بررسی نمره همدلی با بیمار و عوامل مرتبط با آن در دانشجویان کارشناسی اتاق عمل

نگین لارتی[۱]، الهه آشوری[۲]، اکرم اعرابی*[۳]

تاریخ دریافت ۱۳۹۷/۰۲/۲۰ تاریخ پذیرش ۱۳۹۷/۰۵/۲۳

چکیده

پیش‌زمینه و هدف: همدلی اساس ارتباط مراقبین درمانی با بیماران است که در فضای پراسترس و تکنولوژی محور اتاق عمل نتایج مطلوبی برای بیماران دارد. تعیین نمره همدلی با بیمار در دانشجویان اتاق عمل می‌تواند به پی بردن به نواقص موجود و تقویت این مهارت کمک نماید. لذا هدف از پژوهش حاضر، بررسی نمره همدلی با بیمار و عوامل مرتبط با آن در دانشجویان کارشناسی اتاق عمل است.

مواد و روش‌ها: این مطالعه مقطعی از نوع توصیفی–تحلیلی در سال تحصیلی ۹۷-۱۳۹۶ بر روی ۱۱۰ نفر از دانشجویان سال‌های اول تا چهارم رشته اتاق عمل که به‌صورت نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شده بودند در دانشکده پرستاری-مامایی اصفهان انجام شد. ابزار پژوهش، پرسشنامه همدلی با بیمار جفرسون نسخه مربوط به دانشجویان حرفه‌های مختلف سلامت (JSE-HPS) بود که توسط نمونه‌ها تکمیل شد. تجزیه‌وتحلیل داده‌ها با آمار توصیفی و آزمون‌های آماری در نرم‌افزار SPSS.22 انجام شد.

یافته‌ها: میانگین نمره کل همدلی با بیمار در دانشجویان اتاق عمل ۱۴/۲±۸۹/۲ و میانگین نمرات ابعاد همدلی شامل: اتخاذ دیدگاه ۵/۵±۵۵/۰۶، مراقبت همدلانه ۱۲/۰۱±۲۶/۳ و خود را بجای بیمار نهادن ۲/۳±۷/۸ بود. بین نمره کل همدلی با ویژگی‌های دموگرافیک نمونه‌ها، ارتباط معنی‌داری مشاهده نشد.

بحث و نتیجه‌گیری: نمره همدلی با بیمار در دانشجویان کارشناسی اتاق عمل در محدوده متوسط بود. بنابراین آموزش همدلی به دانشجویان این رشته باید موردتوجه قرار گیرد. ازآنجاکه ارتباط بین نمره همدلی با ویژگی‌های دموگرافیک معنی‌دار نشد، نتیجه‌گیری قطعی در این خصوص به مطالعات بیشتری نیاز دارد.

کلیدواژه‌ها: همدلی، ارتباط، بیمار، دانشجو، اتاق عمل

مجله دانشکده پرستاری و مامایی ارومیه، دوره شانزدهم، شماره هفتم، پی‌درپی ۱۰۸، مهر ۱۳۹۷، ص ۴۹۲-۴۸۴

آدرس مکاتبه: اصفهان، خ هزارجریب، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، دانشکده پرستاری و مامایی، گروه اتاق عمل، تلفن: ۰۹۱۳۳۰۸۰۱۷۱

Email: aarabi@nm.mui.ac.ir

مقدمه

همدلی که عبارت است از توانایی قرار دادن خود بجای دیگری به‌منظور درک بهتر احساسات و تجربیات او (۱)، یک ویژگی شخصیتی است که نقش مهمی در روابط بین فردی دارد (۲). همدلی چرخه‌ای شامل درک و فهم احساسات فرد دیگر، انتقال این درک به او و اطمینان حاصل کردن از اینکه او منظور ما را متوجه شده، می‌باشد (۳). در حرف درمانی، همدلی اساس ارتباط مراقبین درمانی با بیماران است (۴) که به معنای درک نگرانی‌ها، تجارب و دیدگاه‌های بیمار همراه با توانایی انتقال و ابراز این درک به او می‌باشد (۵). همدلی دو نوع است: ۱. همدلی پایه (مؤلفه احساسی همدلی را می‌سازد) که در افراد بالغ شکل می‌گیرد و به‌عنوان ظرفیت ذاتی فرد برای همدلی تلقی می‌شود. ۲. همدلی آموخته‌شده (سازنده مؤلفه شناختی همدلی است) که با تمرین شکل می‌گیرد و برفراز همدلی پایه ساخته می‌شود. منظور از همدلی در حرف پزشکی نیز، اغلب همین بُعد شناختی آن است (۶). همدلی مزایایی چون افزایش کیفیت مراقبت و رضایت بیماران، افزایش اعتماد بیماران به مراقبین درمانی و بنابراین پذیرش بهتر اقدامات درمانی از سوی آن‌ها (۷)، کاهش اضطراب، استرس و درد بیماران (۳) و حتی نتایج تسکینی

[۱] دانشجوی کارشناسی ارشد اتاق عمل، گروه اتاق عمل، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران.

[۲] استادیار، دکترای تخصصی پرستاری، مرکز تحقیقات مراقبت‌های پرستاری و مامایی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران.

[۳] استادیار، دکترای تخصصی پرستاری، مرکز تحقیقات مراقبت‌های پرستاری و مامایی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران. (نویسنده مسئول)

[Downloaded from unmf.umsu.ac.ir on 2024-04-20]

و درمانی را به دنبال دارد (۸)، تا جایی که به عقیده جنگلند[1] و همکاران، یکی از اصلی‌ترین شکایات بیماران و بستگان آن‌ها از خدمات درمانی، در خصوص همدلی نکردن مراقبین درمانی با آن‌ها بوده است که این امر استرس بیماران را بیشتر و اعتماد آنان به سیستم درمانی را کم‌تر می‌کند (۹). بنابراین سیاست‌های سیستم‌های درمانی و آموزشی، بر اهمیتِ ارتباط همدلانه در امر مراقبت از بیماران تأکید می‌کنند (۱۰) و همدلی را یکی از اهداف آموزش به کلیه شاغلین در حرفه‌های درمانی می‌دانند (۱۱). در این میان، پرستاران اتاق عمل نیز از این قاعده مستثنا نیستند.

ورود به فضای تکنیکی اتاق عمل و انجام جراحی برای بسیاری از بیماران با ترس‌هایی چون: از دست دادن کنترل، درد بعد از عمل، تغییر در تصویر ذهنی از بدن و ترس از مرگ همراه است (۱۲). بنابراین با توجه به مزایایی که در خصوص همدلی با بیمار ذکر شد، ارتباط همدلانه پرستار اتاق عمل با بیمار در این فضای پراسترس، می‌تواند تأثیر بسزایی بر کاهش ترس و اضطراب بیماران در اتاق عمل داشته باشد. به عقیده بیلی[2]، بیماران در اتاق عمل به‌واسطه عوامل تنش‌زای موجود در این فضا و ارائه مراقبت با تجهیزات پیشرفته، حتی بیش از سایر بخش‌ها نیاز به برقراری ارتباط با مراقبین درمانی دارند (۱۲).

بااین‌حال برخی محققین معتقدند که به علت تکنولوژی محور بودن و متفاوت بودن کار در اتاق عمل با سایر بخش‌ها، نقش پرستاران اتاق عمل به‌طور قابل‌توجهی تحت تأثیر تکنولوژی قرار می‌گیرد (۱۳). به عقیده محققین، مسئولیت حرفه‌ای پرستار اتاق عمل، بیشتر متمرکز بر مرحله حین عمل و انجام امور مربوط به جراحی (۱۴) و کم‌تر متوجه مراقبت از بیمار و بُعد انسانی او است (۱۵). چنانکه مطالعه گیلمارتین و رایت[3] نیز نشان می‌دهد اکثر بیماران در مرحله قبل از عمل احساس رها ماندن می‌کنند و پرستاران به حمایت روانی از آنان نمی‌پردازند (۱۶). این در حالی است که ارتباط بین پرستار و بیمار، یکی از روابط اساسی موجود در اتاق عمل است که هدف اصلی آن، تضمین امنیت بیمار در مدت‌زمان حضور او در این فضا است (۱۷). سانتس[4] و همکاران معتقدند که پرستاران جهت انجام مراقبت از بیماران در اتاق عمل، باید به دنبال همدلی با آن‌ها باشند (۱۵). همچنین به عقیده لاروکو[5] در یک محیط مراقبتی تکنولوژی محور و پیشرفته، ارتباط همدلانه مراقبین درمانی می‌تواند بین یک تجربه ناخوشایند از فضای استریل با تعاملات انسانی تمایز ایجاد کند (۱۸).

بنابراین با توجه به توضیحات ذکرشده، بررسی نمره همدلی با بیمار در دانشجویان اتاق عمل که مشغول آموزش در این حرفه هستند و در آینده نیز نقش کارکنان را بر عهده خواهند داشت، به‌منظور پی بردن به نواقص موجود ضروری است. زیرا بر اساس دانش پژوهشگر، در کوریکولوم درسی دانشجویان این رشته، واحد آموزشی در خصوص ارتباط همدلانه با بیمار وجود ندارد و بیشتر به دروس تخصصی مانند تکنولوژی جراحی‌های مختلف و رعایت اصول استریل در اتاق عمل پرداخته می‌شود.

مطالعات زیادی به بررسی نمره همدلی با بیمار در دانشجویان حرف مختلف درمانی پرداخته‌اند. به‌عنوان‌مثال در مطالعه اشقلی فراهانی و همکاران باهدف بررسی نمره همدلی با بیمار در دانشجویان پرستاری دانشگاه علوم پزشکی تهران (۱) و در مطالعه محمدی و همکاران باهدف بررسی نمره همدلی با بیمار در دانشجویان رشته‌های مختلف دانشگاه علوم پزشکی زنجان (۱۹)، نمره همدلی با بیمار بالاتر از محدوده متوسط به دست آمد.

بااین‌حال بر اساس دانش پژوهشگر، مطالعه‌ای که اختصاصاً به بررسی نمره همدلی با بیمار در دانشجویان کارشناسی اتاق عمل پرداخته باشد یافت نشد. حال‌آنکه بهبود ارتباط همدلانه با بیمار و ارائه آموزش‌ها به دانشجویان و مراقبین درمانی در این زمینه، مستلزم آن است که ابتدا وضعیت مهارت موردنظر ارزیابی شود تا بتوان نواقص موجود را شناسایی و برطرف کرد و نقاط قوت را تقویت نمود. همچنین ازآنجاکه مطالعات نشان می‌دهند نمره همدلی ممکن است تحت تأثیر عواملی چون جنسیت، سن یا سال تحصیلی قرار بگیرد (۲۰، ۲۱)، لذا هدف از پژوهش حاضر بررسی نمره همدلی با بیمار و عوامل مرتبط با آن در دانشجویان کارشناسی اتاق عمل می‌باشد.

مواد و روش کار

این پژوهش، یک مطالعه مقطعی از نوع توصیفی – تحلیلی است که در سال تحصیلی ۹۷-۱۳۹۶ در دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی اصفهان انجام شد. جامعه پژوهش شامل ۱۳۰ نفر از دانشجویان سال‌های اول تا چهارم رشته اتاق عمل بود که از این میان، تعداد ۱۱۰ نفر به روش نمونه‌گیری در دسترس و بر اساس دارا بودن معیارهای ورود شامل: دانشجویان مقطع کارشناسی پیوسته اتاق عمل، دانشجویان ترم دوم به بعد که وارد محیط آموزش بالین شده‌اند و تجربه ارتباط با بیمار را دارند، داشتن تمایل به شرکت در پژوهش، عدم ابتلای نمونه‌ها به مشکلات روانی واضح و

[1] Jangland
[2] Bailey
[3] Gilmartin & Wright
[4] Santos
[5] LaRocco

[Downloaded from unmf.umsu.ac.ir on 2024-04-20]

عدم سابقه شرکت در کارگاه‌های همدلی که بر نمره همدلی آن‌ها تأثیر گذار باشد وارد مطالعه شدند. معیار خروج نیز، پاسخ دهی ناقص به پرسشنامه‌ها بود.

لازم به ذکر است که بر اساس کوریکولوم آموزشی رشته اتاق عمل در این دانشکده، واحدهای کارآموزی دانشجویان این رشته از ترم دوم آغاز می‌شود و ازآنجاکه این پژوهش در نیمسال دوم سال تحصیلی ۹۷-۱۳۹۷ صورت گرفت، لذا نمونه‌های این پژوهش که درترم های دوم به بعد مشغول به تحصیل بودند، تجربه حضور بر بالین بیمار را داشتند.

ابزار مورد استفاده در این پژوهش، پرسشنامه‌ای دو قسمتی بود که قسمت ابتدایی آن، مشخصات فردی نمونه‌ها شامل: سن، جنسیت، وضعیت تأهل، سال تحصیلی، آخرین معدل درسی و بومی بودن در استان (به‌منظور بررسی ارتباط بین مشخصات دموگرافیک با نمره همدلی) و قسمت دوم شامل سؤالات مربوط به پرسشنامه همدلی با بیمار جفرسون[1] بود. این پرسشنامه دارای نسخه‌های متعددی برای دانشجویان پزشکی[2]، متخصصین سلامت[3]، دانشجویان حرفه‌های مختلف سلامت[4] و دانشجویان پرستاری[5] می‌باشد (۲۰) که در این مطالعه از نسخه مربوط به دانشجویان حرفه‌های مختلف سلامت (JSE-HPS) استفاده شده است. این پرسشنامه، مشتمل بر ۲۰ گویه در سه خرده مقیاس اتخاذ دیدگاه با ۱۰ گویه (با محدوده نمره ۷۰-۱۰)، مراقبت همدلانه با ۸ گویه (با محدوده نمره ۵۶-۸) و خود را بجای بیمار نهادن با ۲ گویه (با محدوده نمرات ۱۴-۲) می‌باشد. همچنین دارای ۱۰ آیتم منفی است که به‌صورت معکوس نمره دهی می‌شوند. نمره هر گویه با مقیاس هفت درجه‌ای لیکرت (از نمره ۱ کاملاً مخالف تا نمره ۷ کاملاً موافق) سنجیده می‌شود. نمره قابل کسب برای کل پرسشنامه در محدوده ۱۴۰-۲۰ است و کسب نمره بالاتر نشانه همدلی بیشتر با بیمار می‌باشد (۷). روایی و پایایی نسخه‌های مختلف این پرسشنامه در مطالعات متعدد خارجی و ایرانی تأیید شده است. به‌عنوان‌مثال، در مطالعه فیلدز[6] و همکاران ضریب آلفای کرونباخ مقیاس مساوی ۰/۷۸ و ضریب پایایی بازآزمون در فاصله ۳ ماهه ۰/۵۸ و در فاصله ۶ ماهه ۰/۶۹ به‌دست آمد (۲۲). در مطالعه شریعت و کیخاونی نیز، ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۸ و ضریب پایایی بازآزمون ۰/۹۴ به‌دست آمد (۲۳).

پژوهشگر پس از اخذ مجوزهای لازم جهت انجام نمونه‌گیری و دریافت کد اخلاق به شماره IR.MUI.REC.1396.3.839 از کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، به کلاس‌های درسی دانشجویان اتاق عمل در دانشکده پرستاری و مامایی اصفهان مراجعه نمود و پس از توضیح اهداف پژوهش برای نمونه‌ها و دریافت رضایت کتبی آن‌ها جهت شرکت در پژوهش، پرسشنامه مذکور را در اختیار نمونه‌ها قرار داد. به نمونه‌ها در خصوص محرمانه ماندن اطلاعاتشان و عدم تأثیر نمرات حاصل از پرسشنامه‌ها در ارزیابی تحصیلی آن‌ها، اطمینان داده شد.

تجزیه‌وتحلیل داده‌ها با استفاده از آمار توصیفی (میانگین، میانه و فراوانی) و آزمون‌های آماری یومان- ویتنی، کروسکال- والیس، کلموگروف- اسمیرنوف و ضریب همبستگی اسپیرمن در نرم‌افزار SPSS 22.0 (SPSS Inc., Chicago, IL, USA) انجام شد. $P < ۰/۰۵$ از نظر آماری، معنی‌دار در نظر گرفته شد.

یافته ها

در این پژوهش تعداد ۱۱۰ نفر از دانشجویان کارشناسی اتاق عمل حضور داشتند که توزیع فراوانی مشخصات دموگرافیک آن‌ها در جدول شماره ۱ آمده است. متوسط سن نمونه‌ها ۲/۲ ± ۲۱/۱ سال و متوسط معدل تحصیلی آن‌ها ۱/۵ ± ۱۶/۵ بود.

یافته‌های این پژوهش نشان داد میانگین نمره کل همدلی با بیمار در دانشجویان کارشناسی اتاق عمل برابر با ۱۴/۲ ± ۸۹/۲ بود. همچنین میانگین نمرات ابعاد همدلی شامل: اتخاذ دیدگاه ۵/۵ ± ۵۵/۰۶، مراقبت همدلانه ۱۲/۰۱ ± ۲۶/۳ و خود را بجای بیمار نهادن ۲/۳ ± ۷/۸ بود که در جدول شماره ۲ نشان داده شده است.

ارتباط بین نمره همدلی و ابعاد آن با مشخصات دموگرافیک نمونه‌ها:

بر اساس آزمون ناپارامتری کروسکال- والیس، بین متوسط (میانه) نمره کل همدلی با بیمار و سال تحصیلی نمونه‌ها، ارتباط معنی‌داری وجود نداشت ($P = ۰/۳۹$). آزمون ناپارامتری یومان- ویتنی نیز نشان داد بین متوسط (میانه) نمره کل همدلی با جنسیت ($P = ۰/۹۹$)، وضعیت تأهل ($P = ۰/۸۸$) و بومی بودن ($P = ۰/۸۳$)، تفاوت معنی‌داری وجود نداشت ($P > ۰/۰۵$) (با توجه به نرمال نبودن توزیع داده‌ها بر اساس آزمون کلموگروف-اسمیرنوف) (جدول شماره ۳).

ضریب همبستگی ناپارامتری اسپیرمن نشان داد نمره کل همدلی با سن و معدل تحصیلی نمونه‌ها، ارتباط معنی‌داری نداشت ($P > ۰/۰۵$). (جدول شماره ۴). بنابراین بین نمره کل همدلی با هیچ یک از ویژگی‌های دموگرافیک نمونه‌ها، ارتباط معنی‌داری مشاهده نشد.

1 Jefferson Scale of Empathy (JSE)
2 JSE Medical Students Version
3 JSE Health Professionals Version
4 JSE Health Profession Student Version (JSE-HPS)
5 JSE Nursing Student Version
6 Fields

[Downloaded from unmf.umsu.ac.ir on 2024-04-20]

در خصوص نمره ابعاد همدلی نیز بر اساس ضریب همبستگی اسپیرمن، با افزایش سن، نمره اتخاذ دیدگاه افزایش (ضریب همبستگی ۰/۲) و نمره خود را بجای بیمار نهادن (ضریب همبستگی ۰/۲۷-) کاهش معنی‌داری داشت ($P < ۰/۰۵$). اما ارتباط معنی‌داری بین نمره سایر ابعاد همدلی با سن و معدل تحصیلی به‌دست نیامد (جدول شماره ۴).

در خصوص ارتباط بین متوسط (میانه) نمره ابعاد همدلی با جنسیت، سال تحصیلی، وضعیت تأهل و بومی بودن نمونه‌ها، نتایج آزمون‌های یومان- ویتنی و کروسکال- والیس نشان داد که تنها متوسط (میانه) نمره خود را بجای بیمار نهادن در دانشجویان مجرد نسبت به متأهل، در دانشجویان غیربومی نسبت به بومی و در دانشجویان سال اول نسبت به سال‌های سوم و چهارم به‌طور معنی‌داری بیشتر بود ($P < ۰/۰۵$). مقایسه متوسط نمره ابعاد همدلی با ویژگی‌های دموگرافیک نمونه‌ها در جدول شماره ۵ نشان داده شده است.

جدول (۱): توزیع فراوانی مشخصات دموگرافیک دانشجویان کارشناسی اتاق عمل

متغیر		فراوانی	درصد
جنسیت	زن	۷۷	۷۰
	مرد	۳۳	۳۰
سال تحصیلی	اول	۲۹	۲۶/۴
	دوم	۳۰	۲۷/۳
	سوم	۲۵	۲۲/۷
	چهارم	۲۶	۲۳/۶
وضعیت تأهل	مجرد	۹۱	۸۲/۷
	متأهل	۱۹	۱۷/۳
بومی بودن	بومی	۸۱	۷۳/۶
	غیر بومی	۲۹	۲۶/۴

جدول (۲): میانگین نمره کل همدلی و ابعاد آن در دانشجویان کارشناسی اتاق عمل

ابعاد	میانگین	انحراف معیار
نمره کل همدلی با بیمار	۸۹/۲	۱۴/۲
اتخاذ دیدگاه	۵۵/۰۶	۵/۵
مراقبت همدلانه	۲۶/۳	۱۲/۰۱
خود را بجای بیمار نهادن	۷/۸	۲/۳

جدول (۳): مقایسه متوسط نمره کل همدلی بر اساس مشخصات دموگرافیک دانشجویان کارشناسی اتاق عمل

متغیر		میانگین	انحراف استاندارد	میانه	چارک اول	چارک سوم	سطح معنی‌داری
جنسیت	زن	۸۹/۰۵	۱۴/۵	۸۴	۸۰	۹۱/۵	۰/۹۹
	مرد	۸۹/۵	۱۴/۵	۸۵	۷۸/۵	۹۹	
سال تحصیلی	اول	۹۰/۶	۱۲/۷	۸۷	۸۴	۹۷/۵	۰/۳۹
	دوم	۸۹/۸	۱۵/۸	۸۳/۵	۷۸/۷	۱۰۵	
	سوم	۸۸/۹	۱۶/۰	۸۳	۷۹/۵	۹۷/۵	
	چهارم	۸۷/۳	۱۳/۷	۸۳/۵	۷۸	۹۰	
وضعیت تأهل	مجرد	۸۹/۴	۱۴/۶	۸۴	۷۹	۹۷	۰/۸۸
	متأهل	۸۸/۲	۱۳/۷	۸۴	۸۰	۹۰	
بومی بودن	بومی	۸۹/۰	۱۴/۳	۸۴	۷۹	۹۵	۰/۸۳
	غیربومی	۸۹/۹	۱۵/۱	۸۴	۸۱	۹۷	

[Downloaded from unmf.umsu.ac.ir on 2024-04-20]

جدول (۴): ارتباط بین نمره کل همدلی و ابعاد آن با سن و معدل تحصیلی دانشجویان کارشناسی اتاق عمل

ابعاد	سن		معدل تحصیلی	
	r	P	r	P
نمره کل همدلی	-۰/۰۲۳	۰/۸۰۸	-۰/۱۲۳	۰/۲۰۰
اتخاذ دیدگاه	۰/۲۰۰	۰/۰۳۶	۰/۰۴۲	۰/۶۶۷
مراقبت همدلانه	-۰/۱۰۹	۰/۲۵۶	-۰/۱۴۴	۰/۱۳۵
خود را به جای بیمار نهادن	-۰/۲۷۲	۰/۰۰۴	-۰/۱۵۴	۰/۱۰۸

جدول (۵): مقایسه متوسط نمره ابعاد همدلی با جنسیت، سال تحصیلی، وضعیت تأهل و بومی بودن دانشجویان کارشناسی اتاق عمل

		اتخاذ دیدگاه			مراقبت همدلانه			خود را بجای بیمار نهادن		
		میانه	چارک اول	چارک سوم	میانه	چارک اول	چارک سوم	میانه	چارک اول	چارک سوم
جنسیت	زن	۵۶	۵۲	۵۹	۲۲	۱۸	۲۶/۵	۸	۶	۱۰
	مرد	۵۵	۵۰	۵۸	۲۳	۲۰	۳۹/۵	۸	۶	۹
سطح معنی‌داری			۰/۲۵			۰/۲۱			۰/۸۳	
سال تحصیلی	اول	۵۵	۵۱	۵۸/۵	۲۳	۲۱	۲۹/۵	۹	۷	۱۰
	دوم	۵۴/۵	۴۸/۸	۵۸/۳	۲۳	۲۱	۴۱	۸	۶/۸	۱۰
	سوم	۵۵	۵۱	۵۷	۲۲	۱۸	۴۲	۷	۵	۸
	چهارم	۵۷	۵۴	۶۰	۱۹/۵	۱۴/۸	۲۶/۸	۶/۵	۵	۱۰
سطح معنی‌داری			۰/۱۱			۰/۰۹			۰/۰۱	
وضعیت تأهل	مجرد	۵۵	۵۱	۵۸	۲۳	۱۹	۳۰	۸	۶	۱۰
	متأهل	۵۶	۵۳	۶۰	۲۱	۱۸	۲۴	۷	۵	۸
سطح معنی‌داری			۰/۲۵			۰/۲۹			۰/۰۴	
بومی بودن	بومی	۵۶	۵۲	۵۹	۲۲	۱۸/۵	۲۹/۵	۷	۶	۹
	غیربومی	۵۴	۵۰	۵۸	۲۲	۲۰	۳۴/۵	۹	۷	۱۰/۵
سطح معنی‌داری			۰/۳۵			۰/۶۵			۰/۰۱	

بحث و نتیجه‌گیری

در این پژوهش که به‌منظور بررسی نمره همدلی با بیمار و عوامل مرتبط با آن در دانشجویان کارشناسی اتاق عمل انجام شد، میانگین نمره کل همدلی با بیمار در نمونه‌ها ۱۴/۲ ± ۸۹/۲ و در محدوده متوسط (محدوده نمره پرسشنامه: ۱۴۰-۲۰) و میانگین نمرات ابعاد همدلی شامل: اتخاذ دیدگاه ۵/۵ ± ۵۵/۰۶، مراقبت همدلانه ۱۲/۰۱ ± ۲۶/۳ و خود را بجای بیمار نهادن ۲/۳ ± ۷/۸ بود. اگرچه این نتایج همسو با مطالعه اوزونی و ناکاکیس[1] باهدف بررسی سطح همدلی در ۲۷۹ نفر از دانشجویان پرستاری در یونان است که نمره همدلی را در حد متوسط (۸/۹۳ ± ۸۸/۶۳) گزارش کرده‌اند (۲۴)، اما در مطالعات متعددی، نمره همدلی با بیمار در سطح خوب گزارش شده است که نتایج پژوهش حاضر با آن‌ها هم‌خوانی ندارد. به‌عنوان‌مثال، در مطالعه هگازی و ویلسون[2] نمره همدلی دانشجویان پزشکی برابر با ۱۴/۹۳ ± ۱۰۹/۰۷ (۲۵)، در مطالعه ویلیامز[3] و همکاران نمره همدلی دانشجویان پیراپزشکی ۱۲/۵۰ ± ۱۰۸/۶۰ (۲۶) و در مطالعه بس-سارمینتو[4] و همکاران نمره همدلی با بیمار قبل از اجرای مداخله آموزشی در دانشجویان پرستاری ۸/۴۴ ± ۱۱۹/۹۱ به‌دست آمد (۲۷). متوسط بودن نمرات همدلی و همچنین نمره بعد مراقبت همدلانه در پژوهش حاضر شاید به این دلیل باشد که دانشجویان اتاق عمل در زمینه ارتباط همدلانه با بیمار، آموزش

[1] Ouzouni & Nakakis
[2] Hegazi &Wilson
[3] Williams
[4] Bas-Sarmiento

[Downloaded from unmf.umsu.ac.ir on 2024-04-20]

آکادمیکی ندیده‌اند و چنانکه نتایج مطالعه اکبری و همکاران نیز نشان می‌دهد، پرستاران اتاق عمل در مرحله قبل از عمل در حیطه‌هایی چون «حوصله پاسخگویی به سؤالات بیمار»، «تلاش جهت رفع ترس بیمار»، «اهمیت دادن به حفظ روحیه بیمار» و «برخورد مناسب با بیمار» ضعیف بودند که پیشنهاد شده است کارگاه‌های آموزشی در زمینه ارتباط با بیمار برای آن‌ها برگزار شود (۲۸). از سوی دیگر، به عقیده محققین ازجمله دلایل مطرح شده برای کاهش همدلی در دانشجویان علوم پزشکی می‌توان به کمبود افراد الگو در این زمینه، داشتن تجارب ناخوشایند از ارتباط با بیمار، ترس از اشتباه کردن، نادیده گرفتن تأثیر همدلی در روند مراقبت از بیمار و همچنین درمان‌های تکنولوژی محور اشاره کرد (۲۹) و ازآنجاکه تکنولوژی محور بودن کار، در فضای اتاق عمل نمود بیشتری دارد، لذا این امر می‌تواند توجه دانشجویان این رشته به ارتباط همدلانه با بیمار را تحت تأثیر قرار دهد و سبب کاهش نمرات همدلی آن‌ها شود. بنابراین، با توجه به اینکه همدلی یک ویژگی عمدتاً شناختی و قابل آموزش است (۲۰)، باید به آموزش این مفهوم به دانشجویان اتاق عمل توجه بیشتری شود.

محققان معتقدند با افزایش سال‌های تحصیل دانشجویان علوم پزشکی، نمره همدلی با بیمار در آن‌ها کاهش می‌یابد (۲۱). نتایج مطالعه حجت و همکاران نیز که باهدف بررسی تغییرات نمره همدلی دانشجویان پزشکی طی تحصیل در دانشکده پزشکی انجام شده نشان می‌دهد که نمره همدلی در سال‌های اول و دوم تغییر معنی‌داری نکرد، اما در سال سوم، کاهش معنی‌داری در نمره همدلی نمونه‌ها مشاهده شد که تا پایان فارغ‌التحصیلی آن‌ها ادامه داشت (۲۰). در مطالعه حاضر نیز، گرچه نمره همدلی دانشجویان سال چهارم (۸۷/۳) کم‌تر از دانشجویان سال اول (۹۰/۶) بود، اما این ارتباط از لحاظ آماری معنی‌دار نشد (P = ۰/۳۹) که این نتایج همراستا با مطالعات مکنا[5] و همکاران باهدف بررسی سطح همدلی با بیمار در دانشجویان پرستاری (۳۰) و هگازی و ویلسون[6] در دانشجویان پزشکی بود (۲۵) که اختلاف معنی‌داری بین سال تحصیلی و نمره همدلی نمونه‌ها به‌دست نیامد.

در این مطالعه، بین نمره همدلی با سن نمونه‌ها ارتباط معنی‌داری وجود نداشت. ازآنجاکه متوسط سن دانشجویان در این پژوهش ۲/۲ ± ۲۱/۱ سال بود و اغلب دانشجویان در محدوده سنی یکسانی بودند، لذا نتایج به‌دست آمده در این پژوهش تاحدودی قابل توجیه است. در مطالعه وارد[7] و همکاران در دانشجویان پرستاری (۳۱) و پتروسی[8] و همکاران در دانشجویان حرف‌های مختلف سلامت نیز (۲)، نتایج مشابهی به‌دست آمد. بااین‌حال فیلدز[9] و همکاران معتقدند که دانشجویان با سن بالاتر، نمرات همدلی بیشتری نسبت به دانشجویان جوانتر داشتند (۲۲).

در مطالعات متعددی چون مطالعه شریعت و حبیبی (۳۲)، نیونز[10] و همکاران (۲۱) و وارد و همکاران (۳۳) نمره همدلی زنان به‌طور معنی‌داری بیشتر از مردان به‌دست آمد که به عقیده محققین نگرش مراقبتی و گرایشات احساسی بیشتر زنان نسبت به مردان می‌تواند از علل احتمالی آن باشد (۲۶). برخلاف این نتایج، در پژوهش حاضر بین نمره همدلی با جنسیت نمونه‌ها، ارتباط معنی‌داری مشاهده نشد که در پژوهش شریعت و کیخاونی باهدف بررسی میزان همدلی در ۲۵۱ نفر از دستیاران تخصصی رشته‌های بالینی نیز، ارتباط بین نمره همدلی با جنسیت نمونه‌ها معنی‌دار نشد (۲۳) که با نتایج پژوهش حاضر هم‌خوانی داشت.

در پژوهش حاضر ارتباط بین نمره همدلی با وضعیت تأهل نمونه‌ها معنی‌دار نبود که با نتایج مطالعات شریعت و کیخاونی (۲۳) و وارد و همکاران (۳۳) همسو است. همچنین ارتباط معنی‌داری بین نمره همدلی با معدل درسی نمونه‌ها مشاهده نشد، گرچه انتظار می‌رفت که دانشجویان با معدل بالاتر نمره همدلی بیشتری داشته باشند. نتایج مطالعه عزتی و همکاران که باهدف بررسی مهارت همدلی در دانشجویان مامایی انجام شد نیز نشان داد معدل کل نمونه‌ها، تأثیری بر نمرات خودارزیابی همدلی آن‌ها ندارد (۳۴) که با یافته‌های این پژوهش هم‌خوانی داشت.

در این پژوهش گرچه بنظر می‌رسید که نمرات همدلی دانشجویان بومی به‌دلیل آشنایی بیشتر با فرهنگ و زبان بیماران و بیشتر بودن تعداد آن‌ها، بیشتر از دانشجویان غیر بومی باشد اما نتایج در خصوص ارتباط نمره همدلی با بومی بودن نیز معنی‌دار نشد. در مطالعه طولی حجت و همکاران باهدف بررسی نمره همدلی در دانشجویان پزشکی طی تحصیل در دانشگاه نیز، نتایج مشابهی در این زمینه به‌دست آمد (۲۰).

نتایج متفاوت به‌دست آمده در این پژوهش نسبت به مطالعات مشابه در خصوص ارتباط بین نمره همدلی با ویژگی‌های دموگرافیک نمونه‌ها، شاید این گونه قابل توجیه باشد که به‌دلیل متفاوت بودن شرایط کار و نحوه ارتباط پرستاران با بیماران در اتاق عمل، نمره همدلی آن‌ها تحت تأثیر عوامل دیگری قرار داشته باشد و چندان متأثر از ویژگی‌های دموگرافیک آن‌ها نباشد. چنانکه مطالعه کیفی فرنیا و همکاران در خصوص مهم‌ترین موانع ارتباط پرستار با بیمار در اتاق عمل نیز نشان می‌دهد، دو مورد از مهم‌ترین این موانع، غفلت

5 McKenna
6 Hegazi &Wilson
7 Ward
8 Petrucci
9 Fields
10 Nunes

[Downloaded from unmf.umsu.ac.ir on 2024-04-20]

و در حاشیه ماندن ارتباط در اتاق عمل و کمبودهای آموزشی در زمینه ارتباط با بیمار است (۳۵). لذا شناسایی عوامل تأثیر گذار بر ارتباط همدلانه پرستاران با بیماران در اتاق عمل به مطالعات بیشتری در این زمینه نیاز دارد.

از محدودیت‌های این مطالعه، استفاده از پرسشنامه خودگزارشی بود که پیشنهاد می‌شود در مطالعات بعدی، نمره همدلی نمونه‌ها با پرسش از بیماران تحت مراقبت از آن‌ها نیز سنجیده شود. همچنین به‌دلیل محدود بودن تعداد دانشجویان کارشناسی پیوسته اتاق عمل در این دانشکده، افزایش تعداد نمونه‌ها امکانپذیر نبود که این مسئله می‌تواند بر قابلیت تعمیم پذیری نتایج تأثیر بگذارد. لذا پیشنهاد می‌شود مطالعات دیگری، با حجم نمونه بیشتر و بر روی دانشجویان چندین مرکز آموزشی انجام شود.

نتایج این پژوهش نشان داد که نمره همدلی با بیمار در دانشجویان کارشناسی اتاق عمل در محدوده متوسط بود که با توجه به مزایای همدلی برای بیماران و مراقبین درمانی و قابل آموزش بودن آن، پیشنهاد می‌شود آموزش همدلی با بیمار به‌عنوان بخشی از یک واحد درسی مورد توجه قرار گیرد. همچنین در این پژوهش، ارتباط بین نمره همدلی با هیچ یک از ویژگی‌های دموگرافیک نمونه‌ها معنی‌دار نشد. بنابراین نتیجه‌گیری قطعی در خصوص تأثیر ویژگی‌های دموگرافیک بر نمره همدلی با بیمار در دانشجویان و شاغلین در رشته اتاق عمل، به بررسی‌های بیشتری در این زمینه نیاز دارد. زیرا ممکن است نمرات همدلی مراقبین درمانی در اتاق عمل، تحت تأثیر عوامل دیگری باشد.

تشکر و قدردانی

این مقاله برگرفته از پایان نامه کارشناسی ارشد رشته اتاق عمل دانشگاه علوم پزشکی اصفهان با شماره ۳۹۶۸۳۹ و با حمایت‌های مالی معاونت پژوهشی دانشگاه مذکور می‌باشد. بدین‌وسیله از کلیه پرسنل دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی اصفهان و دانشجویان شرکت کننده در این طرح که بدون یاری آن‌ها امکان انجام این پژوهش میسر نمی‌شد، تشکر می‌نماییم.

References:

1. Ashghali Farahani M, Salehi T, Arab Ameri Z, Hajibabaee F, Hosseini AF, Ghaffari F. Empathy among undergraduate nursing students in Tehran University of Medical Sciences. Iran J Med Ethics History Med 2016; 9(4):56-67. (Persian)

2. Petrucci C, La Cerra C, Aloisio F, Montanari P, Lancia L. Empathy in health professional students: A comparative cross-sectional study. Nurse Educ Today 2016; 41:1-5.

3. Brunero S, Lamont S, Coates M. A review of empathy education in nursing. Nurs Inq 2010; 17(1):65-74.

4. Cunico L, Sartori R, Marognolli O, Meneghini AM. Developing empathy in nursing students: a cohort longitudinal study. J Clin Nurs 2012; 21(13-14):2016-25.

5. Hojat M. Empathy in patient care: antecedents, development, measurement, and outcomes: Springer Science & Business Media; 2007. P. 77-85.

6. Zeighami R, Rafiie F. Concept analysis of empathy in nursing. J Qual Res Health Sci 2012; 1(1):27-33. (Persian)

7. Williams B, Boyle M, Earl T. Measurement of empathy levels in undergraduate paramedic students. Prehosp Disaster Med 2013; 28(2):145-9.

8. Kelley KJ, Kelley MF. Teaching empathy and other compassion-based communication skills. J Nurses Prof Dev 2013; 29(6):321-4.

9. Jangland E, Gunningberg L, Carlsson M. Patients' and relatives' complaints about encounters and communication in health care: evidence for quality improvement. Patient Educ Couns 2009; 75(2):199-204.

10. Määttä SM. Closeness and distance in the nurse-patient relation. The relevance of Edith Stein's concept of empathy. Nurs Philos 2006; 7(1):3-10.

11. Ozcan C, Oflaz F, Bakir B. The effect of a structured empathy course on the students of a medical and a nursing school. Int Nurs rev 2012; 59(4):532-8.

12. Bailey L. Strategies for decreasing patient anxiety in the perioperative setting. AORN J 2010; 92(4):445-60.

13. Nestel D, Kidd J. Nurses' perceptions and experiences of communication in the operating theatre: a focus group interview. BMC Nurs 2006; 5(1):1-9.

14. Stirling L. Reduction and management of perioperative anxiety. Br J Nurs 2006; 15(7):359-61.

15. Santos FKd, Silva MVGd, Gomes AMT. Understanding the forms of care of nurses in the operating

[Downloaded from unmf.umsu.ac.ir on 2024-04-20]

room-a construction based on the grounded theory method. Texto Contexto Enferm 2014; 23(3):696-703.

16. Gilmartin J, Wright K. Day surgery: patients' felt abandoned during the preoperative wait. J Clin Nurs 2008; 17(18):2418-25.

17. Bull R, FitzGerald M. Nursing in a technological environment: nursing care in the operating room. Int J Nurs Pract 2006; 12(1):3-7.

18. LaRocco SA. Assisting nursing students to develop empathy using a writing assignment. Nurse Educ 2010; 35(1):10-1.

19. Mohammadi A, Kamali K, Masoomi JH. Level of Empathy for Patients among Students of Zanjan University of Medical Sciences in 2016. Prev Care Nurs Midwifery J 2017; 6(4):38-46.

20. Hojat M, Vergare MJ, Maxwell K, Brainard G, Herrine SK, Isenberg GA, et al. The devil is in the third year: a longitudinal study of erosion of empathy in medical school. Acad Med 2009; 84(9):1182-91.

21. Nunes P, Williams S, Sa Bidyadhar, Stevenson K. A study of empathy decline in students from five health disciplines during their first year of training. Int J Med Educ 2011; 2:12-7.

22. Fields SK, Mahan P, Tillman P, Harris J, Maxwell K, Hojat M. Measuring empathy in healthcare profession students using the Jefferson Scale of Physician Empathy: health provider–student version. J Interprof Care 2011; 25(4):287-93.

23. Shariat SV, Kaykhavoni A. Empathy in medical residents at Iran University of Medical Sciences. Iran J Psychiatry Clin Psychol 2010; 16(3):248-56. (Persian)

24. Ouzouni C, Nakakis K. An exploratory study of student nurses' empathy. Health Sci J 2012; 6(3):534-52.

25. Hegazi I, Wilson I. Maintaining empathy in medical school: it is possible. Med Teach 2013; 35(12):1002-8.

26. Williams B, Boyle M, Howard S. Empathy Levels in Undergraduate Paramedic Students. Int J Caring Sci 2015; 8(1):59-67.

27. Bas-Sarmiento P, Fernández-Gutiérrez M, Baena-Baños M, Romero-Sánchez JM. Efficacy of empathy training in nursing students: A quasi-experimental study. Nurse Educ Today 2017; 59:59-65.

28. Akbari L, Baghersad Z, Abbasi S. Evaluating Patients Mental Health in The Operating Room of Selected Hospitals in Isfahan. The J Urmia Nurs Midwifery Fac 2016; 14(6):526-34. (Persian)

29. Crandall SJ, Marion GS. Commentary: identifying attitudes towards empathy: an essential feature of professionalism. Acad Med 2009; 84(9):1174-6.

30. 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.

31. 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.

32. Shariat SV, Habibi M. Empathy in Iranian medical students: measurement model of the Jefferson scale of empathy. Med Teach 2013; 35(1):e913-e8.

33. 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.

34. Ezzati R, Asgharpour N, Mazloum SR, Tafazoli M. Assessment of Empathy Skills in Midwifery Students and its Relationship with Some of the Demographic Factors. The J Urmia Nurs Midwifery Fac 2018; 16(2):139-48. (Persian)

35. Farnia F, Abaszadeh A, Borhani F. Barriers to Developing the Nurse-Patient Relationship in Operation Room: A Qualitative Content Analysis. J Qual Res Health Sci 2013; 2(1):76-89. (Persian)

[Downloaded from unmf.umsu.ac.ir on 2024-04-20]

Original Article

EVALUATING EMPATHY FOR PATIENT SCORE AND ITS RELATED FACTORS IN UNDERGRADUATE OPERATING ROOM STUDENTS

Negin Larti[1], Elaheh Ashouri[2], Akram Aarabi[3]

Received: 15 May, 2018; Accepted: 19 Aug, 2018

Abstract

Background & Aims: Empathy is the basis of the healthcare provider-patient relationship which has favorable outcomes for patients in stressful and technological environment of operating room. Determining the empathy score in operating room students can help to identify existing deficiencies and enhance this skill. Therefore, the purpose of this study was to investigate the empathy for patient score and its related factors in undergraduate operating room students.

Materials & Methods: This cross-sectional (descriptive analysis) study was carried out in the academic year 2017-2018 on 110 operating room students from the first to the fourth years that were selected by convenience sampling in the School of Nursing and Midwifery at Isfahan University of Medical Sciences. The research instrument completed by the samples was the Jefferson Scale of Empathy-Health Profession Students version. Data were analyzed using descriptive statistics and statistical tests in SPSS 22.0 software.

Results: Total mean empathy scores of operating room students was 89.2 ± 14.2 and the scores of its dimensions including: perspective-taking was 55.06 ± 5.5, compassionate care was 26.3 ± 12.01 and standing in patient's shoes was 7.8 ± 2.3. There was no significant difference between the total empathy scores and demographic characteristics of the samples.

Conclusion: The empathy score in operating room students was moderate. So empathetic communication training for students in this field of study should be considered. Since the relationship between empathy score and demographic characteristics was not significant, definite conclusion in this regard requires more research.

Key Words: Empathy, Communication, Patient, Student, Operating Room

Address: Hezar Jarib Avenue, School of Nursing and Midwifery, Operating Room Department, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran.
Tel: (+98) 9133080171
Email: aarabi@nm.mui.ac.ir

[Downloaded from unmf.umsu.ac.ir on 2024-04-20]

[1] Master's Student of Operating Room, School of Nursing and Midwifery, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran.
[2] Assistant Professor, Ph.D. in Nursing, Nursing and Midwifery Care Research Center, School of Nursing and Midwifery, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran.
[3] Assistant Professor, Ph.D. in Nursing, Nursing and Midwifery Care Research Center, School of Nursing and Midwifery, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran. (Corresponding Author)