

همدلی و بازیابی نقش آن در بهبود روابط پزشک - بیمار

محمدرضا خدابخش^۱، پروین منصوری^۲

مقاله‌ی مروری

چکیده

رعایت حقوق بیمار در عرصه‌ی خدمات سلامت، نقش مهمی را در بهبود و تنظیم رابطه‌ی پزشک و بیمار ایفا می‌کند و در مدیریت نظام سلامت از اهمیت بالایی برخوردار است. همدلی به‌عنوان یکی از موضوعات مهم درحوزه‌ی فلسفه‌ی اخلاقی مدرن، با توجه به نقشی که در رشد اخلاقی و اجتماعی دارد، توجه فراوانی را از حوزه‌های متفاوت تحقیقات چون روان‌شناسی، کردارشناسی، علوم عصب‌شناختی و روان‌پزشکی به خود جلب کرده است. در این مقاله ضمن مرور تاریخچه‌ی همدلی در روابط پزشک - بیمار و مزیت‌های همدلی در حوزه‌ی ارتباطات پزشکی به توصیف راه‌هایی به منظور افزایش همدلی در روابط پزشک - بیمار پرداخته شده است. از آن‌جا که همدلی در افزایش توانایی و رضایت بیمار از فرآیند درمان، نقش مهمی دارد، بررسی تأثیری که همدلی در آموزش اخلاق پزشکی به‌عنوان عاملی تأثیرگذار در بهبود کیفیت روابط پزشک و بیمار ایفا می‌کند، می‌تواند رهنمودهای ارزشمندی را در زمینه‌ی تأمین بهداشت روانی از سطح پیشگیری تا درمان در دسترس افراد و نهادهای مختلف نظیر وزارت بهداشت و کلینیک‌های روان‌شناسی و مشاوره به همراه داشته باشد.

واژگان کلیدی: همدلی، اخلاق پزشکی، روابط پزشک - بیمار، همدردی

^۱ دانشجوی روان‌شناسی عمومی دانشگاه تهران

^۲ دانشجوی کارشناسی ارشد روان‌شناسی و آموزش کودکان استثنایی

* نشانی: تهران، بزرگراه جلال آل احمد، پل گیشا، خیابان دکتر کاربدان، دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی دانشگاه تهران، تلفن:

Email: mr_khodabakhsh@yahoo.com ، ۰۹۳۶۵۸۶۱۰۵۰

مقدمه

متخصصان پزشکی شاهد درد، ترس، خشم، اندوه، افسردگی، اضطراب و وحشت از مرگ در میان بیماران هستند. پزشکان از محدود کسانی هستند که وقتی بیماران تحت فشارهای شدید عواطف خود قرار می‌گیرند، در کنار آنان هستند. متخصصان پزشکی، آنگاه که بیماران تلاش می‌کنند با مشکلات توانفرسا دست و پنجه نرم نمایند، شاهد ناکامی‌ها و موفقیت‌های آن‌ها هستند. به دلیل مبارزه‌ی بیماران با مشکلات ناشی از بیماری‌های مختلف، ارتباط متخصصان پزشکی با آنان، فرصتی را برای ارتباط نزدیک و صمیمیت عاطفی میان آن‌ها فراهم می‌نماید (۱).

رفتار کنار بستر^۱ اصطلاحی گسترده و غیررسمی است که در مورد رفتار پزشکان با بیماران به کار می‌رود. این اصطلاح به توانایی تأمین القای اعتماد و پاسخگویی به نیازهای عاطفی بیمار اشاره دارد. متخصصان در سراسر تاریخ پزشکی رفتار کنار بستر را از طریق نمونه‌های مورد مشاهده آموخته‌اند. در طول تاریخ همواره استادان مهربان، به دانشجویان خویش می‌آموختند که نسبت به بیماران خود حساس و پاسخگو باشند و حال آنان را درک کنند (۲). یکی از عوامل مهم در رفتار کنار بستر، همدلی است که در رفتار پزشک نسبت به بیمار مشاهده می‌شود. بقراط، پزشک مشهور یونان باستان، چهار قرن پیش از میلاد درباره‌ی اثرات رفتار کنار بستر می‌نویسد: حتی با وجود اطلاع بیمار از خطرناک بودن بیماری‌اش، وی ممکن است سلامت خود را تنها از طریق رضایت خاطری که از مصلحت‌اندیشی پزشک می‌بیند، باز یابد (۳).

نظریه‌ی همدلی^۲، تاریخچه‌ای بسیار طولانی و غنی دارد و به اواخر قرن نوزدهم باز می‌گردد. کلمه‌ی لاتین همدلی از واژه‌ی آلمانی *einfühlung* به معنای «ادراک زیبایی»^۳ (۴-۶)

و کلمه‌ی یونانی *empathia*^۴ که به معنای «فهم عواملی فراتر از خود» است، اقتباس شده است (۴). در اواخر قرن نوزدهم واژه‌ی *einfühlung* برای بیان همدردی^۵ و همدلی استفاده می‌شد. بعدها Edward Tichner واژه‌ی لاتین کنونی همدلی را از کلمه‌ی *einfühlung* ترجمه کرد (۷، ۵)؛ به گفته‌ی Pigman (۸)، Sigmund Freud پایه‌گذار روان تحلیل‌گری^۶، اثرات همدلی بر روی اتحاد درمانی^۷ و نتایج درمانی^۸ را بررسی کرد. در سراسر قرن بیستم، نظریه‌ی همدلی در در میان مشاوران^۹، روان‌شناسان^{۱۰} و متخصصان پزشکی^{۱۱} عمومیت یافت. نظریه‌پرداز انسان‌گرای مشهوری به نام Carl Rogers نه تنها مفهوم همدلی را در نظریات خود وارد کرد (۹)، بلکه معتقد بود، همدلی یک فرآیند^{۱۲} مؤثر زیربنایی برای تغییرات روان‌شناختی در رابطه‌ی پزشک-بیمار است (۱۰).

با توجه به مطالب بیان شده، تمرکز مطالعه‌ی حاضر، بررسی نقشی است که همدلی در بهبود روابط پزشک - بیمار ایفا می‌کند و در نظر دارد با بازبینی نقش همدلی از دیدگاه‌های انسان‌گرایی و پزشکی به گسترش دانش موجود در زمینه‌ی روابط پزشک - بیمار کمک کند. بررسی نقش همدلی در بهبود روابط پزشک - بیمار، می‌تواند رهنمودهای ارزشمندی را در زمینه‌ی تأمین بهداشت روانی از سطح پیشگیری تا درمان در دسترس افراد و نهادهای مختلف نظیر وزارت بهداشت و کلینیک‌های روان‌شناسی و مشاوره به همراه داشته باشد. با توجه به مطالعات اندکی که موضوع پژوهش حاضر را به‌طور مستقیم مورد بررسی قرار داده‌اند و عدم وجود سابقه‌ی انجام چنین مطالعه‌ای در ایران، مطالعه‌ی

⁴ Greek

⁵ Sympathy

⁶ Psychoanalysis

⁷ Therapeutic alliance

⁸ Treatment outcomes

⁹ Counselors

¹⁰ Psychologists

¹¹ Medical professionals

¹² Process

¹ Bedside manner

² Empathy

³ Aesthetic perception

حاضر دارای نوآوری‌های خاص خود از نظر موضوع است.

روش کار

در این مطالعه با استفاده از عباراتی چون، sympathy, empathy, physician-patient relationships, medical ethics و ضمن جست‌وجو و مرور مطالب علمی در منابع اطلاعاتی Taylor, Springer, Oxford journal, Science, Proquest, Sage, & Francis، مقالات مربوط به موضوع مورد مطالعه انتخاب و بررسی شدند. از سایت gigapedia نیز به منظور دسترسی به کتاب‌هایی در این زمینه استفاده شد. به منظور بررسی موضوع مورد مطالعه در منابع فارسی به سایت SID و Magiran مراجعه شد ولی جست‌وجو در منابع و مراجع فارسی نتیجه‌ای به دنبال نداشت.

همدلی از دیدگاه انسان‌گرایی

همدلی در نظریه‌ی شخصیتی Rogers باعث ایجاد یک رویکرد تحولی نسبت به درمان، تحت عنوان «رویکرد مراجع‌محور»^۱ شد. Rogers همدلی را به‌عنوان توانایی نفوذ^۲ نفوذ^۲ درمانگر، تمایل به فهم افکار، احساسات و کشمکش‌ها^۳ کشمکش‌ها^۳ از دیدگاه بیمار تعریف می‌کند (۱۱). Rogers معتقد است همدلی باید به‌عنوان فرآیندی نگرینسته شود که شامل ورود به دنیای ادراکی شخصی دیگران و درگیری با دنیای ذهنی درونی آن‌ها باشد. این امر مستلزم حساسیت به معانی احساس شده‌ای است که در درون شخصی دیگر در جریان می‌باشد. دستیابی به همدلی هنگامی برای پزشک محقق می‌شود که بتواند به‌صورت موقت در زندگی فردی دیگر زندگی کند. از عواملی که پزشک را در دستیابی به همدلی در روابط خود با بیمار کمک می‌کند، می‌توان به حرکت آرام در درون دنیای ذهنی بیمار بدون انجام قضاوت، درک و احساس معانی‌ای که بیمار به ندرت از آن‌ها آگاهی دارد و بیان احساساتی که پزشک از تجربه‌ی دنیای درون بیمار دارد، اشاره کرد. این در حالی است که پزشک با

چشم‌اندازی عاری از ترس به عناصری که بیمار از آن‌ها واهمه دارد می‌نگرد. پزشک احساس خود را با بیمار در میان می‌گذارد و توسط پاسخ‌هایی که از بیمار دریافت می‌کند، هدایت و راهنمایی می‌شود. این‌گونه همراهی کردن با بیمار به این معنی است که پزشک بر ارزش‌ها و دیدگاه‌هایی تکیه می‌کند که بتواند از طریق آن‌ها بدون هیچ‌گونه پیش‌داوری وارد دنیای درونی بیمار شود (۱۲).

تعریف همدلی از دیدگاه پزشکی

تعاریف گوناگونی از همدلی وجود دارد (۱۵-۱۳). وجود تعاریف مختلف از همدلی احتمالاً به‌دلیل پیچیدگی ساختار همدلی است (۱۵)؛ تعاریف گوناگونی که از همدلی صورت گرفته، از نظر میزان تأکید خود بر سه عنصر اصلی که در همدلی وجود دارد، با یکدیگر متفاوت هستند. این عناصر عبارتند از: سهم شدن در حالت هیجانی بیمار، فهم آشکار حالت هیجانی بیمار و درک رفتارهای اجتماعی وی. نقطه‌ی اشتراک این سه عنصر، تفاوت‌های اولیه بین ساختار شناختی و عاطفی همدلی است (۱۶، ۱۷).

همدلی توانایی مهمی است که به فرد امکان می‌دهد خود را با آنچه دیگران درباره‌ی او احساس یا فکر می‌کنند، هماهنگ سازد. همدلی به فرد اجازه‌ی برقراری تماس مؤثر را با دنیای اجتماعی پیرامون خود می‌دهد، او را به دنیای اجتماعی پیوند می‌زند، کمک به دیگران را برای وی ترسیم می‌کند و از وارد کردن آسیب به افراد دیگر جلوگیری می‌کند (۵). همدلی توجه فراوانی را از حوزه‌های متفاوت تحقیقات، چون روان‌شناسی، کردارشناسی^۴، علوم عصب‌شناختی^۵ و روان‌پزشکی^۶ به خود جلب کرده است (۱۵، ۱۷، ۱۸). اگرچه همدلی مبتنی بر توانایی فهم تجربیات درونی بیمار است، اما همدلی به‌وسیله‌ی پاسخ‌های عاطفی مشخص می‌شود که ریشه‌های آن به روابط و تجربیات گذشته باز می‌گردد (۱۹). همدلی موضوع مهمی در فلسفه‌ی اخلاقی مدرن محسوب

⁴ Ethology

⁵ Cognitive neuroscience

⁶ Psychiatry

¹ Person-centered therapy

² Sensitive

³ Struggles

رویکرد عاطفی به همدلی تا حدودی از همدردی نشأت می‌گیرد (۵). تحقیقات صورت گرفته بر روی همدلی، دو نوع پاسخ هیجانی را که به هنگام مشاهده‌ی پریشانی فرد دیگر برانگیخته می‌شوند، متمایز می‌کنند (۴۰). اولین پاسخ که جهت‌گیری به سمت خود دارد، احساس نامطلوبی از اضطراب و پریشانی است که به دلیل مشاهده‌ی پریشانی فرد دیگر، اتفاق می‌افتد. دومین پاسخ جهت‌گیری به سمت دیگری دارد و ترکیبی از احساس همدردی و ترحم^۸ به دلیل مشاهده‌ی مشاهده‌ی پریشانی فرد دیگر است. اگرچه ممکن است این دو پاسخ هیجانی گاهی با یکدیگر اتفاق بیفتند، اما آن‌ها دارای پیامدهای انگیزشی-رفتاری^۹ گوناگونی هستند. در حالی که پاسخی که جهت‌گیری به سمت خود دارد، عمدتاً از انگیزش خودمحورانه^{۱۰} فرد به منظور کاهش پریشانی خود نشأت می‌گیرد، پاسخی که جهت‌گیری به سمت دیگری^{۱۱} دارد، عمدتاً از انگیزش نوع دوستانه^{۱۲} به منظور کمک به دیگری در هنگام نیاز نشأت می‌گیرد (۲۱). بسیاری از متخصصان، گاه واژه‌ی همدلی و همدردی را به صورت مترادف به کار می‌برند. در فلسفه‌ی اخلاق، آدام اسمیت (۵) همدردی را به عنوان «تجربه‌ی حس هم نوعی» تعریف می‌کند. بنابراین، همدردی یکی از اجزاء همدلی عاطفی است. همدردی هنگامی رخ می‌دهد که پاسخ هیجانی مشاهده‌گر به پریشانی فرد دیگر، سبب ایجاد این احساس در فرد مشاهده‌گر می‌شود که فعالیتی را به منظور کاهش^{۱۳} رنج فرد دیگر انجام دهد (۴۸). حتی اگر مشاهده‌گر عمل مطلوبی انجام ندهد، حداقل این هیجان را دارد که می‌خواهد فعالیت مناسبی به منظور کاهش پریشانی فرد دیگر انجام دهد (۵). در واقع، می‌توان گفت همدردی نتیجه‌ی متداول همدلی است (۷). همدلی سهیم شدن در هیجانات دریافت شده از دیگری است، در حالی که همدردی

می‌شود (۲۰). در واقع، همدلی در رشد اخلاقی و اجتماعی نقش بسیار برجسته‌ای دارد (۲۱). فرهنگ لغت آکسفورد همدلی را به عنوان قدرت فرافکنند شخصیت خود در موضوع مورد تفکر تعریف می‌کند (۲۲). فرهنگ لغت بریتانیکا^۱ همدلی را توانایی تصویرسازی خود به جای دیگری و فهم احساسات، تمایلات^۲ و ایده‌های فرد دیگر تعریف می‌کند؛ حتی این تعاریف مختصر نیز بیان می‌کنند که همدلی مفهومی چند بعدی است (۲۳). به همین دلیل محققان معتقدند همدلی، ساختاری چند بعدی است (۳۰-۲۱). همدلی به عنوان عنصر اصلی روان‌درمانی (۱۶، ۱۲) به وسیله‌ی دیدگاه‌های گوناگون شناختی - رفتاری، متمرکز بر بیمار، روان‌پویایی و تجربی استفاده می‌شود و رضایت بیمار (۳۱) را از فرآیند درمان افزایش می‌دهد. فراتحلیلی از ۴۷ مطالعه (با ۳۰۲۶ مراجع) رابطه‌ی کلی بین همدلی و پیامدهای مثبت درمانی را گزارش می‌کنند که این همبستگی ($r = ۰.۳۲$) است (۱۱). یکی از ابعاد مهم همدلی، پاسخ دهی هیجانی^۳ به احساسات فرد دیگر (۳۲-۳۵) است. سال‌ها مطالعه در حوزه‌ی مشاوره و روان‌درمانی اهمیت همدلی را در ایجاد روابط بین شخصی نشان داده است (۳۶). همدلی نقش اساسی در تعهدات^۴ بین شخصی و تعاملات اجتماعی (۳۷)، کیفیت روابط خانوادگی (۳۸)، ایجاد دوستی و حفظ آن (۴۰، ۳۹)، افزایش سلامت (۴۱)، افزایش احتمال کمک (۲۴)، نوع دوستی^۵ (۴۲، ۳۸)، تنظیم رفتار اجتماعی (۴۳)، بازشناسی بیانی^۶ (۲۶)، اکتساب اخلاقیات (۴۴)، انسجام^۷ خانوادگی، حمایت والدینی و پاسخگویی در روابط (۴۵)، پیوندهای اجتماعی (۴۶)، و رفتارهای اجتماعی در ایجاد و حفظ روابط بین شخصی (۴۷، ۴۲) دارد.

همدلی و همدردی

¹ Encyclopedia britannica

² Desires

³ Emotional responsivity

⁴ Plight

⁵ Altruistic

⁶ Expression recognition

⁷ Cohesion

⁸ Compassion

⁹ Motivational-behavioral

¹⁰ Egoistic

¹¹ Self-oriented

¹² Altruistic

¹³ Alleviate

تمایل به کاهش رنج دیگری را انعکاس می‌دهد (۴).

همدلی در روابط پزشک - بیمار

همدلی لزوماً مستلزم آن است که اجازه دهیم بیمار بداند که پزشک او را درک کرده است (۱۲). 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 تجربه‌ی عاطفی بیمار را دقیقاً درک کنیم و سپس آنچه را که فهمیده‌ایم، در قالب کلمات یا اشاراتی به وی منتقل نماییم. همدلی پزشک با وضعیت عاطفی بیمار، تأثیرات جانبی مهمی در مراقبت و مداوای بیمار دارد. هنگامی که پزشک از وضعیت عاطفی بیمار، همانند وضعیت جسمانی وی آگاه باشد و آن را درک کند، دقت تشخیص وی نیز افزایش می‌یابد؛ مثلاً یک بیمار که دارای علائم اضطراب (تنفس سریع، تعرق و ناآرامی عمومی) است، ممکن است دچار اضطراب شدید و هراس یا افزایش فعالیت غده‌ی تیروئید یا پایین افتادگی دریچه‌ی میترال قلب باشد. پزشکی که از حالت عاطفی حقیقی بیمار آگاهی دارد، قادر است بین علت جسمانی و عاطفی مشکل کنونی بیمار تمایز قائل شود.

همدلی ممکن است فرآیند مداوای پزشکی را نیز بهبود بخشد. هنگامی که بیماران احساس کنند پزشکان آنان را درک کرده‌اند، احتمال بیشتری دارد که از توصیه‌های درمانی آنها پیروی نمایند (۴۹). غالباً بیماران از نتیجه‌ی ناموفق درمان، حتی اگر قبلاً از خطرات درمان اطلاع یافته باشند، خشمگین می‌شوند. تحقیقات نشان می‌دهند هرگاه بیماران از مراقبت عاطفی پزشکان خود راضی باشند، حتی اگر از نتایج درمان رضایت نداشته باشند، کم‌تر علیه پزشک اقدامی دعوی تخلّف پزشکی می‌کنند (۵۰). این امر نشان می‌دهد متخصصان پزشکی می‌توانند نقش مهمی را در کمک به بیماران برای مقاومت در برابر ویرانی عاطفی ایفا نمایند.

بازبینی‌های اخیر از تحقیقات به‌طور کلی بر روی این ایده تأکید دارند که همدلی در بافت درمانی از سه بعد تشکیل شده است؛ این ابعاد شامل ابعاد شناختی یعنی بازشناسی دقیق تجربیات بیمار، ابعاد عاطفی یعنی سهیم شدن در احساسات

بیمار و ابعاد رفتاری یعنی بیان همدلی به بیمار می‌باشند (۱۱). شیوه‌ای که پزشک با بیمار ارتباط برقرار می‌کند، تأثیر قدرتمندی بر بهبود او دارد. در حمایت از این ایده Houston (۵۱) معتقد است پزشکان عاملان درمانی هستند که از طریق فرآیندهایی که بر سلامت بیمار اثرگذار است، بر روند بهبودی بیمار تأثیر می‌گذارند. اهمیت روابط همدلانه در روابط پزشک - بیمار در تحقیقات پزشکی مورد تأکید قرار می‌گیرد (۵۶) - Lewinsohn (۵۲). بیان می‌کند بیماری بدون فهم بیمار شناخته نمی‌شود (۵۷). پزشکان نمی‌توانند بدون این‌که از طریق پل همدلی وارد دنیای بیمار شوند، به‌طور کامل بیمار را درک کنند. همدلی در مراقبت از بیمار فرآیندی دوسویه است که بیمار و پزشک در آن مؤثر هستند (۵۷).

مزیت‌های روابط همدلانه پزشک - بیمار

به‌دلیل مزیت‌های درونی‌ای که برقراری روابط همدلانه در بر دارد، پزشک و بیمار هر دو از شکل‌گیری روابط همدلانه سود می‌برند. تحقیقات همدلی در این زمینه تنها بر مزیت‌های همدلی برای بیمار متمرکز شده‌اند و مباحث مربوط به مزیت‌های همدلی برای پزشک را مورد غفلت قرار داده‌اند. یکی از مزیت‌های روابط همدلانه برای پزشک این است که علیرغم چالش‌های بسیاری که پزشکان و دیگر متخصصان سلامت با آن روبه‌رو هستند، روابط همدلانه و رضایت پزشک از روابطی که با بیمار برقرار می‌کند، همچون مانعی در برابر استرس‌های شغلی و فرسودگی که پزشکان با آن روبه‌رو هستند، عمل می‌کند (۵۸، ۵۹). بنابراین، روابط همدلانه‌ی پزشک - بیمار از لحاظ درونی، پاداشی شادی‌بخش برای پزشک به همراه دارد که این پاداش برای پزشک به‌عنوان درمانی در برابر استرس‌هایی است که حرفه‌ی تخصصی آنها در پی دارد (۶۰). همدلی عامل بالقوه‌ای برای بهزیستی پزشکان محسوب می‌شود (۶۱). تحقیقات اخیر نشان می‌دهند حالت‌های هیجانی پزشک زمانی که با بیمار ارتباط برقرار می‌کند، سبب یادآوری اطلاعات کم‌تری در ذهن او از وضعیت وخیم شرایط پزشکی بیمار می‌شود. فهم همدلی برای پزشکان ظرفیت و فرصت بسیار مهمی است. به‌کارگیری

گوش سوم، فهمی فراتر از لغات گفته شده را به دست آورند. به علاوه، به منظور افزایش فهم همدلی پزشکان باید به دنیای درونی بیمار نه تنها با چشمان آناتومیک خود بلکه هم‌چنین با چشم ذهن خود به دنیای درونی بیمار بنگرند. اگر پزشک به صحبت‌های بیمار از طریق گوش سوم گوش دهد و عوامل فرهنگی، اجتماعی، روان‌شناختی و فردی درگیر در روابط بین شخصی بیمار را از طریق چشم ذهن ببیند، همدلی بین پزشک - بیمار، عمیق‌تر می‌شود. پزشکان باید در نظر داشته باشند افرادی که به لحاظ هیجانی دچار پریشانی هستند و حرمت نفس پایینی دارند، تمایل بیشتری به حفظ حریم خصوصی دارند (۷۵). در ایالات متحده حریم خصوصی از ۳۰ تا ۱۳۰ سانتی‌متر است که فاصله‌ی مطلوبی برای برقراری تماس بین دوستان محسوب می‌شود (۷۵). افرادی که روابط همدلانه با یکدیگر ایجاد می‌کنند، تمایل به حفظ حریم خصوصی کم‌تری بین خودشان در مقایسه با زمانی که با افراد غریبه گفت‌وگو می‌کنند، دارند (۷۶).

نتیجه‌گیری

رشد روز افزون توجه به مسائل مطرح در حوزه‌ی تحقیقات اخلاق پزشکی، ضرورت بررسی همه‌جانبه‌ی ساختارهایی چون همدلی را ایجاب نموده است که گمان می‌رود در بهبود کیفیت روابط پزشک و بیمار نقشی اساسی ایفا می‌کند. گسترش توجه به آموزش‌هایی که روابط همدلانه با بیمار را در مرکز توجه خود قرار می‌دهند، می‌تواند منشأ تحولات مثبتی در حوزه‌ی روابط پزشک و بیمار و گسترش توجه به اخلاق پزشکی گردد. با توجه به اهمیت و اثراتی که همدلی در حوزه‌ی ارتباطات پزشکی دارد (۵۶، ۵۲)، اختصاص دوره‌هایی به منظور آموزش همدلی گامی مفید در جهت بهبود روابط پزشک - بیمار خواهد بود. بررسی نقش همدلی در حوزه‌ی اخلاق پزشکی می‌تواند رهنمودهای ارزشمندی را در زمینه‌ی تأمین بهداشت روانی از سطح پیشگیری تا درمان در دسترس افراد و نهادهای مختلف نظیر وزارت بهداشت و کلینیک‌های روان‌شناسی و مشاوره به همراه داشته باشد.

همدلی صرف نظر از مدت و ماهیت روابط پزشکی به گفته‌ی Spiro (۶۲) به فرآیند درمان و عملکرد پزشکی کمک می‌کند. مدل‌های مراقبتی که در آن پزشک و بیمار فهم متقابلی را از یکدیگر ایجاد می‌کنند، نتایج بسیار مثبتی را در زمینه‌ی درمان مشکلات سلامت بیمار به وجود آورده‌اند (۶۳) که این امر به‌عنوان عنصر اساسی رضایت بیمار از مراقبت پزشکی محسوب می‌شود (۶۴). تحقیقات هم‌چنین نشان می‌دهند نقص در همدلی با اختلالات روانی و عصبی گوناگونی چون ویژگی‌های روان‌شناختی که با عنوان سنگدل و بی‌عاطفه مشخص می‌شوند (۶۵)، سندرم‌های روان‌پزشکی (۶۶)، مشکلات^۱ بین شخصی (۶۸، ۶۷)، رفتارهای بیرونی سازی^۲ و مشکلات رفتاری (۶۹) پیوند می‌یابد.

بحث

برخی از عوامل در کیفیت روابط پزشک - بیمار تأثیرگذار هستند و به افزایش همدلی در روابط پزشک - بیمار کمک می‌کنند. یکی از این عوامل، اثرات دارونماست؛ به عبارتی، White (۷۰) بیان می‌کند هنگامی که روابط همدلانه بین پزشک - بیمار شکل می‌گیرد، پزشک تأثیر قدرتمندی بر نتایج درمان دارد که این نتایج مشابه با اثراتی است که دارونما بر روی بیمار می‌گذارد. تحقیقات اخیر بیان می‌کنند روابط همدلانه پزشک - بیمار، نتایج درمانی بهتری را در پی دارند (۷۱). در واقع، پزشکی نوعی هنر است (۷۲)؛ در روابط پزشک - بیمار، بازشناسی نشانه‌های غیرکلامی، بیان آشکار احساسات بیمار، نگرانی‌ها و تجربیات او عنصری مهم در ایجاد تفاهم (۷۳) بین پزشک و بیمار هستند که یکی از ابعاد اصلی روابط همدلانه را تشکیل می‌دهند. توانایی پزشک در رمزگشایی نشانه‌های غیرکلامی یکی از عوامل مهم در شکل‌گیری روابط همدلانه با بیمار است (۷۴)؛ به منظور فهم بهتر پویایی‌های بین شخصی در روابط پزشک - بیمار، پزشکان باید تلاش کنند به صحبت‌های بیماران نه تنها با گوش‌های آناتومیک خود گوش فرا دهند، بلکه با استفاده از

^۱ Difficulties

^۲ Externalizing

منابع

- 15- Preston SD, de Waal FB. Empathy: Its ultimate and proximate bases. *Behav Brain Sci* 2002; 25(1): 1-20.
- 16- Dadds MR, Hunter K, Hawes DJ, et al. A measure of cognitive and affective empathy in children using parent ratings. *Hum Dev* 2008; 39(2): 111-22.
- 17- Blair RJ. Responding to the emotions of others: dissociating forms of empathy through the study of typical and psychiatric populations. *Conscious Cogn* 2005; 14(4): 698-718.
- 18- Decety J, Jackson PL. The functional architecture of human empathy. *Behav Cogn Neurosci Rev* 2004; 3(2): 71-100.
- 19- Shechman Z. Cognitive and affective empathy in aggressive boys: implications for counseling. *Int J Adv Couns* 2002; 24(4): 211-22.
- 20- Rieffe C, Ketelear L, Wiefferink CH. Assessing empathy in young children; construction and validation of an empathy questionnaire (Em Que). *Pers Individ Dif* 2010; 49(5): 362-367.
- 21- Karniol R, Gabay R, Ochion Y, Harari Y. Is gender or gender-role orientation a better predictor of empathy in adolescence? *Sex Roles* 1998; 39(1-2): 45-59.
- 22- Landsberg A. Memory, empathy, and the politics of identification. *Int J Polit Cult Soc* 2009; 22(2): 221-9.
- 23- Kramer UM, Mohammadi B, Donamayor N, Samii, A, Munte TF. Emotional and cognitive aspects of empathy and their relation to social cognition--an fMRI-study. *Brain Res* 2010; 1311: 110-20.
- 24- Davis MH. The effects of dispositional empathy on emotional reactions and helping: A multidimensional approach. *J Pers* 1983; 51(2): 167-84.
- 25- Harrari H, Shamay-Tsoory SG, Ravid M, Levkovitz Y. Double dissociation between cognitive and affective empathy in borderline personality disorder. *Psychiatry Res* 2010; 175(3): 277-9.
- 26- Derntl B, Finkelmeyer A, Toygar TK, et al. Generalized deficit in all core components of empathy in schizophrenia. *Schizophr Res* 2009; 108(1-3): 197-206.
- 27- Gery I, Miljkovitch R, Berthoz S, Soussignan R. Empathy and recognition of facial expressions of emotion in sex offender's non-sex offenders and normal
- 1- Cousins N. *The Healing Heart: Antidotes to Panic and Helplessness*. New York: Norton; 1983.
- 2- Seeman M, Evans JW. Stratification and hospital care. part1: The performance of the medical intern. *Am Sociol Rev* 1961; 26(1): 67-80.
- 3- Hippocrates (4th century B.c./1923 translation). Vol, 2. *On decorum and the physician* (W.H.S. Jones Trans). London: Heinemann. New York: Putnam; p. 1923-95.
- 4- Davis MA. A perspective on cultivating clinical empathy. *Complement Ther Clin Pract* 2009; 15(2): 76-9.
- 5- 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.
- 6- Landsberg A. Memory, empathy, and the politics of identification. *Int J Polit Cult Soc* 2009; 22(2): 221-9.
- 7- Bjorkqvist k, Osterman K, kaukiainen A. Social intelligence empathy=aggression?. *Aggress Violent Behav* 2000; 5(2): 191-200.
- 8- Pigman, GW. Freud and the history of empathy. *Int J Psychoanal* 1995; 76(Pt2): 237-56.
- 9- Williams J, Stickley T. Empathy and nurse education. *Nurs Educ Today* 2010; 30(8): 752-5.
- 10- Rogers CR. Significant learning in therapy and in education. *Educ Leadersh* 1959; 16: 232-42.
- 11- Schnur JB, Montgomery GH. A systematic review of therapeutic alliance, group cohesion, empathy, and goal consensus/collaboration in psychotherapeutic interventions in cancer: Uncommon factors? *Clin Psychol Rev* 2010; 30(2): 238-47.
- 12- Rogers CR. Empathic: An unappreciated way of being. *Couns Psychol* 1975; 5: 2-10.
- 13- Jolliffe D, Farrington DP. Empathy and offending: A systematic review and meta-analysis. *Aggress Violent Behav* 2004; 9(5): 441-76.
- 14- Duan C, Hill CE. The current state of empathy research. *J Couns Psychol* 1996; 43(3): 261-74.

- J Psychiatr Res 2009; 43(4): 455-63.
- 38- Lizarraga ML, Ugarte MD, Cardelle-Elawar M, Iriarte MD, Baquedano MT. Enhancement of self regulation, assertiveness, and empathy. *Learn instruct* 2003; 13(4): 423-39.
 - 39- Hay DF. Prosocial development. *J Child Psychol Psychiatry* 1994; 35(1): 29-71.
 - 40- Del Barrio V, Aluja A, Garcia LF. Relationship between empathy and the Big Five personality traits in a sample of Spanish adolescents. *Soc Behav Pers* 2004; 32(7): 677-82.
 - 41- Offerman-Zuckerberg J. The parenting process: A psychoanalytic perspective. *J Am Acad Psychoanal* 1992; 20: 205-14.
 - 42- Batson CD, Shaw LL. Evidence for altruism: toward a pluralism of prosocial motives. *Psychol Inq* 1991; 2(2): 107-22.
 - 43- Findlay LC, Girardi A, Coplan RJ. Links between empathy, social behaviour, and social understanding in early childhood. *Early Child Res Q* 2006; 21(3): 347-59.
 - 44- D'Ambrosio F, Olivier M, Didon D, Besche C. The basic empathy scale: A french validation of measure of empathy in youth. *Pers Individ Dif* 2009; 46(2): 160-165.
 - 45- Henry CS, Sager DW, Plunkett SW. Adolescent's perceptions of family system characteristics, parent-adolescent dyadic behaviors, adolescent qualities, and adolescent empathy. *Fam Relat* 1996; 45(3): 283-92.
 - 46- Anderson C, Keltner D. The role of empathy in the formation and maintenance of social bonds. *Behav Brain Sci* 2002; 25: 21-2.
 - 47- Davis MH. *Empathy: a social psychological approach*. Westview Press: Boulder CO; 1996.
 - 48- Davis MH. *Empathy: A social psychological approach*. Madison, WI: Brown & Benchmark Publishers; 1994.
 - 49- Squier RW. A model of empathic understanding and adherence to treatment regimens in practitioner-patient relationships. *Soc Sci Med* 1990; 30(3): 325-39.
 - 50- Vaccarino JM. Malpractice: the problem in perspective. *J Am Med Assoc* 1997; 278(8): 861-3.
 - 51- Houston WR. The doctor himself as a therapeutic agent. *Ann Intern Med* 1938; controls. *Psychiatry Res* 2009; 165(3): 252-62.
 - 28- Singer T. The neuronal basis and ontogeny of empathy and mind reading: Review of literature and implication for future research. *Neurosci Biobehav Rev* 2006; 30(6): 855-63.
 - 29- Hunter JA, Figueredo AJ, Becker JV, Malamuth N. Non-sexual delinquency in juvenile sexual offenders: the mediating and moderating influences of emotional empathy. *J Fam Viol* 2007; 22(1): 43-54.
 - 30- Wynn R, Wynn M. Empathy as an interactionally achieved phenomenon in psychotherapy: characteristics of some conversational resources. *J Pragmat* 2006; 38(9): 1385-97.
 - 31- Mercer SW, Neumann M, Wirtz M, Fitzpatrick B, Vojt G. General Practitioner empathy, patient enablement, and patient-reported outcomes in primary care in an area of high socio-economic deprivation in Scotland -- a pilot prospective study using structural equation modeling. *Patient Educ Couns* 2008; 73(2): 240-5.
 - 32- Hoffman ML. *Empathy and Moral Development: Implications for Caring and Justice*. New York: Cambridge University Press; 2001.
 - 33- Nummenmaa L, Hirvonen J, Parkkola R, Hietanen JK. Is emotional contagion special? An fMRI study on neural systems for affective and cognitive empathy. *Neuroimage* 2008; 43(3): 571-80.
 - 34- de Wied M, van Boxtel A, Zaalberg R, Goudena PP, Matthys W. Facial EMG responses to dynamic emotional facial expressions in boys with disruptive behavior disorders. *J Psychiatr Res* 2006; 40(2): 112-21.
 - 35- Shamay-Tsoory SG, Aharon-Peretz J, Perry D. Two systems for empathy: a double dissociation between emotional and cognitive empathy in inferior frontal gyrus versus ventromedial prefrontal lesions. *Brain* 2009; 132(Pt3): 617-27.
 - 36- Kellest JB, Humphrey RH, Sleeth RG. Empathy and the emergence of task relations leaders. *Leadersh Quart* 2006; 17(2): 146-62.
 - 37- Fontenelle LF, Soares ID, Miele F, et al. Empathy and symptoms dimensions of patients with obsessive-compulsive disorder.

- Annotation: The development of antisocial behavior: An integrative causal model. *J Child Psychol Psychiatry* 1999; 40(5): 669-82.
- 66- Skwerer DP, Verbalis A, Schofield C, Faja S, Tager-Flusberg H. Social-perceptual abilities in adolescents and adults with Williams syndrome. *Cogn Neurosci* 2006; 23: 338-349.
- 67- Simpson JA, Orina MM, Ickes W. When accuracy hurts, and when it helps: A test of the empathic accuracy model in marital interactions. *J Pers Soc Psychol* 2003; 85(5): 881-93.
- 68- Gleason KA, Jensen-Campbell LA, Ickes W. The role of empathic accuracy in adolescents' peer relations and adjustment. *Pers Soc Psychol Bull* 2009; 35(8): 997-1011.
- 69- Jolliffe D, Farrington DP. Examining the relationship between low empathy and bullying. *Aggress Behav* 2006; 32(6): 540-50.
- 70- White KL. *Healing the schism: Epidemiology, medicine, and the public's health*. New York: Springer-Verlag; 1991.
- 71- Hrobjartsson A, Gøtzsche PC. Is the placebo powerless? An analysis of clinical trials comparing placebo with no treatment. *N Engl J Med* 2001; 344: 1594-632.
- 72- Lewis JM. For better or worse: Interpersonal relationships and individual outcome. *Am J Psychiatry* 1998; 155: 582-9.
- 73- Matthews DA, Suchman AL, Branch WT. Making connexions: Enhancing the therapeutic potential of patient-clinician relationships. *Ann Intern Med* 1993; 118(12): 973-7.
- 74- DiMatteo MR, Prince LM, Taranta A. Patients' perceptions of physicians' behavior: determinants of patient commitment to the therapeutic relationship. *J Community Health* 1979; 4(4): 280-90.
- 75- Hall ET. *The hidden dimension*. Garden City, NJ: Doubleday; 1966.
- 76- Mehrabian A. Significance of posture and position in the communication of attitude and status relationships. *Psychol Bull* 1969; 71(5): 359-72.
- 11(8): 1416-25.
- 52- Bylund CL, Makoul G. Empathic communication and gender in the physician-patient encounter. *Patient Educ Couns* 2002; 48(3): 207-16.
- 53- Platt FW, Keller VF. Empathic communication: A teachable and learnable skill. *J Gen Intern Med* 1994; 9(4): 222-6.
- 54- Spiro HM, McCrea Curnen MGM, Peschel E, St. James D. *Empathy and the practice of medicine: Beyond pills and the scalpel*. New Haven: Yale University Press; 1996.
- 55- Squier RW. A model of empathic understanding and adherence to treatment regimens in practitioner-patient relationships. *Soc Sci Med* 1990; 30(3): 325-39.
- 56- Winefield HR, Chur-Hansen A. Evaluating the outcome of communication skill teaching for entry-level medical students: Does knowledge of empathy increase? *Med Educ* 2000; 34(2): 90-4.
- 57- Lewinsohn R. Medical theories, science, and the practice of medicine. *Soc Sci Med* 1998; 46(10): 1261-70.
- 58- Sullivan P. Pay more attention to your own health, physicians warned. *CMAJ* 1990; 142(11): 1309-10.
- 59- Shamasundar C. Understanding empathy and related phenomena. *Am J Psychother* 1999; 53(2): 232-45.
- 60- Zuger A. Dissatisfaction with medical practice. *N Engl J Med* 2004; 350: 69-75.
- 61- Hyypä MT, Kronholm E, Mattlar CE. Mental well-being of good sleepers in a random population sample. *Br J Med Psychol* 1991; 64(Pt1): 25-34.
- 62- Spiro HM. *The power of hope: A doctor's perspective*. New Haven: Yale University Press; 1998.
- 63- Starfield B, Wray C, Hess K, Gross R, Birk PS, D'Lugoff BC. The influence of patient-practitioner agreement on outcome of care. *Am J Public Health* 1981; 71(2): 127-31.
- 64- Kenny DT. Determinants of patient satisfaction with the medical consultation. *Psychol Health* 1995; 10: 427-37.
- 65- Lahey BB, Waldman ID, McBurnett K.