیار تأثیرگذار در عملکرد شغلی مناسب می‌باشد، این نتایج امیدوار کننده است. با این وجود، بین علاقه به رشته و میزان همدلی ارتباط معنی‌داری وجود نداشت.

در مطالعه حاضر، بر اساس نوع رشته تخصصی، بالاترین میانگین نمره همدلی در استادان نفرولوژی و بعد از آن به ترتیب در استادان رشته‌های عفونی و روان‌پزشکی مشاهده شد و کمترین میانگین نمره همدلی به استادان رشته جراحی اعصاب و بعد از آن به رشته رادیولوژی اختصاص داشت. مطالعات مختلف (۲۵، ۲۸، ۳۲) نتایج متفاوتی را در این زمینه عنوان کرده‌اند.

در مطالعه شریعت و کیخاوی بر روی دستیاران پزشکی، حداکثر نمره همدلی در دستیاران رشته روان‌پزشکی مشاهده گردید که اختلاف معنی‌داری با رشته‌های پوست، ارتوپدی و چشم داشت و کمترین نمره مربوط به دستیاران پوست بود. نتایج اغلب پژوهش‌های انجام گرفته پیرامون این موضوعات نشان داده است که میزان همدلی در رشته‌های تخصصی مختلف، متفاوت می‌باشد و در بیشتر مطالعات، بیشترین میزان همدلی را دستیاران روان‌پزشکی و بعد از آن رشته‌های داخلی، اطفال و اورژانس داشتند. در مرحله بعد، رشته‌های جراحی مانند جراحی عمومی، جراحی قلب، ارتوپدی و زنان قرار گرفتند که بیشتر کار آن‌ها در اطاق عمل و با تکیه بر جراحی بود. در انتهای این فهرست، رشته‌های رادیولوژی و پاتولوژی بودند که تشخیص در این رشته‌ها بیشتر بر اساس تکنولوژی و پاراکلینیک صورت می‌گیرد و کمتر با خود بیماران سر و کار دارند (۲۵).

مطالعه دیگری که بر روی دانشجویان پزشکی صورت گرفت، گزارش کرد، دانشجویانی که تمایل به تحصیل در رشته‌های غیر جراحی دارند، سطح همدلی بالاتری را نسبت به دانشجویان علاقمند به رشته‌های جراحی نشان می‌دهند (۲۸). نتایج پژوهش Walocha و همکاران بیان نمود که همدلی در رشته‌های غیر جراحی بیشتر است و علت آن، ارتباط مستقیم بیشتر پزشک با بیمار در رشته‌های غیر جراحی می‌باشد (۳۲).

همدلی با بیماران در پزشکان عضو هیأت علمی رشته‌های مختلف دانشگاه علوم پزشکی اصفهان متفاوت است. این افراد همدلی و همکاری لازم را با دانشجویان خود در تکمیل پرسش‌نامه تحقیقاتی ارایه شده نداشتند. محدودیت اصلی مطالعه حاضر، عدم همکاری مناسب پزشکان هیأت علمی در تکمیل و عودت پرسش‌نامه‌های تحقیقاتی بود.

پیشنهادهای

تکرار مطالعه در سایر دانشگاه‌های ایران و مقایسه نتایج و اقدام به پرسشگری در شرایط و همراه با تمهیداتی که حداکثر مشارکت پزشکان هیأت علمی را به همراه داشته باشد، توصیه می‌گردد. همچنین، برگزاری کارگاه‌های آموزشی به منظور ارتقای همدلی با بیماران و انتقال تجربیات به دانشجویان توسط همکاران پزشک هیأت علمی دانشگاه پیشنهاد می‌شود.

سیاسگذاری

مطالعه حاضر برگرفته از طرح تحقیقاتی مصوب معاونت پژوهش و فن‌آوری دانشگاه علوم پزشکی اصفهان با شماره ۲۹۲۱۰۹ می‌باشد. بدین وسیله از کلیه اعضای هیأت علمی جهت همکاری در تکمیل پرسش‌نامه‌ها و همچنین، از مرکز تحقیقات علوم رفتاری و گروه روان‌پزشکی که زمینه اجرای این پژوهش را فراهم نمودند، تشکر و قدردانی به عمل می‌آید.

اگرچه در مطالعه حاضر بر خلاف اغلب مطالعات حداکثر نمره مربوط به رشته روان‌پزشکی نبود، اما کمترین نمره همدلی در جراحان اعصاب مشاهده شد که در تبیین علت آن می‌توان گفت، جراحان با احتمال بیشتری با بیماران پرخاشگر یا بیماران غیر مطیع و گاهی غیر هوشیار برخورد دارند. در مطالعه وی، همدلی به تفکیک رشته تخصصی تفاوت معنی‌داری را نشان نداد.

با وجود این که همدلی نقش بسیار مهمی در مراقبت‌های پزشکی و روند درمان بیمار ایفا می‌نماید، مطالعات بسیاری از کاهش همدلی طی دوران تحصیل پزشکی و دوره دستیاری خبر می‌دهد (۳۴، ۳۳، ۲۶)، اما شاخص‌های دخیل در کاهش احتمالی همدلی هنوز ناشناخته مانده است و به نظر می‌رسد این شاخص‌ها متعدد و چند جانبه باشند. یکی از عوامل احتمالی را ساعات کاری و تعداد زیاد مراجعه کنندگان به بیمارستان‌های دولتی عنوان کرده‌اند (۲۵). به منظور بررسی این عامل، محل کار از شرکت کنندگان این طرح سؤال شد که ارتباط معنی‌داری مشاهده نشد. تبیین دقیق این موضوع نیازمند مطالعات تکمیلی با حجم نمونه بالاتر می‌باشد؛ چرا که بیشتر حجم بیماران در نظام سلامت ایران و طی طرح تحول، به سمت بیمارستان‌های دولتی و دانشگاهی سوق داده می‌شوند و اگر سختی کار موجب کمتر شدن همدلی پزشک با بیمار شود، به طور قطع بر روند درمانی اثر دارد و باید این مشکل به نحوی برطرف شود. با افزایش حجم بیماران، فرصت ویزیت هر بیمار کاهش می‌یابد و شاخص زمان یکی از مسایل بسیار تأثیرگذار در پیدایش همدلی بین هر دو انسان است.

References

- Jolliffe D, Farrington DP. Examining the relationship between low empathy and bullying. *Aggressive Behavior* 2006; 32(6): 540-50.
- Rieffe C, Ketelaar L, Wiefkerink CH. Assessing empathy in young children: Construction and validation of an Empathy Questionnaire (EmQue). *Pers Individ Dif* 2010; 49(5): 362-7.
- Hemmerdinger JM, Stoddart SD, Lilford RJ. A systematic review of tests of empathy in medicine. *BMC Med Educ* 2007; 7: 24.
- Parvan K, Ebrahimi H, Zamanzadeh V, Seyedrasooly A, Dadkhah D, Jabarzadeh F. Empathy from the nurses' viewpoint in teaching hospitals of Tabriz university of medical sciences, Iran. *J Caring Sci* 2014; 3(1): 29-36.
- Squier RW. A model of empathic understanding and adherence to treatment regimens in practitioner-patient relationships. *Soc Sci Med* 1990; 30(3): 325-39.
- Kim SS, Kaplowitz S, Johnston MV. The effects of physician empathy on patient satisfaction and compliance. *Eval Health Prof* 2004; 27(3): 237-51.
- Hojat M, Louis DZ, Markham FW, Wender R, Rabinowitz C, Gonnella JS. Physicians' empathy and clinical outcomes for diabetic patients. *Acad Med* 2011; 86(3): 359-64.
- Tavakol S, Dennick R, Tavakol M. Medical students' understanding of empathy: a phenomenological study. *Med Educ* 2012; 46(3): 306-16.
- Rietveld S, Prins PJ. The relationship between negative emotions and acute subjective and objective symptoms of childhood asthma. *Psychol Med* 1998; 28(2): 407-15.
- Frasure-Smith N, Lesperance F, Talajic M. The impact of negative emotions on prognosis following myocardial infarction: is it more than depression? *Health Psychol* 1995; 14(5): 388-98.
- Zachariae R, Pedersen CG, Jensen A, Ehrnrooth E, Rossen P, von der Maase H. Association of perceived physician communication style with patient satisfaction, distress, cancer-related self-efficacy, and perceived control over the disease. *Br J Cancer* 2003; 88(5): 658-65.
- Levinson W, Roter DL, Mullooly JP, Dull VT, Frankel RM. Physician-patient communication. The relationship with malpractice claims among primary care physicians and surgeons. *JAMA* 1997; 277(7): 553-9.
- Pollak KI, Arnold R, Alexander S, Jeffreys AS, Olsen MK, Abernethy A, et al. Do patient attributes predict oncologist empathic responses and patient perceptions of empathy? *Support Care Cancer* 2010; 18(11): 1405-11.
- Shariat SV, Eshtad E, Ansari S. Empathy and its correlates in Iranian physicians: A preliminary psychometric study of the Jefferson Scale of Physician Empathy. *Med Teach* 2010; 32(10): e417-e421.

15. 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; 22(4): 385-9.
16. 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.
17. 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.
18. Hojat M, Zuckerman M, Magee M, Mangione S, Nasca T, Vergare M, et al. Empathy in medical students as related to specialty interest, personality, and perceptions of mother and father. *Pers Individ Dif* 2005; 39(7): 1205-15.
19. Peabody FW. The care of the patient. *Holistic Medicine* 1990; 5(3-4): 129-40.
20. 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 Suppl): S58-S60.
21. 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. *S Afr J Bioeth Law* 2011; 4(2): 63-8.
22. Hojat M, Gonnella JS, Nasca TJ, Mangione S, Vergare M, Magee M. Physician empathy: definition, components, measurement, and relationship to gender and specialty. *Am J Psychiatry* 2002; 159(9): 1563-9.
23. Hojat M, Mangione S, Kane GC, Gonnella JS. Relationships between scores of the Jefferson Scale of Physician Empathy (JSPE) and the Interpersonal Reactivity Index (IRI). *Med Teach* 2005; 27(7): 625-8.
24. Hashemipour M, Karami MA. Validity and reliability of the Persian version of JSPE-HP questionnaire (Jefferson Scale of Physician Empathy-Health Professionals Version). *J Kerman Univ Med Sci* 2012; 19(2): 201-11. [In Persian].
25. Shariat SV, Kaykhavoni A. Empathy in medical residents at Iran University of Medical Sciences. *Iran J Psychiatry Clin Psychol* 2010; 16(3): 248-56. [In Persian].
26. Chen D, Lew R, Hershman W, Orlander J. A cross-sectional measurement of medical student empathy. *J Gen Intern Med* 2007; 22(10): 1434-8.
27. 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.
28. Hojat M, Vergare MJ, Maxwell K, Brainard G, Herrine SK, Isenberg GA, et al. The devil is in the third year: a longitudinal study of erosion of empathy in medical school. *Acad Med* 2009; 84(9): 1182-91.
29. Austin EJ, Evans P, Magnus B, O'Hanlon K. A preliminary study of empathy, emotional intelligence and examination performance in MBChB students. *Med Educ* 2007; 41(7): 684-9.
30. 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.
31. Sherman JJ, Cramer A. Measurement of changes in empathy during dental school. *J Dent Educ* 2005; 69(3): 338-45.
32. Walocha E, Tomaszewska IM, Mizia E. Empathy level differences between Polish surgeons and physicians. *Folia Med Cracov* 2013; 53(1): 47-54.
33. Bellini LM, Baime M, Shea JA. Variation of mood and empathy during internship. *JAMA* 2002; 287(23): 3143-6.
34. Bellini LM, Shea JA. Mood change and empathy decline persist during three years of internal medicine training. *Acad Med* 2005; 80(2): 164-7.

Empathy with Patients in Medical Sciences Faculty Physicians at Isfahan University of Medical Sciences, Iran

Gholamreza Kheirabadi¹, Mahdokht Haji-Rahimi², Behzad Mahki³, Nasrin Masaiely⁴, Maryam Yahaei², Laya Golshani², Dorna Kheirabadi²

Original Article

Abstract

Aim and Background: Empathy has an important role in better health results, customer satisfaction, improved physician-patient relationship, prevention of job burnout among physicians, and possible patient complaints from doctors. This study aims to evaluate the level of empathy with patients among the faculty members of Isfahan University of Medical Sciences, Iran.

Methods and Materials: This cross-sectional study was conducted on medical sciences faculty physicians with different specialties at Isfahan University of Medical Sciences in 2013. The participants were selected through census sampling method. The Jefferson Scale of Patient Perceptions of Physician Empathy (JSPPE) was distributed among 278 physicians via e-mail or in person. Only 73 questionnaires were completed and returned. The collected data were analyzed using t-test, one-way ANOVA, and Kruskal-Wallis in SPSS software. All P values < 0.05 were considered as significant.

Findings: The highest and lowest average empathy scores were observed in nephrology professors and neurosurgery and radiology professors, respectively. After the categorization of the various disciplines into three groups of surgery, non-surgery, and psychiatry, the highest empathy score was observed in the group of psychiatry professors, followed by the non-surgical and surgical groups ($P = 0.045$).

Conclusions: Empathy with patients differed among physicians of different disciplines of Isfahan University of Medical Sciences. They did not show empathy and cooperation with their students in completing the questionnaire presented to them.

Keywords: Empathy, Medical sciences faculty physicians, Patients

Citation: Kheirabadib G, Haji-Rahimi M, Mahki B, Masaiely N, Yahaei M, Golshani L, et al. **Empathy with Patients in Medical Sciences Faculty Physicians at Isfahan University of Medical Sciences, Iran.** J Res Behav Sci 2016; 14(2): 154-60.

Received: 21.12.2015

Accepted: 14.05.2016

1- Associate Professor, Behavioral Sciences Research Center AND Department of Psychiatry, School of Medicine, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran

2- Student of Medicine, School of Medicine, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran

3- Assistant Professor, Department of Biostatistics and Epidemiology, School of Health, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran

4- Behavioral Sciences Research Center AND Department of Psychiatry, School of Medicine, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran

Corresponding Author: Gholamreza Kheirabadi, Email: kheirabadi@bsrc.mui.ac.ir