

مقایسه‌ی رابطه‌ی میان همدلی پزشک با بیمار و ترتیب تولد، در دانشجویان پزشکی ایران و انگلستان؛ مطالعه‌ای میان فرهنگی

فریبا سهیلی^{۱*}، آزاده طاهری^۲، سیمین حسینیان^۳، رقیه نوری پورلیاوی^۴

تاریخ دریافت: 98/2/26

تاریخ پذیرش: 98/6/10

تاریخ انتشار: 98/8/11

مقاله‌ی پژوهشی

چکیده

در پژوهش حاضر، مقایسه‌ای میان فرهنگی بین دانشجویان ایران و انگلستان، برای شناسایی تأثیرات احتمالی فرهنگ بر همدلی پزشک با بیمار و بررسی رابطه‌ی میان همدلی و ترتیب تولد در خانواده، صورت گرفت. پژوهش پیش رو از نوع هم‌پستگی و مقایسه‌ای است. جامعه‌ی آماری پژوهش، شامل همه‌ی دانشجویان پزشکی مشغول به تحصیل دانشگاه تهران و دانشگاه علوم پزشکی لندن و شفیلد بود. با استفاده از روش نمونه‌گیری در دسترس، ۱۸۲ دانشجو، شامل ۸۸ دانشجو از ایران و ۹۴ دانشجو از انگلیس، به پرسش‌نامه‌ی مقیاس همدلی با بیمار، در دانشجویان ارائه‌دهنده‌ی خدمات سلامتی جفرسون و پرسش‌نامه‌ی مشخصات جمعیت‌شناختی محقق‌ساخته پاسخ دادند. برای دستیابی به یافته‌های پژوهش، شاخص‌های توصیفی و استنباطی (T استودنت، تحلیل واریانس و آزمون تعقیبی شفه) به کار گرفته شد. نتایج پژوهش نشان داد که همدلی پزشک با بیمار در دانشجویان ایرانی به‌طوری معنادار بالاتر از دانشجویان انگلیسی است ($P < 0.01$)؛ همچنین، میان ترتیب تولد و همدلی پزشک با بیمار، ارتباطی معنادار وجود دارد ($P < 0.05$). نتایج تحلیل واریانس چندمتغیری نشان داد که در متغیر همدلی، مراقبت همدلانه و خود را به جای بیمار نهادن دانشجویان ایرانی، بیشتر از دانشجویان انگلیسی است؛ اما در مؤلفه‌ی اتخاذ دیدگاه، میان دانشجویان دو کشور، تفاوتی دیده نشد. براساس نتایج این پژوهش، می‌توان به اهمیت تفاوت‌های فرهنگی و عوامل خانوادگی، همچون ترتیب تولد بر عوامل شخصیتی، مانند توانایی پزشک در همدلی با بیماران، پی برد.

واژگان کلیدی: ترتیب تولد، رابطه‌ی پزشک با بیمار، مطالعه‌ی میان فرهنگی، همدلی

۱. گروه مشاوره، دانشکده‌ی علوم تربیتی و روان‌شناسی، دانشگاه الزهراء، تهران، ایران.
۲. گروه مشاوره، دانشکده‌ی علوم تربیتی و روان‌شناسی، دانشگاه الزهراء، تهران، ایران.
۳. گروه مشاوره، دانشکده‌ی علوم تربیتی و روان‌شناسی، دانشگاه الزهراء، تهران، ایران.
۴. گروه مشاوره، دانشکده‌ی علوم تربیتی و روان‌شناسی، دانشگاه الزهراء، تهران، ایران.

* نویسنده‌ی طرف مکاتبه: تهران، خیابان ده ونک، روبروی درب اصلی دانشگاه الزهراء(س)، دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی،

تلفن: ۰۲۱۸۸۰۴۹۹۳۷ ، Email: a.taheri@alzahra.ac.ir

مقدمه

نیاز به ارتباط و اتصال، یکی از نیازهای حیاتی انسان است. نیاز به ارتباط از نیاز به وابستگی سرچشمه می‌گیرد. ارتباطات انسانی بستر رشد همدلی است (۱). همدلی، به‌عنوان توانایی درک و انتقال درک احساسات و افکار دیگران در نظر گرفته می‌شود. با همدلی، فرد موقعیت دیگری را به‌گونه‌ای درک می‌کند که گویی خود آن را تجربه کرده است (۲). همدلی گرایشی، عمدتاً، شناختی (نسبت به گرایش هیجانی) است که شامل درک (در مقایسه با احساس) تجربه، نگرانی‌ها و دیدگاه‌های مراجع است که با توانایی به‌گفت‌و‌گو گذاشتن این درک و قصد کمک‌داشتن ترکیب می‌گردد. چهار مفهوم کلیدی در این تعریف عبارت‌اند از: شناخت، درک، تعامل و قصد کمک‌کردن. سه جفت مفهوم را در اینجا می‌توان متمایز کرد: شناخت و هیجان، درک و احساس، همدلی و همدردی (۳).

به‌صورت کلی، همدلی سازه‌ای چندبعدی است:

- دیدگاه‌گیری (شناختی، بصری و عاطفی): توانایی در نظر گرفتن دیدگاه دیگران؛
 - خیال: جایگزینی خود، به‌صورت خیالی، در قالب احساس‌ها و اعمال شخصیت‌های تخیلی؛
 - توجه همدلانه: میزان احساس‌های همدلانه‌ی دیگر محور و نگرانی برای افراد درمانده؛
 - پریشانی شخصی: احساس‌های خودمحوری، نگرانی و تنش در وضعیت بین‌فردی.
- دیدگاه‌گیری عاطفی شامل درک احساس‌های دیگران است؛ در دیدگاه‌گیری عاطفی، برای کمک به دیگران باید نیازها و پریشانی آن‌ها را شناسایی کرد (۴).

یکی از موقعیت‌هایی که در آن همدلی دیده می‌شود، در ارتباط میان پزشک و بیمار است. همدلی پزشک با بیمار، نوعی حمایت اجتماعی محسوب می‌شود. حمایت اجتماعی،

منبعی میان‌فردی به شمار می‌آید که از طریق آن، بیمار راحت‌تر درباره‌ی نگرانی‌ها و احساساتش سخن می‌گوید (۵). انسان موجودی اجتماعی است و نیاز به پیوستگی و حمایت اجتماعی، درک‌کردن و درک‌شدن برایش ارزشی حیاتی دارد. روابط میان‌فردی می‌تواند تأمین‌کننده‌ی این نیاز باشد. روابط میان پزشک و دیگر ارائه‌کنندگان خدمات پزشکی با بیمار، نمونه‌ای ویژه از حمایت اجتماعی است و همدلی با بیمار نیز، نمونه‌ای از حمایت اجتماعی به شمار می‌رود. رابطه‌ی همدلانه‌ی پزشک‌بیمار می‌تواند در بهبود بهزیستی جسمی، روانی و اجتماعی بیمار و متقابلاً، پزشک مؤثر باشد (۶). پژوهش‌ها نشان می‌دهد همدلی پزشک با بیمار فرایند تشخیص بیماری را تسهیل می‌کند؛ به این شکل که بیمار، بیشتر، احساس آرامش می‌کند و جزئیات بیماری را دقیق‌تر برای پزشک شرح می‌دهد (۷-۹).

برداشت فرد از موقعیتش در خانواده، بر شکل‌گیری بسیاری از نگرش‌های آتی او، از جمله جهت‌گیری‌اش در برابر دیگران اثرگذار است. ترتیب تولد، مفهومی است که نخستین بار، آلفرد آدلر^۱ مطرح کرد. فرزندان در خانواده ادراکی خاص از جایگاه خود دارند و به‌تبع آن، ویژگی‌های رفتاری متفاوتی را به نمایش می‌گذارند (۱۰)؛ به‌عنوان مثال، فرزندان اول، معمولاً، از والدین خود تقلید می‌کنند و گرایش به مسئولیت‌پذیری بالا دارند. در مقابل، فرزندان دوم و میانی، اغلب، مستقل‌تر و همکاری‌کننده‌تر از فرزندان اول‌اند؛ اما مسئولیت‌پذیری کمتری نشان می‌دهند. فرزندان آخر نیز، ممکن است توسط والدین مراقبت‌کننده و بیش‌از‌حد نگران، لوس و وابسته شوند یا خیلی سریع، رشد کنند و به موفقیت‌های بسیار برسند (۱۱ و ۱۲). تک‌فرزندان، معمولاً، یا خیلی پیشرفت می‌کنند یا ممکن است درمانده و بی‌مسئولیت

1. Alfred Adler

مشاهده‌ی درد جسمانی بررسی می‌شود؛ همچنین، به منظور بررسی تفاوت‌های فرهنگی در دو عامل فوق، دو کشور با فرهنگ‌های متفاوت انتخاب شدند؛ بنابراین، سؤال‌های اساسی در پژوهش حاضر این است که آیا میان همدلی پزشک با بیمار و ترتیب تولد، رابطه‌ای وجود دارد و آیا میان دانشجویان پزشکی، از دو فرهنگ متفاوت ایران و انگلستان، در این متغیرها تفاوتی دیده می‌شود.

روش کار

تحقیق حاضر، به صورت توصیفی مقطعی و با استفاده از پرسش‌نامه‌ی کتبی انجام گرفت. جامعه‌ی آماری پژوهش، شامل همه‌ی دانشجویان پزشکی مشغول به تحصیل دانشگاه تهران و دانشگاه علوم پزشکی لندن^۱ و شفیلد^۲ بود. با استفاده از روش نمونه‌گیری در دسترس، ۱۸۲ دانشجو، شامل ۸۸ دانشجو از ایران و ۹۴ دانشجو از انگلیس، به پرسش‌نامه‌ی مقیاس همدلی با بیمار، در دانشجویان ارائه‌دهنده‌ی خدمات سلامتی جفرسون و پرسش‌نامه‌ی مشخصات جمعیت‌شناختی محقق‌ساخته پاسخ دادند. برای تطبیق پرسش‌نامه‌ی ترجمه‌شده‌ی فارسی همدلی با نسخه‌ی انگلیسی، نخست، تک‌تک سؤالات بررسی شد و آنگاه، پرسش‌نامه‌ی انگلیسی به فارسی ترجمه و مجدداً، نسخه‌ی فارسی به انگلیسی برگردانده شد. این کار را دو مترجم زبان انگلیسی و محققان انجام دادند.

ابزار پژوهش

مقیاس همدلی با بیمار در دانشجویان ارائه‌دهنده‌ی خدمات سلامتی جفرسون (JSPE-HP)^۳؛ این مقیاس که حجت^۴، در سال ۲۰۰۷، بر آن تجدید نظر کرده است (۱۷)، شامل بیست گویه در زمینه‌ی همدلی دانشجویان پزشکی با بیماران و دارای سه خرده‌مقیاس است. این مقیاس‌ها عبارت‌اند

بمانند. آن‌ها با افراد خیلی بزرگ‌تر یا کوچک‌تر از خود بهتر از هم‌سالانشان رابطه برقرار می‌کنند، معمولاً، تمایلی به اشتراک نشان نمی‌دهند و در تعامل با بزرگسالان، در روابط اجتماعی، بیشتر، رشد نشان می‌دهند و میان همدلی و صفات شخصیتی آن‌ها رابطه وجود دارد (۱۳).

یکی از میانجی‌های همدلی، زمینه‌های فرهنگی است. چهار بحث نظری در تفاوت تأثیر فرهنگ آسیایی و غربی بر همدلی مطرح است که عبارت‌اند از: ۱. رشد تفسیر خود در ارتباط با استقلال و وابستگی متقابل (چگونه فرد خود را درک و تفسیر می‌کند؟)؛ ۲. حمایت از هماهنگی بین‌فردی؛ ۳. ابرازهای هیجانی در دو فرهنگ آسیایی و غربی؛ ۴. سبک تفکر شناختی جامع/تحلیلی. در سبک تفکر شناختی جامع، فرد بیشتر به نشانه‌های خارجی برای هدایت محیط اجتماعی وابسته است و در سبک تفکر شناختی تحلیلی، فرد بیشتر بر علامت‌های جسمانی درونی برای هدایت خود در محیط اجتماعی متکی است. پژوهش نشان می‌دهد که آسیایی‌ها به تفکر جامع و غربی‌ها به گرایش به تفکر تحلیلی، بیشتر، گرایش دارند. در مجموع، از سویی به نظر می‌رسد که وابستگی متقابل در شرقی‌ها، زمینه‌ساز همدلی عاطفی بیشتر در آن‌هاست و از سوی دیگر، آزادی در ابراز هیجانی غربی‌ها، ابراز همدلی عاطفی را در آن‌ها بیشتر می‌کند (۱۴).

بنابراین، به نظر می‌رسد تفاوت‌های فرهنگی میان کشورهای غربی و شرقی، زمینه‌ساز تفاوت‌های احتمالی در ابراز همدلی باشد. به همین شکل، روابط همدلانه‌ی پزشک‌بیمار نیز، تحت تأثیر تفاوت‌های فرهنگی قرار دارد (۱۵). در بیشتر پژوهش‌های انجام‌شده، پاسخ همدلانه به دردهای اجتماعی بررسی و کمتر، بر پاسخ‌های همدلانه به درد جسمانی درنگ شده است. یکی از مباحث حل‌نشده در مطالعات همدلی، تعمیم‌دهی تأثیرات فرهنگی مؤثر بر همدلی از موقعیتی به موقعیت‌های دیگر است (۱۶)؛ لذا، در پژوهش حاضر، بیشتر، پاسخ همدلانه‌ی دانشجویان پزشکی در

1. The London School of Medicine and Dentistry
2. The Medical School - The University of Sheffield
3. Jefferson Scale of Physician Empathy-Health Professionals Version
4. Hojat

موافقت نکردن فرد برای شرکت در پژوهش، هیچ خللی در ارائه اقدامات درمانی یا تشخیصی لازم به او، ایجاد نکرد. برای دستیابی به یافته‌های پژوهش، شاخص‌های توصیفی و استنباطی (T استودنت، تحلیل واریانس و آزمون تعقیبی شفه) به کار گرفته شد.

یافته‌ها

شاخص‌های توصیف آماری مربوط به افراد شرکت‌کننده در پژوهش، نشان داد که ۵۱/۶ کل نمونه را دانشجویان انگلیسی و ۴۸/۴ نمونه را دانشجویان ایرانی تشکیل می‌دهد. جدول شماره‌ی یک، بیان‌کننده‌ی مقایسه‌ی دو گروه دانشجویان ایرانی و انگلیسی، در نمره‌ی کل همدلی پزشک با بیمار است.

جدول شماره‌ی ۱- نتایج تحلیل آزمون T مستقل برای مقایسه‌ی همدلی دانشجویان ایرانی و انگلیسی

T	DF	انحراف معیار	میانگین	تعداد	
-۲/۷۲	۱۷۸	۸/۴۱	۷۷/۰۱	۹۴	ایرانی
		۷/۶۲	۸۰/۲۶	۸۶	انگلیسی

نتایج جدول شماره‌ی یک نشان می‌دهد که بین همدلی دانشجویان ایرانی و انگلیسی، تفاوتی معنادار وجود دارد ($P < 0.01$). با توجه به میانگین‌ها می‌توان نتیجه گرفت که میانگین همدلی دانشجویان ایرانی، به‌طوری معنادار از دانشجویان انگلیسی بیشتر است. نتایج آزمون لامبدای ویلکز نشان می‌دهد که ملیت، بر ترکیب متغیرهای اتخاذ دیدگاه، مراقبت همدلانه و خود را به جای بیمار نهادن، اثری معنادار دارد ($F = 4/92$)؛ به‌عبارت دیگر، حداقل، بین یکی از متغیرهای بررسی‌شده در بین دو گروه، تفاوتی معنادار دیده می‌شود. مجذور اتا نشان می‌دهد که تفاوت بین دو ملیت، با توجه به متغیرهای وابسته، در مجموع، معنادار است و میزان این تفاوت ۸ درصد است؛ به‌عبارتی، ۸ درصد واریانس

از: اتخاذ دیدگاه (ده گویه)، مراقبت همدلانه (هفت گویه و خود را به جای بیمار نهادن (دو گویه). مقیاس همدلی جفرسون دارای ده آیت منفی است که به‌صورت معکوس، نمره‌دهی می‌شود. به هر گویه، براساس مقیاس پنج‌درجه‌ای لیکرت نمره داده می‌شود.

در پژوهش هاشمی‌پور و کرمی (۲۰۱۲)، برای برآورد پایایی و روایی این آزمون که بر روی ۵۵۴ دانشجوی پزشکی صورت گرفته است، متخصصان روان‌شناسی و روان‌سنجی، روایی محتوایی آن را تأیید کرده‌اند. ضریب آلفای کرونباخ پرسش‌نامه، ۰/۸۳ به دست آمده که همسانی درونی شایان ملاحظه‌ای را نشان می‌دهد (۱۸). در پژوهش حاضر، در بررسی پایایی، ضریب آلفای نمره‌ی کل، ۰/۸۰ به دست آمد. پرسش‌نامه‌ی مشخصات جمعیت‌شناختی: در این پرسش‌نامه که محققان پژوهش حاضر آن را طراحی کرده‌اند، درباره‌ی برخی مشخصات جمعیت‌شناختی دانشجویان پزشکی پرسش شده است؛ مشخصاتی مانند سن، جنس، ترتیب تولد، وضعیت تأهل و مقوله‌هایی دیگر، همچون سابقه‌ی بیماری و بستری در بیمارستان (فرد یا خویشاوندانش) و میزان علاقه به رشته‌ی تحصیلی.

ملاحظات اخلاقی شرکت در پژوهش به این شرح بود:

۱. شرکت‌کنندگان در شرکت یا ترک همکاری‌شان در مطالعه، در هر زمان و بدون پرداخت جریمه، آزاد بودند؛
۲. همه‌ی پرسش‌نامه‌ها را شرکت‌کنندگان، با نظارت پژوهشگران، تکمیل کردند؛
۳. استدلال کافی درباره‌ی ضرورت انجام این مطالعه برای شرکت‌کنندگان ارائه شد؛
۴. برای اطمینان‌بخشی به شرکت‌کنندگان، نحوه‌ی محرمانه‌ماندن اطلاعات و رازداری در مطالعه‌ی حاضر برای تک‌تک آن‌ها شرح داده شد؛
۵. به شرکت‌کنندگان اطمینان خاطر داده شد که نحوه‌ی گزارش نتایج پژوهش، به‌گونه‌ای است که ضامن حقوق مادی و غیرمادی آنان و مربوط به پژوهش است؛
۶. در هیچ‌یک از مراحل پژوهش، هزینه‌ای به فرد شرکت‌کننده تحمیل نشد؛
- ۷.

مربوط به اختلاف بین دو گروه، در تأثیر متقابل متغیرهای چندمتغیری برای مقایسه‌ی زیرمقیاس‌های همدلی پزشک با وابسته است. در جدول شماره‌ی دو، نتایج تحلیل واریانس بیمار، به تفکیک ملیت، به تصویر کشیده شده است.

جدول شماره‌ی ۲- نتایج تحلیل واریانس چندمتغیری روی میانگین متغیرهای اتخاذ دیدگاه، مراقبت همدلانه و خود را به جای بیمار نهادن، به تفکیک ملیت دانشجویان

اثر	متغیر وابسته	مجموع مجذورات	درجه‌ی آزادی	میانگین مجذورات	F	معناداری	مجذورات
	اتخاذ دیدگاه	۴۵/۸۹	۱	۴۵/۸۹	۱/۹۴	۰/۱۷	۰/۰۱
ملیت	مراقبت همدلانه	۱۳۶/۷۸	۱	۱۳۶/۷۸	۹/۷۱	۰/۰۰	۰/۰۵
	خود را به جای بیمار نهادن	۱۴/۶۶	۱	۱۴/۶۶	۷/۵۶	۰/۰۰	۰/۰۴

اتخاذ دیدگاه $F=1/94$ ، تفاوتی معنادار دیده نمی‌شود ($P>0.05$). مراقبت همدلانه و خود را به جای بیمار نهادن دانشجویان انگلیسی، بیشتر از دانشجویان ایرانی است. در جدول شماره‌ی سه، نتایج تحلیل واریانس برای بررسی متغیر همدلی، به تفکیک رتبه‌ی تولد، ارائه شده است.

جدول نتایج تحلیل واریانس چندمتغیری نشان می‌دهد که میان میانگین نمره‌های متغیرهای مراقبت همدلانه $136/78$ و خود را به جای بیمار نهادن $F=136/78$ ($F=136/78$) در بین دانشجویان ایرانی و انگلیسی، تفاوتی معنادار وجود دارد ($P<0.01$)؛ اما بین میانگین نمره‌های متغیر

جدول شماره‌ی ۳- نتایج تحلیل آزمون واریانس متغیر همدلی، به تفکیک رتبه‌ی تولد

متغیر وابسته	منبع	مجموع مجذورات	درجه‌ی آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری
	میان‌گروهی	۵۷۴	۳	۱۹۱/۳	۲/۹۶	۰/۰۳
همدلی	درون‌گروهی	۱۱۴۸۵/۳	۱۷۸	۶۴/۵		
	کل	۱۲۰۵۹/۳	۱۸۱			

با توجه به نتایج آزمون تعقیبی در جدول فوق، فقط بین میزان همدلی دانشجویان با رتبه‌ی تولد یک و سه تفاوتی معنادار وجود دارد ($P<0.05$). شواهد حاکی از آن است که میزان همدلی دانشجویان با رتبه‌ی تولد یک، بیشتر از همدلی دانشجویان با رتبه‌ی تولد سه است.

در جدول شماره‌ی سه، نتایج نشان داد که ترتیب تولد بر همدلی در سطح $P<0.05$ اثری معنادار دارد ($F=2/96$)؛ به عبارتی، رتبه‌ی تولد دانشجو در خانواده‌ی خود، بر میزان همدلی او اثر می‌گذارد. برای بررسی این تفاوت از آزمون تعقیبی شفه استفاده شد.

جدول شماره‌ی ۴- نتایج آزمون تعقیبی شفه برای مقایسه‌ی میزان

به‌عنوان مثال، پژوهش بیرکت^۲ (۲۰۱۴) نشان داده که میان دانشجویان چینی و آمریکایی در میزان همدلی تفاوتی وجود نداشته؛ اما در زیرمقیاس‌ها با هم تفاوت‌هایی داشته‌اند (۱۹). در مقابل، هارتر^۳ و همکاران (۲۰۱۴)، در بخشی از پژوهش خود، به بررسی همدلی در پاسخ به مشاهده‌ی درد جسمانی پرداخته‌اند. نتایج پژوهش آن‌ها نشان داده که انگلیسی‌ها، در مقایسه با آسیایی‌های شرقی، عواطف منفی بیشتری را هنگام مشاهده‌ی درد جسمی دیگران تجربه می‌کنند؛ اما در ادراک درد و پاسخ‌های خودکار، همچون ضربان قلب، با هم تفاوتی ندارند (۱۴). ابراز عواطف منفی بالاتر در شرکت‌کنندگان انگلیسی، شاید به این دلیل است که در فرهنگ غربی، افراد خودابرازترند؛ درحالی‌که در فرهنگ‌های آسیایی، بیشتر، بر تطبیق و هماهنگی تأکید می‌شود تا خودابرازگری فردی (بعد هیجانی).

نتایج پژوهش حاضر نشان داد که در مؤلفه‌های مراقبت همدلانه و خود را به جای بیمار نهادن، نمره‌های دانشجویان ایرانی، بیشتر از دانشجویان انگلیسی است؛ اما میان دو گروه، از نظر زیرمقیاس اتخاذ دیدگاه، تفاوتی مشاهده نشد. اتخاذ دیدگاه، فرایندی است که در آن فرد موقعیت را از دیدگاه دیگران بررسی می‌کند (۲۱). اتخاذ دیدگاه، بیشتر، به بعد شناختی همدلی اشاره دارد؛ همدلی شناختی، توانایی درک هیجانات دیگران را شامل می‌شود. میان دانشجویان ایرانی و انگلیسی در درک‌کردن دیگران، تفاوتی وجود ندارد؛ اما در ابراز همدلی و مراقبت همدلانه، نمره‌های دانشجویان ایرانی، بیشتر است. این دو متغیر، بیشتر، به بعد عاطفی همدلی اشاره دارند. به نظر می‌رسد در پژوهش حاضر، تفاوت میان دو گروه دانشجویان در همدلی هیجانی و عاطفی، بیشتر از همدلی شناختی است. هیجان‌های اساسی و جلوه‌های آن، از لحاظ جهانی فارغ از عوامل فرهنگی، پس‌زمینه‌های شخصی و

همدلی، به تفکیک رتبه‌ی تولد

تفاوت میانگین	خطای معیار میانگین	سطح (۲)	سطح (۱)
۱/۹۷	۱/۷۷	۲	
۴/۱۷ ^۱	۱/۴۳	۳	۱
۰/۷۹	۱/۸۶	۴	
۲/۲	۱/۸۳	۳	۲
-۱/۱۷	۲/۱۹	۴	
-۳/۳۷	۱/۹۳	۴	۳

رتبه‌ی تولد یک، معادل جایگاه فرزند ارشد؛ رتبه‌ی تولد دو، نمایانگر فرزند میانی؛ رتبه‌ی تولد سه، معادل فرزندان آخر و رتبه‌ی تولد چهار، معادل جایگاه تک‌فرزندان در خانواده است.

بحث

در پژوهش حاضر، رابطه‌ی همدلی و ترتیب تولد، در دانشجویان پزشکی ایران و انگلستان، مطالعه و مقایسه شد. نتایج پژوهش نشان داد که بین میانگین نمره‌های همدلی (نمره‌ی کل) در دو گروه دانشجویان پزشکی ایران و انگلستان، اختلافی معنی‌دار وجود دارد و دانشجویان ایرانی، نسبت به دانشجویان انگلیسی، همدلی بالاتری دارند؛ همچنین، نتایج تحلیل واریانس چندمتغیری نشان داد که در مؤلفه‌های مراقبت همدلانه و خود را به جای بیمار نهادن، نمره‌های دانشجویان ایرانی، بیشتر از دانشجویان انگلیسی است؛ اما در نمره‌ی مؤلفه‌ی اتخاذ دیدگاه، تفاوتی معنادار میان دو گروه وجود ندارد. مطالعات مقایسه‌ای میان‌فرهنگی درباره‌ی همدلی در فرهنگ‌های آسیایی و اروپایی، نتایجی متفاوت و متضاد را نشان می‌دهد که در تبیین آن‌ها، معمولاً، به جمع‌گرا و فردگرا بودن جوامع و تفاوت فرهنگ‌ها در جنبه‌های شناختی و هیجانی همدلی اشاره می‌شود (۲۰ و ۱۹):

2. Birkett
3. Hurter

1. P<0.05

حبشی و همکاران نشان داد که میان ترتیب تولد افراد و میزان همدلی آن‌ها رابطه‌ای وجود ندارد و ترتیب تولد، تأثیری بر افزایش و کاهش میزان همدلی ندارد. از سوی دیگر، نتایج پژوهش حاضر، به صورت غیرمستقیم، با نتایج پژوهش دامیان و رابرتز^۳، همخوان است (۲۵)؛ مطابق این پژوهش‌ها، میان ترتیب تولد با هوش‌بهر کلی و صفات شخصیتی، رابطه وجود دارد. یکی از نظریه‌های موجود در زمینه‌ی تأثیر ترتیب تولد بر صفات شخصیتی، نظریه‌ی تکاملی است که بر مبنای آن، همشیرها برای به دست آوردن بیشترین سرمایه‌ی والدینی تلاش می‌کنند؛ لذا راهبردهایی مختلف برای جلب توجه والدین اتخاذ می‌کنند؛ به عنوان مثال، فرزندان اول سعی می‌کنند مسئول و تقلیدکننده از والدین باشند؛ بنابراین، صفات وجدان‌گرایی، گشودگی و برون‌گرایی بیشتری نشان می‌دهد؛ در مقابل، فرزندان بعدی توافق‌پذیری بیشتری را بروز می‌دهند (۲۶)؛ از این رو، همان‌طور که پیش‌تر بحث شد، فرزندان اول، احتمالاً، بیشتر، از والدین خود تقلید می‌کنند و بخشی از نقش‌های آن‌ها را در مراقبت از فرزندان بعدی بر عهده می‌گیرند و خود را مسئول آرامش فرزندان بعدی می‌دانند؛ در حالی که فرزندان آخر، امکان دارد در اثر نگرانی و مواظبت بیش‌ازحد والدین، لوس شوند و بیشتر، بر خود متمرکز باشند تا بر دیگران و لذا، در بروز صفت همدلی، با هم، تفاوت‌هایی را نشان دهند.

نتایج پژوهش حاضر نشان داد که متغیرهای اجتماعی، مانند همدلی، تحت تأثیر تفاوت‌های فرهنگی قرار دارند. با توجه به آنچه پیش‌تر بحث شد، به طور کلی، می‌توان گفت که تعامل همدلانه‌ی پزشک با بیمار و هوش اجتماعی او و درک و تسهیل اجتماعی، محیطی مناسب را فراهم می‌کند تا بیمار با آرامشی بیشتر، مسیر درمان را طی کند. در این میان، متغیرهای فرهنگی، عاملی مهم در تغییر کمیت و کیفیت ابراز همدلی با بیمار هستند. براساس نتایج پژوهش حاضر، به نظر

تجربه‌های یادگیری، شبیه هم‌اند؛ اما در مقابل، فرایند پردازش اطلاعات شناختی، وابسته به فرهنگ است و به شدت، به پس‌زمینه‌های شخصی و تجارب آموزشی و یادگیری وابسته‌اند (۲۲).

یکی از تأثیرات فرهنگ بر کارکرد روانی، دیدگاه فرد به عنوان موجودی مستقل یا وابسته نسبت به فرهنگ است. در فرهنگ‌های آسیای شرقی، فرد بیشتر دیدگاهی وابسته به جامعه دارد و خود را بر مبنای ماهیتی متصل به جامعه می‌بیند؛ در حالی که در فرهنگ‌های غربی و آمریکای شمالی، نوعی دیدگاه فردگرایانه و مستقل در او تقویت می‌شود؛ لذا با توجه به تأکید بیشتر بر وفاداری خود با نیازهای دیگران در فرهنگ‌های جمع‌گرا، شاهد آمادگی بیشتر افراد در درک دیگران در این فرهنگ‌ها هستیم (۲۰ و ۱۲).

براساس مطالعه‌ی ناش^۱ (۲۰۱۰)، بعد احساسی همدلی، در کودکی، شکل می‌گیرد و پس از آن، تغییر نمی‌کند؛ ولی بعد شناختی همدلی، با گذشت زمان، تغییرپذیر است؛ از این رو، می‌توان فاکتورهای سن، جنس و تأهل را براساس میزان تأثیرشان بر بعد شناختی، به عنوان عاملی مؤثر در بروز این خصیصه، در یک جمعیت بررسی کرد (۲۳).

همچنین، آموزش سهمی برجسته را در پاسخ‌های شناختی فرد، مانند آنچه در همدلی دیده می‌شد، دارد (۱). فرهنگ ایرانی، فرهنگی جمع‌گراست و همدلی با دیگران از متغیرهایی است که در آن با تأکیدی بیشتر آموزش داده می‌شود.

علاوه‌براین، نتایج پژوهش حاضر نشان داد که رابطه‌ی ترتیب تولد با همدلی، در فرزندان اول و آخر، متفاوت است و به طور خاص، میزان همدلی فرزندان اول، از فرزندان آخر، بیشتر است. نتایج پژوهش حبشی، گرازیانو و هوور^۲ و همکاران با پژوهش حاضر متفاوت است (۲۴). نتایج پژوهش

1. Nash
2. Habashi, Graziano & Hoover

3. Damian & Roberts

با توجه به اهمیت این موضوع، هم برای بیمار و هم برای پزشک، ارزیابی و بررسی راهکارهایی در این زمینه در محیط‌های آموزشی، ضروری به نظر می‌رسد. برگزاری دوره‌های آموزشی تئوری و عملی برای افزایش مهارت‌های ارتباطی در دانشجویان و تأکید بر اهمیت بالای ویژگی همدلی در آینده‌ی حرفه‌ای دانشجویان رشته‌های بالینی، می‌تواند قدم‌هایی مؤثر در این زمینه باشد. علاوه بر این، آموزش اصول همدردی در درمان بیماران و درک دیدگاه‌های آنان در بستر خانوادگی و فرهنگی‌شان و پرهیز از قضاوت‌کردن آن‌ها، هرچند مغایر با عقاید و ارزش‌های درمانگران باشد، از موضوعات بسیار مهم در این مقوله است.

تشکر و قدردانی

نویسندگان مقاله لازم می‌دانند از همه‌ی دانشجویانی که با تکمیل پرسش‌نامه، به انجام این پژوهش کمک کرده‌اند، قدردانی و تشکر کنند.

می‌رسد که در فرهنگ‌های جمع‌گرا، ازجمله فرهنگ ایرانی، این متغیرها فزونی بیشتری را نشان می‌دهند؛ لذا، نظر به اهمیت توجه به عوامل و متغیرهای فردی، مانند همدلی در محیط‌های پزشکی، پیشنهاد می‌شود پژوهش‌هایی بیشتر، در رابطه با این متغیرها و نقش آن‌ها در نتایج درمانی و عوامل مؤثر بر تقویت‌شان صورت گیرد.

نتیجه‌گیری

همدلی و درک پزشک، محیطی مناسب را فراهم می‌کند تا بیمار با آرامشی بیشتر، مسیر درمان را طی کند. نظر به اهمیت توجه به عوامل و متغیرهای فردی، مانند همدلی و ترتیب تولد در محیط‌های پزشکی پیشنهاد می‌شود پژوهش‌هایی بیشتر، در خصوص این متغیرها و نقش آن‌ها در نتایج درمانی و عوامل مؤثر در تقویت آن‌ها صورت گیرد.

منابع

- 1- Coll MP, Viding E, Rütgen M, Silani G, Lamm C, Catmur C, et al. Are we really measuring empathy? Proposal for a new measurement framework. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*. 2017; 83: 132-9.
- 2- Ter Beest H, van Bommel M, Adriaansen M. Nursing student as patient: Experiential learning in a hospital simulation to improve empathy of nursing students. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*. 2018; 32(4): 1390-7.
- 3- Fredrick SS, Demaray MK, Malecki CK, Dorio NB. Can social support buffer the association between depression and suicidal ideation in adolescent boys and girls?. *Psychology in the Schools*. 2018; 55(5): 490-505.
- 4- Decety J, Yoder KJ. Empathy and motivation for justice: Cognitive empathy and concern, but not emotional empathy, predict sensitivity to injustice for others. *Social Neuroscience*. 2016; 11(1): 1-4.
- 5- Uzefovsky F, Shalev I, Israel S, Edelman S, Raz Y, Mankuta D, et al. Oxytocin receptor and vasopressin receptor 1a genes are respectively associated with emotional and cognitive empathy. *Hormones and Behavior*. 2015; 67: 60-5.
- 6- Cole-Kelly K. Communication skills improve empathy, mindfulness, and doctor-patient relationship. *Alternative and Complementary Therapies*. 2018; 24(3): 109-11.
- 7- Halpern J. What is clinical empathy?. *Journal of general internal medicine*. 2003; 18(8): 670-4.
- 8- Siu MY. Empathy in Nursing: Understanding Patient's Experience through Digital Storytelling. *SF Nurs Health J*. 2018; 2(2): 2-8.
- 9- LaNoue MD, Roter DL. Exploring patient-centeredness: The relationship between self-reported empathy and patient-centered communication in medical trainees. *Patient Education and Counseling*. 2018; 101(6): 1143-6.
- 10- Machado JA, Hernández DY. Loss of empathy in medical training: A sad behavioral learning. *Online Journal of Otolaryngology and Rhinology*. 2018; 1(2): 1-3.
- 11- Tousignant B, Eugène F, Jackson PL. A developmental perspective on the neural bases of human empathy. *Infant Behavior and Development*. 2017; 4(8): 5-12.
- 12- Perenc L, Pęczkowski R. Cognitive and affective empathy among adolescent siblings of children with a physical disability. *Disability and health journal*. 2018; 11(1): 43-8.
- 13- Jeung H, Herpertz SC. Impairments of interpersonal functioning: empathy and intimacy in borderline personality disorder. *Psychopathology*. 2014; 47(4): 220-34.
- 14- Hurter S, Paloyelis Y, Williams AC, Fotopoulou A. Partners' empathy increases pain ratings: effects of perceived empathy and attachment style on pain report and display. *The Journal of Pain*. 2014; 15(9): 934-44.
- 15- Menendez ME, Chen NC, Mudgal CS, Jupiter JB, Ring D. Physician empathy as a driver of hand surgery patient satisfaction. *The Journal of Hand Surgery*. 2015; 40(9): 1860-5.
- 16- Lorie A, Reiner DA, Phillips M, Zhang L, Riess H. Culture and nonverbal expressions of empathy in clinical settings: A systematic review. *Patient Education and Counseling*. 2017; 100(3): 411-24.
- 17- Hojat M. Empathy in patient care: Antecedents, development, measurement, and outcomes. Berlin: Springer Science & Business Media; 2007.
- 18- Hashemipour M, Karami, M. The validity and reliability of the Persian version of the patient empathy scale in Jefferson Health Services Students (JSPE-HP). *Journal of Kerman University of Medical Sciences*. 2012; 19(2): 201-11. [in Persian]
- 19- Birkett M. Self-Compassion and empathy across cultures: Comparison of young adults in China and the United States. *International Journal of Research Studies in Psychology*. 2014; 3(1): 25-34.
- 20- Huang H, Su Y. Peer acceptance among Chinese adolescents: The role of emotional empathy, cognitive empathy and gender. *International Journal of Psychology*. 2014; 49(5): 420-4.
- 21- Galinsky AD, Maddux WW, Gilin D, White JB. Why it pays to get inside the head of your opponent: The differential effects of perspective taking and empathy in negotiations. *Psychological Science*. 2008; 19(4): 378-84.
- 22- Lee F. Cultivating a culture of peace and empathy in young children ehile empowering

refugee communities. *Childhood Education*. 2019; 95(1): 16-23.

23- Nash DA. Ethics, empathy, and the education of dentists. *Journal of Dental Education*. 2010; 74(6): 567-78.

24- Habashi MM, Graziano WG, Hoover AE. Searching for the prosocial personality: A Big Five approach to linking personality and prosocial behavior. *Personality and Social Psychology Bulletin*. 2016; 42(9): 1177-92.

25- Damian RI, Roberts BW. The associations of birth order with personality and intelligence in a representative sample of US high school students. *Journal of Research in Personality*. 2015; 58: 96-105.

26- Lyons MT, Brewer G, Bethell EJ. Sex-specific effect of recalled parenting on affective and cognitive empathy in adulthood. *Current Psychology*. 2017; 36(2): 236-41

Comparison of the Relationship between Patient-Patient Empathy and Birth Order in Medical Students in Iran and England: Cross-Cultural Study

Fariba Soheili^{*1}, Azadeh Taheri¹, Simin Hosseinian¹, Roghieh Nooripour¹

¹*Department of Counseling, Faculty of Educational Sciences and Psychology, Alzahra University, Tehran, Iran.*

Abstract

In this research, an intercultural comparison between medical students from Iran and England was made to investigate the potential impact of culture on empathy and the relationships between empathy and child birth order in the family. The population consisted of medical students of medical universities from three cities: Tehran (Iran), London and Sheffield (England). The sample consisted of 182 students from two countries (88 Iranian, 94 English) which was selected by convenience sampling method. Data was collected by scale of empathy- student version and researcher made demographic questionnaire. Data was analyzed by using student's t- test, MANOVA and Scheffe post hoc test. Results showed that the physician empathy of Iranian medical students is significantly higher than English students ($P < 0.01$). Also the results showed that birth order of students has a meaningful correlation with their empathy ($F=2.96, P < 0.05$). The results of multivariate analysis of variance showed that in the empathy variable, empathic care and self-care is more than English students rather than the patient of Iranian students, but they do not differ in the component of adopting the view. The result of this study reveals the importance of cultural differences and family factors such as birth order on personality factors for instance the physician ability to empathize with patients.

Keywords: Birth order, Physician-Patient relationship, Empathy, Cross-Cultural study

* *Corresponding Author:* a.taheri@alzahra.ac.ir