

میزان همدلی در دستیاران تخصصی رشته‌های بالینی بیمارستان‌های دانشگاه علوم پزشکی ایران

دکتر سید وحید شریعت^۱، دکتر آلاء کیخاونی^۲

Empathy in Medical Residents at Iran University of Medical Sciences

Seyed Vahid Shariat^{*}, Ala Kaykhavoni^a

Abstract

Objectives: There is a dearth of empirical research on physician empathy despite its mediating role in patient-physician relationships and clinical outcomes. Due to a lack of a single definition and a precise measurement tool, research in this area had been limited until recently; and to the best of our knowledge, this is the first research carried out on this subject in Iran. In this study, the level of empathy in medical residents was assessed using the Jefferson Scale of Physician Empathy. **Method:** The study sample consisted of 251 residents in hospitals affiliated to Iran University of Medical Sciences in 2008. The retest reliability and internal consistency of the questionnaire was first tested on 20 residents, which resulted in acceptable figures. **Results:** Psychiatry residents had a mean empathy score of 114.2, which was higher than residents of other specialties were. This was followed by scores of residents of anesthesiology, surgery, pathology, emergency medicine, obstetrics and gynecology, internal medicine, ENT, radiology, orthopedics, pediatrics, ophthalmology, and dermatology. Mean empathy score in psychiatry residents had significant difference with those of orthopedics, pediatrics, ophthalmology and dermatology. There was no significant difference in mean empathy score with regard to age, marital status and sex. **Conclusion:** Even though the present study showed an appropriate face validity and reliability, the results were different in some aspects with those of other countries. This could be due to the lack of sufficient attention to humanistic aspects of doctor-patient relationship in the educational context of medicine in Iran, the mismatch

چکیده

هدف: اگرچه از همدلی به عنوان مقوله‌ای بسیار مهم در پزشکی یاد می‌شود که باعث افزایش رضایت بیماران و تشخیص و درمان صحیح‌تر اختلافات می‌شود به دلیل نبود تعریف واحد و هم‌چنین ابزار اندازه‌گیری دقیق آن تا مدتی پیش، تحقیقات صورت گرفته در این زمینه بسیار محدود بود. در این مطالعه میزان همدلی دستیاران تخصصی رشته‌های بالینی سنجیده شده است. **روش:** جامعه پژوهش شامل ۲۵۱ نفر از دستیاران تخصصی رشته‌های بالینی در بیمارستان‌های دانشگاه علوم پزشکی ایران در نیمه دوم سال ۱۳۸۶ و نیمه اول سال ۱۳۸۷ بود. در ابتدای مطالعه پایایی بازآزمون و هم‌خوانی درونی پرسش‌نامه جفرسون ویژه همدلی پزشکان و پرسنل بهداشتی روی ۲۰ نفر از دستیاران بررسی شد که اعداد قابل قبولی به دست آمد. سپس پرسشنامه روی نمونه مورد بررسی اجرا گردید. **یافته‌ها:** دستیاران روانپزشکی با نمره متوسط همدلی ۱۱۴/۲ نسبت به سایر دستیاران نمره بالاتری را کسب کردند و بعد به ترتیب رشته‌های بیهوشی، جراحی، پاتولوژی، طب اورژانس، زنان و زایمان، داخلی، گوش و حلق و بینی، رادیولوژی، ارتوپدی، اطفال، چشم پزشکی و پوست قرار داشتند. نمره متوسط همدلی در دستیاران روانپزشکی اختلاف معنی‌دار آماری با رشته‌های ارتوپدی، اطفال، چشم پزشکی و پوست داشت. اختلاف معنی‌دار آماری بین نمره متوسط همدلی به تفکیک سن، وضعیت تأهل و جنسیت آزمودنی‌ها وجود نداشت. **نتیجه‌گیری:** اگرچه این مطالعه نشان داد که این پرسش‌نامه از روایی صوری و پایایی مناسبی در نمونه حاضر برخوردار است، نتایج این مطالعه با مطالعات سایر کشورها تفاوت‌هایی داشت که عدم توجه کافی به جنبه‌های انسانی رابطه پزشک و بیمار در محتوای آموزشی دوره‌های

^۱ روانپزشک، استادیار دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی-درمانی ایران، مرکز تحقیقات بهداشت روان و انستیتو روانپزشکی تهران. تهران، خیابان ستارخان، خیابان نیایش، خیابان شهید منصور، انستیتو روانپزشکی تهران. دورنگار: ۰۲۱-۶۶۵۰۶۹۵۳ (نویسنده مسئول) E-mail: shariatv@iums.ac.ir ^۲ پزشک عمومی و دستیار تخصصی بیماری‌های قلب و عروق. دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی-درمانی ایران.

* Corresponding author: Psychiatrist, Assistant Prof. of Iran University of Medical Sciences; Mental Health Research Center, Tehran Psychiatric Institute, Mansouri, St., Sattarkhan Ave., Tehran, Iran. Fax: +9821-66506953, Email: shariatv@iums.ac.ir; ^a Resident of Cardiology, Iran University of Medical Sciences.

between residents' medical career and their true preferences, as well as cultural differences.

Key words: empathy; medical residents; medical specialties

[Received: 12 July 2009 ; Accepted: 15 November 2009]

پزشکی عمومی و تخصصی در ایران، عدم انتخاب رشته دستیاران تخصصی بر اساس علاقه و احتمال وجود تفاوت‌های بین‌فرهنگی مؤثر در نمره کل آزمون می‌توانند از عوامل مؤثر در این تفاوت‌ها بوده باشند.
کلیدواژه: همدلی؛ دستیاران پزشکی؛ رشته‌های تخصصی

[دریافت مقاله: ۱۳۸۸/۴/۲۱؛ پذیرش مقاله: ۱۳۸۸/۸/۲۴]

مقدمه

همدلی^۱ عبارت است از توانایی قراردادن خود به جای دیگران و از این طریق درک بهتر احساسات و تجربیات آنها. همدلی از دو بخش تشکیل شده است: یک بخش شناختی که عبارت است از توانایی شناخت احساسات و تجربیات دیگران و یک بخش احساسی که عبارت از تقسیم احساسات و تجربیات آنهاست. منظور از همدلی در پزشکی اغلب بخش شناختی آن است (حجت^۲، ۲۰۰۷). اگرچه از همدلی به عنوان یک بخش بسیار مهم در پزشکی یاد می‌شود که باعث افزایش رضایت بیماران و تشخیص و درمان صحیح‌تر می‌شود، به دلیل فقدان تعریف واحد از آن و نبودن ابزاری جهت اندازه‌گیری دقیق آن، تحقیقات صورت گرفته در این زمینه بسیار محدود است. پرسش‌نامه‌هایی که قبلاً برای بررسی همدلی در افراد تهیه شده بود دو اشکال اصلی داشتند که استفاده از آنها را در بررسی همدلی پزشک با بیمار محدود می‌کرد؛ اول این که معیارهای موجود در این پرسش‌نامه‌ها به رابطه بین پزشک و بیمار تأکید نمی‌کند. دوم این که در این پرسش‌نامه‌ها به بخش شناختی همدلی که اهمیت به‌سزایی در پزشکی دارد کمتر پرداخته شده است (حجت، ژوزیف^۳، گونیا^۴، مانجون^۵ و ناسکا^۶، ۲۰۰۲). با توجه به نقش مهم همدلی در پزشکی و نبودن پرسش‌نامه مناسبی جهت اندازه‌گیری میزان همدلی در پزشکان، برای اولین بار در سال ۲۰۰۰ پرسش‌نامه‌ای به نام پرسش‌نامه جفرسون ویژه همدلی پزشکان^۷ توسط دکتر محمدرضا حجت در دانشگاه توماس جفرسون تهیه و تنظیم شد (حجت، ۲۰۰۷). مطالعات نشان داده‌اند که همدلی با فاکتورهای زیر در رابطه است: مهارت‌های اجتماعی، حس نوع دوستی، انعطاف‌پذیری، توانایی صبر و تحمل، حس شوخ‌طبعی، نگرش مثبت به افراد مسن، توانایی گرفتن شرح حال و معاینه بالینی صحیح، جنسیت، شخصیت، تجربیات آموزشی و رابطه مثبت با والدین (لیوینسون^۸ و روتر^۹، ۱۹۹۵؛ پایوا^{۱۰} و هالی^{۱۱}، ۱۹۷۱). سه بخش اصلی برای همدلی پزشک با بیمار مطرح شده است که عبارتند از: ارتباط کلامی با بیمار، دلسوزی و خود را به جای بیمار نهادن

(دیویس^{۱۲}، ۱۹۸۳). تا کنون مطالعات مختلفی برای بررسی همدلی در زیرگروه‌های مختلف از دانشجویان و کادر پزشکی انجام شده است. در یک مطالعه، نمره همدلی پزشکان عمومی از افراد رشته‌های وابسته به پزشکی و رشته‌های غیروابسته به پزشکی بیشتر بود (حجت، ۲۰۰۷). در مطالعه دیگری، دانشجویان پزشکی که قصد ادامه تحصیل در رشته‌های پزشکی خانواده و اطفال را داشتند، نمره همدلی بالاتری نسبت به سایر پزشکان کسب کردند (کوتس وان دیچک^{۱۳}، بری^{۱۴}، مور^{۱۵} و راجرز^{۱۶}، ۱۹۹۷). هم‌چنین در یک مطالعه روی دستیاران مشغول به تحصیل در رشته‌های مردم‌مدار (زنان و زایمان، اورژانس و روانپزشکی)، آنها نمره بالاتری از دستیاران مشغول به تحصیل در رشته‌های بر پایه تکنولوژی (جراحی) کسب کردند (حجت، زاگرم^{۱۷}، مگی^{۱۸}، مانگیون، ناسکا و گونیا^{۱۹}، ۲۰۰۵). این یافته‌ها در مطالعه دیگری نیز تکرار شده است (چن^{۱۹}، لوو^{۲۰}، هرشمان^{۲۱} و اورلاند^{۲۲}، ۲۰۰۷). در همین راستا یک مطالعه دیگر هم بین نمره همدلی در رشته‌های مختلف تخصصی اختلاف معنی‌دار آماری گزارش کرد و در آن روانپزشکان بالاترین نمره همدلی را کسب کردند (حجت، ژوزیف، گونیا، مانجون و ناسکا، ۲۰۰۲؛ نیوتون^{۲۳}، باربیر^{۲۴} و کلاردی^{۲۵}، ۲۰۰۸). در مقاله‌ای با عنوان «آیا در طول تحصیل پزشکی همدلی کاهش می‌یابد؟» (نیوتون، باربیر، کلاردی و کلولاند^{۲۶}، ۲۰۰۸) و در مقاله دیگری با عنوان «اختلاف میزان همدلی در دانشجویان پزشکی» (نیوتون و همکاران، ۲۰۰۰)، رشته‌های تخصصی را به دو گروه core و non core تقسیم

- | | |
|---|--------------------|
| 1- empathy | 2- Hojat |
| 3- Joseph | 4- Gonnella |
| 5- Mangjone | 6- Nasca |
| 7- Jefferson Scale of Physician Empathy | |
| 8- Livinson | 9- Roter |
| 10- Paiva | 11- Haley |
| 12- Davis | 13- Couts van Dijk |
| 14- Bray | 15- Moore |
| 16- Rogers | 17- Zuckerman |
| 18- Magee | 19- Chen |
| 20- Lew | 21- Hershman |
| 22- Orland | 23- Newton |
| 24- Barber | 25- Clardy |
| 26- Cleveland | |

دوم سال تحصیلی ۱۳۸۶ و نیمه اول سال تحصیلی ۱۳۸۷ برای شرکت در مطالعه دعوت شد که ۲۵۱ نفر از ایشان (۶۲/۵٪) مایل به همکاری و تکمیل پرسش نامه بودند. برای سنجش همدلی از پرسش نامه جفرسون ویژه همدلی پزشکان (حجت، ژوزف، گونیا، مانجیون و ناسکا، ۲۰۰۲) استفاده شد. این پرسش نامه حاوی ۲۰ گویه است که تکمیل کننده بر اساس میزان موافقت خود با آن، به هر گویه از بین یک تا هفت نمره می دهد که نمره یک نشان دهنده عدم موافقت و عدد هفت نشان دهنده حداکثر موافقت است. این پرسش نامه دارای دو نسخه است که یکی تحت عنوان «پرسش نامه جفرسون ویژه همدلی دانشجویان پزشکی» برای بررسی میزان همدلی در دانشجویان پزشکی و دیگری «پرسش نامه جفرسون ویژه همدلی پزشکان» جهت بررسی میزان همدلی در پزشکان و پرسنل بهداشتی تنظیم شده است. برای نمونه یکی از گویه های این پرسش نامه در زیر آورده می شود: «نظر به این که افراد با یکدیگر فرق دارند، برای من مشکل است که مسایل را از دریچه چشم بیماران مورد توجه قرار دهم» (همان جا). جهت انجام این مطالعه از نسخه ویژه پزشکان و پرسنل بهداشتی استفاده شد. اعتبار و پایایی این پرسش نامه در مطالعات متعددی مورد بررسی و تأیید قرار گرفته است. برای مثال، با بررسی ۷۰۴ پزشک، ضریب پایایی بازآزمون آن معادل ۰/۶۵ و ضریب پایانی آلفای کرونباخ معادل ۰/۸۱ به دست آمده است (حجت، ژوزف، ونیلا، مانجیون و ناسکا، ۲۰۰۲). هم چنین روایی هم زمان آن نیز مورد بررسی و تأیید قرار گرفته است (حجت، مانجیون، کانی و گونیا، ۲۰۰۵).

در مطالعه حاضر علاوه بر ۲۰ سؤال مذکور، در پرسش نامه اطلاعات جمعیت شناختی، سن، جنس، وضعیت تأهل، سال تحصیل و رشته تخصصی نیز از دستیاران پرسیده می شد. به علاوه از دستیاران خواسته می شد بر اساس شناختی که از خود دارند نمره ای بین صفر تا صد به میزان همدلی خود بدهند. نسخه انگلیسی این پرسش نامه توسط آقای دکتر محمدرضا حجت (طراح پرسش نامه) به ایران فرستاده شد که

کردند که در هر دو مقاله نمره متوسط همدلی در رشته های core بالاتر بود. فقط در یک مقاله که با عنوان «نقش همدلی در تعیین رشته تخصصی» در سال ۱۹۸۳ منتشر شد، هیچ ارتباطی بین نمره همدلی و رشته تخصصی مشاهده نشد (ایزنگرگ^۱ و لنون^۲، ۱۹۸۳). هم چنین در اغلب مطالعات نمره همدلی در خانم ها بیشتر از آقایان بوده است (ایزنگرگ و لنون، ۱۹۸۳؛ حجت و همکاران، ۲۰۰۲؛ لیتواک^۳، دوگا^۴ و رومنی^۵، ۱۹۹۷؛ فورست-استریت^۶، ۱۹۸۲؛ ایگلی^۷ و استفان^۸، ۱۹۸۴؛ حجت و گونیا، ۱۹۹۵؛ شریعت، اشتاد و انصاری، ۲۰۱۰).

درباره ثبات یا تغییر میزان همدلی در طول تحصیل، مطالعه ای نشان داده است که میزان همدلی با تحصیل در دانشکده پزشکی کاهش پیدا می کند (چن، لوو، هارشمین و ارلند، ۲۰۰۷)، اما دو مطالعه دیگر به این نتیجه رسیده اند که همدلی یک خصوصیت ثابت شخصیتی است و همواره ثابت می ماند (مانگیون، کانی^۹، کاروس^{۱۰}، گونیا، ناسکا و حجت، ۲۰۰۲؛ لامونیکال^{۱۱}، ولف^{۱۲} و مادا^{۱۳}، ۱۹۸۷).

با توجه به نقش مهمی که همدلی در کیفیت رابطه و نتایج درمان دارد و لزوم پرداختن به آن به عنوان ابزاری برای بهبود رابطه پزشک و بیمار و هم چنین از آن جا که تا کنون - تا جایی که می دانیم - پژوهش های بسیار کمی پیرامون این موضوع در ایران انجام شده و قبل از این مطالعه ابزار معتبری برای سنجش همدلی به زبان فارسی وجود نداشت. این مطالعه با هدف بررسی میزان همدلی در دستیاران رشته های تخصصی پزشکی که بخش مهمی از ارایه خدمات پزشکی را در آینده در کشور بر عهده خواهند داشت، و هم چنین با هدف اعتباریابی ترجمه فارسی پرسش نامه مربوطه انجام شد.

روش

در این بررسی مقطعی، جامعه پژوهش شامل کلیه دستیاران رشته های تخصصی دانشگاه علوم پزشکی ایران با پذیرش بیش از پنج نفر در سال بود. نمونه گیری به صورت در دسترس انجام گرفت و از کلیه دستیاران تخصصی طب داخلی، طب اورژانس، اطفال، جراحی عمومی، روانپزشکی، پوست، گوش و حلق و بینی، چشم پزشکی، ارتوپدی، بیهوشی، زنان و زایمان، رادیولوژی و پاتولوژی مشغول به تحصیل در بیمارستان های حضرت رسول (ص)، روانپزشکی ایران، کودکان علی اصغر (ع)، فیروزگر، و اکبرآبادی در نیمه

- | | |
|--------------|------------------|
| 1- Eisenberg | 2- Lennon |
| 3- Litvac | 4- Douga |
| 5- Romney | 6- Forest-Streit |
| 7- Eagly | 8- Steffen |
| 9- Kani | 10- Caruso |
| 11- Lamonica | 12- Wolf |
| 13- Madea | |

بودند، حال آن که دستیاران سال‌های پایین‌تر به علت این که گرداننده‌های اصلی بخش‌ها هستند بیشتر در دسترس بودند). فراوانی، درصد فراوانی و درصد تجمعی نمرات همدلی در **جدول ۱** نشان داده شده است. بیشترین فراوانی نمرات همدلی در محدوده ۱۱۰-۱۰۶ بود. نمرات همدلی با تفکیک سن، جنس، وضعیت تأهل و سال تحصیل در **جدول ۲** و **جدول ۳** آورده شده‌اند. نمرات همدلی با سن، جنس، وضعیت تأهل و سال تحصیل رابطه معنی‌دار آماری نداشتند. بین نمرات همدلی به تفکیک سن ارتباط معنی‌دار آماری به دست نیامد. هم‌چنین، بین نمرات همدلی به تفکیک سال تحصیل، جنس و وضعیت تأهل ارتباط معنی‌دار آماری به دست نیامد. در این مطالعه میانگین نمرات همدلی حاصل از جمع‌بندی نمرات سؤال‌های ۱ تا ۲۰، با میانگین نمرات همدلی که هر دستیار از بین صفر تا صد با توجه به شناختی که از خود داشت به خود می‌داد مقایسه شدند که از نظر آماری اختلاف معنی‌داری بین آنها مشاهده نشد.

مقایسه میزان همدلی در گروه‌های مختلف که بر اساس ویژگی رشته تخصصی تقسیم‌بندی شده بودند در **جدول ۴** نشان داده شده است:

الف- رشته‌های تخصصی مبتنی بر تکنولوژی: ارتوپدی، چشم، جراحی؛ ب- رشته‌های تخصصی مبتنی بر ابزار: رادیولوژی، پاتولوژی، بیهوشی؛ ج- رشته‌های تخصصی غیرمرتبط با مراقبت‌های اولیه: قلب، پوست، اورژانس، روانپزشکی، زنان و زایمان؛ د- رشته‌های تخصصی مرتبط با مراقبت‌های اولیه یا مردم‌مدار: طب داخلی و اطفال.

بالاترین میانگین نمره همدلی در رشته‌های غیرمرتبط با مراقبت‌های اولیه و کمترین میانگین نمره همدلی در رشته‌های مبتنی بر تکنولوژی بود که اختلاف معنی‌دار آماری باهم داشتند ($F=3/104$ ، $df=3/226/229$ ، $p=0/007$).

در این مطالعه رشته‌های تخصصی به صورت زیر نیز طبقه‌بندی و مقایسه شدند:

الف- رشته‌های اصلی شامل: داخلی، زنان، اطفال، روانپزشکی؛ ب- رشته‌های غیراصلی شامل: سایر رشته‌ها.

در ایران توسط پروفیسور رضا شاپوریان و یکی از نویسندگان مقاله (س.و.ش) به فارسی ترجمه و با متن اصلی تطبیق داده شد و به تأیید طراح پرسش‌نامه نیز رسید. در ابتدا جهت بررسی هم‌خوانی درونی، پرسش‌نامه به ۲۰ نفر از دستیاران رشته‌های تخصصی داده شد که ضریب پایایی آلفای کرونباخ معادل ۰/۸۸ به دست آمد. جهت بررسی پایایی بازآزمون نیز پرسش‌نامه به ۲۰ نفر از دستیاران داده شد و به فاصله دو هفته مجدداً توسط آنها تکمیل گردید و ضریب پایایی بازآزمون معادل ۰/۹۴ به دست آمد. برای رعایت نکات اخلاقی قبل از دادن پرسش‌نامه‌ها راجع به محرمانه بودن داده‌ها و نحوه انجام مطالعه با دستیاران صحبت شد. به علاوه شرکت در مطالعه کاملاً اختیاری و بر اساس میل دستیاران بود. هدف از این پژوهش بررسی میزان نمره کل همدلی در ارتباط با سن، جنس، وضعیت تأهل، سال تحصیلی و رشته تخصصی بود.

در ابتدای مطالعه نرمال بودن توزیع داده‌ها بررسی شد که کلیه داده‌ها به جز نمره دستیار به میزان همدلی خود با بیمار، از توزیع نرمال پیروی می‌کردند. علاوه بر داده‌های توصیفی، جهت آنالیز پایایی بازآزمون از ضریب همبستگی پیرسون و برای بررسی هم‌خوانی درونی از روش ضریب پایایی آلفای کرونباخ استفاده شد.

تفاوت بین نمره همدلی در دو جنس به کمک آزمون t مستقل بررسی شد. جهت بررسی ارتباط بین نمره همدلی و رشته‌های تخصصی از تحلیل واریانس یک طرفه استفاده شد.

یافته‌ها

در این مطالعه ۲۵۱ دستیار (۴۱/۱٪ مؤنث) شرکت کردند. ۸۶/۷٪ از دستیاران سال اول، ۵۴/۶٪ از دستیاران سال دوم، ۴۲/۳٪ از دستیاران سال سوم و ۲۹/۷٪ از دستیاران سال چهارم در این مطالعه شرکت نمودند. کمترین میزان شرکت‌کنندگان مربوط به دستیاران سال چهارم و علت این مسأله، عدم حضور فعال دستیاران در بخش‌ها بود (اغلب دستیاران سال چهارم در بخش‌ها حضور نداشتند و در کتابخانه‌ها مشغول مطالعه جهت شرکت در امتحان مورد

جدول ۱- فراوانی، درصد فراوانی و درصد تجمعی نمرات همدلی

نمرات همدلی	فراوانی	درصد فراوانی	درصد تجمعی
<۷۵	۶	۲/۴	۲/۴
۷۶-۸۰	۱۳	۵/۲	۷/۸
۸۱-۸۵	۱۳	۵/۲	۱۳/۱
۸۶-۹۰	۱۷	۶/۸	۲۰
۹۱-۹۵	۳۴	۱۳/۵	۳۳/۹
۹۶-۱۰۰	۳۷	۱۴/۷	۴۹
۱۰۱-۱۰۵	۲۶	۱۰/۴	۵۹/۶
۱۰۶-۱۱۰	۴۵	۱۷/۹	۷۸
۱۱۰-۱۱۵	۲۱	۸/۴	۸۶/۵
۱۱۶-۱۲۰	۱۷	۶/۸	۹۳/۵
۱۲۱-۱۲۵	۷	۲/۸	۹۶/۳
۱۲۶-۱۳۰	۹	۳/۶	۱۰۰
۱۳۱-۱۳۵	۰	۰	
۱۳۶-۱۴۰	۰	۰	
جمع کل	۲۵۱	۱۰۰	

میانگین نمره همدلی در رشته‌های اصلی ۱۰۲/۸ و در رشته‌های غیر اصلی ۹۹/۵ بود. آزمون آماری t تفاوت معنی‌داری میان نمرات مردان و زنان مورد بررسی نشان نداد. یکی از اهداف این مطالعه، بررسی میزان همدلی در دستیاران رشته‌های بالینی به تفکیک رشته تخصصی بود (جدول ۵). دستیاران رشته روانپزشکی با میانگین نمره همدلی ۱۱۴/۲ بیشترین نمره همدلی و دستیاران رشته پوست با میانگین نمره همدلی ۹۸/۹ کمترین نمره همدلی را در کل نمونه به خود اختصاص دادند. تحلیل واریانس یک‌طرفه تفاوت معنی‌داری بین نمره همدلی در رشته روانپزشکی با نمره همدلی در رشته‌های پوست، چشم، اطفال و ارتوپدی نشان نداد ($F=۳/۱۰۱$, $df=۲/۲۰۴/۲۰۶$, $p=۰/۰۴$).

جدول ۲- نمرات همدلی به تفکیک سن و جنس

جنس	فراوانی	درصد فراوانی	حداقل نمره	حداکثر نمره	میانگین (انحراف معیار)
زن	۱۴۸	۵۸/۹	۶۵	۱۲۸	(۱۳/۳)۱۰۰/۹
مرد	۱۰۳	۴۱/۱	۶۳	۱۲۸	(۱۳/۱)۱۰۰/۴
۲۰-۲۵ سال	۴	۱/۵	۹۲	۱۲۸	(۱۷/۳)۱۰۲
۲۶-۳۰ سال	۱۲۲	۴۸/۶	۶۳	۱۲۸	(۱۳/۲)۱۰۰/۳
۳۱-۳۵ سال	۷۹	۳۱/۴	۶۵	۱۲۷	(۱۱/۸)۹۹/۹
۳۶-۴۰ سال	۳۲	۱۲/۷	۷۶	۱۲۶	(۱۲/۸)۱۰۴/۵
۴۱-۴۵ سال	۴	۱/۵	۱۰۷	۱۲۴	(۸/۱)۱۱۴/۲

جدول ۳- نمرات همدلی به تفکیک وضعیت تأهل و سال تحصیل

وضعیت تأهل	فراوانی	درصد فراوانی	حداقل نمره	حداکثر نمره	میانگین (انحراف معیار)
مجرد	۷۷	۳۰/۶	۶۷	۱۲۸	(۱۴/۱)۱۰۱
متأهل	۱۷۳	۶۸/۳	۶۳	۱۲۸	(۱۲/۸)۱۰۰/۷
مطلقه	۱	۰/۴	۱۱۰	۱۱۰	۱۱۰
ذکر نشده	۲	۰/۸			
سال تحصیل:					
سال اول	۱۰۷	۴۲/۵	۷۴	۱۲۸	(۱۲/۸)۱۰۲/۳
سال دوم	۶۴	۲۵/۴	۶۳	۱۲۰	(۱۳/۰۲)۹۸/۳
سال سوم	۴۴	۱۷/۵	۷۸	۱۲۸	(۱۳/۳)۱۰۰/۱
سال چهارم	۲۵	۹/۹	۷۸	۱۲۸	(۱۲/۹)۱۰۴
ذکر نشده	۱۲	۴/۸			

جدول ۴- نمرات همدلی بر اساس ویژگی رشته تخصصی

رشته تخصصی	فراوانی	حداقل نمره	حداکثر نمره	میانگین (انحراف معیار)
غیرمرتبط با مراقبت‌های اولیه	۶۸	۷۲	۱۲۸	(۱۴/۱)۱۰۳/۹
مبتنی بر ابزار	۵۸	۶۷	۱۲۸	(۱۱/۶)۱۰۲/۴
مرتبط با مراقبت‌های اولیه	۵۵	۶۳	۱۲۸	(۱۲/۶)۹۸/۹
مبتنی بر تکنولوژی	۶۴	۶۵	۱۲۷	(۱۳/۳)۹۷/۴
رشته‌های اصلی	۹۳	۶۳	۱۲۸	(۱۳/۵)۱۰۲/۸
رشته‌های غیراصولی	۱۵۲	۶۵	۱۲۸	(۱۲/۹)۹۹/۵

جدول ۵- نمرات همدلی ۲۵۱ دستیار تخصصی به تفکیک رشته تخصصی

رشته تخصصی	فراوانی	حداقل نمره	حداکثر نمره	میانگین (انحراف معیار)
روانپزشکی	۲۱	۹۸	۱۲۸	(۱۴/۱)۱۱۴/۲
بیهوشی	۲۸	۸۲	۱۲۸	(۱۲/۴)۱۰۴
جراحی	۱۹	۷۷	۱۲۷	(۱۴/۳)۱۰۲/۴
پاتولوژی	۱۵	۹۱	۱۲۶	(۱۰/۱)۱۰۲/۲
طب اورژانس	۱۹	۷۸	۱۲۰	(۱۲/۱)۱۰۲
زنان و زایمان	۱۸	۷۶	۱۲۸	(۱۳/۰)۱۰۱
بیماری‌های داخلی	۳۵	۶۳	۱۲۸	(۱۳/۶)۱۰۰/۸
گوش و حلق و بینی	۱۵	۹۱	۱۱۱	(۶/۲)۹۸/۶
رادیولوژی	۱۵	۶۷	۱۱۴	(۱۱/۱)۹۸/۵
ارتوپدی	۱۵	۷۰	۱۱۹	(۱۵/۳)۹۶/۴
اطفال	۲۰	۸۳	۱۲۳	(۱۰/۳)۹۵/۸
چشم‌پزشکی	۱۵	۶۵	۱۱۶	(۱۳/۴)۹۱/۰۶
پوست	۱۰	۷۲	۱۱۵	(۱۴/۲)۸۹/۹

بحث

این مطالعه نشان داد که نمرات همدلی به تفکیک سن، جنس، وضعیت تأهل و سال تحصیل اختلاف معنی‌دار آماری با هم نداشتند ($p < 0/05$). بالاترین میانگین نمره همدلی در رشته‌های غیرمرتبط با مراقبت‌های اولیه و کمترین میانگین نمره همدلی در رشته‌های مبتنی بر تکنولوژی بود که اختلاف معنی‌دار آماری با هم داشتند. دستیاران رشته روانپزشکی با میانگین نمره همدلی ۱۱۴/۲ بیشترین نمره همدلی و دستیاران رشته پوست با میانگین نمره همدلی ۹۸/۹ کمترین نمره همدلی را در کل نمونه به خود اختصاص دادند. از نظر آماری اختلاف معنی‌داری بین نمره همدلی در رشته روانپزشکی با نمره همدلی در رشته‌های پوست، چشم، اطفال و ارتوپدی وجود داشت.

اغلب مطالعاتی که تا کنون پیرامون این موضوع انجام شده است نیز نشان داده‌اند که میزان همدلی در رشته‌های

تخصصی مختلف متفاوت است (نیوتون، باربر، کلاردی، کیولند، ۲۰۰۸؛ ۱۹۹۷؛ حجت، زاگر، مگی، مانجیون، ناسکا و گونیا، ۲۰۰۵؛ چن، لو و همکاران، ۲۰۰۷؛ گونیا، مانجون، ناسکا و همکاران، ۲۰۰۲؛ حجت، ژوزیف، هارشم و ارلند، ۲۰۰۷). برای نمونه در بیشتر این مطالعات حداکثر نمره همدلی در دستیاران روانپزشکی و بعد از آن در رشته‌های داخلی، اطفال و اورژانس گزارش شده است. در مرحله بعد رشته‌های جراحی مانند جراحی عمومی، جراحی قلب، ارتوپدی و زنان و زایمان قرار دارد که بیشتر کار آنها در اطاق عمل و با تکیه بر جراحی است و در انتهای فهرست رشته‌هایی مانند رادیولوژی و پاتولوژی قرار دارند که در این رشته‌ها تشخیص اغلب بر اساس تکنولوژی و پاراکلینیک صورت می‌گیرد و کمتر با خود بیماران سر و کار دارند. تقریباً در تمام مطالعه‌هایی که تا کنون صورت گرفته حداکثر نمره همدلی در رشته روانپزشکی بوده است. در این تحقیق نیز با نمره

پرسش‌نامه را پر می‌کردند، هم‌خوانی درونی پرسش‌نامه پایین می‌آمد، که چنین نشد.

مسئله دیگری که باید مورد توجه قرار بگیرد این نکته است که در ایران اغلب پزشکانی که در آزمون دستیاری شرکت می‌کنند رشته تخصصی خود را تنها بر اساس علایق خود انتخاب نمی‌کنند و عوامل دیگری مثل مسایل مالی و مورد توجه بودن بعضی رشته‌ها نیز در این انتخاب نقش مهمی دارد. برخی رشته‌ای را انتخاب می‌کنند که تعداد کشیک کمتری داشته باشد یا درآمد آینده آن تضمین باشد، به شکلی که اغلب داوطلبان با نمره‌های بالاتر به سمت دو رشته پوست و رادیولوژی تمایل پیدا می‌کنند. به نظر می‌رسد که رواج یافتن یک سری رشته‌ها به‌عنوان رشته‌های برتر از زمانی بیشتر نمایان شد که وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی رشته‌ها را به سه گروه یک درصد، دو درصد و سه درصد تقسیم نمود. به این ترتیب که رشته‌های پوست، رادیولوژی، قلب، چشم‌پزشکی و گوش و حلق و بینی به‌عنوان رشته‌های یک درصد، رشته‌های جراحی، داخلی، زنان و زایمان و اطفال به‌عنوان رشته‌های سه درصد و سایر رشته‌ها به‌عنوان رشته‌های دو درصد تعیین شدند. دانشجویان با معدل‌های بالا به‌عنوان یک درصد، حق شرکت در کلیه رشته‌ها را داشتند و دانشجویان با معدل کمتر فقط حق شرکت در رشته‌های سه درصد را داشتند. اگرچه مصوبه بالا از دو سال قبل حذف شده است، هنوز تأثیر آن بر دانشجویان مشاهده می‌شود و آن دیدگاه نادرست کماکان رواج دارد. تنها در یک مطالعه (ایزنبرگ و لنون، ۱۹۸۹)، هیچ ارتباطی بین نمره همدلی و رشته تخصصی مشاهده نشده است.

درباره رابطه نمره همدلی با جنسیت، تقریباً در تمام مطالعات مرتبط میزان همدلی به‌طور قابل توجهی در خانم‌ها بیشتر از آقایان گزارش شده است (حجت و همکاران، ۲۰۰۲؛ لیتواک، دوگا و رومنی، ۱۹۹۷؛ فورست-استریت، ۱۹۸۲، ایگلی و استفان، ۱۹۸۴؛ حجت و گونیا، ۱۹۹۵). این تفاوت می‌تواند به این دلیل باشد که خانم‌ها بیشتر به سینگال‌های احساسی پاسخ می‌دهند و از طرفی پزشکان خانم وقت بیشتری را جهت ویزیت بیماران‌شان می‌گذرانند و به علاوه تعداد بیماران کمتری نیز دارند (حجت، گونیا، ناسکا، ویلوسک و اردمن، ۲۰۰۲). در مطالعه دیگری که روی پزشکان عمومی در ایران انجام شده است نیز میزان همدلی در پزشکان خانم به

متوسط همدلی ۱۱۴/۲ دستیاران رشته روانپزشکی بیشترین نمره را کسب کرده‌اند. در تبیین علت بالاتر بودن میزان همدلی در دستیاران روانپزشکی می‌توان به موارد زیر اشاره کرد: رابطه پزشک و بیمار و اجزای آن (از جمله همدلی) یکی از مهم‌ترین ارکان تشخیص و درمان در روانپزشکی هستند، به شکلی که تشخیص در روانپزشکی بیشتر بر اساس اطلاعاتی که در طی مصاحبه از بیمار (و همراهان) گرفته می‌شود مطرح می‌گردد و کمتر وابسته به اقدامات پاراکلینیک می‌باشد. به علاوه درمان موفق نیز نیازمند رابطه درمانی قدرتمندی است که همدلی یکی از مهم‌ترین تعیین‌کننده‌های آن است، که در این رشته مورد تأکید خاصی قرار می‌گیرد. نکته دیگر زمان بیشتری است که در مصاحبه روانپزشکی برای بیمار اختصاص داده می‌شود و ممکن است به این مسئله کمک کند. نشان داده شده است که روانپزشکان به‌طور متوسط ۳۹ دقیقه را به ویزیت هر بیمار اختصاص می‌دهند در حالی که این زمان برای پزشکان سایر رشته‌ها به‌طور متوسط ۲۰/۷ دقیقه است (حجت، گونیا، ناسکا، ویلوسک^۱ و اردمن^۲، ۲۰۰۲). اگرچه واضح است که در کشور ما برای هر ویزیت این مقدار زمان اختصاص داده نمی‌شود، ولی بیشتر بودن زمان ویزیت روانپزشکی از سایر ویزیت‌ها کاملاً محتمل است. اگرچه بالاتر بودن نمره همدلی در دستیاران روانپزشکی با سایر مطالعات هم‌خوان بود، این هم‌خوانی در مورد یافته‌های مربوط به سایر تخصص‌ها مشاهده نشد. در توجیه این یافته موارد زیر را می‌توان در نظر گرفت:

۱- اگرچه پایایی بازآزمون و هم‌خوانی درونی پرسش‌نامه قابل قبول بودند، این احتمال وجود دارد که تفاوت در هنجار آزمون در کشور ایران نسبت به کشور مبدأ و تفاوت در نمره‌دهی برخی گویه‌ها مسئول بخشی هر چند کوچک از این تفاوت باشد.

۲- در بیشتر بیمارستان‌های بررسی‌شده، ساعات کار دستیاران بیش از اندازه و تعداد مراجعه‌کنندگان به بیمارستان‌های دولتی بسیار زیاد است و این دو عامل می‌توانند در نحوه بروز همدلی در دستیاران تأثیرگذار باشند.

۳- به‌علت فشار کاری زیاد، دستیاران دقت کافی را در تکمیل پرسش‌نامه‌ها نداشته‌اند، اما با توجه به این که نمره‌دهی تعدادی از گویه‌ها معکوس بود، اگر افراد بدون دقت

از دستیاران به علت فشار کاری زیاد حاضر به همکاری و تکمیل پرسش نامه‌ها نشدند و از آن‌جا که احتمال دارد میزان همدلی در این افراد با افراد شرکت کننده برابر نباشد، آن را می‌توان یکی از محدودیت‌های مطالعه دانست.

تا جایی که ما اطلاع داریم این اولین مطالعه‌ای است که در زمینه همدلی با این ابزار در ایران منتشر می‌شود، بنابراین امکان مقایسه نتایج با مطالعه دیگری در ایران وجود نداشت. واضح است که یافته‌های به دست آمده از تنها یک مطالعه که در بیمارستان‌های یک دانشگاه انجام گرفته است را نمی‌توان به سایر دانشگاه‌ها تعمیم داد و برای به دست آوردن اطلاعات دقیق‌تر لازم است بررسی‌های بیشتری در سراسر کشور و با حجم نمونه بیشتر صورت گیرد و با توجه به اهمیت همدلی در تشخیص و درمان صحیح، لازم است مطالعات گسترده جهت بررسی اثر شرکت در کارگاه‌های آموزش مهارت‌های ارتباطی و همدلی روی افزایش میزان همدلی، انجام شود.

[بنا به اظهار نویسنده مسئول مقاله، حمایت مالی از پژوهش و تعارض منافع وجود نداشته است.]

منابع

- Chen, D., Lew, R., Hershman, W., & Orland, J. (2007). A cross-sectional measurement of medical student empathy. *Journal of General Internal Medicine*, 22(10), 1434-1438.
- Coults van Dijk, L., Bray, J. H., Moore, S., & Rogers, J. (1997). Prospective study of how student's humanism and psychosocial beliefs relate to specialty matching. *Academic Medicine*, 21(10), 1045-1049.
- Davis, M. H. (1983). Measuring individual differences in empathy. *Journal of Personality and Social Psychology*, 44, 113-126.
- Eagly, A. H., & Steffen, V. (1984). Gender stereotypes stem from the distribution of men and women in to social roles. *Journal of Personality and Social Psychology*, 46, 735-753.
- Eisenberg, N., & Lennon, R. (1983). Sex differences in empathy and related capacities. *Psychological Bulletin*, 94, 100-131.

شکل معنی‌داری بیشتر از آقایان بود (شریعت و همکاران، منتشر نشده)، اما در پژوهش حاضر، میزان همدلی در پزشکان آقا ۱۰۰/۹ و در پزشکان خانم ۱۰۰/۴ بود که اختلاف معنی‌دار آماری نداشت. بنابراین به نظر می‌رسد که این مسأله مربوط به شرایط خاص دوره دستگیری و محدود به این دوره می‌باشد.

در بررسی حاضر، جهت ارزیابی ارتباط بین سن و نمره همدلی، دستیاران از نظر سنی به پنج گروه تقسیم شدند که بین گروه‌ها اختلاف معنی‌دار آماری وجود نداشت. نتیجه مشابهی در پژوهشی دیگر به دست آمده است (حجت، ژوزف، گونیا، مانجیون و ناسکا، ۲۰۰۲).

از جمله مسایل دیگر که در این تحقیق به آن پرداخته شد، ارتباط بین نمره همدلی و سال تحصیل بود که باز هم اختلاف معنی‌دار آماری به دست نیامد. در این زمینه نتیجه مطالعات قبلی نشان از کاهش یا عدم تغییر میزان همدلی با افزایش سال تحصیل دارد. به‌عنوان نمونه در پژوهشی به این نتیجه رسیدند که همدلی با تحصیل در دانشکده پزشکی کاهش می‌یابد (چن، لوو، هارشن و ارلند، ۲۰۰۷). البته لامونیکال، ولف و مادا (۱۹۸۷) و مانجیون، کانی، گونیا، ناسکا و حجت (۲۰۰۲) نیز اختلاف معنی‌دار آماری بین نمرات همدلی در دستیاران سال‌های مختلف تحصیل به دست نیاوردند. در تبیین این یافته می‌توان به این مطلب اشاره کرد که همدلی یک ویژگی ثابت شخصیتی است که از کودکی شکل می‌گیرد و به تکامل می‌رسد (سادوک^۱ و سادوک^۲، ۲۰۰۵) و انتظار نمی‌رود که به آسانی و در طول تحصیل در دانشکده پزشکی کاهش یابد، با توجه به نقش مهم همدلی در تشخیص و درمان بیماری‌ها، اگر با تحصیل در دانشکده پزشکی میزان همدلی کاهش یابد باید جهت افزایش همدلی برنامه‌های هدف‌دار وارد آموزش پزشکی شود. مطالعات متعددی تا کنون نشان داده‌اند که می‌توان از روش‌های آموزشی مختلفی برای افزایش میزان همدلی در دانشجویان پزشکی استفاده کرد (اولانو^۳، مونتویا^۴ و اسنیز^۴، ۲۰۰۸).

در پژوهش حاضر، میانگین نمره همدلی در مجردها ۱۰۱ و در متأهل‌ها ۱۰۰/۷ بود که اختلاف معنی‌دار آماری با هم نداشتند. بی‌تردید تحقیقات بیشتری در این زمینه لازم است، زیرا در مرور مقالات مرتبط، پژوهشی که به آن پرداخته باشد مشاهده نشد. از جمله محدودیت‌های این مطالعه، محدود بودن به یک دانشگاه، عدم همکاری عده‌ای از دستیاران و عدم بررسی رابطه پزشکان با بیماران در شرایط واقعی بود. تعدادی

- Forest-Streit, U. (1982). Differences in empathy a preliminary analysis. *Journal of Medical Education*, 57, 65-67.
- Hojat, M. (2007). *Empathy in patient care*. Philadelphia: Pennsylvania, First Edition.
- Hojat, M., & Geonella, J. S. (1995). Gender comparisons of young physician's perceptions of their medical education professionals life and practice. *Academic Medicine*, 70, 305-312.
- Hojat, M., Gonnello, J. S., Magione, S., Nasca, T. J., Velosk, J., & Erdman, J. B. (2002). Empathy in medical students as related to academic performance. Clinical competence and Gender. *Medical Education*, 36, 522-527.
- Hojat, M., Joseph, S., Gonnella, J. S., Mangjone, S., & Nasca, T. J. (2002). Physician Empathy: Definition, components, measurement and Relationship to Gender and specialty. *American Journal of Psychiatry*, 159, 1563-1569.
- Hojat, M., Mangione, S., Kane, G. C., & Gonnella, J. S. (2005). Relationships between scores of the Jefferson Scale of Physician Empathy and the Interpersonal Reactivity Index. *Medical Teacher*, 27(7), 625-628.
- Hojat, M., Zuckerman, M., Magee, M., Mangione, S., Nasca, T., & Gonnella, J. (2005). Empathy in medical students as related to specialty interest, personality, and perceptions of mother and father. *Personality and Individual Differences*, 39, 1205-1215.
- Lamonical, E. L., Wolf, R., & Madea, A. R. (1987). Empathy and nursing care outcomes. *Scholarly Inquiry for Nursing Practice*, 1, 197-213.
- Litvack-miller, W., Douga, M. C., & Romney, D. M. (1997). The structure of empathy during middle childhood and its relationship to prosocial behavior. *Genetic, Social, and General Psychology Monographs*, 123, 303-325.
- Livinson, W., & Roter, D. (1995). Physician's psychosocial beliefs correlate with their patient communication skills. *Journal of General Internal Medicine*, 10, 375-379.
- Mangione, S., Kane, G. C., Caruso, J. W., Gonnella, J. S., Nasca, T. J., & Hojat, M. (2002). Assessment of empathy in different years of internal medicine training. *Medical Teacher*, 24(4), 370-373.
- Newton, B. W., Savidge, M. A., Barber, L., Cleveland, E., Clardy, J., Beeman, G., & Hart, T. (2000). Differences in medical student's empathy. *Academic Medicine*, 75(12), 1215.
- Newton, B. W., Barber, L., Clardy, J., & Cleveland, E. (2008). Is there hardening of the heart during medical school. *Academic Medicine*, 83(3), 244-249.
- Olano, F., Montoya, F. J., & Snchez, S. (2008). Impact of clinical interview training on the Empathy level of medical students and medical residents. *Medical Teacher*, 30, 322-324.
- Paiva, R. E. A., & Haley, H. B. (1971). Intellectual personality and environmental factors in career specialty preferences. *Journal of Medical Education*, 49, 281-288.
- Sadock, B. J., & Sadock, V. A. (2005). *Kaplan and Sadock's comprehensive textbook of psychiatry* (8th ed.). Philadelphia: Williams and Wilkins.
- Shariat, S. V., Eshtad, E., & Ansari, S. (2010). Empathy and its correlated in Iranian physician: A preliminary psychometric study of the Jeferson Scale of Physician Empathy. *Medical Teacher*, 32, e417-e421.