

تأثیر آموزش مهارت‌های هم‌دلی بر عملکرد هم‌دلانه پزشکان خانواده دانشگاه علوم پزشکی جهرم

سید اسماعیل مناقب*، سعیده باقری

چکیده

مقدمه: هم‌دلی یکی از اجزای مراقبت از بیماران است. اجماع عمومی بر این است که هم‌دلی در ارتباط پزشک و بیمار حیاتی است و بنابراین مقوله مهمی در آموزش پزشکی می‌باشد، اما چالش اساسی در این است که آیا مهارت هم‌دلی قابل آموزش و یادگیری است؟ هدف از انجام این مطالعه بررسی تأثیر آموزش مهارت هم‌دلی بر عملکرد هم‌دلانه پزشکان عمومی خانواده است.

روش‌ها: این مطالعه نیمه تجربی در سال ۱۳۸۸ در دانشگاه علوم پزشکی جهرم انجام شد. جامعه پژوهش پزشکان خانواده جهرم و بیماران آنها بود. نمونه‌گیری پزشکان به روش سرشماری و نمونه‌گیری بیماران به روش آسان بود. کل پزشکان خانواده وارد مطالعه شدند. به ازای هر پزشک، ۵ نفر از بیماران او وارد مطالعه گردیدند، بنابراین در حدود ۲۰ پزشک خانواده. ۱۰ نفر در گروه تجربی و ۱۰ نفر در گروه شاهد وارد پژوهش شدند. همچنین ۱۰۰ بیمار در مرحله قبل از آموزش (۵۰ بیمار از پزشکان گروه تجربی و ۵۰ بیمار از پزشکان گروه شاهد) و ۱۰۰ بیمار نیز بعد از آموزش (جمعاً ۲۰۰ بیمار) وارد مطالعه شدند. ابزار جمع‌آوری اطلاعات پرسشنامه استاندارد هم‌دلی جفرسون بود که به روش مصاحبه با بیماران تکمیل گردید. داده‌ها با استفاده از آزمون آمار توصیفی (فراوانی مطلق و نسبی) و آزمون تی مستقل و تی زوج تجزیه و تحلیل شد.

نتایج: مقایسه میانگین نمرات عملکرد هم‌دلانه پیش‌آزمون در گروه شاهد ($1/83 \pm 0/39$) و تجربی ($1/85 \pm 0/20$) تفاوت آماری نشان داد ($p=0/673$ و $t=0/423$). اما مقایسه میانگین و انحراف معیار نمرات عملکرد هم‌دلانه در گروه‌های تجربی ($2/95 \pm 0/45$) و شاهد ($1/82 \pm 0/33$) بعد از برگزاری کارگاه آموزشی برای پزشکان گروه مورد تفاوت معنادار نشان داد ($p=0/000$ و $t=14/19$).

نتیجه‌گیری: مداخله ما برای آموزش مهارت‌های هم‌دلی در ایجاد تغییر قابل ملاحظه در عملکرد هم‌دلانه پزشکان مؤثر بود. هم‌دلی یک مهارت قابل یادگیری و آموزش می‌باشد.

واژه‌های کلیدی: هم‌دلی، مهارت ارتباطی، عملکرد هم‌دلانه، رضایت بیمار، آموزش، مشاوره، پزشک خانواده

مجله ایرانی آموزش در علوم پزشکی / اردیبهشت ۱۳۹۱؛ ۱۳(۲): ۱۱۴ تا ۱۲۲

مقدمه

یکی از مهارت‌های اصلی در ایجاد ارتباط بین پزشک و بیمار هم‌دلی با بیمار است. رفتار کنار بستر (bedside manner) اصطلاحی است که در مورد رفتار پزشکان با بیماران به

کارمی‌رود و به توانایی ایجاد اعتماد و پاسخ‌گویی به نیازهای عاطفی بیمار اشاره دارد (۱). یکی از عوامل مهم در رفتار کنار بستر، هم‌دلی است که در رفتار پزشک نسبت به بیمار مشاهده می‌شود (۲). فرهنگ لغات آکسفورد هم‌دلی (Empathy) را به عنوان قدرت فرافکندن شخصیت خود در موضوع مورد تفکر تعریف می‌کند (۳). هم‌دلی یک فرآیند مؤثر و زیربنایی برای تغییرات روان‌شناختی در رابطه پزشک با بیمار است (۴).

* نویسنده مسؤؤل: دکتر سید اسماعیل مناقب (استادیار)، گروه آموزشی پزشکی

اجتماعی، دانشگاه علوم پزشکی جهرم، جهرم، ایران. esmanagheb@yahoo.com

سعیده باقری، دانشجوی پزشکی، عضو کمیته تحقیقات دانشجویی، دانشگاه علوم

پزشکی جهرم، جهرم، ایران. saeidehmedicine84@yahoo.com

تاریخ دریافت مقاله: ۹۱/۶/۲۰، تاریخ اصلاحیه: ۹۱/۸/۲۴، تاریخ پذیرش: ۹۱/۱۱/۲۱

هیجانی نقش دارد بیشتر با هم‌دردی مرتبط هستند تا هم‌دلی (۱۴). اگر هم‌دردی بیش از حد زیاد شود، می‌تواند با تصمیم‌گیری پزشک در زمینه تشخیص یا درمان تداخل کند (۱۵). در زمینه علوم پزشکی، به کار بردن مهارت هم‌دلی، علاوه بر این که از اقبال عمومی از جانب پزشکان و بیماران برخوردار است (۱۶)، نتایج مثبت زیادی از جمله: افزایش بازده کارهای خدماتی در زمینه سلامتی (۱۷)، پذیرش بهتر بیمار (۱۸)، کاهش درگیری‌های قانونی در زمینه پزشکی (۱۹)، افزایش رضایت‌مندی بیمار (۲۰)، همکاری بهتر بیمار، و تمکین بیمار دارد (۲۱). در صورتی که در حین برقراری ارتباط با بیمار برای گرفتن شرح حال، انجام معاینه فیزیکی و تشخیص و درمان، هم‌دلی وجود نداشته باشد و یا کیفیت آن مناسب نباشد، مشکلات متعددی از جمله اشکال در تشخیص، عدم مصرف صحیح دارو، عدم پیگیری مسیر درمانی، هدر رفتن وقت پزشکان و بیماران، و اتلاف هزینه‌ها ایجاد می‌گردد (۶). هم‌دلی می‌تواند یک اثر مستقیم روی پیامدهای بالینی داشته باشد (۲۲).

در مطالعه‌ای که توسط حجت و همکاران بر روی بیماران دیابتی انجام گرفت، سطح هم‌دلی پزشک و بیمار با سطح هموگلوبین گلیکوزیله (HbA1C) مقایسه شد که بیانگر این بود که بیمارانی که پزشک هم‌دلی خوبی با آنها داشت میزان کنترل هموگلوبین گلیکوزیله در آنها ۵۶٪ بود و این مقدار در گروهی که از هم‌دلی خوبی برخوردار نبودند ۴۰٪ بود (۲۲). مطالعات دیگر نیز بر اثرات مثبت هم‌دلی بر روی سیر و پیش‌آگهی بیماران سکته قلبی و آسماتیک تأکید کرده‌اند (۲۳ و ۲۴). در مطالعه وندی لوینسون بر روی ۱۱۶ بیمار، تنها در ۲۸٪ از جراحی‌ها و ۲۱٪ از بیماران طبی ارتباط صحیح و مناسب پزشک یافت شد (۱۹). در حالی که بسیاری از بیماران مبتلا به سرطان پیشرفته، احساسات منفی مانند اضطراب و افسردگی را تجربه می‌کنند (۲۵)؛ مطالعه پولاک و همکارانش نشان داد که

هم‌دلی یک توانایی ارتباطی قدرت‌مند است که به معنای درک تجربیات، دغدغه‌ها و دیدگاه‌های فرد دیگر همراه با توانایی ابراز آن می‌باشد (۵). هم‌دلی مستلزم آن است که اجازه دهیم بیمار بداند پزشک او را درک کرده است. چنین ارتباطی فراتر از آن است که صرفاً به بیمار بگوییم "من احساس شما را درک می‌کنم" یا به علامت تصدیق سر خود را تکان دهیم؛ بلکه برای هم‌دلی ابتدا باید تجربه‌های عاطفی بیمار را دقیقاً درک کنیم، سپس آنچه را که فهمیده‌ایم در قالب کلمات یا اشارات به وی منتقل نماییم (۵). به زبان ساده، هم‌دلی به معنای توانایی قرار دادن خویش به جای فرد دیگری است (۶). تعاریف گوناگون ارائه شده از هم‌دلی، از نظر میزان تأکید بر سه عنصر "سهیم شدن در حالات هیجانی بیمار، فهم آشکار حالات هیجانی بیمار و درک رفتار اجتماعی وی"، با یکدیگر متفاوت هستند. این سه عنصر دربردارنده ساختار شناختی و عاطفی هم‌دلی هستند (۷). در هم‌دلی هم حوزه شناختی و هم حوزه عاطفی درگیر هستند (۸). حوزه شناختی به صورت توانایی درک تجربیات و احساسات درونی شخص دیگر و توانایی دیدن دنیای بیرون از دریچه چشم شخص دیگر است (۹). حوزه عاطفی یا هیجانی در پیوند و ورود به احساسات شخص دیگر نقش دارد (۱۰). به عبارت دیگر ظرفیت عاطفی برای حساس بودن و توجه کردن به شخص دیگر و توانایی شناختی برای درک دیدگاه شخص دیگر دو سر طیف هم‌دلی هستند (۱۱). بسیاری از متخصصان گاه واژه هم‌دلی و هم‌دردی (sympathy) را به صورت مترادف به کار می‌برند. اما هم‌دردی، تجربه حس هم‌نوعی است (۱۲). بنابراین هم‌دردی یکی از اجزای هم‌دلی عاطفی است. هم‌دردی هنگامی رخ می‌دهد که پاسخ هیجانی مشاهده‌گر به پریشانی فرد دیگر، سبب ایجاد این حس در فرد مشاهده‌گر می‌شود که فعالیتی را به منظور کاهش رنج فرد دیگر انجام دهد (۸). در واقع هم‌دردی نتیجه متداول هم‌دلی است (۱۳). روابط عاطفی که در بروز پاسخ‌های

انجام نشده، این مطالعه به منظور بررسی تأثیر کارگاه آموزش مهارت‌های هم‌دلی بر عملکرد هم‌دلانه پزشکان خانواده دانشگاه علوم پزشکی جهرم انجام گرفته است.

روش‌ها

این مطالعه نیمه تجربی دو سوکور در سال ۱۳۸۸ در دانشگاه علوم پزشکی جهرم انجام شد. جامعه پژوهش پزشکان خانواده در شهرستان جهرم و بیماران آنها بود. نمونه‌گیری پزشکان به روش سرشماری و نمونه‌گیری بیماران به روش آسان بود. کل پزشکان خانواده (۲۰ نفر) وارد مطالعه شدند. برای ارزیابی عملکرد پزشکان، از طریق نظرسنجی از بیماران آنها بر اساس مطالعات قبلی (۳۷) در مرحله پیش آزمون به ازای هر پزشک، ۵ نفر از بیماران او وارد مطالعه شدند (جمعاً ۱۰۰ بیمار). با تقسیم تصادفی پزشکان به دو گروه تجربی و شاهد بیماران آنها نیز به دو گروه ۵۰ نفری مربوط به گروه تجربی و شاهد تقسیم شدند. بعد از آموزش پزشکان نیز از هرکدام از پزشکان ۵ بیمار برای نظر سنجی وارد مطالعه شدند (جمعاً ۱۰۰ بیمار، ۵۰ نفر مربوط به گروه تجربی و ۵۰ نفر گروه شاهد). معیارهای ورود پزشکان داشتن قرارداد سه ماهه رسمی با دانشگاه و باقی ماندن حداقل سه ماه به پایان قرارداد بود. معیارهای خروج پزشکان عدم شرکت کامل در کارگاه آموزشی بود. معیار ورود بیماران به مطالعه عبارت بود از: سن بالای ۱۸ سال، و نداشتن مشکل شنوایی، بینایی و ذهنی. ابتلا به بیماری‌های روانی از معیارهای خروج آنها از مطالعه بود. مشارکت بیماران و پزشکان در این پژوهش داوطلبانه بود.

ابتدا برای سنجش عملکرد پایه پزشکان خانواده در زمینه برقراری رابطه هم‌دلانه با بیماران، از پرسشنامه استاندارد جفرسون (پرسشنامه درک بیمار از هم‌دلی پزشک) استفاده شد (۳۸). نسخه فارسی این پرسشنامه، توسط دو تن از اساتید با ترجمه از انگلیسی به فارسی و

پزشکان به ندرت به احساسات منفی بیماران پاسخ هم‌دلانه می‌دهند (۲۶).

در مطالعات دلایل مختلفی برای عدم هم‌دلی پزشک و بیمار ذکر شده است. از جمله آنها می‌توان به نداشتن وقت کافی (۲۷)، مشغله زیاد و تمرکز بر امر درمان در زمینه مشکلات بیمار، و این مسأله که هم‌دلی کردن از لحاظ احساسی آنها را بسیار خسته می‌کند تا جایی که حتی نگران آسیب به زندگی روزمره و خانواده خویش می‌شوند (۲۸) اشاره کرد. عده‌ای نیز عدم آموزش کافی در این زمینه را بیان می‌کنند (۲۹). گروهی نیز علاقه‌ای به ورود به حریم خصوصی بیماران خود نشان نمی‌دهند (۳۰)؛ در حالی که در بررسی‌ها ثابت شده است که به کاربردن صحیح مهارت هم‌دلی نه تنها مشکلات ذکر شده را به همراه ندارد بلکه منافع زیادی مانند تشخیص زودرس بیماری‌ها، حل موارد مشکل، صرفه اقتصادی، و عدم احتیاج به تلاش‌های عاطفی را نیز در پی دارد (۳۰).

استفاده مؤثر از مهارت‌های هم‌دلی باعث می‌شود که علاوه بر بیمار، پزشک نیز از برقراری روابط هم‌دلانه با بیمار سود ببرد (۳۱). روابط هم‌دلانه و رضایت پزشک از روابطی که با بیماران برقرار می‌کند، همچون مانعی در برابر استرس‌های شغلی و فرسودگی که پزشکان با آن روبرو هستند، عمل می‌کند (۳۲ و ۳۳)، و هم‌دلی عامل بالقوه‌ای برای بهزیستی پزشکان محسوب می‌گردد (۳۴).

بنابراین مهارت هم‌دلی از جایگاه ویژه‌ای در بخش سلامت و ارتباط پزشک با بیمار برخوردار است. اما سؤال این است که آیا هم‌دلی قابل آموزش و یادگیری است؟ مطالعه‌ی جرنزو اولانز که براساس پرسشنامه جفرسون و آموزش کارگاهی بود، نشان می‌دهد که مهارت‌های هم‌دلی مانند سایر مهارت‌ها قابل آموزش و یادگیری هستند (۳۵). مطالعه‌ی جن دی سیبر در دانشجویان پزشکی نشان داد دانشجویانی که تحت آموزش هم‌دلی قرار گرفتند از سطح نمره هم‌دلی بیشتری برخوردار بودند (۳۶).

از آنجا که تاکنون در کشورمان مطالعه‌ای در این زمینه

صحبت کردن شود صبر کرد و واکنشی مبتنی بر هم‌دردی بروز داده نشود و از دادن امیدهای واهی و یا ارائه‌ی راه‌کارهای شتاب‌زده و غیرممکن باید پرهیز گردد (در فایل‌های پیوست مقاله قابل دستیابی است). شرکت‌کنندگان پس از جلسه‌ی آموزشی فیلم‌های مربوط با موضوع را می‌دیدند و در پایان در مورد آنها بحث کردند. همچنین هر کدام از پزشکان خاطرات خود در زمینه هم‌دلی با بیماران یا بی‌توجهی به این موضوع را بیان نمودند. گروه شاهد هیچ نوع آموزشی دریافت نکردند.

یک ماه پس از کارگاه آموزشی، نظرسنجی از بیماران مربوط به دو گروه پزشکان مجدداً با استفاده از همان پرسشنامه‌ی جفرسون به عمل آمد.

کارشناسان همکار طرح و بیماران از تخصیص به گروه‌های تجربی و شاهد بدون اطلاع بودند. اطلاعات وارد نرم‌افزار SPSS-11.5 شده و با استفاده از آماره‌های توصیفی (فراوانی مطلق و نسبی)، و آزمون‌های تی مستقل و تی زوج مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند.

نتایج

با توجه به این که پرسشنامه‌ها توسط همکار طرح به بیماران تحویل و همان جا در حضور آنها تکمیل می‌شد، صد درصد پرسشنامه‌ها بازگشت داده شد و مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

از ده نفر پزشک در گروه شاهد ۷ نفر (۷۰٪) مرد و در گروه تجربی نیز از ده نفر پزشک ۶ نفر (۶۰٪) مرد بودند.

بیماران گروه تجربی قبل از شرکت پزشکان در کارگاه (گروه ۱) شامل ۲۰ مرد (۴۰٪) و بعد از شرکت پزشکان در کارگاه (گروه ۲) شامل ۳۶٪ مرد و ۶۴٪ زن بودند. در گروه شاهد نیز قبل از برگزاری کارگاه برای پزشکان (گروه ۳) ۴۴٪ مرد و ۵۶٪ زن بودند و بعد از برگزاری کارگاه برای پزشکان گروه شاهد (گروه ۴) ۳۰٪ مرد و ۷۰٪ زن بودند. میانگین نمرات عملکرد هم‌دلانه بین گروه‌های تجربی و

برگردان مجدد به انگلیسی تأیید شد. پرسشنامه هم‌دلی با بیماران شامل دو بخش بود. بخش اول در بر گیرنده مشخصات دموگرافیک بیمار و کد پزشک مربوطه، و بخش دوم شامل ۲۴ سؤال بود که به روش لیکرت پنج‌گانه کاملاً موافق، موافق، نظری ندارم، مخالف و کاملاً مخالف، نظرات بیماران را در مورد هم‌دلی پزشکان بررسی می‌کرد. گزینه‌ها از ۱ کاملاً مخالف تا ۵ کاملاً موافق نمره‌دهی می‌شدند. روایی محتوای پرسشنامه با نظر ۵ تن از اساتید مورد تأیید قرار گرفت و پایایی آن با محاسبه‌ی ضریب آلفای کرونباخ ۰/۷۹ تعیین گردید.

پرسشنامه‌ها توسط همکار طرح با مراجعه به بیماران و توسط بیماران تکمیل گردید. در موارد نیاز توضیح لازم به بیماران توسط کارشناس همکار طرح، داده می‌شد. برای بیماران بی‌سواد نیز سؤالات توسط همکار طرح خوانده می‌شد و پاسخ آنها عیناً و بدون کم و کاست ثبت می‌گردید.

سپس پزشکان به روش تصادفی به دو گروه تجربی و شاهد تقسیم شدند. گروه تجربی وارد کارگاه آموزشی مهارت‌های هم‌دلی شدند. کارگاه هم‌دلی در سالن کنفرانس معاونت بهداشتی دانشگاه علوم پزشکی جهرم با شرکت پزشکان گروه تجربی (۱۰ نفر) از ساعت ۸ الی ۱۴ برگزار گردید. در این کارگاه مهارت‌های هم‌دلی در قالب الگوی اسپایکس (SPIKES) آموزش داده شد. الگوی اسپایکس مدل ۶ مرحله‌ای برای روش صحیح انتقال خبر بد است و به ترتیب شامل این مراحل است: مرحله آمادگی (S)، مرحله ادراکی (P)، مرحله دعوت (I)، مرحله دانش (K)، مرحله هم‌دلی (E)، مرحله خلاصه‌سازی، و تعیین استراتژی (S). مرحله پنجم به هم‌دلی اختصاص دارد. در این مرحله لازم است که پزشکان از عباراتی استفاده کنند که بیانگر هم‌دردی با احساسات بیمار باشد. این عمل در بازیابی و بهبود بیمار و کاستن از انزوای روانی بیماران، در هنگام شنیدن خبر بد کمک‌کننده است. به عنوان مثال اگر بیمار گریه کرد، باید تا زمانی که آماده

شاهد و نتایج مقایسه میانگین‌ها بین دو گروه و در هر گروه در جدول ۱ خلاصه شده است.

جدول ۱: مقایسه میانگین و انحراف معیار نمرات عملکرد هم‌دلانه پزشکان قبل و بعد از مداخله

| گروه | پیش‌آزمون | پس‌آزمون | T زوجی | p |
|---------|-----------|-----------|--------|-------|
| تجربی | ۱/۸۵±۰/۲۰ | ۲/۹۵±۰/۴۵ | ۱۵/۶۳ | ۰/۰۰۰ |
| شاهد | ۱/۸۲±۰/۳۹ | ۱/۸۲±۰/۳۳ | ۰/۰۴۶ | ۰/۹۶۴ |
| T مستقل | ۰/۴۲۳ | ۱۴/۱۹ | | |
| p | ۰/۶۷۳ | ۰/۰۰۰ | | |

بحث

این مطالعه به منظور بررسی تأثیر آموزش مهارت هم‌دلی بر عملکرد هم‌دلانه پزشکان دانشگاه علوم پزشکی جهرم انجام گردید. نتایج مطالعه نشان داد بین عملکرد پزشکان قبل و بعد از آموزش مهارت‌های هم‌دلی در گروه تجربی تفاوت معنادار وجود دارد. همچنین بین گروه تجربی و شاهد قبل از کارگاه تفاوت معنادار وجود نداشت ولی بعد از شرکت گروه مورد در کارگاه این تفاوت معنادار شد. در مطالعه مشابهی بر روی دانشجویان پزشکی تفاوت زیادی بین عملکرد بالینی دو گروه تجربی و شاهد وجود داشت (۳۹). مطالعات متعدد حاکی از این هستند که میزان هم‌دلی در دانشکده‌های پزشکی با افزایش سنوات تحصیلی کاهش می‌یابد (۴۰ تا ۴۲)؛ و این امر بیانگر لزوم توجه بیشتر به آموزش این مهارت‌ها است. مطالعه دنینگ و همکاران نشان می‌دهد که بین هم‌دلی عاطفی دانشجویان سال اول و سال آخر پزشکی تفاوت آماری وجود ندارد و در هر دو مورد در سطح پایین قرار داشتند. ولی سطح هم‌دلی شناختی در دانشجویان پزشکی سال آخر به مراتب بالاتر از سطح هم‌دلی شناختی دانشجویان سال اول است و تفاوت واضح آماری دارند (۴۳). پایین بودن سطح هم‌دلی عاطفی می‌تواند به این دلیل باشد که این مقوله بیشتر با هم‌دردی مرتبط است نه هم‌دلی؛ و بالاتر بودن سطح هم‌دلی شناختی در

دانشجویان سال آخر می‌تواند به دلیل تجارب بالینی بیشتر باشد.

مطالعه‌ای توسط توکل در ناتینگهام با عنوان میزان فهم دانشجویان پزشکی از هم‌دلی انجام شد. در این مطالعه ۱۵۰ دانشجوی پزشکی از نظر فهم هم‌دلی توسط پرسشنامه مورد ارزیابی قرار گرفتند که تنها ۳۵ درصد آن‌ها فهم متوسطی از هم‌دلی داشتند و ۵٪ فهم خوب و ۶۰٪ فهم ضعیفی از آن داشتند. این نتایج نشان‌دهنده نیاز به آموزش در زمینه مهارت‌های هم‌دلی بود (۴۴). دانشجویان پزشکی هر چه به سال‌های بالاتر تحصیلی وارد می‌شوند رفتارهای پدرسالارانه‌تری را در پیش گرفته و بدین ترتیب موجب کاهش رضایت بیمار می‌شوند (۴۵). مطالعات فوق نشان‌دهنده این هستند که آموزش مهارت‌های هم‌دلی در کوریکولوم آموزش پزشکی فراموش شده است و کسب تجارب بالینی بدون آموزش مناسب این مهارت‌ها، می‌تواند اثرات سوء بر هم‌دلی دانشجویان داشته باشد و حتی باعث سنگدلی برخی دانشجویان گردد (۴۲). لازم است که این مهارت‌های هم‌دلی به صورت نظام‌مند و فعال آموزش داده شوند.

برخی از عوامل کم اهمیت‌تر مرتبط با بیمار مانند سن، جنس و نژاد نیز می‌توانند پاسخ‌های هم‌دلانه پزشک به احساسات منفی بیمار را تحت تأثیر قرار دهند (۲۶). مطالعات نشان می‌دهد که نه تنها پزشکان با بیمارانی که از نظر اقتصادی در وضع نابسامانی به سر می‌برند رابطه هم‌دلانه‌تری دارند، بلکه این دسته از بیماران نیز پزشکان خود را هم‌دل‌تر می‌بینند (۲۶).

نتایج مطالعه ساچمن نشان می‌دهد که ایجاد رابطه هم‌دلانه قابل آموزش می‌باشد و تأثیرات فراوان مثبتی بر روی پزشک و بیمار دارد (۴۴). مطالعه اسپيرو نیز نشان می‌دهد که هم‌دلی یک توانایی قابل آموزش و تعلیم است که با توجه به اهمیت این موضوع، برگزاری کارگاه‌ها و کلاس‌های آموزشی و آموزش آن به پزشکان توصیه

موضوع توجه گردد.

با توجه به نتایج این مطالعه و مطالعات مشابه می‌توان آموزش مهارت‌های هم‌دلی را در برنامه درسی پزشکی در نظر داشت. همچنین با برگزاری کارگاه‌های آموزشی برای دانش‌آموختگان پزشکی گامی در جهت افزایش رضایت‌مندی بیماران، افزایش تمکین آنها و ارتقای پیامدهای بهداشتی و همچنین افزایش رضایت‌مندی شغلی پزشکان برداشته شود.

از مشکلات اجرایی این پژوهش، نگرانی بیماران از عدم دریافت خدمات مناسب از جانب پزشک در صورت امتناع از پر کردن صحیح فرم بود که با توضیح کافی و دادن اطمینان در مورد این که تمام اطلاعات پرسشنامه محفوظ می‌باشد و شرکت آنها در این مطالعه داوطلبانه است، نگرانی آنها برطرف می‌شد و همکاری لازم را انجام می‌دادند.

نتیجه‌گیری

این مطالعه نشان داد که مهارت هم‌دلی نیز مانند سایر مهارت‌های ارتباطی قابل آموزش و یادگیری می‌باشد و آموزش این مهارت‌ها در طی یک کارگاه، بر عملکرد آنها تأثیر واضح دارد. اثرات مثبت این مداخله می‌تواند عاید بیمار گردد و نهایتاً باعث ارتقای سطح سلامتی جامعه شود.

قدردانی

از پزشکان خانواده و بیمارانی که در این مطالعه شرکت کردند تشکر می‌گردد.

می‌نماید (۴۵). در این مطالعات نیز مانند مطالعه ما آموزش مهارت هم‌دلی بر روی روند انجام مصاحبه پزشک و عملکرد هم‌دلانه پزشکان تأثیر مثبت داشته و نتایج مطالعات بالا با مطالعه ما همسو هستند.

امروزه اتفاق نظری در این که هم‌دلی یک عنصر حیاتی در ارتباط پزشک-بیمار است وجود دارد و بنابراین یکی از موضوعات مهم آموزش پزشکی می‌باشد (۴۳). دانشگاه‌های مختلف به بررسی این مسأله و ارتباطات پزشک و بیمار از همان سال‌های نخست آموزش پرداخته‌اند و کوریکولوم‌هایی که بر این مسأله تمرکز دارند، تهیه کرده‌اند (۲۸). متأسفانه در کوریکولوم آموزش پزشکی در کشور ما سهمی برای آموزش مهارت‌های هم‌دلی در نظر گرفته نشده است و اگر تلاش‌هایی هم در جهت پرداختن به این امر دیده می‌شود بیشتر در قالب درس اخلاق پزشکی و آن هم در حد دو تا چهار ساعت آموزش مهارت‌های ارتباطی (مهارت‌های پایه و پیشرفته) است که از نظر واحد و زمان اختصاص داده شده، نامناسب می‌باشد.

در مقایسه با سایر مهارت‌ها، مهارت هم‌دلی گرچه تا حدودی به شخصیت افراد بستگی دارد، اما نتایج این مطالعه و بسیاری از مطالعات مشابه نشان می‌دهد که مهارت‌های هم‌دلی قابل آموزش و یادگیری است و باعث افزایش رضایت‌مندی بیماران می‌گردد (۲۰ و ۴۵ و ۴۵). حوزه شناختی تابع آموزش است و بنابراین دانشکده‌های پزشکی می‌توانند نقش مهمی در توسعه درک دانشجویان در مورد هم‌دلی داشته باشند (۳۹). مهارت هم‌دلی یکی از مهارت‌های تخصصی ارتباط پزشک بیمار است و با توجه به اثرات مفیدی که بر روی پزشک و بیمار دارد لازم است در آموزش مهارت‌های ارتباطی، به این

منابع

1. Seeman M, Evans JW. Stratification and hospital care. Part I: The performance of the medical intern. *American Sociological Review*. 1961; 26(1):67-80.
2. khodabakhsh MR, mansori P. [Review of empathy and its role in improving doctor – patient relationship]. *Journal of Medical Ethics and History of Medicine*. 2011,4(3): 38-46. [Persian]

3. Landsberg A. Memory, empathy, and the politics of identification. *Int J Polit Cult Soc.* 2009;22(2):221-9.
4. Rogers CR. Significant learning in therapy and in education. *Educ Leadersh.* 1959; 16(4):232-42.
5. Bellet PS, Maloney MJ. The importance of empathy as an interviewing skill in medicine. *JAMA.* 1991;266(13) : 1831 – 2.
6. Bulger R, Cassell E, Charon R, Coles R, Federman D, Kass L ,et all. Learning objectives for medical student education – guidelines for medical schools : Report I of the Medical School Object. *Acad Med.* 1999;74(1):13-8.
7. Preston SD, de Waal FB. Empathy: Its ultimate and proximate bases. *Behav Brain Sci.* 2002; 25(1):1-20.
8. Davis MH. *Empathy: a social psychological approach.*: Madison. Wisconsin : Brown& Benchmark Publishers; 1994.
9. Hojat M, Mangione S, Nasca TJ, Cohen MJM, Gonnella JS, Erdmann JB, et all. The Jefferson Scale of Patient's Perceptions of Physician Empathy: Preliminary Psychometric Data. *Croat Med J.* 2007; 48(1): 81–86.
10. Aring CD. Sympathy and empathy. *JAMA.* 1958; 167(4):448–452.
11. Lamm C, Batson CD, Decety J. The neural substrate of Human Empathy: Effects of Perspective-taking and Cognitive Appraisal. *J Cogn Neurosci.* 2007; 19(1):42–58.
12. Baron-cohen S, Wheelwright S. The empathy quotient: an investigation of adults with Asperger syndrome or high functioning autism and normal sex differences. *J Autism Dev Disord.* 2004; 34(2):163-75.
13. Bjorkqvist k, Osterman K, kaukiainen A. Social intelligence empathy=aggression?. *Aggression and Violent Behavior.* 2000; 5(2):191-200.
14. Pedersen R. Empirical research on empathy in medicine-a critical review. *Patient Educ Couns.* 2009; 76(3):307–322.
15. Nightingale SD, Yarnold PR, Greenberg MS. Sympathy, empathy, and physician resource utilization. *J Gen Intern Med.* 1991; 6:420–423.
16. Bertakis KD, Roter D, Putnam SM. The relationship of physician interview style to patient satisfaction. *J Fam Pract.* 1991; 32(2):175 -81.
17. Stewart MA. Effective Physician – patient communication and health outcomes: a review. *CMAJ.* 1995 ;152 (9) :1423 – 33
18. Moore PJ, Adler NE, Robertson PA. Medical malpractice : the effect of doctor – patient relations on medical patient perceptions and malpractice intentions. *West J Med.* 2000 ; 173(4) : 244 – 50.
19. Levinson W, Roster 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.
20. Zachariae R, Pedersen CG, Jensen AB, Ehrnrooth E, Rossen PB, 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):658–665.
21. Kim SS, Kaplowitz S, Johnston MV. The effects of physician empathy on patient satisfaction and compliance. *Eval Health Prof.* 2004;27(3):237–251.
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):359–364.
23. Rietveld S, Prints P. The relationship between negative emotions and acute subjective and objective symptoms of childhood asthma. *Psychol Med.* 1998; 28(2): 407 – 15.
24. 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.
25. Grabsch B, Clarke DM, Love A, McKenzie DP, Snyder RD, Bloch S, et all. Psychological morbidity and quality of life in women with advanced breast cancer: a cross-sectional survey. *Palliat Support Care.* 2006;4(1):47–56.
26. Pollak KI, Arnold R, Alexander SC, Jeffreys AS, Olsen MK, Abernethy AP, et all. Do patient attributes predict oncologist empathic responses and patient perceptions of empathy?. *Support Care Cancer.* 2010 ;18(11):1405-11.
27. Morse DS, Edwardsen EA, Gordon HS. Missed opportunities for interval empathy in lung cancer communication. *Arch Intern Med.* 2008;168(17):1853–1858.
28. Levinson W, Gorawara-Bhat R, Lamb J. A study of patient clues and physician responses in primary care

- and surgical settings. *JAMA*. 2000;284(8):1021–1027.
29. Pollak KI, Arnold R, Alexander SC, Jeffreys AS, Olsen MK, Abernethy AP, et al. Do patient attributes predict oncologist empathic responses and patient perceptions of empathy?. *Support Care Cancer*. 2010 ; 18(11): 1405–1411
 30. Platt FW, Keller VF. Empathic communication : a teachable and learnable skill. *J Gen Intern Med*. 1994 ; 9 (4) : 222 – 6.
 31. Larson EB, Yao X. Clinical empathy as emotional labor in the patient-physician relationship. *JAMA*. 2005;293(9):1100–1106.
 32. Sullivan P. Pay more attention to your own health, Physicians warned. *CMAJ*. 1990; 142(11):1309-10.
 33. Shamasundar C. Understanding empathy and related phenomena. *Am J Psychother*. 1999; 53(2):232-45.
 34. Hyypa MT, Kronholm E, Mattlar CE. Mental well-being of good sleepers in a random population sample. *Br J Med Psychol*. 1991; 64(Pt 1): 25-34.
 35. Fernandez-Olano C, Montoya-Fernandez J, Salinas-Snchez AS. University of Castilla-La Mancha, Spain. Impact of clinical interview training on the empathy level of medical students and medical residents. *Med Teach*. 2008;30(3):322-4.
 36. Chen DC, Kirshenbaum DS, Yan J, Kirshenbaum E, Aseltine RH. Characterizing changes in student empathy throughout medical school. *Med Teach*. 2012;34(4): 305-11.
 37. Managheb SE, Firouzi H, Jafarian J. [The Impact of Communication Skills Training Based on Calgary-Cambridge Guideline on Knowledge, Attitude and Practice of Family Physicians in Jahrom University Of Medical Sciences]. *Journal of Jahrom University of Medical Sciences*. 2008; 6(2): 74-84. [Persian]
 38. Jefferson Scale of Physician Empathy (JSPE). [cited 2011 Jun 15]. Available from: <http://www.jefferson.edu/jmc/crmehc/medu/jspe.cfm>
 39. Lim BT, Moriarty H, Huthwaite M. "Being-in-role": A teaching innovation to enhance empathic communication skills in medical students. *Med Teach*. 2011; 33(12): 663-9.
 40. Chen DC, Pahilan ME, Orlander JD. Comparing a self-administered measure of empathy with observed behavior among medical students. *J Gen Intern Med*. 2010;25(3):200–202.
 41. Nunes P, Williams S, Sa B, Stevenson K. A study of empathy decline in students from five health disciplines during their first year of training. *Int J Med Educ*. 2011; 2:12–17.
 42. 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):244–249.
 43. Dehning S, Girma E, Gasperi S, Meyer S, Tesfaye M, Siebeck M. Comparative cross-sectional study of empathy among first year and final year medical students in Jimma University, Ethiopia: Steady state of the heart and opening of the eyes. *BMC Med Educ*. 2012; 12(1): 12-34.
 44. Suchman AL, Markakis k, Beckman HB, Frankel R. A model of empathic communication in the medical interview. *JAMA*. 1997; 277(8): 678 – 82.
 45. Spiro H. What is empathy and can it be taught?. *Ann Intern Med*. 1992; 116(10): 843-6.

The Impact of Empathy Training Workshops on Empathic Practice of Family Physicians of Jahrom University of Medical Sciences

Sayed Esmaeil Managheb¹, Saeideh Bagheri²

Abstract

Introduction: Empathy is a component of patient care. There is general agreement that empathy is crucial in physician-patient relationship and thus an important issue in medical education. We tested whether an empathy training workshop for family physicians could improve their empathic practice rated by patients.

Methods: This was a quasi-experimental pre-test/post-test study and was performed in 2010 in Jahrom University of Medical Sciences. All 20 family physicians in Jahrom were included and divided randomly into two equal groups. To evaluate the practice of family physicians, we assessed their practice through their patients. Five patients from each doctor (using convenient sampling) were polled (total of 100 patients in pre-test and 100 patients in post-test). Baseline emphatic practice of each doctor was assessed using Jefferson Scale of Patient's Perceptions of Physician Empathy (JSPPPE). Then, one group of doctors participated in the empathy skills workshop, while the other group did not. One month after the workshop, empathic practice of both groups of doctors was re-assessed. The scores of both groups before and after the communication skills workshop were compared.

Results: The mean scores of emphatic practice of both groups before the workshop (1.85 ± 0.2 , 1.83 ± 0.39 , out of 5) were compared and the results showed that there was no significant difference between them ($p=0.673$, $t=0.423$). There was a significant difference between the mean score of empathic practice in experimental group (2.95 ± 0.45) compared to the control (1.82 ± 0.33) in post-test measurement ($p<0.000$, $t=14.19$).

Conclusion: Our training intervention was effective in producing a significant change in family physician's empathic practice as well as the patient's satisfaction. Empathy is a skill that can be acquired by practice.

Keywords: Empathy, Communication Skills, Empathic Practice, Patient Satisfaction, Training, Consultation, Family Physicians

Addresses:

¹(✉) Assistant Professor, Department of Community Oriented Medicine, School of Medicine, Jahrom University of Medical Sciences, Jahrom, Fars, Iran. E-mail: esmanagheb@yahoo.com

² Medical Student, Research Committee, Jahrom University of Medical Sciences, Jahrom, Fars, Iran. Email: saeidehmedicine84@yahoo.com