

ارزیابی مهارت همدلی و ارتباط آن با برخی از عوامل دموگرافیک در دانشجویان مامایی

راحله عزتی*^۱، مهین تفضلی^۲، سیدرضا مظلوم^۳، نگار اصغری پور^۴

تاریخ دریافت ۱۳۹۶/۱۰/۱۱ تاریخ پذیرش ۱۳۹۶/۱۲/۱۵

چکیده

پیش‌زمینه و هدف: همدلی یک عنصر ضروری در عملکرد مامایی است که نقش اساسی در ایجاد و کیفیت ارتباط با بیمار دارد. ارتباط مؤثر، گرم و همدلانه، نتایج بالینی را بهبود بخشیده، در پیشرفت درمان و افزایش انگیزه بیمار برای شرکت فعال در درمان مهم است. با توجه به اهمیت همدلی در کیفیت رابطه و نتایج درمان این مطالعه باهدف بررسی مهارت همدلی در دانشجویان مامایی انجام شد.

مواد و روش‌ها: این مطالعه توصیفی-تحلیلی در سال ۱۳۹۴ در دانشگاه علوم پزشکی مشهد انجام شد. در این مطالعه کلیه دانشجویان مامایی ترم ۵ و ۷ (۷۳ نفر) و ۲۱۹ مادر باردار شرکت کردند. به ازای هر دانشجو ۳ مادر باردار به شیوه نمونه‌گیری در دسترس، وارد مطالعه شدند. جهت ارزیابی عملکرد همدلانه دانشجویان، پرسشنامه تعدیل‌شده "درک بیمار از همدلی پزشک"، توسط مادران باردار شرکت‌کننده و جهت ارزیابی همدلی، پرسشنامه "همدلی جفرسون ویژه پزشکان و پرسنل بهداشتی" به روش خودارزیابی توسط دانشجویان تکمیل شد. سپس اطلاعات وارد نرم‌افزار SPSS شده و در سطح آمار توصیفی مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند.

یافته‌ها: میانگین نمرات عملکرد همدلانه دانشجویان (۸۹/۳۸±۹/۵۸) و میانگین نمرات همدلی (۸۰/۳۶±۶/۰۱) بود. نتایج نشان دادند بین عملکرد همدلانه با برخی از اطلاعات دموگرافیک دانشجویان رابطه آماری معنی‌داری وجود دارد.

بحث و نتیجه‌گیری: نتایج این مطالعه نشان می‌دهد مهارت‌های همدلی دانشجویان مامایی در سطح خوب است بااین‌حال با توجه به اهمیت همدلی در بهبود نتایج بالینی، تقویت فضای همدلی بین دانشجویان و بیماران ضروری به نظر می‌رسد.

کلیدواژه‌ها: مهارت همدلی، مهارت ارتباطی، عملکرد همدلانه، دانشجوی مامایی

مجله دانشکده پرستاری و مامایی ارومیه، دوره شانزدهم، شماره دوم، پی‌درپی ۱۰۳، اردیبهشت ۱۳۹۷، ص ۱۴۸-۱۳۹

آدرس مکاتبه: مشهد، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، دانشکده پرستاری مامایی، تلفن: ۰۹۱۵۱۲۳۶۰۳۸

Email: Ezzatir56@gmail.com

مقدمه

کلیدی در موفقیت تعامل با بیمار است. کانیکو می‌گوید: همدلی یعنی درک کردن، به اشتراک گذاشتن و ایجاد فضایی برای پذیرفتن شخص دیگر و کمک به او برای اینکه بفهمد که تنها نیست و احساس می‌شود (۴). همدلی یعنی توانایی درک تجربیات درونی و احساسات دیگری حتی زمانی که در آن شرایط قرار نداریم (۵).

تعامل همدلانه، زمینه را برای یک رابطه مبتنی بر اعتماد آماده می‌سازد و در امنیت چنین رابطه‌ای است که بیمار داستان بیماری خود را بازگو کرده و چیزی را پنهان نمی‌کند، که این خود منجر به تشخیص دقیق‌تر و کاهش خطاهای پزشکی در تشخیص و درمان

ارتباط قوی‌ترین ابزار بالینی است و تحقیقات نشان داده‌اند که مهارت‌های ارتباطی تأثیر فراوانی بر نتایج عملکردهای بالینی داشته و درعین‌حال خطرات و مشکلات بالینی را کاهش می‌دهد (۱). ارتباط عامل بالقوه‌ای برای تأثیر مثبت پیامدهای سلامت در بیماران است و همدلی به‌عنوان یکی از ضروری‌ترین اجزاء ارتباط با بیمار تشخیص داده می‌شود (۲). همدلی یک توانایی ارتباطی قدرتمند است که به معنای درک تجربیات، دغدغه‌ها و دیدگاه‌های فرد دیگر همراه با توانایی ابراز آن می‌باشد (۳). همدلی یک عنصر

^۱ کارشناس ارشد مامایی، دانشکده پرستاری مامایی، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران (نویسنده مسئول)

^۲ مربی گروه مامایی، دانشکده پرستاری مامایی، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران

^۳ مربی گروه پرستاری، دانشکده پرستاری مامایی، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران

^۴ استادیار، گروه روانشناسی بالینی مرکز تحقیقات روانپزشکی و علوم رفتاری، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران

کده دارونما بر روی بیمار می‌گذارد، برخی دیگر معتقدند یک رابطه همدلانه از خود درمان نیز مهم‌تر است (۹، ۱۰).

در این بین حرفه مامایی به‌عنوان اولین حلقه بهداشتی-درمانی زنان، باهدف تأمین سلامت مادران و نوزادان و ارائه مراقبت‌های با کیفیت بالا به آنان، جزء رشته‌های مهم و حافظ سلامتی جامعه محسوب می‌شود و از اهمیت بالایی برخوردار است (۱۴، ۱۵). نیکولزو همکاران (۲۰۰۶) معتقدند که یک مامای "خوب" برای انجام مراقبت با کیفیت و مؤثر، علاوه بر دانش و تخصص فنی بایستی از مهارت‌های ارتباطی، همدلی و مهربانی نیز برخوردار باشد (۱۶). همدلی یک عنصر ضروری در عملکرد مامایی است. برقراری ارتباط همدلانه بین ماما و مادر باردار، باعث افزایش رضایت خاطر و اعتمادبه‌نفس در مادر باردار شده، اضطراب، استرس‌های روحی و روانی و ترس از زایمان طبیعی را کاهش داده موجب کنترل بهتر سیر زایمان و از همه مهم‌تر ارتقاء سلامت مادران باردار می‌شود (۱۷، ۱۸).

انجمن آموزش علوم پزشکی آمریکا معتقد است که شاغلین حرفه‌های علوم پزشکی در مراقبت بیماران باید همدل و دلسوز باشند، این انجمن همدلی را یک ضرورت از اهداف یادگیری می‌داند که تأثیر قابل‌توجهی بر رضایت بیمار، پایبندی به توصیه‌های پزشکی، نتایج بالینی و رضایت شغلی دارد. همدلی جزئی از رابطه با بیمار است که هم بر تشخیص و هم بر مراقبت بیمار مؤثر است (۱۸). با این حال مدارک بسیاری وجود دارد مبنی بر اینکه بسیاری از دانشجویان و شاغلین حرفه‌های سلامت، توانایی محدودی در برقراری ارتباط همدلانه، طی تجارب بالینی دارند (۱۱، ۲۱، ۲۰، ۱۹). یک متاآنالیز از مطالعات انجام‌شده در ایالت متحده نشان می‌دهد که سطوح همدلی در دانشجویان، نسبت به نسل قبل، کاهش یافته است و بسیاری از دانشجویان حرفه‌های سلامت، نه تنها در ارائه رفتارهای همدلانه با بیمار ناتوان‌اند، بلکه در برقراری ارتباط با همکاران نیز دچار شکست می‌شوند (۲۱). همچنین انجمن مراجعه‌کنندگان سلامت در استرالیا بیان می‌کند که عامل اصلی شکایات در زنان باردار، فقدان مهربانی و همدلی در ماماها است، درحالی‌که زنان بیشتر تحت تأثیر مراقبانی هستند که رفتارهای همدلانه نشان می‌دهند (۱۷).

از آنجایی‌که در رابطه با میزان همدلی در دانشجویان مامایی مطالعات بسیار اندکی انجام شده است و با توجه به اهمیت همدلی در کیفیت رابطه و نتایج درمان و لزوم پرداختن به آن به‌عنوان ابزاری در جهت بهبود نتایج بالینی و همچنین نقش حرفه مامایی در حفظ و ارتقاء سلامت جامعه، این مطالعه با هدف بررسی عملکرد همدلانه در دانشجویان مامایی، انجام می‌شود.

شده، نرخ دادخواهی و شکایات ناشی از قصور درمان را کاهش می‌دهد. همدلی در مراقبت از بیمار می‌تواند رضایت، سازگاری، انطباق بیمار با طرح درمان و انگیزه بیمار برای شرکت فعال در درمان را افزایش داده موجب پیشرفت درمان و بهبود نتایج بالینی شود (۸-۶). همچنین یک رویکرد همدلانه می‌تواند دوره درمان را کوتاه‌تر و در نتیجه مطالبات مالی و نیاز به منابع را کاهش دهد (۷). بیان روشن همدلی و سایر رفتارهای نوع‌دوستانه باعث می‌شود که علاوه بر بیمار، درمانگر نیز از برقراری روابط همدلانه با بیمار سود ببرد. روابط همدلانه و رضایت درمانگر از روابطی که با بیماران برقرار می‌کند، همچون مانعی قدرتمند در برابر استرس‌های شغلی و فرسودگی عمل می‌کند و با افزایش رضایت شغلی عامل بالقوه‌ای برای بهزیستی شاغلین سلامت محسوب می‌گردد (۳، ۹).

مطالعات نشان داده‌اند که همدلی می‌تواند فضایی را ایجاد کند که حالت تدافعی افراد از بین رفته و آن‌ها را قادر می‌سازد تا در مورد احساسات و نیازهایشان صحبت کنند (۱۰). در صورتی‌که در حین برقراری ارتباط با بیمار برای گرفتن شرح‌حال، انجام معاینه فیزیکی و تشخیص و درمان، همدلی وجود نداشته باشد و یا کیفیت آن مناسب نباشد، مشکلات متعددی از جمله اشکال در تشخیص، ناراضی‌بندی بیمار، عدم مصرف صحیح دارو، عدم پیگیری مسیر درمانی، هدر رفتن وقت پزشکان و بیماران و اتلاف هزینه‌ها ایجاد می‌شود و در موارد خاص موجب مرگ بیماران می‌گردد (۳). از طرفی هرگاه بیماران از مراقبت‌های عاطفی شاغلین سلامت راضی باشند، حتی اگر از نتیجه درمان رضایت نداشته باشند، کم‌تر علیه آن‌ها اقامه‌ی دعوی تخلف پزشکی می‌کنند (۹).

مطالعات نشان می‌دهند که بین همدلی و سرانجام مراقبت‌های بهداشتی رابطه مثبتی وجود دارد (۱۱). رینولد و اسکات (۲۰۰۰) یک ارتباط مثبت را بین همدلی و پاسخ‌های بیمار مانند کاهش درد، بهبود ضربان قلب و تعداد تنفس و کاهش نگرانی‌ها و استرس گزارش کردند (۱۲). مطالعات حجت و همکاران (۲۰۱۱) و کنال و همکاران (۲۰۱۲) بر روی بیماران دیابتیک نشان داد بیماران که توسط پزشکانی با سطوح همدلی بالاتر مراقبت می‌شوند عوارض بیماری در آن‌ها کاهش می‌یابد (۸، ۶). مطالعات دیگر نیز بر اثرات مثبت همدلی بر روی سیر و پیش‌آگهی بیماران تأکید داشته و نشان داده‌اند که سطوح بالای همدلی در مراقبین بهداشتی موجب بهبود وضعیت آرزایم در سالمندان، کاهش اضطراب، افسردگی و خشونت در بیماران سرطانی و بهبود پیش‌آگهی بیماران سکنه قلبی می‌شود (۱۳، ۱۲). برخی از پژوهشگران بیان می‌کند: هنگامی‌که روابط همدلانه بین پزشک و بیمار شکل می‌گیرد، پزشک چنان تأثیر قدرتمندی بر نتایج درمان دارد که این نتایج مشابه با اثراتی است

مواد و روش کار

این مطالعه توصیفی در سال ۱۳۹۴ در دانشگاه علوم پزشکی مشهد انجام شد. جامعه پژوهش شامل کلیه دانشجویان مامایی مشغول به تحصیل در ترم ۵ و ۷ دانشکده پرستاری مامایی مشهد بود که در مدت مطالعه در حال گذراندن کارآموزی زایشگاه بودند. برای ارزیابی مهارت‌های همدلی دانشجویان از طریق نظرسنجی از بیماران، بر اساس مطالعات قبلی به ازای هر دانشجو، ۳ نفر از بیماران آن‌ها (مادران باردار) وارد مطالعه شدند (۲۵)، که در نهایت ۷۳ دانشجو و ۲۱۹ مادر باردار به روش نمونه‌گیری در دسترس، در پژوهش شرکت کردند. معیارهای ورود به مطالعه برای دانشجویان شامل تمایل به شرکت در پژوهش و نداشتن سابقه شرکت در دوره‌های آموزشی مهارت‌های ارتباطی و همدلی و معیار خروج آن‌ها شامل عدم تمایل آن‌ها برای ادامه همکاری بود. معیارهای ورود مادران باردار به مطالعه عبارت بودند از: داشتن سواد خواندن و نوشتن، تسلط به زبان فارسی، نداشتن مشکل شنوایی، بینایی، ذهنی و روانی و از معیارهای خروج آن‌ها ورود به فاز فعال زایمان (درد شدید و دیلاتاسیون بیشتر از ۴ سانتی‌متر)، داشتن عوارض طبی و مامایی (مانند خونریزی، زایمان زودرس و هر عاملی که موجب تهدید جان مادر و جنین می‌شود) و عدم تمایل به ادامه همکاری بود.

در این مطالعه دو ابزار زیر مورد استفاده قرار گرفت: ۱- جهت سنجش عملکرد همدلانه دانشجویان مامایی از پرسشنامه تعدیل‌شده درک بیمار از همدلی پزشک (JSPPPE) استفاده شد. پرسشنامه تعدیل‌شده درک بیمار از همدلی پزشک شامل دو بخش بود: بخش اول دربرگیرنده مشخصات دموگرافیک مادر باردار و کد دانشجوی مربوطه، و بخش دوم شامل ۲۱ گویه بود که به روش لیکرت پنج‌گانه کاملاً موافق، موافق، نظری ندارم، مخالف و کاملاً مخالف، نظرات مادران باردار را در مورد همدلی دانشجویان بررسی می‌کرد. گزینه‌ها از ۱ کاملاً مخالف تا ۵ کاملاً موافق نمره دهی می‌شدند. حداقل نمره ۲۱ و حداکثر آن ۱۰۵ بود. نسخه فارسی این پرسشنامه در مطالعه مناقب و همکاران (۱۳۹۲) توسط دو تن از اساتید با ترجمه از انگلیسی به فارسی و برگردان مجدد به انگلیسی تأیید شد. روایی محتوای آن با نظر ۵ تن از اساتید مورد تأیید قرار گرفت و پایایی آن با محاسبه ضریب آلفای کرونباخ ۰/۷۹ تعیین گردید. پایایی این پرسشنامه در مطالعه حاضر با محاسبه ضریب آلفای کرونباخ ۰/۹۲ تعیین شد. نسخه تعدیل‌شده این پرسشنامه که برای سنجش عملکرد همدلانه در دانشجویان مامایی تنظیم شده است از نظر محتوای با نسخه اصلی یکسان بوده و تنها تغییرات مشخصی در جمله‌بندی برای حفظ صورت و اعتبار محتوای در جمعیت هدف مورد نظر، ایجاد شده است. برای نمونه یکی از گویه‌های این

پرسشنامه در زیر آورده می‌شود: " به مشکلات من علاقه‌مند است و صحبت مرا قطع نمی‌کند".

۲- جهت سنجش میزان همدلی دانشجویان از پرسشنامه استاندارد همدلی جفرسون ویژه همدلی پزشکان و پرسنل بهداشتی (JSE-HP) استفاده شد.

این پرسشنامه شامل ۲۰ گویه است که تکمیل‌کننده بر اساس میزان موافقت خود با آن، به هر گویه از بین یک تا پنج نمره‌ای داده، که نمره یک نشان‌دهنده عدم موافقت و نمره پنج نشان‌دهنده حداکثر موافقت است. حداقل نمره ۲۰ و حداکثر آن ۱۰۰ است. این پرسشنامه در مطالعه هاشمی پور و همکاران (۱۳۹۱) به فارسی ترجمه شده و روایی آن نیز مورد بررسی و تأیید قرار گرفت. پایایی آن نیز در مطالعه هاشمی پور با استفاده از آلفای کرونباخ ۰/۸۳ و در مطالعه حاضر ۰/۷۶ تعیین شد.

پس از دریافت موافقت‌نامه از کمیته اخلاق دانشگاه و کسب معرفی‌نامه از دانشکده پرستاری مامایی مشهد، نمونه‌گیری انجام شد. دانشجویان بر اساس برنامه کارآموزی خود در گروه‌های ۴ تا ۵ نفره در واحد زایشگاه حاضر شده، ابتدا پژوهشگر به ازای هر دانشجو ۳ مادر باردار را به روش نمونه‌گیری در دسترس (با توجه به معیارهای ورود مادران به مطالعه) انتخاب کرده، پس از دادن توضیحات لازم در مورد اهداف و نحوه انجام پژوهش از ایشان درخواست نمود تا پرسشنامه تعدیل‌شده درک بیمار از همدلی پزشک را برای دانشجوی مربوطه تکمیل کنند، سپس از دانشجویان درخواست نمود تا از مادران باردار مورد نظر شرح حال کامل گرفته، مراقبت‌های مرحله اول زایمان را انجام دهند. در نهایت پرسشنامه همدلی جفرسون ویژه همدلی پزشکان و پرسنل بهداشتی به شیوه خودارزیابی توسط دانشجویان و پرسشنامه تعدیل‌شده درک بیمار از همدلی پزشک، توسط سه مادر باردار انتخاب‌شده برای هر دانشجو، تکمیل شد. در این مطالعه نقش سن، ترم تحصیلی، وضعیت تأهل، علاقه به رشته مامایی، نمره درس ارتباطات در بهداشت و مشاوره، معدل ترم قبل و معدل کل، به‌عنوان عوامل مرتبط با مهارت‌های همدلی بررسی و ثبت گردید. سپس اطلاعات وارد نرم‌افزار SPSS نسخه ۱۶ شدند و با استفاده از آزمون‌های آماری توصیفی و آزمون‌های همبستگی اسپیرمن و پیرسون و آزمون آنالیز واریانس یک‌طرفه، مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند.

یافته‌ها

در این پژوهش ۷۳ دانشجوی مامایی شرکت کردند که ۵۶/۲ درصد (۴۱ نفر) از آن‌ها مشغول به تحصیل در ترم ۵ و ۴۳/۸ درصد (۳۲ نفر) از آن‌ها مشغول به تحصیل در ترم ۷ بودند. اکثر واحدهای پژوهش ۹۳/۲ درصد (۶۸ نفر) در گروه سنی ۲۵-۲۰ سال قرار

پرستشنامه‌ها می‌باشد بنابراین می‌توان گفت که نمرات عملکرد همدلانه و همدلی دانشجویان مامایی در سطح خوب است. نتایج آزمون آنالیز واریانس یک‌طرفه نشان داد بین نمرات عملکرد همدلانه و خودارزیابی همدلی دانشجویان مامایی با علاقه به رشته مامایی ارتباط معنی‌داری وجود ندارد ($p > 0/05$)، نتایج آزمون همبستگی پیرسون نشان داد بین نمرات عملکرد همدلانه و خودارزیابی همدلی دانشجویان با نمره درس ارتباطات در بهداشت و مشاوره و معدل ترم قبل رابطه آماری معنی‌داری وجود ندارد ($p > 0/05$)، نتایج آزمون همبستگی اسپیرمن نشان داد بین نمرات عملکرد همدلانه و خودارزیابی همدلی دانشجویان با وضعیت تأهل و سن رابطه آماری معنی‌داری وجود ندارد ($p > 0/05$) و اما بین نمرات عملکرد همدلانه با ترم تحصیلی رابطه آماری معنی‌دار و منفی ($p = 0/019$, $r = -0/275$) و بین نمرات عملکرد همدلانه با معدل کل رابطه آماری معنی‌دار مثبت وجود دارد ($p = 0/040$, $r = 0/240$)، همچنین نتایج آزمون همبستگی اسپیرمن نشان داد بین نمرات عملکرد همدلانه و نمره همدلی جفرسون در دانشجویان ارتباط آماری قابل توجهی وجود ندارد ($p = 0/562$, $r = 0/069$)،

داشتند. ۶۹/۹ درصد (۵۱ نفر) دانشجویان مجرد و ۳۰/۱ درصد (۲۲ نفر) متأهل بودند. از نظر علاقه به رشته مامایی ۵۳/۴ درصد (۳۹ نفر) علاقه متوسط، ۳۵/۶ درصد (۲۶ نفر) علاقه زیاد و ۱۱ درصد (۸ نفر) علاقه کم نسبت به این رشته داشتند. میانگین نمرات درس ارتباطات در بهداشت و مشاوره ($16/1 \pm 2/4$)، میانگین نمرات معدل ترم قبل ($16/6 \pm 1/1$) و میانگین نمرات معدل کل ($16/1 \pm 1/0$) بود. نمرات عملکرد همدلانه و خودارزیابی همدلی دانشجویان مامایی به تفکیک ترم تحصیلی، سن، وضعیت تأهل، علاقه به رشته مامایی، معدل ترم قبل و معدل کل در جدول (۱) آورده شده است. میانگین نمرات کسب‌شده دانشجویان از پرستشنامه تعدیل‌شده درک بیمار از همدلی پزشک ($89/38 \pm 9/58$)، و میانگین نمرات پرستشنامه جفرسون ویژه همدلی پزشکان و پرسنل بهداشتی ($80/36 \pm 6/01$) بود (جدول ۲). نمرات به‌دست‌آمده از هر دو پرستشنامه به شرح زیر طبقه‌بندی گردید: همدلی ضعیف امتیاز کم‌تر از ۵۰ درصد، همدلی متوسط امتیاز ۵۰-۷۵ درصد و همدلی خوب امتیاز بیشتر از ۷۵ درصد. با توجه به اینکه میانگین نمرات کسب‌شده دانشجویان از هر دو پرستشنامه، بیش از ۸۰ درصد امتیاز کل

جدول (۱): نمرات عملکرد همدلانه و خودارزیابی همدلی به تفکیک مشخصات دانشجویان

متغیر	تعداد	عملکرد همدلانه انحراف معیار \pm میانگین	خودارزیابی همدلی انحراف معیار \pm میانگین
ترم ۵	۴۱	۹۱/۷۹ \pm ۷/۹۶	۸۰/۶۸ \pm ۶/۴۶
ترم ۷	۳۲	۸۶/۲۸ \pm ۱۰/۶۶	۷۹/۹۷ \pm ۵/۴۷
سن ۲۵-۲۰	۶۸	۸۹/۲۷ \pm ۹/۵۹	۸۰/۲۵ \pm ۶/۰۹
سن ۳۰-۲۶	۵	۹۰/۸۲ \pm ۱۰/۳۷	۸۲/۰۰ \pm ۵/۱
مجرد	۵۱	۹۰/۴۲ \pm ۹/۲۹	۸۰/۰۶ \pm ۶/۲
متأهل	۲۲	۸۶/۹۵ \pm ۱۰/۰۱	۸۱/۰۹ \pm ۵/۵۶
علاقه به مامایی			
علاقه زیاد	۲۶	۹۱/۴۴ \pm ۱۰/۱۱	۸۲/۰۸ \pm ۶/۶۷
علاقه متوسط	۳۹	۸۸/۸۲ \pm ۸/۲۹	۷۹/۱۰ \pm ۵/۷
علاقه کم	۵	۸۵/۳۷ \pm ۱۳/۰۱	۸۱/۰۰ \pm ۳/۹۳
نمره واحد ارتباطات			
۱۰-۱۵	۲۹	۸۷/۹۶ \pm ۱۰/۴۰	۸۰/۰۰ \pm ۶/۰۴
> ۱۵	۴۳	۹۰/۴۹ \pm ۹/۰۲	۸۰/۶۷ \pm ۶/۱۱
معدل ترم قبل			
۱۰-۱۵	۵	۸۵/۰۰ \pm ۶/۸۹	۸۴/۲۰ \pm ۶/۰۲
۱۵-۱۷	۳۷	۸۸/۸۴ \pm ۸/۵۵	۷۹/۹۵ \pm ۶/۳۶
۱۷-۲۰	۳۱	۹۰/۷۲ \pm ۱۰/۹۸	۸۰/۲۶ \pm ۵/۵۴
معدل کل			
۱۰-۱۵	۹	۸۲/۵۶ \pm ۱۰/۵۴	۸۰/۵۶ \pm ۵/۸۸
۱۵-۱۷	۵۰	۸۹/۱۷ \pm ۸/۹۵	۷۹/۹۴ \pm ۶/۰۶
۱۷-۲۰	۱۴	۹۴/۵۱ \pm ۸/۷۸	۸۱/۷۹ \pm ۶/۱۳

جدول (۲): نمرات عملکرد همدلانه و خودارزیابی همدلی در دانشجویان

متغیر	انحراف معیار \pm میانگین	حداقل	حداکثر
عملکرد همدلانه	۸۹/۳۸ \pm ۹/۵۸	۶۲/۷	۱۰۵
خودارزیابی همدلی	۸۰/۳۶ \pm ۶/۰۱	۷۰	۹۵

بحث و نتیجه‌گیری

این مطالعه به منظور ارزیابی میزان مهارت همدلی در دانشجویان مامایی دانشگاه علوم پزشکی مشهد انجام گردید. نتایج این مطالعه نشان می‌دهد مهارت همدلی دانشجویان مامایی در سطح خوب است.

نتایج به دست آمده از پرسشنامه همدلی جفرسون ویژه پزشکان و پرسنل بهداشتی (به شیوه خودارزیابی) نشان می‌دهد میانگین نمرات به دست آمده توسط دانشجویان ۸۰/۳۶ \pm ۶/۰۱ است و دانشجویان بیش از ۸۰ درصد امتیاز کل پرسشنامه را کسب نموده‌اند. همسو با نتایج مطالعه حاضر، نتایج مطالعه ویلیامز (۲۰۱۴) بر روی ۹۴۸ دانشجوی پرستاری و مامایی و نتایج مطالعه کلیش (۲۰۰۶) بر روی ۴۰۵ دانشجوی پزشکی، پرستاری و مامایی نشان دادند که میانگین نمرات همدلی دانشجویان با استفاده از پرسشنامه همدلی جفرسون ویژه پزشکان و پرسنل بهداشتی در محدوده خوب است و این دانشجویان بیش از ۷۵ درصد نمره این پرسشنامه را کسب نموده‌اند (۲۱، ۲۲). اما نتایج مطالعه اوزونی (۲۰۱۲) بر روی ۲۷۹ دانشجوی پرستاری و نتایج مطالعه عبدالله پور (۲۰۱۵) بر روی ۵۰ مامای شاغل در بلوک زایمانی نشان دادند که میانگین نمرات همدلی به دست آمده با استفاده از پرسشنامه همدلی جفرسون ویژه پزشکان و پرسنل بهداشتی در محدوده متوسط است (۲۳).

با توجه به اینکه ابزار مورد استفاده جهت سنجش همدلی در تمام این مطالعات یکسان است، بنابراین ارائه‌ی نتایج متفاوت می‌تواند به علت تفاوت در جامعه پژوهش، حجم نمونه، نوع آموزش و فرهنگ آموزش (از نظر میزان اهمیت به مهارت‌های همدلی) آن‌ها باشد همچنین از آنجایی که در تمام این مطالعات سنجش همدلی تنها به شیوه خودارزیابی انجام شده است ارزیابی دانشجویان محدود به حضور ذهنی و نگرش آن‌ها بوده و به ارزیابی دقیق مهارت‌های بالینی و رفتارهای واقعی آن‌ها توجه نمی‌شود و شاید این مورد نیز یکی از علل تفاوت در نتایج مطالعات باشد (۱۸).

نتایج به دست آمده از پرسشنامه تعدیل شده درک بیمار از همدلی پزشک نشان می‌دهد میانگین نمرات به دست آمده توسط دانشجویان ۸۹/۳۸ \pm ۹/۵۸ است و دانشجویان بیش از ۸۵ درصد امتیاز کل پرسشنامه را کسب نموده‌اند. همسو با نتایج مطالعه حاضر،

حجت و همکاران (۲۰۱۰) در مطالعه خود بر روی ۲۹ پزشک و ۵۳۵ بیمار مراجعه کننده به آن‌ها نشان دادند میانگین نمره به دست آمده از پرسشنامه درک بیمار از همدلی پزشک در محدوده خوب است و پزشکان شرکت کننده در این مطالعه بیش از ۸۰ درصد نمره این پرسشنامه را کسب کرده‌اند. (۲۴) نتایج مطالعه کان و همکاران (۲۰۰۷) بر روی ۲۲۵ بیمار نشان دادند میانگین نمره به دست آمده از پرسشنامه درک بیمار از همدلی پزشک در محدوده خیلی خوب است و پزشکان شرکت کننده در این مطالعه بیش از ۹۵ درصد نمره این پرسشنامه را کسب کرده‌اند (۲۵). همچنین نتایج مطالعه گلاسر و همکاران (۲۰۰۷) بر روی ۳۶ پزشک خانواده و ۹۰ نفر از بیماران آن‌ها نشان دادند میانگین نمره به دست آمده از پرسشنامه درک بیمار از همدلی پزشک در محدوده خوب است و پزشکان شرکت کننده در این مطالعه بیش از ۸۵ درصد نمره این پرسشنامه را کسب کرده‌اند (۲۶). اما مطالعه مناقب و همکاران (۱۳۸۸) بر روی ۲۰ پزشک خانواده و ۱۰۰ بیمار مراجعه کننده به آن‌ها، با استفاده از پرسشنامه درک بیمار از همدلی پزشک، سطح عملکرد همدلانه پزشکان خانواده را ضعیف ارزیابی کردند (۳).

در این مطالعات حجم نمونه متفاوت از مطالعه حاضر است و جامعه پژوهشی آن‌ها نیز پزشکان می‌باشد در حالی که در مطالعه حاضر جامعه پژوهش دانشجویان مامایی می‌باشند. با توجه به اینکه ابزار مورد استفاده جهت سنجش همدلی در تمام این مطالعات پرسشنامه درک بیمار از همدلی پزشک است، بنابراین ارائه‌ی نتایج متفاوت می‌تواند به علت تفاوت در جامعه پژوهش، حجم نمونه، نوع آموزش و فرهنگ آموزش در آن‌ها باشد همچنین از آنجایی که در این مطالعات ارزیابی توسط بیماران انجام گرفته است، نمرات به دست آمده می‌تواند تا حدودی تحت تأثیر نظر و سلیقه شخصی بیماران نیز قرار گرفته باشد (۲۴).

همدلی در محیط بالین شامل چهار بعد احساسی، اخلاقی، شناختی و رفتاری است که بین آن‌ها تنها بعد رفتاری قابل مشاهده و اندازه گیری عینی می‌باشد و بعد شناختی با اندازه گیری ذهنی (نگرش و گرایش) ارزیابی می‌شود. (۹). پرسشنامه همدلی جفرسون که به شیوه خودارزیابی تکمیل می‌شود، محدود به نگرش و گرایش متخصصان بهداشتی نسبت به همدلی است. خودارزیابی این ابزار تنها می‌تواند نشان دهنده میزان آگاهی، نگرش و گرایش متخصصان

همدلی در دانشجویان مجرد و متأهل دندان پزشکی اختلاف آماری معنی داری دارد، متناقض است (۲۹).

همچنین نتایج پژوهش نشان داد معدل کل تأثیری در نمرات خودارزیابی همدلی ندارد اما بین معدل کل دانشجویان با عملکرد همدلانه ارتباط مثبت و معنی داری وجود دارد. در این زمینه مطالعه‌ای که به بررسی ارتباط بین وضعیت تحصیلی و میزان همدلی در دانشجویان پرداخته باشد، یافت نشد.

از جمله مسایل دیگر که در این تحقیق به آن پرداخته شد، ارتباط بین ترم تحصیلی با نمرات عملکرد همدلانه و خودارزیابی همدلی و بود. نتایج پژوهش نشان داد نمرات عملکرد همدلانه با افزایش سال‌های تحصیل کاهش می‌یابد. حجت و همکاران (۲۰۰۲) اختلاف معنی دار آماری بین نمرات همدلی در دستیاران سال‌های مختلف تحصیل به دست نیاوردند (۲۷). همچنین مکنا و همکاران (۲۰۱۲) نیز تفاوت قابل توجهی در نمرات همدلی دانشجویان پرستاری در سال‌های مختلف تحصیل به دست نیاوردند (۳۲). مطالعه ویلیامز و همکاران (۲۰۱۵) در دانشجویان پزشکی مالزیایی و مطالعه چن و همکاران (۲۰۰۷) در دانشجویان پزشکی دانشگاه بوستون همسو با مطالعه ما نشان می‌دهند نمره همدلی به‌طور معکوسی با افزایش سنوات تحصیلی کاهش می‌یابد (۳۳، ۳۴). که احتمالاً به دلیل توجه وافر مقاطع تحصیلی بالاتر به کسب مهارت‌های تکنیکی و کم‌رنگ شدن توجه به برقراری ارتباط با بیمار است که نهایتاً منجر به کاهش همدلی می‌شود و درعین حال فاصله گرفتن تدریجی از وضعیت دانشجویی و نزدیک شدن به کسوت متخصص، کاهش توجه به درمان بر اساس بیمار محوری و تمرکز بیشتر به انجام تکنیک صرف در ارائه خدمات نیز بر این امر مؤثر است (۲۹)، اما برخلاف نتایج سایر مطالعات، یافته‌های مطالعه ویلیامز و همکاران (۲۰۱۴) نشان داد که نمرات همدلی دانشجویان رشته‌های مختلف علوم پزشکی، از سال اول تحصیل به سال دوم افزایش یافت اما در سال‌های بعد تغییرات قابل توجهی دیده نشد (۷). همچنین این پژوهشگر مطالعه‌ای طولی بر روی دانشجویان سال اول، دوم و سوم حرفه‌های مختلف سلامت انجام داد که نشان می‌دهد دانشجویان سال دوم و سوم نمرات بالاتری نسبت به هم‌تایان خود در سال اول داشتند (۲۱). یافته‌های مطالعه هانگ و همکاران (۲۰۱۲) نیز نشان داد که در دانشجویان پزشکی بعد از سال اول نمرات همدلی به‌طور قابل توجهی افزایش می‌یابد (۲۸). با توجه به اینکه ابزار سنجش اطلاعات در تمام این پژوهش‌ها یکسان است نتایج متفاوت می‌تواند به علت تفاوت در جامعه پژوهش و تفاوت در تکنیک‌های تدریس و آموزش باشد و این واقعیت که سنجش تنها به شیوه خودارزیابی به‌هیچ‌وجه منعکس‌کننده همدلی واقعی نبوده و کافی نیست (۷).

بهداشتی نسبت به همدلی باشد، یعنی بعد شناختی همدلی را ارزیابی می‌کند اما به‌هیچ‌وجه نمی‌تواند منعکس‌کننده رفتارهای واقعی در بالین باشد به‌عبارت‌دیگر بعد رفتاری همدلی را نمی‌تواند ارزیابی کند (۱۸). به همین دلیل در مطالعه حاضر از دو ابزار استاندارد همدلی جفرسون ویژه پزشکان و پرسنل بهداشتی و پرسشنامه تعدیل‌شده درک بیمار از همدلی پزشک استفاده شده است که علاوه بر اینکه بعد شناختی همدلی در دانشجویان مامایی، با استفاده از خودارزیابی مقیاس همدلی جفرسون ویژه پزشکان و پرسنل بهداشتی سنجیده شده است، بعد رفتاری همدلی نیز توسط بیماران و با استفاده از پرسشنامه تعدیل‌شده درک بیمار از همدلی پزشک، مورد ارزیابی قرار گرفته است.

در بررسی حاضر، بین سن با نمرات عملکرد همدلانه و خودارزیابی همدلی ارتباط معنی داری دیده نشده است. یافته مذکور با نتایج مطالعات حجت و همکاران (۲۰۰۲) و هانگ و همکاران (۲۰۱۲) که بین میزان همدلی در گروه‌های مختلف سنی اختلاف معنی داری نیافته بودند همسو می‌باشد (۲۸، ۲۷)، اما نتایج مطالعات شهاب و همکاران (۱۳۹۳) و هاشمی پور و همکاران (۱۳۹۱)، نشان می‌دهد که دانشجویان جوان‌تر از نمره‌ی همدلی بالاتری نسبت به دانشجویان رده‌ی سنی بالاتر برخوردار هستند که یافته‌های مذکور با نتایج مطالعه ما تناقض دارد (۳۰، ۲۹). برخی مطالعات نیز نتایج بسیار متفاوتی در این خصوص به دست آورده‌اند، همچنان که ویلیامز و همکاران (۲۰۱۴) در بررسی سطوح همدلی در میان دانشجویان حرفه‌های مختلف سلامت در دو دانشگاه بزرگ استرالیا دریافتند که نمرات همدلی در دانشجویان یا سنین بالاتر نسبت به جوان‌ترها، بیشتر است، این پژوهشگران در خصوص این یافته خود بیان می‌کنند که افزایش تجارب زندگی میزان همدلی را در افراد افزایش می‌دهد. تجربه عشق و مرگ، درد و رنج و افسردگی و تنهایی، فرد را قادر می‌سازد تا بتواند تأثیر این تجارب را در دیگران، در نظر گرفته و درک کند (۷). کسب نتایج متفاوت شاید به دلیل تفاوت در جامعه پژوهش، استفاده از ابزار متفاوت در سنجش همدلی و تفاوت‌های فرهنگی باشد.

در مطالعه ما تمام دانشجویان شرکت‌کننده مؤنث هستند بنابراین نمی‌توان ارتباط بین عملکرد همدلانه و جنسیت را بررسی نمود.

در این پژوهش، وضعیت تأهل تأثیری در نمرات عملکرد همدلانه و خودارزیابی همدلی ندارد. این یافته با نتایج مطالعات شریعت و همکاران (۱۳۸۹) که بر روی میزان همدلی دستیاران رشته‌های مختلف انجام شد هم‌خوانی دارد (۳۱). اما با یافته‌های مطالعه شهاب و همکاران (۱۳۹۳) که نشان داد میانگین نمره

و بیمار فیلم تهیه شود و همدلی دانشجویان با بررسی این فیلم‌ها، ارزیابی گردد.

اساس نتایج به‌دست‌آمده از این مطالعه مدیران و مسئولان آموزشی می‌توانند با گنجانیدن دوره‌های آموزشی مهارت همدلی در واحدهای مرتبط و یا به‌عنوان آموزش‌های ادواری دارای امتیاز، موجب ارتقاء سطح مهارت همدلی در دانشجویان حوزه علوم پزشکی و مخصوصاً مامایی شوند که این خود می‌تواند موجب ارائه خدمات ایمن و مقرون‌به‌صرفه و با کیفیت بهتر به بیماران، و افزایش اثربخشی منابع انسانی شاغل در سیستم بهداشتی درمانی گردد که در نهایت بهبود و حفظ سلامت جامعه را به همراه دارد.

تشکر و قدردانی

مطالعه حاضر بخشی از پایان‌نامه‌ی تحقیقاتی مصوب ۹۴/۵/۲۵ دانشگاه علوم پزشکی مشهد با کد طرح IR.MUMS.REC.1394.341 می‌باشد که با حمایت مالی معاونت پژوهشی آن دانشگاه انجام شد. پژوهشگران مراتب سپاس خود را از معاونت پژوهشی، مسؤولین دانشگاه و پرسنل محترم دانشکده پرستاری و مامایی مشهد و همچنین دانشجویان شرکت‌کننده در این مطالعه به خاطر صبر، حوصله و همچنین اعتمادشان به محققان و تمامی عزیزانی که ما را در اجرای هر چه بهتر این تحقیق مشارکت و همکاری داشتند، ابراز می‌دارند.

با توجه به نقش مهم همدلی در تشخیص و درمان بیماری‌ها، اگر با تحصیل در دانشکده علوم پزشکی میزان همدلی کاهش یابد، باید جهت افزایش همدلی برنامه‌های هدف‌دار وارد آموزش پزشکی شود (۳۲). مطالعات انجام‌شده نشان می‌دهند که آموزش مهارت همدلی در کوریکولوم آموزش رشته‌های مرتبط با علوم پزشکی فراموش شده است و کسب تجارب بالینی بدون آموزش مناسب این مهارت، می‌تواند اثرات سوء بر همدلی دانشجویان داشته باشد و حتی باعث سنگدلی برخی دانشجویان گردد، لذا لازم است که این مهارت به‌صورت نظام‌مند و فعال آموزش داده شود (۳).

اجرای این پژوهش دارای محدودیت‌هایی بود، یکی از این محدودیت‌ها، نگرانی مادران باردار از این مورد بود که در صورت امتناع از پر کردن فرم و یا پر کردن آن برخلاف میل دانشجویان، خدمات مناسبی را دریافت نخواهد کرد که ما با توضیحات کافی و دادن اطمینان در مورد اینکه تمام اطلاعات ثبت‌شده در پرسشنامه‌ها محرمانه و محفوظ می‌باشد و اینکه شرکت آن‌ها در این مطالعه داوطلبانه است، این نگرانی را از بین بردیم. از دیگر محدودیت‌های اجرایی این مطالعه محیط زایشگاه و محیط اطراف بیمار است که می‌تواند در همدلی دانشجویان و مادر باردار اختلال ایجاد نماید، همچنین حضور پژوهشگر در هنگام تعامل دانشجویان و بیمار می‌تواند عملکرد دانشجویان را تحت تأثیر قرار دهد، جهت از بین بردن این مشکل پیشنهاد می‌شود در مطالعات آینده از لحظات تعامل دانشجویان

References:

- Jaffari Golestan N, Vanaki Z, Memarian R. Organizing "Nursing Mentors Committee": an Effective Strategy for Improving Novice Nurses' Clinical Competency. *Iran J Med Educ* 2008;7(2): 237-46.
- Bonvicini KA, Perlin MJ, Bylund CL, Carroll G, Rouse RA, Goldstein MG. Impact of communication training on physician expression of empathy in patient encounters. *Patient Educ Couns* 2009;75(1):3-10.
- Managheb E, Bagheri S. The Impact of Empathy Training Workshops on Empathic Practice of Family Physicians of Jahrom University of Medical Sciences. *Iran J Med Educ* 2013;13(2): 114-22.
- Cunico L, Sartori R, Marognoli O, Meneghini AM. Developing empathy in nursing students: a cohort longitudinal study. *J Clin Nurs* 2012;21(13-14):2016-25.
- 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.
- Del Canale S, Louis DZ, Maio V, Wang X, Rossi G, Hojat M, et al. The Relationship Between Physician Empathy and Disease Complications: An Empirical Study of Primary Care Physicians and Their Diabetic Patients in Parma, Italy. *Acad Med* 2012;87(9): 1243-9.
- Williams B, Brown T, McKenna L, Boyle MJ, Palermo C, Nestel D, et al. Empathy levels among health professional students: a cross-sectional study at two universities in Australia. *Adv Med Educ Pract* 2014;5: 107-13.

8. Hojat M, Louis DZ, Markham FW, Wender R, Rabinowitz C, Gonnella JS. Physicians' empathy and clinical outcomes for diabetic patients. *A cad Med* 2011;86(3): 359–64.
9. Khodabakhsh M, Mansuri P. Empathy and review its role in improving patient-doctor relationship. *J Med Ethics Hist Med* 2011;4(3): 38-46.
10. Mercer SW, Reynolds WJ. Empathy and quality of care. *Br J Gen Pract* 2002;52: 9-13.
11. Ouzouni C, Nakakis K. An exploratory study of student nurses' empathy. *Health Sci J* 2012;6(3):534.
12. Brunero S, Lamont S, Coates M. A review of empathy education in nursing. *Nurs Inq* 2010;17(1): 65–74.
13. 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.
14. Bagherian Mahmoodabadi H, Lohrasby F, Setareh M, Lotfi M. Frequency and reasons of midwives malpractices in cases referred to general office of legal medicine of Isfahan, Iran during 2005-2009. *Iran J Obst Gynecol Infer* 2014;17(99):13–20.
15. Taghizade Z, Rezaei Pur A, Mehran A. communication skills application and its' relation to clients' satisfaction. *HAYAT* 2006;12(4): 47-55
16. Nicholls L, Webb C. What makes a good midwife? An integrative review of methodological-diverse research. *J Adv Nurs* 2006;56(4): 414–29.
17. Moloney S, Gair S. Empathy and spiritual care in midwifery practice: Contributing to women's enhanced birth experiences. *Wom Birth* 2015;28(4): 323-8.
18. Stepien KA, Baernstein A. Educating for Empathy: A Review. *J Gen Intern Med* 2006;21(5): 524–30.
19. Suchman AL, Markakis k, Beckman HB, Frankel R. A model of empathic communication in the medical interview. *JAMA* 1997;277(8): 678 – 82.
20. Morse DS, Edwardsen EA, Gordon HS,. Missed opportunities for interval empathy in lung cancer communication. *Arch Intern Med* 2008;168(17): 1853–8.
21. Williams B, Brown T, Boyle M, McKenna L, Palermo C,. Levels of empathy in undergraduate emergency health, nursing, and midwifery students: a longitudinal study. *Adv Med Educ Pract* 2014;5: 299-306.
22. Kliszczyk J, Nowicka-Sauer K, Trzeciak B, Nowak P, Sadowska A. Empathy in health care providers – validation study of the Polish version of the Jefferson Scale of Empathy. *Adv Med Sci* 2006;51: 219-25.
23. Abdollahpour S, Khosravi A. Survey of empathy among midwives working in maternity block and its relationship with job satisfaction and mental health. *International Conference on Humanities, Psychology and Social Sciences*; 2015; Tehran, Institute of Managers of Idea Capital, Ilya: https://www.civilica.com/Paper-HPSCONF01-HPSCONF01_279.html 2015.
24. Hojat M, Louis DZ, Maxwell K, Markham FW, Wender RC, Gonnella JS. Patient perceptions of physician empathy, satisfaction with physician, interpersonal trust, and compliance. *Int J Med Educ*. 2010;1: 83-7.
25. Kane GC, Gotto JL, Mangione S, West S, Hojat M. Jefferson Scale of Patient's Perceptions of Physician Empathy: Preliminary Psychometric Data. *Croat Med J* 2007;48(1): 81-6.
26. Glaser KM, Markham FW, Adler HM, McManus RP, Hoja M. Relationships between scores on the Jefferson Scale of physician empathy, patient perceptions of physician empathy, and humanistic approaches to patient care: A validity study. *Med Sci Monit* 2007;13(7): 291-4.
27. Hojat M, Gonnella JS. Empathy in medical students as related to academic performance, clinical

- competence and gender. *Med Educ* 2002;36(6): 522-7.
28. Hong M, Lee WH, Park JH, Yoon T, Y., Moon DS, Lee SM, et al. Changes of empathy in medical college and medical school students: 1-year follow up study. *BMC Med Educ* 2012;12: 122.
29. Shahab S, Rejeh N, Nasiri M, Rad RA. Empathy with patients among dentistry students in Tehran. *J Med Ethics History Med* 2014;7(3): 55-65.
30. 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).
31. Shariat SV, Kaykhavoni A. Empathy in medical residents at Iran University of Medical Sciences. *Iran J Psychiatry Clin Psychol* 2010;16(3):248-256.
32. McKenna L, Boyle M, Brown T, Williams B, Molloy A, Molloy L. Levels of empathy in undergraduate nursing students. *Int J Nurs Pract* 2012;18(3): 246-51.
33. Williams B, Sadasivan S, Kadirvelu A. Malaysian Medical Students' self-reported Empathy: A cross-sectional Comparative Study. *Med J Malaysia* 2015;70(2): 76-80.
34. Chen DCR, Kirshenbaum DS, Yan J, Kirshenbaum E, Aseltine RH. Characterizing changes in student empathy throughout medical school. *Med Teach* 2012;34(4):305-11.

ASSESSMENT OF EMPATHY SKILLS IN MIDWIFERY STUDENTS AND ITS RELATIONSHIP WITH SOME OF THE DEMOGRAPHIC FACTORS

Raheleh Ezzati¹, Mahin Tafazoli², Seyyed Reza Mazloun³, Neghar Asgharpour⁴

Received: 01 Jan, 2018; Accepted: 06 Mar, 2018

Abstract

Background & Aims: Empathy is an essential element in midwifery practice, which also has an essential role in creating and quality communication with the patient. Effective, warm and Empathy communication, improved clinical outcomes in the treatment and it is important to increase patient motivation to participate in treatment. Given the importance of empathy in relationship quality and outcomes treatment, this study aimed to evaluate the performance of Empathy in midwifery students.

Materials & Methods: This descriptive study was conducted in Mashhad University of Medical Sciences in 1394. In this study, all midwifery students in semester 5 and 7, and 219 pregnant mothers participated. For each student, three pregnant women were enrolled. In order to assess the student's Empathy performance, a modified questionnaire for the patient-perceived of the physician's empathy (JSPPPE) was completed by the participating pregnant mothers and to assess empathy, the Jefferson Scale of Empathy Physician Health Professional version (JSPE-HP) was completed by student self-assessment method.

Results: The mean scores of JSPPPE were (89.38±9.58) and the mean scores of JSE-HP were (80.36±60.1). Statistical tests showed that there is a significant relationship between Empathy performance and some demographic data.

Conclusion: The results of this study show that is good Empathy skills in Midwifery students, however, given the importance of empathy in improving clinical outcomes, strengthening empathy between students and patients seems necessary.

Keywords: Empathy, Empathy skills, Empathic Practice, Midwifery student

Address: School of Nursing and Midwifery, Mashhad University of Medical Sciences, Mashhad, Iran.

Tel: (+98) 9151236038

Email: Ezzatir56@gmail.com

¹ MSc in Midwifery, Faculty of Nursing Midwifery, Mashhad University of Medical Sciences, Mashhad, Iran (Corresponding Author)

² Instructor of Midwifery, Faculty of Nursing Midwifery, Mashhad University of Medical Sciences, Mashhad, Iran

³ Instructor of Nursing, Faculty of Nursing Midwifery, Mashhad University of Medical Sciences, Mashhad, Iran

⁴ Assistant Professor, Department of Clinical Psychology, Psychiatry Research Center, Behavioral Sciences, Faculty of Medicine, Mashhad University of Medical Sciences, Mashhad, Iran