

# بررسی همدلی در دانشجویان کارشناسی پرستاری دانشگاه علوم پزشکی تهران

منصوره اشقلی فراهانی<sup>۱</sup>، تهمنه صالحی<sup>۲</sup>، زهرا عرب عامری<sup>۳</sup>، فاطمه حاجی بابایی<sup>۴</sup>، آغا فاطمه حسینی<sup>۵</sup>، فاطمه غفاری<sup>۶\*</sup>

تاریخ دریافت: ۱۳۹۵/۶/۳

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۵/۱۱/۲۰

تاریخ انتشار: ۱۳۹۶/۲/۹

## مقاله ی پژوهشی

### چکیده

همدلی، شرطی ضروری برای مراقبت پرستاری موثر است. یک رابطه همدلانه بین پرستار و بیمار به نتایج مثبت درمانی منتهی می شود و در محیط های آموزشی و درمانی موجب افزایش سازگاری دانشجویان پرستاری شده و حساسیت اخلاقی آنان را تحت تاثیر قرار می دهد. مطالعه حاضر با هدف تعیین همدلی دانشجویان پرستاری و ارتباط آن با مشخصات دموگرافیک آن ها در سال ۱۳۹۳-۱۳۹۲ انجام شد. مطالعه مقطعی از نوع توصیفی-تحلیلی بود که در آن به روش تصادفی طبقه ای، ۳۲۰ دانشجوی سال اول تا چهارم مقطع کارشناسی پرستاری شرکت کردند. داده ها با استفاده از پرسشنامه همدلی جفرسون ویژه دانشجویان پرستاری جمع آوری شدند و سپس با استفاده از نرم افزار SPSS نسخه ۱۸، آزمون های آماری تی تست مستقل، آنالیز واریانس یک طرفه و ضریب همبستگی پیرسون تجزیه و تحلیل شدند. میانگین نمره همدلی دانشجویان  $103 \pm 11$  بود و با افزایش سال تحصیلی، نمره همدلی نیز افزایش یافت. ارتباط معنی دار آماری بین جنس و همدلی وجود داشت و دانشجویانی که دوره ارتباط موثر را نگذرانده بودند، نمره همدلی بیشتری کسب کردند. به علاوه، با افزایش سن، نمره همدلی افزایش یافت و دانشجویان مجرد و شاغل، نمره همدلی بالاتری نسبت به دانشجویان متأهل و غیر شاغل به دست آوردند. ارتباط معنی داری بین نمره همدلی با علاقه مندی به رشته پرستاری، محل سکونت و معدل دانشجویان به دست نیامد. از آنجایی که ضعف ارتباطات بین فردی و پایین بودن احساس همدلی از موانع حساسیت اخلاقی است، تقویت همدلی از طریق آموزش می تواند به ارتقای اخلاق حرفه ای در دانشجویان پرستاری منجر شود. با توجه به ارتباط همدلی با سنوات تحصیلی دانشجویان در مطالعه حاضر، پیشنهاد می شود دانشکده ها از ترم های اول، دانشجویان را با اهمیت همدلی و چگونگی به کارگیری این مهارت در مراقبت از مددجویان آشنا سازند. همچنین در آموزش دانشجویان مذکر، به تقویت همدلی آنان با مددجویان توجه بیشتری صورت پذیرد.

**واژگان کلیدی:** همدلی، حساسیت اخلاقی، دانشجوی پرستاری، مقطع کارشناسی

<sup>۱</sup> دانشیار، گروه داخلی و جراحی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی ایران، تهران، ایران.

<sup>۲</sup> استادیار، گروه پرستاری داخلی و جراحی، دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی ایران، تهران، ایران.

<sup>۳</sup> کارشناسی ارشد پرستاری، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران.

<sup>۴</sup> دانشجوی دکتری پرستاری، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران.

<sup>۵</sup> مربی، عضو هیات علمی گروه آمار زیستی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی ایران، تهران، ایران.

<sup>۶</sup> استادیار، دانشکده پرستاری فاطمه زهرا (س) رامسر، دانشگاه علوم پزشکی بابل، بابل، ایران.

\* نویسنده مسؤول: رامسر، خیابان شهید مطهری، دانشکده پرستاری و مامایی فاطمه زهرا (س) رامسر، گروه بهداشت، تلفن: ۰۱۱۵۵۲۲۰۵۹۰

Email: ghafarifateme@yahoo.com

# مقدمه

ایجاد روابط مناسب بین فردی، یک وسیله جهت تبادل اطلاعات است و باعث پذیرش بهتر درمان و بهبود پیش‌آگهی می‌شود. رضایت از سیستم بهداشت و درمان، توانایی سازگاری بیشتر با شرایط جدید بیماری، افزایش کیفیت زندگی و بهبود وضعیت فیزیکی، ذهنی و اجتماعی را به دنبال دارد (۱). با توجه به این که پرستاران نزدیک‌ترین پرسنل درمانی هنگام بستری بیمار هستند، برقراری ارتباط اساس کار آن‌ها در مراقبت از بیماران محسوب می‌شود (۲).

بر این اساس باید دید که چه چیزی توانایی درک بیمار و در نتیجه، پیامدهای مثبت مرتبط با مراقبت را توسط پرستار امکان‌پذیر می‌سازد؟ بسیاری از صاحب‌نظران پرستاری عقیده دارند که همدلی<sup>۱</sup> این ظرفیت را به پرستار می‌دهد. همدلی، نوعی ارتباط موثر بین پرستار و بیمار بوده و مهارتی قابل بررسی است (۳،۴). ساختار همدلی در حوزه‌های متفاوت تحقیقات، نظیر روان‌شناسی، کردارشناسی، علم عصب‌شناختی و روان‌پزشکی بیشتر مورد توجه قرار گرفته است (۵). نظریه همدلی، تاریخچه‌ای بسیار طولانی و غنی دارد و به اواخر قرن نوزدهم باز می‌گردد. کلمه لاتین همدلی از واژه آلمانی einfuhung به معنای ادراک زیبایی و کلمه یونانی empathia به معنای فهم عواملی فراتر از خود، اقتباس شده است (۶).

مفهوم همدلی از روانشناسی منشا گرفته و به سایر علوم گسترش یافته است. پرداختن به این مفهوم از سال ۱۹۹۰ در مقالات نمود بیشتری داشته و پژوهش‌هایی نیز بر اساس این مفهوم پایه‌ریزی شده است (۷). همدلی، در مفهوم کلی، توانایی قرار دادن خود به جای دیگران، برای درک بهتر احساسات و تجربیات طرفین در تعامل با یکدیگر است

<sup>۱</sup> Empathy

(۸،۹). Rogers معتقد است همدلی باید به عنوان فرآیندی نگریسته شود که شامل ورود به دنیای ادراک شخصی دیگران و درگیری با دنیای ذهنی درونی آن‌ها است. این‌گونه همراهی کردن با بیمار به این معنی است که با تاکید بر ارزش‌ها و دیدگاه‌های بیمار و از طریق آن‌ها و بدون هیچ پیش‌داوری، بتوان وارد دنیای درونی بیمار شد (۱۰). این تعامل همدلانه شامل درک درستی از تجارب و نگرانی‌ها و دیدگاه‌های بیماران است که تقریباً همیشه منجر به نتایج مثبت برای بیمار، از جمله پذیرش و سازگاری بیشتر با بیماری می‌شود (۱۱). در پرستاری، همدلی واژه نسبتاً جدیدی محسوب می‌شود و پیش از سال ۱۹۵۰ از واژه همدردی برای تبیین ارتباط پرستار با مددجو استفاده می‌شد. همدلی منجر به پی‌ریزی پایه‌های همکاری مددجو و پرستار در راستای اهداف مراقبتی شده و به واسطه این مهارت، مددجو در می‌یابد که وضعیتش درک شده است. چنین ارتباطی فراتر از آن است که صرفاً به بیمار گفته شود که من احساس شما را درک می‌کنم یا به علامت تصدیق سر خود را تکان‌دهیم. برای همدلی، ابتدا باید تجربه عاطفی بیمار را دقیقاً درک کنیم و سپس آن چه را که فهمیده‌ایم، در قالب کلمات یا اشاراتی به وی منتقل کنیم (۱۲). از سوی دیگر، همدلی یکی از عوامل ضروری پای‌بندی به اخلاق و اخلاقیات است و باعث افزایش حساسیت اخلاقی می‌شود. رابطه بین همدلی و پای‌بندی پرستاران به اخلاق کاری و حساسیت اخلاقی مثبت بوده است. بدون همدلی، پرستاران نمی‌توانند مشکلات و نیازهای بیماران را درک کنند و مسئولیت اخلاقی‌شان را به نحو احسن انجام دهند (۱۳). اجرای صحیح اخلاقیات و حساسیت نسبت به مسائل اخلاقی در دانشجویان پرستاران در تعهدات بین شخصی و تعاملات اجتماعی آن‌ها نقش دارد و باعث کاهش خطاهای عملکردی و عدول از حقوق حرفه‌ای آن‌ها در محیط کاری آینده می‌شود (۱۴، ۹).

یک رابطه همدلانه بین پرستار و بیمار نه تنها باعث بهبود تجربه بیمار به عنوان دریافت‌کننده مراقبت می‌شود، بلکه به نتایج مثبت درمانی نیز منتهی خواهد شد (۱۱). همچنان که نتایج مطالعه‌ای به روش فرا تحلیل بر روی ۴۷ پژوهش مرتبط با همدلی و پیامدهای آن نشان داد که ارتباطی مثبت بین همدلی و پیامدهای مثبت درمانی و مراقبتی وجود دارد. همچنین همدلی ظرفیت بنیادین افراد در تنظیم روابط، حمایت از فعالیت‌های مشترک و انسجام گروهی است و نقشی اساسی در زندگی اجتماعی دارد (۱۵).

با توجه به این که دانشجویان پرستاری به عنوان پرستاران آینده محسوب می‌شوند، توجه به توانایی‌های آن‌ها از اهمیت بسیاری برخوردار است (۱۶). مهارت‌های مورد نیاز ارتباط همدلانه برای دانشجویان پرستاری شامل نشان دادن مهارت‌های ارتباطی در طول ارزیابی، مداخله، ارزشیابی و آموزش، تطبیق روش‌های ارتباطی به بیماران با نیازهای خاص مانند معلولیت یا ناتوانایی‌های حسی و استفاده از ارتباط درمانی در روابط پرستار-بیمار، و مشخص کردن ارزش‌های بیمار هستند (۱۷).

در متون پرستاری، همدلی به طور وسیعی مورد توجه قرار گرفته است به گونه‌ای که به نظر می‌رسد به شرطی ضروری برای مراقبت‌های پرستاری موثر و به قلب روابط درمانی پرستار و بیمار تبدیل شده است (۱۸، ۱۰).

در این میان، دانشجویان پرستاری افرادی هستند که نسبت به کارکنان خبره و دوره دیده در سازگاری با مشکلات مطرح شده ناتوان‌تر هستند و در عین حال، در محیط آموزشی خود به طور گسترده‌ای با هیجانات مهمی، نظیر موفقیت تحصیلی، قضاوت بالینی، ازدواج، اختلال در ارتباطات زناشویی، محدودیت‌های مالی، احساس ناامیدی، افسردگی و اضطراب روبرو هستند (۱۹). بنابراین نیاز دارند قبل از وارد شدن به محیط کار از احساسات، نگرش‌ها و رفتارهای خود در ارتباط با دیگران شناخت پیدا کنند. علاوه بر این، انتظار

می‌رود که بتوانند بهترین راه‌حل‌ها را در برخورد با مشکلات بیماران و نیازهای آنان، اتخاذ کنند. ولی نتایج مطالعات نشان می‌دهد که مهارت همدلی در پرستاران از نمره پایینی برخوردار است (۱۶). اگر چه از همدلی به عنوان بخش بسیار مهم فرآیند برقراری ارتباط در رشته‌های علوم پزشکی یاد می‌شود، ولی تحقیقات انجام گرفته در این زمینه بسیار محدود هستند (۲۰، ۲۱). بنابراین مطالعه حاضر با هدف تعیین همدلی دانشجویان کارشناسی پرستاری سال‌های اول تا چهارم و ارتباط آن با مشخصات دموگرافیک آنان، در دانشگاه علوم پزشکی تهران انجام شد.

### روش کار

این مطالعه مقطعی از نوع توصیفی-تحلیلی است که به بررسی همدلی دانشجویان کارشناسی پرستاری و ارتباط آن با مشخصات دموگرافیک آنان در دانشگاه علوم پزشکی تهران پرداخته است. کلاس‌های درس دانشکده پرستاری و محل کارآموزی دانشجویان پرستاری در نیمسال دوم سال تحصیلی ۱۳۹۳-۱۳۹۲، محیط پژوهش این مطالعه بوده است. نمونه‌های پژوهش، دانشجویان درحال تحصیل سال اول تا چهارم کارشناسی پرستاری دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی تهران بودند که به روش نمونه‌گیری تصادفی طبقه‌ای<sup>۱</sup>، در تناسب با تعداد دانشجویان هر سال، انتخاب شدند. معیار ورود شامل دانشجویان ترم دوم به بعد بود که وارد محیط بالین شده و تجربه ارتباط با بیماران را کسب کرده‌اند، همچنین تمایل به شرکت در پژوهش را داشته‌اند.

برای تعیین حجم نمونه، با انجام مطالعه مقدماتی بر روی ۴۰ نفر از دانشجویان سال اول تا چهارم کارشناسی پرستاری، مقدار ضریب همبستگی متغیرهای مطالعه  $r = 0.361$  به دست آمد و با در نظر گرفتن  $1/3$  برای اثر طرح<sup>۲</sup> در نمونه‌گیری

<sup>1</sup> Stratified Sampling

<sup>2</sup> Design Effect

۹۵٪ و توان آزمون ۹۰٪ انجام شد که در نهایت، تعداد ۳۲۰ نمونه برآورد شد.

تصادفی طبقه ای، ۸۰ دانشجوی برای هر سال تحصیلی (سال اول تا چهارم) برآورد شد. این کار با استفاده از فرمول تعیین حجم نمونه برحسب  $\alpha$  و  $\beta$ ، و با در نظر گرفتن میزان اطمینان

$$N = 3 + \frac{2(Z1 - \frac{\alpha}{2} + Z1 - \beta)^2}{\sigma^2}$$

$$Z1 - \beta = 1.28 \quad Z1 - \frac{\alpha}{2} = 1.96 \quad \delta = \text{Ln} \frac{1+r}{1-r}$$

همدلی جفرسون ویژه دانشجویان پرستاری ابتدا از طراح پرسشنامه اخذ و سپس توسط دو مترجم که به دو زبان انگلیسی و فارسی مسلط بودند به فارسی ترجمه شد و با نسخه اصلی آن تطبیق داده شد. مجدداً، ترجمه فارسی به انگلیسی، توسط دو مترجم دیگر که مسلط به دو زبان انگلیسی و فارسی بودند به انگلیسی برگردانده شد و در نهایت، به تایید طراح پرسشنامه رسانده شد. به منظور روایی محتوی، نسخه نهایی باز ترجمه شده به همراه اصل پرسشنامه برای تعیین اعتبار علمی در اختیار ۱۰ نفر از اعضای هیات علمی دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی تهران، ایران و شهید بهشتی قرار داده شد و پس از گردآوری نظرات و اعمال آنها، ابزار نهایی همدلی جفرسون آماده استفاده شد. اعتماد علمی پرسشنامه مذکور در مطالعه وارد و همکاران (۲۰۰۹) بر روی ۳۳۳ دانشجوی پرستاری در شهر فیلادلفیا با ضریب آلفای ۰/۷۷ تایید شد (۲۳). در مطالعه حاضر، پایایی این پرسشنامه با استفاده از روش آزمون مجدد و آلفای کرونباخ مورد بررسی قرار گرفت که به ترتیب مقدار ۰/۸۰ و ۰/۸۵ به دست آمد. پژوهشگران پس از کسب تاییدیه کمیته اخلاق دانشگاه تهران و کسب اجازه از مسئولین ذیربط و اخذ مجوز و معرفی نامه های مربوطه از دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی تهران برای دسترسی به نمونه ها، با هماهنگی دفتر برنامه ریزی آموزش به کلاس های درس و محل کارآموزی دانشجویان پرستاری مراجعه نمودند و بعد از

پرسشنامه مورد استفاده در این مطالعه شامل پرسشنامه همدلی جفرسون<sup>۱</sup> و فرم مشخصات فردی بود. پرسشنامه همدلی، ویژه دانشجویان پرستاری است که برای نخستین بار در سال ۱۹۸۷ توسط جفرسون و همکاران در ۴۵ گویه طراحی شد و در سال ۱۹۹۵ توسط گروهی به سرپرستی حجت مورد بازبینی قرار گرفت و در نهایت به ۲۰ گویه تقلیل یافت. پاسخ ها بر مبنای مقیاس لیکرت ۷ قسمتی از به شدت موافقم (نمره ۷) تا به شدت مخالفم (نمره ۱) تنظیم شده است. نمرات در محدوده ۱۴۰-۲۰ قرار دارند. این ابزار، نقاط برش<sup>۲</sup> ندارد و نمرات بالاتر نشان از همدلی بیشتر است. پرسشنامه شامل سه بخش: نگاه کردن از زاویه دید بیمار<sup>۳</sup>، مراقبت دلسوزانه<sup>۴</sup> و قرار دادن خود به جای بیمار است. سوال های (۱-۳-۶-۷-۸-۱۱-۱۲-۱۴-۱۸-۱۹) به صورت منفی تنظیم شدند که در آنالیز، نمره آنها معکوس در نظر گرفته شد (۲۲). اعتبار علمی ابزار همدلی جفرسون ویژه دانشجویان پرستاری، در مطالعه Ward و همکاران بر روی ۳۳۳ دانشجوی پرستاری در شهر فیلادلفیا<sup>۵</sup> مورد بررسی قرار گرفت (۱۱). در مطالعه حاضر، جهت تعیین روایی پرسشنامه از روش اعتبار محتوا استفاده شد. اجازه استفاده از پرسشنامه

<sup>1</sup> Jefferson Scale of Empathy in undergraduate nursing students

<sup>2</sup> Cut of point

<sup>3</sup> Involving Perspective Taking

<sup>4</sup> Compassionate Care

<sup>5</sup> Philadelphia, Pennsylvania

### نتایج

بر اساس نتایج مطالعه، اکثریت دانشجویان پرستارى در گروه سنى ۲۴-۲۰ سال (۵۹/۴٪)، مجرد (۸۹/۱٪)، غير شاغل (۷۸/۱٪) و به پرستارى علاقه‌مند بودند (۷۱/۶٪). بیش از نیمی از نمونه‌ها داراى معدل بالای ۱۷ (۵۴/۱٪) بودند و در شهر تهران همراه با خانواده (۵۲/۴٪) زندگى مى‌کردند. تنها ۱۵/۹ درصد از دانشجویان، سابقه شرکت در کارگاه ارتباط موثر را داشتند (جدول شماره ۱).

معرفى خود به دانشجویان مشارکت‌کننده در تحقیق و ارائه توضیح در مورد هدف مطالعه، فرم مخصوص رضایت آگاهانه و توضیحات مندرج در آن را به اطلاع دانشجویان رساندند و رضایت آن‌ها را برای شرکت در مطالعه کسب نمودند. پرسشنامه‌ها به روش خود گزارش‌دهی در مدت زمان متوسط ۱۵-۱۰ دقیقه تکمیل شدند. تجزیه و تحلیل داده‌ها با استفاده از آمار توصیفی و آزمون‌های آماری تی‌تست مستقل، آنالیز واریانس یک طرفه، ضریب همبستگى پیرسون و اسپیرمن در نرم افزار SPSS 18 انجام شد.

جدول شماره ۱ - توزیع فراوانی مشخصات فردی دانشجویان پرستارى دانشگاه علوم پزشکى تهران

متغیر	وضعیت	فراوانی	درصد
جنس	مذکر	۹۷	۳۰/۳
	مونث	۲۲۳	۶۹/۷
وضعیت تاهل	مجرد	۲۸۵	۸۹/۱
	متاهل	۳۵	۱۰/۹
سن (سال)	زیر ۲۰ سال	۱۱۶	۳۶/۳
	۲۰ تا ۲۴ سال	۱۹۰	۵۹/۴
	بالای ۲۵ سال	۱۴	۴/۳
علاقه به پرستارى	علاقه دارد	۲۲۹	۷۱/۶
	علاقه ندارد	۹۱	۲۸/۴
شغل	شاغل	۷۰	۲۱/۹
	غير شاغل	۲۵۰	۷۸/۱
محل سکونت	خوابگاه	۱۰۰	۳۱/۳
	شهر تهران همراه با خانواده	۱۶۷	۵۲/۴
	خانه اجاره‌ای	۹	۲/۸
	اطراف تهران با خانواده	۴۱	۱۲/۹
	سایر	۲	۰/۶
معدل ترم قبل	۱۱-۱۴/۹۹	۱۷	۵/۳
	۱۵-۱۶/۹۹	۱۳۰	۴۰/۶
	بالای ۱۷	۱۷۳	۵۴/۱

سال تحصیلی، نمره همدلی افزایش می یابد به طوری که دانشجویان سال چهارم، بیشترین نمره همدلی ( $109/16 \pm 10/61$ ) را داشته و از سال دوم به بعد به تدریج نمره همدلی افزایش می یافت ( $P \leq 0/001$ ). آزمون آماری تی مستقل، ارتباط معنی دار آماری بین جنس و همدلی را نشان داد ( $P = 0/012$ ) به گونه ای که نمره همدلی دانشجویان مونث بالاتر از دانشجویان مذکر بود. دانشجویانی که دوره ارتباط موثر را گذرانده بودند، نمره همدلی بیشتری کسب کردند و این اختلاف با استفاده از آزمون آماری تی مستقل، معنی دار نشان داده شد ( $P = 0/047$ ) (جدول شماره ۳).

میانگین نمره همدلی کلی دانشجویان،  $103 \pm 11$  بود و میانگین نمره همدلی دانشجویان مونث،  $104/52 \pm 12/21$  و در دانشجویان مذکر،  $100/94 \pm 10/21$  بود (جدول شماره ۲).

#### جدول شماره ۲- اطلاعات مربوط به نمره کلی همدلی

##### دانشجویان کارشناسی پرستاری

تعداد	حداقل	حداکثر	میانگین	انحراف معیار
۳۲۰	۶۸	۱۳۰	۱۰۳	۱۱

دیگر نتایج مطالعه حاضر حاکی از آن بود که با افزایش

#### جدول شماره ۳- مقایسه میانگین نمره همدلی دانشجویان پرستاری بر حسب متغیرهای دموگرافیک

متغیر مورد پژوهش	میانگین	انحراف معیار	نتایج آزمون
جنس			$P^* = 0/012$ $t = 2/524$
زن	۱۰۴/۵۲	۱۲/۲۱	
مرد	۱۰۰/۹۴	۱۰/۲۱	
وضعیت تاهل			$T = 0/814$ $P^* = 0/416$
مجرد	۱۰۳/۵۸	۱۱/۶۵	
متاهل	۱۰۱/۸۵	۱۲/۵۵	
علاقه به پرستاری			$T = 1/118$ $P^* = 0/265$
دارد	۱۰۲/۹۷	۱۲/۰۲	
ندارد	۱۰۴/۶۰	۱۰/۹۹	
وضعیت اشتغال			$T = 0/485$ $P^* = 0/628$
شاغل	۱۰۴/۰۴	۱۱/۶۹	
غیر شاغل	۱۰۳/۲۷	۱۱/۷۷	
سال تحصیلی			$\dagger f = 10/641$ $p < 0/001$
اول	۱۰۰/۸۵	۸/۱۶	
دوم	۱۰۰/۱۲	۱۰/۷۷	
سوم	۱۰۳/۶۲	۱۴/۵	
چهارم	۱۰۹/۱۶	۱۰/۶۱	
محل سکونت			$\dagger F = 1/44$ $P = 0/221$
خوابگاه	۱۰۳/۳۳	۱۲/۵۸	
		۱۱/۴۹	

	۱۰/۲۱	۱۰۴/۰۴	تهران همراه خانواده
	۱۰/۷۱	۹۴/۸۸	خانه اجاره‌ای
	۲/۱۲	۱۰۳/۴۱	اطراف تهران همراه خانواده
		۹۷/۵۰	سایر
$\dagger F=1/525$ $P=0/219$	۱۰/۹۴	۹۹/۳۵	معدل ترم قبل ۱۱-۱۴/۹۹
	۱۱/۱۷	۱۰۲/۹۴	۱۵-۱۶/۹۹
	۱۲/۱۹	۱۰۴/۲۱	$\geq 17$
$T=-1/992$ $P*=0/047$	۱۰/۰۸	۱۰۰/۴۵	گذراندن کارگاه ارتباط موثر
	۱۱/۹۶	۱۰۴	گذرانده نگذرانده

x نتیجه آزمون تی مستقل

\* نتیجه آزمون آنالیز واریانس یکطرفه

کسب کردند. هر چند که بین دو متغیر نمره همدلی و معدل ترم قبل، با استفاده از آزمون آنالیز واریانس یکطرفه، اختلاف معنی‌داری وجود نداشت ( $P=0/219$ ).

#### نتیجه‌گیری

میانگین نمره همدلی در این مطالعه،  $103 \pm 11$  بود که با توجه به محدوده نمرات ۱۴۰-۲۰، از حد متوسط بیشتر است اما با شرایط قابل انتظار که میزان همدلی را بین ۱۴۰-۱۲۰ برآورد می‌کند (۸)، تفاوت دارد. نتیجه مطالعه McKenna و همکاران نیز میانگین نمره همدلی دانشجویان کارشناسی پرستاری را  $107/34 \pm 13/74$  نشان داد (۲۴) که با نتیجه مطالعه حاضر بسیار نزدیک است. Williams و همکاران در استرالیا، میزان همدلی را در دانشجویان پیراپزشکی، پرستاری و مامایی  $104/67$  گزارش کردند (۲۵). نتایج نشان داد که بیشترین میزان نمره همدلی مربوط به دانشجویان مونث بود. نتایج مطالعه‌ای که توسط Ward و همکاران بر روی ۲۱۴ دانشجوی سال اول تا چهارم پرستاری در دانشگاه توماس جفرسون<sup>۱</sup> انجام شده بود، نشان داد نمره همدلی دانشجویان

نتایج آزمون آماری ضریب همبستگی پیرسون نشان داد که با افزایش سن، نمره همدلی افزایش می‌یابد ( $r=0/074$ )، ولی این اختلاف از لحاظ آماری معنی‌دار نبود ( $P=0/189$ ). دانشجویان مجرد در این مطالعه نمره همدلی بالاتری ( $103/58 \pm 11/65$ ) نسبت به دانشجویان متأهل ( $101/85 \pm 12/55$ ) به دست آوردند، ولی این تفاوت نیز از لحاظ آماری معنی‌دار نبود ( $P=0/416$ ). دانشجویان شاغل، نمره همدلی بالاتری ( $104/04 \pm 11/69$ ) از نمونه‌های غیر شاغل ( $103/27 \pm 11/77$ ) به دست آوردند، ولی نتایج تفاوت معناداری آماری را نشان نداد ( $P=0/628$ ).

نتایج آزمون آماری تی مستقل حاکی از آن بود که ارتباطی بین نمره همدلی با علاقه‌مندی به رشته پرستاری و وضعیت اشتغال دانشجویان وجود ندارد. همچنین آزمون آنالیز واریانس یکطرفه نشان داد ارتباطی بین نمره همدلی با محل سکونت دانشجویان وجود ندارد. دانشجویانی که معدل ترم قبل آن‌ها بالاتر از ۱۷ بود، بیشترین نمره ( $104/21 \pm 12/19$ ) و دانشجویانی که معدل آن‌ها در حد فاصل ۱۴/۹۹-۱۱ بود، کمترین نمره ( $99/35 \pm 10/94$ ) را از پرسشنامه همدلی

<sup>1</sup> Thomas Jefferson University

دانشجویان در مطالعه وارد و تفاوت آن با روش آموزش سایر دانشجویان باشد. در مطالعه Ward و همکاران آموزش دانشجویان از راه دور بود و تجربه بالینی آنان به روش شبیه سازی انجام می شد که به دلیل عدم تعامل با مددجویان و درک مشکلات واقعی آنان، می تواند در کاهش روحیه همدلی دانشجویان تاثیر گذار باشد و این نتیجه را توجیه نماید (۱۱). در مطالعه جباری فر و همکاران نیز نمره همدلی دانشجویان سال پایین با میانگین و انحراف معیار  $97/40 \pm 14/40$  از دانشجویان سال بالا، بیشتر بود به نحوی که دستیاران کمترین نمره  $(85/97 \pm 7/63)$  را کسب کردند. با توجه به این که مطالعه مذکور در دانشجویان رشته دندانپزشکی انجام شده است، از علل این تفاوت در نتایج می توان به مواردی از قبیل افزایش نیاز به مهارت های تکنیکی در سنوات بالاتر تحصیلی، خستگی و استرس در حال افزایش با توجه به سنوات تحصیلی، فاصله گرفتن طولانی از کسوت دانشجویی به کسوت متخصص شدن و توجه کمتر به بیمارمحوری در ارائه خدمات پزشکی اشاره کرد (۸). اگر چه علت شناخته شده ای برای کاهش میزان همدلی در طول دوران تحصیل برای دانشجویان پرستاری وجود ندارد اما به باور وارد و همکاران (۲۰۱۲) عواملی مانند محدودیت زمانی و نداشتن فرصت کافی برای ارتباط با بیمار، اضطراب، فقدان حمایت از سوی دانشگاه، ترسناک بودن محیط آموزشی، و نقش های متعدد دانشجویان پرستاری می توانند موجب کاهش همدلی آنان با بیمار شوند (۱۱).

از دیگر یافته های این مطالعه، افزایش نمره همدلی با افزایش سن است. مطالعه شریعت و کیخاوی (۱۳۸۹) نشان می دهد دستیارانی که در گروه سنی ۴۵-۴۱ سال بودند، نمره همدلی بیشتر  $(114/2 \pm 8/1)$  و دستیارانی که ۳۵-۳۰ سال سن داشتند، کمترین نمره  $(99/9 \pm 11/8)$  را به دست آوردند (۲۲). در مطالعه ویلیامز و همکاران (۲۰۱۴) نیز چنین نتیجه ای به دست آمد (۲۵).

مونث  $(113/7 \pm 12/1)$  بیشتر از دانشجویان مذکر  $(108/6 \pm 11/3)$  است (۱۱)؛ مطالعه ویلیامز و همکاران (۲۰۱۴) نیز همین نتیجه را نشان داد که همراستا با مطالعه حاضر است (۲۵). نتایج مطالعه ای که در بین ۲۵۱ نفر از دستیاران تخصصی رشته های بالینی در بیمارستان های دانشگاه علوم پزشکی ایران توسط شریعت و کیخاوی (۱۳۸۶-۱۳۸۷) با استفاده از پرسشنامه همدلی جفرسون (ویژه پزشکان) انجام شد نشان داد که دستیاران زن  $(100/9 \pm 13/3)$ ، نمره همدلی بالاتری نسبت به دستیاران مردان  $(100/4 \pm 13/1)$  کسب کردند که این نتایج نیز با وجود تفاوت شغل و حرفه نمونه ها، با مطالعه حاضر همراستا است (۲۰). چنین نتیجه ای می تواند نشان دهنده تاثیر عواطف و روحیه خاص زنان نسبت به روحیه مردان باشد. در مطالعه جباری فر و همکاران که با هدف تعیین همدلی دانشجویان دوره عمومی و دستیاری دندانپزشکی با بیماران انجام شد، میانگین و انحراف معیار نمره همدلی دانشجویان مونث،  $88/93 \pm 9/50$  و دانشجویان مذکر،  $88/25 \pm 7/92$  بود؛ به این معنی که هر دو گروه، نمره تقریباً یکسانی دریافت کردند (۸).

نتایج مطالعه حاضر حاکی از آن بود که با افزایش سال تحصیلی، نمره همدلی افزایش می یابد. مطالعه ویلیامز و همکاران (۲۰۱۴) نیز نشان داد که همدلی در دانشجویان سال سوم و چهارم بیش از نمره همدلی دانشجویان سال اول است (۲۵). نمره همدلی در مطالعه شریعت و کیخاوی نیز با افزایش سنوات تحصیلی، بیشتر می شد به طوری که نمره همدلی دانشجویان سال چهارم  $(104 \pm 12/9)$  و دانشجویان سال اول  $(102/3 \pm 12/8)$  بوده است ( $P < 0/05$ ) (۲۰). این نتیجه می تواند ناشی از افزایش تجربه بالینی دانشجویان و ارتباط و تعامل بیشتر با مددجویان باشد. نتایج مطالعه وارد و همکاران (۲۰۱۲) بر خلاف نتایج مطالعه حاضر نمایانگر این موضوع بود که با افزایش سنوات تحصیلی، نمره همدلی پایین تر می آید. این تفاوت می تواند به دلیل نوع آموزش



دانشجويان مجرد در اين مطالعه، نمره همدلى بالاتر نسبت به دانشجويان متاهل به دست آوردند. در مطالعه شريعت و كيخاوى (۱۳۸۹) دانشجويان مجرد، نمره همدلى بيشترى ( $101 \pm 14/1$ ) نسبت به متاهلين ( $100/3 \pm 13/2$ ) به خود اختصاص دادند كه مشابه با نتايج مطالعه حاضر است (۲۰).

دانشجويان شاغل، نمره همدلى بالاتر از نمونه‌هاى غير شاغل به دست آوردند. با توجه به اين كه تعامل و ارتباط صحيح از شروط ضرورى براى مراقبت‌هاى پرستارى است، لذا همان طور كه انتظار مى‌رود نيز در اين مطالعه ميزان همدلى دانشجويان شاغل كه داراي تجربه باليني بيشترى بودند، بالاتر بوده است. از نظر محل سكونت، نمره همدلى دانشجويان با يكديگر اختلاف معنيدارى نداشت، اما دانشجويانى كه در منزل و نزد خانواده خود زندگى مى‌كردند از سلامت روانى و وضعيت عاطفى بهترى برخوردار بوده و ارتباط همدلانه بهترى با ديگران برقرار مى‌كردند (۲۶).

در اين مطالعه، دانشجويانى كه معدل ترم قبل آن‌ها بالاتر از ۱۷ بود، بيشترين نمره همدلى و دانشجويانى كه معدل بين ۱۴/۹۹-۱۱ داشتند، كمترين نمره را از پرسشنامه همدلى كسب كردند. هر چند كه اين اختلاف از نظر آمارى معنيدار نبود، اما انتظار مى‌رود دانشجويانى كه معدل بالاتر دارند، در برقرارى تعامل همدلانه از شايستگى بيشترى برخوردار باشند.

با توجه به اين كه همدلى يك گزينه درمانى است كه رضائيت بيمار را از فرآيند درمان افزايش مى‌دهد و به عنوان يك عنصر كليدى در روابط درمانى مطرح است، توجه به آموزش‌هاى كه روابط همدلانه را در محيط‌هاى باليني مورد توجه قرار مى‌دهند مى‌تواند به پيامدهاى مثبت درمانى، ارتقاى روابط پرستار و بيمار و توجه بيشتر به اخلاق پزشكى منجر گردد. همچنين تدوين برنامه‌هاى آموزشى و مداخله‌اى به منظور افزايش همدلى در محيط بالين و روابط با بيمار مى‌تواند به بهبود سلامت روان و ارتقاى سلامت بيمار و دانشجويان پرستارى منجر شود. با توجه به ارتباط همدلى با سنوات تحصيلى دانشجويان كارشناسى پرستارى در مطالعه حاضر، پيشنهاده مى‌شود دانشكده‌هاى پرستارى از ترم هاى اول، دانشجويان را با اهميت مفهوم همدلى و چگونگى به كارگيرى اين مهارت در مراقبت از بيماران آشنا سازند. همچنين در آموزش دانشجويان مذكر به تقويت همدلى آنان با بيماران توجه بيشترى صورت گيرد. در نهايت، پژوهش‌هاى فعال تدريس، نظير شبیه‌سازى، سناريو نويسى و ايفائى نقش پيشنهاده مى‌شود.

#### تشكر و قدردانى

اين مطالعه براساس حمايت دانشگاه علوم پزشكى تهران و بر طبق طرح شماره ۹۰۱۱۱۹۶۰۳۴ انجام شده است. از كليۀ دانشجويان پرستارى كه با قرار دادن وقت خود جهت تكميل پرسشنامه، پژوهشگران را در انجام مطالعه يارى كردند سپاسگزاريم.

## منابع

- 1- Dehghan-Nayeri N, Ghaffari F, Shali M. Exploring Iranian nurses' experiences of missed nursing care: a qualitative study: a threat to patient and nurses' health. *Med J Islam Repub Iran*. 2015; 29: 276.
- 2- Clever SL, Jin L, Levinson W, Meltzer DO. Does doctor-patient communication affect patient satisfaction with hospital care? results of an analysis with a novel instrumental variable. *Health Serv Res*. 2008; 43(5): 1505-19.
- 3- Ozcan C, Oflaz F, Sutcu Cicek H. Empathy: the effects of undergraduate nursing education in Turkey. *Int Nurs Rev*. 2010; 57(4): 493-9.
- 4- Cunico L, Sartori R, Marognoli O, Meneghini AM. Developing empathy in nursing students: a cohort longitudinal study. *J Clin Nur*. 2012; 21(13-14): 2016-25.
- 5- Anonymous. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5®), 5<sup>th</sup>ed. USA: American Psychiatric Publishing; 2013.
- 6- Khodabakhsh MR, Besharat MA. Mediation role of narcissism on the relationship between empathy and quality of interpersonal relationships. *Procedia Social and Behavioral Sciences*. 2011; 30: 902 -6.
- 7- Zeighami R, Rafiie F, Parvizi S. Concept analysis of empathy in nursing. *Journal of Qualitative Research in Health Sciences*. 2012; 1(1): 27-33.
- 8- Jabarifar S, Khalifesoltani F, Nilchian F, Yousefi A, Hoseinpour K. Empathy levels in undergraduate and postgraduate dental students in Isfahan Faculty of Dentistry in 2011. *Journal of Isfahan Dental School*. 2012;7(5):753-62. [in Persian] .
- 9- 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.
- 10- Williams J, Stickley T. Empathy and nurse education. *Nurse Educ Today*. 2010; 30(8): 752-5.
- 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.
- 12- Sutherland JA. Historical concept analysis of empathy. *Issues Mental Health Nurs*. 1995; 16(6): 555-66.
- 13- Dinkins C. Ethics: beyond patient care: practicing empathy in the workplace. *Online J Issues Nur*. 2011;16(2):11.
- 14- Yu J, Kirk M. Measurement of empathy in nursing research: systematic review. *J Adv Nurs*. 2008; 64(5): 440-54.
- 15- Rieffe C, Ketelaar L, Wiefferink CH. Assessing empathy in young children: construction and validation of an empathy questionnaire (EmQue). *Personality and Individual Differences*. 2010; 49(5): 362-7.
- 16- Altun I. The perceived problem solving ability and values of student nurses and midwives. *Nurse Educ Today*. 2003; 23(8): 575-84.
- 17- McMilan LR, Shannon D. Program evaluation of nursing school instruction in measuring students' perceived competence to empathetically communicate with patients. *Nurs Educ Perspect*. 2011; 32(3): 150-4.
- 18- Herdman EA. Nursing in a postemotional society. *Nurs Philos*. 2004; 5(2): 95-103.
- 19- Buchan J. Evidence of nursing shortages or a shortage of evidence? *J Adv Nurs*. 2006; 56(5): 457-8.
- 20- Shariat SV, Kaykhavoni A. Empathy in medical residents at Iran University of Medical Sciences. *Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology*. 2010;16(3):248-56.
- 21- Hojat M, Mangione S, Nasca MJ, Cohen MJ, Gonnella JS. The Jefferson scale of physician empathy: development and preliminary psychometric data. *Educational and Psychological Measurement*. 2001;61(2):349-65.
- 22- 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.
- 23- Ward J, Schaal M, Sullivan J, Bowen ME, Erdmann JB, Hojat M. Reliability and validity of the Jefferson Scale of Empathy in undergraduate nursing students. *J Nurs Meas*. 2009;17(1):73-88.
- 24- McKenna L, Boyle M, Brown T, Williams B, Molloy A, Lewis B, et al. Levels of empathy in

undergraduate nursing students. Int J Nurs Pract. 2012; 18(3): 246-51.

25- Williams B, Brown T, Boyle M, McKenna L, Palermo C, Etherington J. Levels of empathy in undergraduate emergency health, nursing, and midwifery students: a longitudinal study. Adv

Med Educ Pract. 2014; 5: 299.

26- Moniri R, Ghalebтарash H, Mussavi GA. The reasons of educational failure among paramedical students in Kashan University of Medical Sciences. Iranian Journal of Medical Education. 2006;6(1):135-40.

## Empathy among undergraduate nursing students in Tehran University of Medical Sciences

Mansoureh Ashghali Farahani<sup>1</sup>, Tahmine Salehi<sup>2</sup>, Zahra Arab Ameri<sup>3</sup>, Fatemeh Hajibabae<sup>4</sup>,  
Agha Fatemeh Hosseini<sup>5</sup>, Fatemeh Ghaffari<sup>6\*</sup>

<sup>1</sup> Associate Professor, Department of Medical Surgical Nursing-Midwifery, Iran University of Medical Sciences, Tehran, Iran.

<sup>2</sup> Assistant Professor, School of Nursing & Midwifery, Iran University of Medical Sciences (IUMS), Tehran, Iran.

<sup>3</sup> Ms in Nursing, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran.

<sup>4</sup> PhD candidate in Nursing, Nursing & Midwifery School, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran.

<sup>5</sup> Faculty Member, Department of Biostatistics, School of Public Health, Iran University of Medical Sciences, Tehran, Iran.

<sup>6</sup> Assistant Professor, Ramsar Nursing Care Research Center, Babol University of Medical Sciences, Babol, Mazandaran, Iran.

### Abstract

Empathy is a necessary condition for an effective nursing care. An empathetic relationship between nurse and patients leads to positive treatment outcomes and moral sensitivity among students in clinical and educational environments. This study was conducted in 2014 to determine the level of empathy among nursing students and its relationship with their demographic data. A cross-sectional study (Descriptive analysis) was undertaken using paper-based versions of the Jefferson Scale of nursing Empathy. By using stratified random sampling, 320 undergraduate students from the first to forth-year of their program in Tehran University of Medical Sciences were selected.

The result shows that participants reported good empathy levels, and the average of empathy score was  $103 \pm 11$ . Empathy scores increased with increasing academic year. There was a significant relationship between sex and empathy. Students who did not passed the effective communication course scored higher than their counterparts. Empathy score increased with age, and older students recorded higher scores than their younger colleagues. Single and employed students recorded higher empathy scores than married and unemployed students.

There were no significant differences between the place of living (dormitory versus personal house), Interest in nursing education as well as their marks.

Regarding the relationship between empathy with students' academic years, the finding offers insights into the importance of incorporating and promoting empathy in nursing curricula from the first year of training.

In addition, it is necessary to pay more attention to teaching empathy to male students.

**Keywords:** Empathy, Moral sensitivity, Nursing student, Undergraduate

\* Corresponding Author: Email: [ghafarifateme@yahoo.com](mailto:ghafarifateme@yahoo.com)