مجله مرکز مطالعات و توسعه آموزش علوم پزشکی یزد
دوره بیست و یکم، شماره اول، بهار ۱۴۰۵
صفحه: ۱۴۶۶- ۱۴۵۱

Journal of Medical Education and Development
Vol. 21, No.1, Spring 2026
Pages: 1451– 1466

همدلی و خودکارآمدی ارتباط بین‌فردی در کارورزان پزشکی: یک مطالعه مقطعی

مهدیه شکیبایی[۱]،زنیره سلیمی[۲]، محمدامین فتوحی اردکانی[۳]، پروانه رشیدپور[۴]، رضا بیدکی[۵]، سید مجتبی یاسینی اردکانی[۵]، فاطمه کشمیری[۶*]

چکیده

مقدمه: همدلی و خودکارآمدی در ارتباط با بیماران از مهارت‌های حیاتی پزشکان است و بر فرایند درمان و رضایت بیماران اثرگذار است. هدف مطالعه حاضر تعیین سطح همدلی و خودکارآمدی ارتباط بین‌فردی کارورزان پزشکی در برخورد با بیماران بود.

روش بررسی: پژوهش حاضر یک مطالعه توصیفی–تحلیلی مقطعی است که در میان کارورزان پزشکی دانشگاه علوم پزشکی شهید صدوقی یزد در سال تحصیلی ۱۴۰۰ تا ۱۴۰۱ انجام شد. داده‌ها به‌صورت سرشماری و الکترونیکی از طریق دو ابزار معتبر شامل «مقیاس همدلی جفرسون» و «پرسشنامه خودکارآمدی ارتباط بین‌فردی» جمع‌آوری و تحلیل گردید.

یافته‌ها: از مجموع ۱۸۰ پرسشنامه، ۱۶۰ مورد قابل تحلیل بود (میانگین سنی: ۳۶/۲۵±۲۲/۱ سال). میانگین نمره همدلی ۳۱/۵۴±۵۰/۷ و میانگین خودکارآمدی ارتباطی ۹۹/۸۶±۵۱/۷ بود. همدلی در مردان به‌طور معنی‌داری بیش از زنان بود (P = ۰/۰۱)، اما بین متغیرهای سن، معدل، و سال تحصیل تفاوت معناداری مشاهده نشد. شرکت در دوره آموزش مهارت‌های ارتباطی با سطح بالاتر همدلی ارتباط داشت.

نتیجه‌گیری: سطح همدلی و خودکارآمدی ارتباطی کارورزان مطلوب است. با توجه به اثر مثبت آموزش مهارت‌های ارتباطی بر همدلی، پیشنهاد می‌شود، گنجاندن رسمی این دوره‌ها در برنامه آموزشی دانشجویان پزشکی مورد توجه قرار گیرد.

کلمات کلیدی: همدلی، خودکارآمدی ارتباط بین‌فردی، کارورز پزشکی، آموزش پزشکی

۱- دکترای پزشکی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی شهید صدوقی یزد، یزد، ایران.
۲- دانشیار گروه روان‌پزشکی، دانشکده پزشکی، بیمارستان ابن‌سینا، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران.
۳- دانشجوی دکتری تخصصی روانشناسی بالینی، گروه روانشناسی بالینی، دانشکده علوم رفتاری و سلامت روان، دانشگاه علوم توانبخشی و سلامت اجتماعی، تهران، ایران.
۴- استادیار روان‌پزشکی، مرکز تحقیقات اعتیاد و علوم رفتاری، دانشگاه علوم پزشکی شهید صدوقی یزد، ایران.
۵- استاد روان‌پزشکی، مرکز تحقیقات اعتیاد و علوم رفتاری، دانشگاه علوم پزشکی شهید صدوقی یزد، ایران.
۶- دانشیار گروه آموزش پزشکی، مرکز توسعه آموزش، دانشگاه علوم پزشکی شهید صدوقی یزد، ایران.
* (نویسنده مسئول)؛ تلفن: ۹۸۹۱۳۴۵۳۵۹۶۲+ پست الکترونیکی:*keshmiri1395@gmail.com*

تاریخ دریافت: ۲۸ / ۰۸ / ۱۴۰۴ تاریخ بازبینی: ۰۸ / ۰۱ / ۱۴۰۵ تاریخ پذیرش: ۱۴ / ۰۳ / ۱۴۰۵

CC BY-NC 4.0

[Downloaded from jmed.ssu.ac.ir on 2026-09-04]

[DOI: 10.18502/jmed.v21i1.21994]

مقدمه

ارتباط مؤثر، محور اساسی در ارائه مراقبت سلامت است و نقش بنیادینی در ابعاد مختلفی از جمله تصمیم‌گیری بالینی، کیفیت مراقبت، رضایت بیمار، پیامدهای درمانی، هزینه های اجتماعی و درمانی، کار تیمی و ایمنی بیمار ایفا می‌کند) (۱). ایمنی بیمار یکی (۲). بر همین اساس، سازمان جهانی بهداشت، انجمن‌های علمی و نهادهای اعتباربخشی آموزشی، چارچوب‌هایی را برای شناسایی مهارت‌های ضروری جهت رسیدن به خدمات پزشکی ایمن و باکیفیت تدوین کرده‌اند (۲, ۳).

بین‌حرفه‌ای و بین‌فردی و نیز همدلی (ارتباط و همدلی) با بیماران از جمله عواملی هستند که بر رضایت بیمار و اثربخشی تشخیص و درمان تأثیر دارند (۴). بنابراین، متخصصان آموزش پزشکی بر ضرورت کسب این مهارت‌ها در برنامه‌های آموزشی پزشکی تأکید دارند (۴). آموزش مبتنی بر توانمندسازی بر این نکته تأکید می‌کند که یادگیرندگان تا زمانی آموزش ببینند و تمرین کنند که بتوانند مهارت مربوطه را به‌صورت مؤثر و کارآمد اجرا نمایند (۵, ۶). همکاری و ارتباط بین‌فردی و بین‌حرفه‌ای به‌عنوان مهارت‌های محوری توانمندسازی در برنامه‌های آموزشی مبتنی بر توانمندسازی تعریف می‌شوند (۴).

ارتباط بین‌فردی و بین‌حرفه‌ای همچنین تحت‌تأثیر باورهای خودکارآمدی است، بر اساس نظریه خودکارآمدی بندورا، بین خودکارآمدی و میزان مشارکت فرد در فعالیت‌های خاص، و نیز در ارتباطات بین‌فردی و بین‌حرفه‌ای، رابطه‌ای مثبت وجود دارد (۱). خودکارآمدی همچنین به‌عنوان یکی از پیش‌شرط‌ها و پیش‌بینی‌کننده‌های اصلی تغییر رفتار معرفی شده است (۷) و تعیین می‌کند فرد چگونه می‌اندیشد، احساس می‌کند و رفتار می‌نماید (۸).

همدلی یه عنوان یکی از مهارت‌های ارتباطی، به معنای درک تجربه‌ها و دغدغه‌های دیگران همراه با توانایی ابراز آن‌ها است. این توانایی موجب می‌شود فرد با احساسات و افکار دیگران هماهنگ گردد، با دنیای اجتماعی پیوند یابد، دیگران را به یاری خود جذب کند و از آسیب زدن به آنان بازایستد. همدلی شامل دو بُعد شناختی و هیجانی است:

بُعد شناختی به درک احساسات درونی و تجارب فرد دیگر و توانایی دیدن جهان از منظر او اشاره دارد؛ در حالی که بُعد هیجانی، شکل ارتباط عاطفی و ورود به احساسات فرد دیگر است (۹, ۱۰). پژوهش‌ها نشان داده‌اند که همدلی با عوامل مختلفی در ارتباط است؛ از جمله مهارت‌های اجتماعی، نوع‌دوستی، انعطاف‌پذیری، صبر و شکیبایی، شوخ‌طبعی، نگرش مثبت نسبت به سالمندان، توانایی گرفتن شرح‌حال و انجام معاینه بالینی، جنسیت، ویژگی‌های شخصیتی، تجارب آموزشی و ارتباط مثبت با والدین (۴, ۱۱).

همدلی در پزشکی ارزش زیادی داشته و برای ارائه درمان صحیح، باکیفیت و افزایش رضایت بیمار ضروری است (۴, ۱۲). همدلی مستلزم آن است که بیمار درک کند پزشک او را فراتر از تأیید شفاهی ساده، واقعاً می‌فهمد. این درک مستلزم شناسایی تجربه‌های هیجانی بیمار است (۱۳). پیامدهای همدلی در طب شامل تقویت روند درمان، افزایش همکاری و توانمندسازی بیمار، تحمل بهتر درد، افزایش رضایت بیمار و پزشک، ارتقای ایمنی بیمار و پیشگیری از خطاهای حرفه‌ای است (۱۳-۱۶).

با وجود آگاهی مربیان پزشکی از لزوم حفظ و حمایت از همدلی در برخورد با بیماران، هنوز ابهامات زیادی در خصوص نحوه حفظ و ارتقای همدلی وجود دارد (۱۷, ۱۸). مطالعات نشان داده‌اند که سطح همدلی پزشکان در طول دوران تحصیل پزشکی و دوره دستیاری بویژه در دوره های طولانی و شیفت های سنگین کاهش می‌یابد؛ به‌ویژه در دوره‌های طولانی و شیفت‌های سنگین (۱۹, ۲۰).

در ایران، برنامه‌های آموزشی علوم پزشکی عمدتاً مبتنی بر رشته و تخصص طراحی و اجرا می‌شوند و بنابراین، تاکنون آموزش رسمی برای ارتقای همکاری بین‌فردی، بین‌حرفه‌ای و

CC BY-NC 4.0

[Downloaded from jmed.ssu.ac.ir on 2026-09-04]

[DOI: 10.18502/jmed.v21i1.21994]

مهارت همدلی در (همدلی و ارتباط بین فردی) دانشگاه‌های علوم پزشکی وجود ندارد. با توجه به ناهمخوانی نتایج مطالعات پیشین درباره همدلی و مهارت‌های ارتباطی در آموزش پزشکی، ضرورت دارد سطح همدلی با بیمار و خودکارآمدی ارتباط بین‌فردی در میان دانشجویان پزشکی بررسی شود. لذا هدف از مطالعه حاضر، تعیین سطح خودکارآمدی در ارتباط بین‌فردی و میزان همدلی با بیماران در میان کارورزان پزشکی دانشگاه علوم پزشکی شهید صدوقی یزد بود.

روش بررسی

طراحی مطالعه و جمعیت پژوهش

این پژوهش از نوع توصیفی–تحلیلی مقطعی بود که بر روی تمامی کارورزان پزشکی دانشگاه علوم پزشکی شهید صدوقی یزد در سال تحصیلی ۱۴۰۱–۱۴۰۰ انجام شد. روش نمونه‌گیری به‌صورت سرشماری بود و تمامی کارورزانی که تمایل به شرکت داشتند وارد مطالعه شدند. پروتکل پژوهش به تصویب کمیته اخلاق در پژوهش دانشگاه علوم پزشکی شهید صدوقی یزد رسیده است (کد اخلاق : IR.SSU.MEDICINE.REC.1399.032

شرکت‌کنندگان شامل کلیه‌ی کارورزان پزشکی علاقه‌مند به شرکت در مطالعه بودند. شرط خروج از مطالعه شامل کارورزان میهمان یا انتقالی و همچنین دانشجویانی که در مرخصی به سر می بردند، بود که در زمان جمع‌آوری داده‌ها در دانشگاه حضور داشتند. با توجه به همزمانی پژوهش با همه‌گیری کووید- ۱۹ در سال ۱۴۰۱، داده‌ها به‌صورت الکترونیکی جمع‌آوری شدند. پرسشنامه‌ها به‌همراه توضیحات کامل درباره اهداف پژوهش و فرم رضایت‌نامه آگاهانه برای کارورزان ارسال گردید و افراد داوطلب پس از تکمیل پرسشنامه‌ها، آن‌ها را به‌صورت آنلاین برای پژوهشگران فرستادند. در مجموع، ۱۸۰ پرسشنامه توزیع شد که ۱۶۰ مورد کامل برگشت داده شد و نرخ پاسخ‌دهی ۸۹٪ بود. (کلیه کارورزان پزشکی علاقه‌مند به شرکت در مطالعه واجد شرایط ورود بودند. معیارهای خروج شامل کارورزان میهمان یا انتقالی و همچنین دانشجویانی بود که در زمان جمع‌آوری داده‌ها در مرخصی به سر می‌بردند. با توجه به هم‌زمانی پژوهش با همه‌گیری کووید ۱۹ در سال ۱۴۰۱، داده‌ها به‌صورت الکترونیکی جمع‌آوری شد. اطلاع‌رسانی درباره اهداف پژوهش، نحوه شرکت داوطلبانه و محرمانه‌بودن اطلاعات از طریق پورتال آموزشی دانشگاه و گروه‌های مجازی کارورزی (تلگرام و واتساپ) انجام گرفت. فرم رضایت‌نامه آگاهانه و پرسشنامه‌ها از طریق ایمیل برای تمامی کارورزان واجد شرایط ارسال شد. شرکت‌کنندگان طی یک بازه زمانی یک‌هفته‌ای فرصت پاسخ‌گویی داشتند و دو پیام یادآوری در فواصل سه‌روزه جهت افزایش نرخ پاسخ ارسال گردید. پرسشنامه‌های تکمیل‌شده نیز از همان طریق به‌صورت آنلاین برای پژوهشگران ارسال شد. در مجموع، ۱۸۰ پرسشنامه توزیع شد که ۱۶۰ مورد کامل برگشت داده شد و نرخ پاسخ‌دهی ۸۹,۹٪ بود).

ابزار گردآوری داده‌ها

گردآوری داده‌ها با استفاده از پرسشنامه جمعیت‌شناختی، مقیاس همدلی جفرسون **(JSPE)** و پرسشنامه خودکارآمدی ارتباط بین‌فردی انجام گرفت. پرسشنامه جمعیت‌شناختی حاوی اطلاعات مربوط به سن، جنس، وضعیت تأهل، نوع پذیرش، نیم‌سال تحصیلی و معدل کل **(GPA)** بود.

مقیاس همدلی جفرسون **(Jefferson Scale of Physician Empathy)** شامل ۲۰ گویه بر اساس مقیاس لیکرت ۷ درجه‌ای (از کاملاً مخالفم تا کاملاً موافقم) است و امتیاز ۱ نشان‌دهنده کمترین میزان موافقت و ۷ نشان‌دهنده بیشترین موافقت می‌باشد که دامنه نمره کل آن بین ۲۰ تا ۱۴۰ متغیر بوده و نمرات بالاتر نشان‌دهنده سطح بالاتر همدلی می‌باشند. این پرسشنامه دو نسخه مخصوص پزشکان و دانشجویان دارد که در پژوهش حاضر از نسخه‌ی دانشجویان پزشکی استفاده گردید. نسخه‌ی فارسی ابزار پیش‌تر ترجمه و اعتباریابی شده و دارای آلفای کرونباخ بیش از ۷,۰ گزارش شده است (۲۱).

CC BY-NC 4.0
[Downloaded from jmed.ssu.ac.ir on 2026-09-04]
[DOI: 10.18502/jmed.v21i1.21994]

پرسشنامه خودکارآمدی مهارت‌های ارتباطی شامل ۱۵ گویه با مقیاس لیکرت ۵ درجه‌ای (۱ تا ۵) است که دامنه نمره کل آن بین ۱۵ تا ۷۵ قرار دارد و نمرات بالاتر بیانگر خودکارآمدی ارتباطی بیشتر می‌باشد.در این مطالعه، از میانگین نمره کل پرسشنامه‌ها برای تحلیل استفاده شد و نمرات بالاتر بر اساس توزیع داده‌ها و مطالعات پیشین، به‌عنوان سطح مطلوب همدلی و خودکارآمدی ارتباطی تفسیر گردید (۲۲). فرایند ترجمه‌ی این ابزار طبق اصول استاندارد شامل ترجمه، بازترجمه، و ارزیابی محتوایی توسط دو متخصص مسلط به زبان فارسی و انگلیسی بود. پس از مقایسه‌ی دو نسخه، نسخه‌ی اولیه فارسی تهیه گردید و توسط چهار استاد حوزه آموزش پزشکی، آموزش پرستاری و متخصصان بالینی بازبینی شد. نسخه‌ی فارسی مجدداً به انگلیسی بازترجمه و برای تأیید نهایی به متخصص زبان ارسال گردید. پس از تطبیق نسخه بازترجمه‌شده با نسخه‌ی اصلی و اعمال اصلاحات، نسخه‌ی نهایی پرسشنامه تأیید شد.

روایی صوری و محتوایی با استفاده از روش دلفی **(Delphi technique)** و با مشارکت ۱۵ نفر از اعضای هیئت علمی آموزش پزشکی و کارشناسان بالینی در چهار مرحله بررسی و تأیید گردید. در مرحله‌ی نخست، نسخه‌ی فارسی پرسشنامه برای داوطلبان ارسال شد و نظرات آنان درباره‌ی محتوای پرسشنامه به‌صورت کیفی جمع‌آوری گردید. پس از دو هفته، نسخه‌ی اصلاح‌شده دوباره ارسال شد و این فرایند تا مرحله‌ی چهارم تکرار گردید، تا زمانی که هیچ نظر جدیدی ارائه نشود. بدین ترتیب، روایی کیفی محتوایی پرسشنامه تأیید شد.

جهت بررسی روایی کمی محتوایی، از شاخص‌های نسبت روایی محتوا **(CVR)** و شاخص روایی محتوا **(CVI)** استفاده شد. برای محاسبه‌ی **CVR** ، متخصصان میزان ضرورت هر گویه را در طیف سه‌درجه‌ای (ضروری، مفید ولی غیرضروری، و غیرضروری) ارزیابی کردند. مقدار حداقل پذیرش براساس جدول لاوشه تعیین گردید (۲۳). برای ارزیابی **CVI**، متخصصان چهاردرجه‌ای از لیکرت استفاده کردند (۲۴).

پایایی پرسشنامه نیز با بهره‌گیری از ضریب همسانی درونی **(Cronbach's α)** و روش بازآزمایی **(Test–Retest)** بررسی شد. به‌منظور سنجش همسانی درونی، پرسشنامه بین ۳۵ داوطلب توزیع گردید، و برای ارزیابی بازآزمایی، پرسشنامه بین ۳۰ دانشجوی پزشکی با فاصله‌ی دو هفته بازنگری شد. نتایج تحلیل‌ها نشان داد آلفای کرونباخ = ۹۰۶/۰ و ضریب همبستگی درون‌طبقه‌ای = **(ICC)** ۹۳/۰ بوده است که بیانگر پایایی و ثبات بالای ابزارها بود.

روایی و پایایی ابزارها

روایی صوری و محتوایی نسخه فارسی پرسشنامه با استفاده از روش دلفی و با مشارکت ۱۵ نفر از اعضای هیئت علمی آموزش پزشکی و متخصصان بالینی در چهار مرحله بررسی و تأیید شد. پس از مرحله چهارم، هیچ نظر جدیدی مطرح نشد و روایی کیفی پرسشنامه تثبیت گردید. در بخش روایی کمی، شاخص نسبت روایی محتوا **(CVR)** و شاخص روایی محتوا **(CVI)** بر اساس جدول لاوشه (حداقل پذیرش ۰,۴۹) محاسبه شد (۲۵, ۲۶). همچنین، برای سنجش پایایی، از ضریب آلفای کرونباخ (۰,۹۰۶ **(= α** جهت همسانی درونی و از ضریب همبستگی درون‌طبقه‌ای (۰,۹۳ **(=ICC**برای بازآزمایی استفاده گردید که بیانگر پایایی و ثبات بالای ابزار بود.

روش تحلیل آماری

تحلیل داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار **SPSS** نسخه ۲۳ انجام شد. برای توصیف داده‌ها از آمار توصیفی شامل میانگین، انحراف معیار، فراوانی و درصد استفاده شد. برای مقایسه‌ی متغیرهای پیوسته بین گروه‌ها، از آزمون تی مستقل **(Independent t-test)**در متغیرهای دودسته‌ای و از تحلیل واریانس یک‌طرفه **(One-way ANOVA)** برای متغیرهای بیش از دودسته استفاده گردید.

CC BY-NC 4.0

[Downloaded from jmed.ssu.ac.ir on 2026-09-04]

[DOI: 10.18502/jmed.v21i1.21994]

همبستگی میان نمرات پرسشنامه‌ها و متغیرهای پیوسته با بهره‌گیری از ضریب همبستگی پیرسون (**Pearson correlation coefficient**) مورد بررسی قرار گرفت. همچنین برای ارزیابی رابطه بین نمرات پرسشنامه‌ها و متغیرهای جمعیت‌شناختی با کنترل متغیرهای مخدوشگر از رگرسیون خطی چندمتغیره استفاده شد.

یافته‌ها

در این مطالعه، تعداد ۱۸۰ پرسشنامه به‌صورت الکترونیکی بین کارورزان پزشکی توزیع شد که از این میان، ۱۶۰ پرسشنامه به‌طور کامل توسط دانشجویان تکمیل و برگشت داده شد؛ در نتیجه، نرخ پاسخ‌دهی برابر با ۹/۸۹ (۸۹,۹ درصد) بود. داده‌های مربوط به این ۱۶۰ کارورز داوطلب مورد بررسی و تحلیل قرار گرفت. میانگین سنی شرکت‌کنندگان ۳۶/۲۵ ± ۲۲/۱ (۲۵,۳۶ ±۱,۲۲) سال بود و دامنه‌ی سنی آنان از ۲۲ تا ۳۰ سال متغیر بود. ویژگی‌های جمعیت‌شناختی کارورزان در جدول ۱ ارائه شده است.

جدول شماره ۱: مشخصات دموگرافیک شرکت‌کنندگان

متغییر		فراوانی (٪)
جنسیت	مرد	۷۳ (٪۴۵,۶)
	زن	۸۷ (٪۵۴,۴)
وضعیت تاهل	مجرد	۱۰۵ (٪۶۵,۵)
	متاهل	۵۵ (٪۳۴,۴)
ترم تحصیلی	۸	۳ (٪۱,۹)
	۱۰	۲ (٪۱,۲)
	۱۱	۱ (٪۱,۲)
	۱۲	۴۲ (٪۲۶,۲)
	۱۳	۴۰ (٪۲۵)
	۱۴	۶۶ (٪۴۱,۲)
	۱۵	۲ (٪۱,۲)
	۱۶	۳ (٪۱,۹)
نوع پذیرش	بین الملل (خودگردان)	۱۱۷ (٪۷۳)
	غیر بین الملل (دولتی)	۴۳ (٪۲۷)
شرکت در برنامه های آموزش مهارت های ارتباطی	بله	۱۰ (٪۶,۲)
	خیر	۱۵۰ (٪۹۳,۸)

میانگین نمره همدلی شرکت‌کنندگان برابر با ۳۱/۵۴ ± ۵۰/۷ (۵۴,۳۱ ± ۷,۵۰) و میانگین نمره‌ی خودکارآمدی ارتباطی آنان ۹۹/۸۶ ± ۵۱/۷ (۸۶,۹۹ ± ۷,۵۱) بود بود که هر دو در سطح مطلوب قرار داشتند. نمرات مربوط به گویه‌های پرسشنامه همدلی در جدول ۲ نشان داده شده است. بیشترین امتیاز مربوط به گویه‌ی «بیماران ارزش درک احساسات خود توسط پزشک را می‌دانند و این امر در پاسخ آنان به درمان مؤثر است» و کمترین امتیاز مربوط به گویه‌ی «به نظر من، همدلی با بیمار جایگاهی در فرایند درمان ندارد» بود.

CC BY-NC 4.0

[Downloaded from jmed.ssu.ac.ir on 2026-09-04]

[DOI: 10.18502/jmed.v21i1.21994]

جدول شماره ۲: نمرات مقیاس همدلی جفرسون درمیان شرکت‌کنندگان مطالعه

ردیف	گویه	حداقل	حداکثر	میانگین ± انحراف معیار
۱	هنگام درمان بیماران، خود را جای آنها قرار می‌دهم.	۱	۷	۱،۰۳±۵،۸۰
۲	بیماران ارزش درک احساساتشان را می‌دانند و این امر در پاسخ درمانی آن‌ها مؤثر است.	۴	۷	۰،۷۹±۶،۰۸
۳	همدلی با بیمار و بستگان او جزء مهمی در ایجاد ارتباط با بیمار است.	۲	۷	۱،۰۰±۵،۹۱
۴	با دقت به کلمات و اعمال بیمار گوش می‌دهم تا بفهمم در ذهن او چه می‌گذرد.	۳	۷	۰،۹۵±۵،۷۳
۵	سعی می‌کنم مانند بیمارانم فکر کنم، زیرا این کار بر روند درمان آن‌ها اثر دارد.	۱	۷	۱،۳۲±۵،۰۷
۶	اعتقاد دارم که همدلی عامل مهمی در درمان پزشکی است.	۲	۷	۱،۲۳±۵،۷۵
۷	همدلی یک مهارت درمانی است و روند درمان را محدود نمی‌کند.	۱	۷	۱،۳۴±۵،۵۹
۸	مشکلات بیمار باید تنها با درمان‌های پزشکی حل شوند و همدلی جایی در درمان ندارد.	۱	۷	۱،۴۴±۲،۷۸
۹	روابط شخصی قوی بین بیمار و همراهان او بر روش درمان من اثری ندارد.	۱	۷	۱،۵۷±۳،۷۸
۱۰	بر این باورم که همدلی با بیمار جایی در فرآیند درمان ندارد.	۱	۶	۱،۲۶±۲،۵۳
۱۱	از آنجا که افراد متفاوت هستند، درک شرایط بیمار برای من دشوار است.	۱	۶	۱،۲۴±۲،۹۹
۱۲	توجه به تجارب شخصی بیمار تأثیری بر روند درمان او ندارد.	۱	۶	۱،۱۵±۲،۸۳
۱۳	بیمار در صورت دریافت همدلی من احساس بهتری خواهد داشت.	۲	۷	۰،۸۳±۵،۸۵
۱۴	در نظر من، همدلی با بیمار درمان پزشکی را مؤثرتر می‌سازد.	۲	۷	۱،۰۱±۵،۶۵
۱۵	داشتن زبان مشترک و ارتباط کلامی با بیمار در ایجاد رابطه مثبت پزشک–بیمار بسیار مهم است.	۲	۷	۰،۹۱±۵،۹۸
۱۶	سعی می‌کنم هنگام گرفتن شرح حال و معاینه، عدم همدلی با بیمار را نشان ندهم.	۱	۷	۱،۰۷±۲،۷۲
۱۷	پرسیدن درباره زندگی شخصی بیماران تأثیری در درک مشکلات آن‌ها ندارد.	۱	۷	۱،۳۸±۳،۳۷
۱۸	دیدن محیط اطراف از نگاه بیمار برایم دشوار است.	۱	۶	۱،۳۳±۳،۱۳
۱۹	خواندن کتاب‌های غیردرسی و هنری برایم لذت‌بخش نیست.	۱	۷	۱،۴۸±۲،۶۸
۲۰	شناخت احساسات بیمار و همراهان او اثری بر روند درمان ندارد.	۱	۷	۱،۳۳±۲،۷۰

CC BY-NC 4.0

[Downloaded from jmed.ssu.ac.ir on 2026-09-04]

[DOI: 10.18502/jmed.v21i1.21994]

نمرات موارد مربوط به پرسشنامه‌ی خودکارآمدی مهارت‌های ارتباطی در جدول ۳ ارائه شده است. بیشترین امتیاز مربوط به گویه‌ی «می‌توانم به بیمار اجازه دهم شرح حال خود را بیان کند» و کمترین امتیاز مربوط به گویه‌ی «می‌توانم از بیمار سؤالات شخصی (حساس) بپرسم» بود.

جدول شماره ۳: نمرات خودکارآمدی مهارت های ارتباطی در بین شرکت کنندگان مطالعه

ردیف	گویه	حداقل	حداکثر	میانگین ± انحراف معیار
1	می‌توانم به بیمار اجازه دهم شرح حال خود را ارائه دهد.	۲	۵	۰،۷۴±۴،۱۵
2	می‌توانم رابطه‌ای قابل اعتماد با بیمار خود برقرار کنم.	۳	۵	۰،۶۶±۴،۰۱
3	می‌توانم احساسات/هیجانات بیمار را تشخیص دهم.	۲	۵	۰،۷۱±۳،۷۵
4	علاوه بر وضعیت جسمانی، می‌توانم به احساسات بیمار نیز توجه کنم.	۲	۵	۰،۷۶±۳،۶۹
5	می‌توانم رفتارهای غیرکلامی بیمار را در تعامل شناسایی کنم.	۲	۵	۰،۷۶±۳،۴۸
6	می‌توانم اقداماتی برای مراقبت از احساسات/هیجانات بیمار انجام دهم.	۱	۵	۰،۹۱±۳،۲۶
7	می‌توانم بیمار را متقاعد کنم که او را قضاوت نمی‌کنم.	۲	۵	۰،۸۲±۳،۷۱
8	می‌توانم درک کنم وقتی بیمار درمانی غیر از درمان مدنظر من را ترجیح می‌دهد.	۱	۵	۰،۹۹±۳،۳۸
9	می‌توانم در موقعیت‌های احساسی (خشم، ناامیدی و ...) خود را کنترل کنم.	۱	۵	۰،۸۳±۳،۲۸
10	می‌توانم رابطه‌ای دوستانه با بیمار داشته باشم بدون اینکه بداخلاق باشم.	۲	۵	۰،۶۷±۳،۸۱
11	می‌توانم اصطلاحات تخصصی پزشکی را به زبان ساده توضیح دهم.	۱	۵	۰،۸۱±۳،۸۷
12	می‌توانم با احساسات بیمار برخورد صحیح داشته باشم.	۲	۵	۰،۷۵±۳،۷۱
13	می‌توانم سؤالات باز و بسته را با سرعت مناسب برای بیمار بپرسم.	۲	۵	۰،۷۵±۳،۶۲
14	می‌توانم از بیمار سؤالات شخصی (حساس) بپرسم.	۱	۵	۱،۰۰±۳،۱۲
15	می‌توانم جلسه ویزیت بیمار را متناسب با نیاز و محدودیت زمانی او مدیریت کنم.	۱	۵	۰،۸۲±۳،۴۴

نتایج مقایسه نمرات پرسشنامه‌ی مقیاس همدلی جفرسون و پرسشنامه‌ی خودکارآمدی مهارت‌های ارتباطی بر اساس جنسیت، وضعیت تأهل و سال تحصیل در جدول ۴ نشان داده شده است. یافته‌ها نشان داد که نمرات همدلی در میان شرکت‌کنندگان مرد به‌طور معنی‌داری بالاتر از شرکت‌کنندگان زن بود (**p=0.01**).

CC BY-NC 4.0

[Downloaded from jmed.ssu.ac.ir on 2026-09-04]

[DOI: 10.18502/jmed.v21i1.21994]

جدول شماره ۴: مقایسه نمرات مقیاس همدلی جفرسون و خودکارآمدی مهارت‌های ارتباطی بر اساس جنسیت، وضعیت تأهل و سال‌های تحصیلی

متغیر	گروه	همدلی (میانگین ± انحراف معیار)	خودکارآمدی (میانگین ± انحراف معیار)
جنسیت	مرد	۸۸،۶۱±۸،۰۸	۵۴،۶۱±۶،۸۶
	زن	۸۵،۶۳±۶،۷۶	۵۴،۰۸±۸،۰۳
	معناداری (p†)	۰،۰۱*	۰،۶۶
وضعیت تأهل	مجرد	۸۶،۸۱±۷،۹۸	۵۴،۵۱±۷،۳۷
	متأهل	۸۷،۳۴±۶،۶۰	۵۳،۹۴±۷،۷۸
	معناداری (p†)	۰،۶۷	۰،۶۵
سال تحصیلی	۴	۹۱،۶۷±۱۰،۶۹	۵۱،۰۰±۱،۷۳
	۵	۸۹،۲۵±۵،۷۳	۶۰،۰۰±۷،۳۹
	۶	۸۷،۳۳±۷،۴۸	۵۴،۰۶±۷،۲۷
	۷	۸۵،۸۱±۷،۰۹	۵۴،۷۹±۷،۵۲
	۸	۹۷،۰۰±۱۱،۳۵	۴۶،۳۴±۱۲،۷۱
	معناداری (p‡)	۰،۰۷	۰،۱۵

در جدول ۵، همبستگی میان نمرات همدلی و خودکارآمدی ارتباطی با سن و معدل کل (GPA) ارائه شده است. هیچ همبستگی معنی‌داری بین نمرات همدلی یا خودکارآمدی ارتباطی با سن یا معدل مشاهده نشد. همچنین، ارتباط معنی‌داری بین نمرات کلی همدلی و خودکارآمدی ارتباطی مشاهده نگردید. $(AdjustedR^2 = 0.024, p = 0.33)$.

جدول شماره ۵: همبستگی بین نمرات پرسشنامه‌ها با سن و معدل

متغیر	ضریب همبستگی (r)	همدلی (p)	خودکارآمدی (p)
سن	۰،۰۲	۰،۷۹	۰،۷۷
معدل	-۰،۱۱	۰،۱۸	۰،۷۸

نتایج مدل رگرسیون خطی چندمتغیره جهت بررسی رابطه همدلی و خودکارآمدی ارتباطی پس از تعدیل متغیرهای مخدوشگر در جدول ۶ نشان داده شده است.

CC BY-NC 4.0

[Downloaded from jmed.ssu.ac.ir on 2026-09-04]

[DOI: 10.18502/jmed.v21i1.21994]

جدول شماره ۶: ارتباط بین مقیاس همدلی جفرسون و خودکارآمدی مهارت‌های ارتباطی پس از کنترل عوامل مخدوش‌کننده

متغیر	مجموع مربعات نوع سوم	درجه آزادی	میانگین مربعات	F آماره	سطح معنی‌داری (p)
سن	۲۵،۵	۱	۲۵،۴۹	۰،۴۹	۰،۴۸
جنسیت	۳۶۱،۲۱	۱	۳۶۱،۲۱	۶،۹۷	۰،۰۱
وضعیت تأهل	۰،۲۷	۱	۰،۲۷	۰،۰۱	۰،۹۴
سال تحصیلی	۱۲،۲۳	۱	۱۲،۲۴	۰،۲۳	۰،۶۳
شرکت در دوره‌های آموزش مهارت‌های ارتباطی	۲۹۴،۹۷	۱	۲۹۴،۹۷	۵،۶۹	۰،۰۲
امتیاز کل خودکارآمدی ارتباطی	۲۲۱۰،۱۵	۳۵	۶۳،۱۵	۱،۲۲	۰،۲۲

در میان متغیرهای مخدوشگر، جنسیت و سابقه شرکت در دوره‌های آموزشی مهارت‌های ارتباطی بالینی تأثیر معنی‌داری بر رابطه بین همدلی و خودکارآمدی داشتند ($p = 0.01$ و $p = 0.02$). همچنین ارتباط بین همدلی و خودکارآمدی ارتباطی با متغییرهای دموگرافیک در جدول ۷ نشان داده شده است.

جدول شماره ۷: ارتباط بین همدلی و خودکارآمدی ارتباطی با متغیرهای جمعیت‌شناختی

متغیر	نوع تحلیل	شاخص آماری	مقدار
سن	همبستگی پیرسون با همدلی	r (p)	۰،۰۲ (۰،۷۹)
	همبستگی پیرسون با خودکارآمدی ارتباطی	r (p)	۰،۰۲ (۰،۷۷)
معدل تحصیلی (GPA)	همبستگی پیرسون با همدلی	r (p)	-۰،۱۱ (۰،۱۸)
	همبستگی پیرسون با خودکارآمدی ارتباطی	r (p)	-۰،۰۲ (۰،۷۸)
نمره کل خودکارآمدی ارتباطی	رگرسیون خطی تعدیل‌شده (پیش‌بینی همدلی)	F (p)	۱،۲۲ (۰،۲۲)
جنسیت	رگرسیون خطی تعدیل‌شده	F (p)	۶،۹۷ (۰،۰۱)*
شرکت در دوره‌های آموزش مهارت‌های ارتباطی	رگرسیون خطی تعدیل‌شده	F (p)	۵،۶۹ (۰،۰۲)*

بحث

مهم‌ترین یافته پژوهش حاضر این بود که سطح همدلی بر اساس پرسشنامه مقیاس همدلی جفرسون در میان دانشجویان پزشکی، در سطح مطلوب قرار داشت. بیشترین امتیاز مربوط به گویه‌ای بود که نشان می‌داد بیماران ارزش درک احساسات خود از سوی پزشک را می‌دانند و این درک در پاسخ درمانی آنان مؤثر است. در مقابل، کمترین امتیاز مربوط به

CC BY-NC 4.0

[Downloaded from jmed.ssu.ac.ir on 2026-09-04]

[DOI: 10.18502/jmed.v21i1.21994]

که بیان می‌کرد همدلی با بیمار جایگاهی در فرآیند درمان ندارد.

همدلی یکی از مؤلفه‌های کلیدی ارتباط با بیمار است و شامل توانایی درک احساسات و وضعیت درونی دیگران برای نشان دادن همدلی بالینی مؤثر می‌باشد. همدلی به عنوان یک ویژگی شخصیتی، به ظرفیت ذاتی پزشک در درک احساسات بیمار وابسته است و می‌تواند از طریق گفتار، افکار و در نحوه‌ی توجه و مراقبت از بیمار بروز یابد. همدلی نقشی اساسی در رابطه‌ی پزشک–بیمار دارد و با رفتارهایی همچون توجه به بیمار، گوش دادن فعال به شرح حال پزشکی و درک احساسات او همراه است (۱). با این حال، در بسیاری از مواقع نقش همدلی در رابطه‌ی پزشک و بیمار کمتر مورد تأکید قرار گرفته است (۲).

یافته‌های مطالعه‌ی حاضر نشان داد که نمره‌ی همدلی تنها میان دو جنس تفاوت معنی‌دار داشت و این یافته با نتایج برخی مطالعات پیشین هم‌سو بود (۳). علاوه بر این، مشخص شد که شرکت در دوره‌های آموزش مهارت‌های ارتباطی بالینی با نمره‌ی همدلی رابطه‌ی معنی‌داری دارد، در حالی که میانگین معدل (GPA) تأثیری بر آن نداشت؛ این نتیجه نیز با یافته‌های مطالعه‌ای قبلی هم‌خوانی داشت (۴). در تضاد با این نتایج، مطالعه‌ای که بر روی رزیدنت‌های پزشکی دانشگاه علوم پزشکی یزد انجام شد نشان داد که همدلی با سن، جنس، نوع پذیرش و نیم‌سال تحصیلی ارتباطی ندارد، امّا با وضعیت تأهل، مقطع تحصیلی و شرکت در دوره‌های آموزش ارتباط بالینی مرتبط است (۵). همچنین، مطالعات پیشین گزارش کرده‌اند که سطح همدلی دانشجویان پزشکی با افزایش سن و سال تحصیلی کاهش می‌یابد و میزان همدلی در دروس پایه بیشتر از دروس بالینی است (۶، ۷). علت این پیش بینی می شود این مسئله احتمالاً بخاطر کم‌توجهی به آموزش مهارت‌های همدلی در برنامه‌های درسی پزشکی باشد (۷). در مقابل، یافته‌ی مطالعه‌ی حاضر نشان داد که نمرات همدلی و خودکارآمدی ارتباطی بین سال‌های مختلف تحصیل تفاوتی نداشت. این ناهمخوانی می‌تواند ناشی از تفاوت در حجم نمونه، سطح تحصیلی دانشجویان و تفاوت بین جمعیت‌های مورد بررسی (کارورزان در مقابل رزیدنت‌ها) در مطالعات گوناگون باشد.

یافته‌های دیگر پژوهش نشان داد که نمره کلی خودکارآمدی مهارت‌های ارتباطی در سطح مطلوب قرار داشت. بیشترین نمره مربوط به گویه‌ی «می‌توانم به بیمار اجازه دهم شرح حال خود را بیان کند» و کمترین نمره مربوط به گویه‌ی «می‌توانم از بیمار سؤالات شخصی (حساس) بپرسم» بود. همچنین، بین نمرات خودکارآمدی ارتباطی با متغیرهای جمعیت‌شناختی و نمره‌ی همدلی، رابطه‌ی معنی‌داری مشاهده نشد. با این حال، برخلاف این یافته‌ها، مطالعه‌ای پیش‌تر گزارش کرده بود که خودکارآمدی دانشجویان پزشکی از سال اول تا سال چهارم تحصیل به‌طور معنی‌داری افزایش می‌یابد (۸).

با توجه به یافته‌های این مطالعه درخصوص نقش شرکت در برنامه‌های آموزشی مهارت‌های ارتباطی بالینی در ارتقای همدلی، به نظر می‌رسد گنجاندن آموزش مهارت‌های ارتباطی بالینی در برنامه‌ی درسی رسمی دانشجویان پزشکی ضروری باشد. با وجود آنکه در این مطالعه از روش سرشماری استفاده شد، تعداد کارورزان دانشگاه برای انجام تحلیل‌های آماری دقیق‌تر کافی نبود؛ ازاین‌رو پیشنهاد می‌شود در آینده مطالعات چندمرکزی با حجم نمونه‌ی بالاتر انجام گیرد.

از سوی دیگر، با توجه به اینکه این پژوهش در دوره‌ی بحرانی همه‌گیری کووید-۱۹ انجام شد، می‌توان فرض کرد که این بحران بر سلامت روان و مهارت‌های ارتباطی کارورزان اثر گذاشته است. بر اساس گزارش مطالعه‌ای دیگر، همدلی در دوران همه‌گیری کووید-۱۹ موجب افزایش پایبندی به رعایت فاصله‌گذاری اجتماعی و استفاده از ماسک شده است (۹). بنابراین، پیشنهاد می‌شود پژوهش‌های آتی در شرایطی انجام شود که تأثیر همه‌گیری کووید-۱۹ به حداقل رسیده باشد. همچنین، با در نظر گرفتن احتمال تفاوت در سطح همدلی و خودکارآمدی ارتباطی میان دانشجویان رشته‌های مختلف یا

CC BY-NC 4.0

[Downloaded from jmed.ssu.ac.ir on 2026-09-04]

[DOI: 10.18502/jmed.v21i1.21994]

بین کارورزان و رزیدنت‌ها، پیشنهاد می‌شود مطالعات آینده به بررسی و مقایسه‌ی این مهارت‌ها در میان رزیدنت‌ها و رشته‌های مختلف تخصصی بپردازند.

(مهم‌ترین یافته پژوهش حاضر نشان داد که سطح همدلی کارورزان پزشکی دانشگاه علوم پزشکی شهید صدوقی یزد، بر اساس پرسشنامه مقیاس همدلی جفرسون، در سطح مطلوب قرار دارد. این یافته با مطالعات متعددی که همدلی را به‌عنوان یکی از مؤلفه‌های اساسی ارتباط پزشک–بیمار معرفی کرده‌اند هم‌خوانی دارد (۴, ۱۰). بالاترین نمره مربوط به گویه‌ای بود که بر اهمیت درک احساسات بیمار و نقش آن در پاسخ درمانی تأکید داشت، که نشان‌دهنده پذیرش نقش درمانی همدلی از سوی کارورزان است. در مقابل، پایین‌ترین نمره مربوط به گویه‌هایی بود که همدلی را فاقد نقش در فرآیند درمان می‌دانستند، که این امر نشان می‌دهد دیدگاه غالب شرکت‌کنندگان، رویکرد زیست‌روانی–اجتماعی به درمان است (۱۱, ۱۲).

نتایج مطالعه حاضر نشان می‌دهد که کارورزان پزشکی از توانایی شناختی و هیجانی همدلی در سطح قابل قبولی برخوردارند؛ موضوعی که می‌تواند نقش مهمی در رضایت بیمار و همکاری درمانی ایفا کند (۱۱). در این مطالعه، تفاوت معنی‌داری در نمره همدلی بر حسب جنسیت مشاهده شد، به‌گونه‌ای که کارورزان مرد نمرات بالاتری نسبت به زنان کسب کردند. این یافته با نتایج برخی مطالعات داخلی هم‌راستا است (۱۳, ۱۴)، اما با بخش قابل توجهی از مطالعات بین‌المللی که همدلی بالاتر را در زنان گزارش کرده‌اند، هم‌خوانی ندارد (۱۵). این تفاوت می‌تواند ناشی از عوامل فرهنگی، الگوهای اجتماعی‌سازی جنسیتی، یا تفاوت در برداشت پاسخ‌دهندگان از گویه‌های پرسشنامه در بافت فرهنگی ایران باشد. بنابراین، تفسیر تفاوت‌های جنسیتی در همدلی نیازمند در نظر گرفتن زمینه فرهنگی و اجتماعی است (۴, ۱۵).

یکی دیگر از یافته‌های مهم پژوهش حاضر، ارتباط معنی‌دار بین شرکت در دوره‌های آموزش مهارت‌های ارتباطی بالینی و نمره همدلی بود. این نتیجه با مطالعاتی که نشان داده‌اند آموزش‌های ساخت‌یافته ارتباطی می‌توانند موجب تقویت همدلی و نگرش بیمارمحور شوند، هم‌سو است (۴, ۱۶). با توجه به اینکه تنها درصد کمی از کارورزان در این دوره‌ها شرکت کرده بودند، مشاهده چنین اثری بر همدلی، اهمیت گنجاندن آموزش مهارت‌های ارتباطی در برنامه رسمی آموزشی پزشکی را برجسته‌تر می‌سازد.

در خصوص خودکارآمدی ارتباطی، نتایج نشان داد که میانگین نمره کل شرکت‌کنندگان در سطح مطلوب قرار دارد. بالاترین نمره مربوط به توانایی دادن فرصت صحبت آزادانه به بیمار بود، که نشان‌دهنده احساس کفایت کارورزان در ایجاد فضای گفت‌وگوی اولیه است. در مقابل، پایین‌ترین نمره به توانایی پرسیدن سؤالات شخصی و حساس اختصاص داشت، که می‌تواند بیانگر وجود موانع فرهنگی، هیجانی یا کمبود آموزش هدفمند در این حوزه باشد (۱۷). این الگو نشان می‌دهد که اگرچه کارورزان در ارتباطات عمومی احساس توانمندی دارند، اما در موقعیت‌های ارتباطی پیچیده‌تر همچنان نیاز به حمایت آموزشی وجود دارد.

بر خلاف انتظار، در این مطالعه رابطه معنی‌داری بین نمره همدلی و خودکارآمدی ارتباطی مشاهده نشد. این یافته با برخی مطالعات پیشین که ارتباط مثبتی بین این دو سازه گزارش کرده‌اند، در تضاد است (۱۷, ۱۸). این عدم ارتباط ممکن است ناشی از شرایط خاص دوره کارورزی، فشار کاری بالا، فرسودگی هیجانی یا تأثیر شرایط همه‌گیری کووید-۱۹ بر وضعیت روانی و عملکرد ارتباطی کارورزان باشد. شواهد نشان می‌دهد که شرایط بحرانی می‌توانند به‌طور هم‌زمان برخی ابعاد همدلی را تقویت و برخی مهارت‌های ارتباطی را تضعیف کنند (۱۹).

مطالعه حاضر همچنین نشان داد که نمرات همدلی و خودکارآمدی ارتباطی بین سال‌های مختلف کارورزی تفاوت معنی‌داری نداشت. این یافته با برخی مطالعات که کاهش همدلی را در مراحل بالاتر آموزش پزشکی گزارش کرده‌اند،

CC BY-NC 4.0

[Downloaded from jmed.ssu.ac.ir on 2026-09-04]

[DOI: 10.18502/jmed.v21i1.21994]

متفاوت است (۲۰, ۲۱). این تفاوت احتمالاً به اختلاف در گروه‌های مورد مطالعه (کارورزان در مقابل رزیدنت‌ها)، حجم نمونه و ساختار برنامه‌های آموزشی مربوط می‌شود. در مطالعاتی که بر رزیدنت‌ها تمرکز داشته‌اند، کاهش همدلی اغلب به افزایش مسئولیت بالینی و استرس نسبت داده شده است (۱۱).

در نهایت، با توجه به اینکه این مطالعه در دوره همه‌گیری کووید-۱۹ انجام شده است، باید تأثیر این شرایط را در تفسیر نتایج در نظر گرفت. مطالعات نشان داده‌اند که همدلی در شرایط بحران سلامت عمومی می‌تواند رفتارهای مسئولانه‌تری مانند رعایت فاصله‌گذاری اجتماعی را تقویت کند اما هم‌زمان فشار روانی ناشی از پاندمی ممکن است بر خودکارآمدی ارتباطی تأثیر منفی بگذارد (۱۹). از این‌رو، انجام مطالعات آینده در شرایط عادی‌تر می‌تواند به درک دقیق‌تر رابطه بین همدلی و خودکارآمدی ارتباطی کمک کند.)

نتیجه‌گیری

نتایج این پژوهش نشان داد که نمرات همدلی و خودکارآمدی مهارت‌های ارتباطی کارورزان پزشکی در سطح مطلوبی قرار دارد. همچنین، نمرات همدلی در میان دانشجویان مرد به‌طور معنی‌داری بالاتر از دانشجویان زن بود. یافته‌ها بیانگر آن بود که جنسیت و سابقه‌ی شرکت در دوره‌های آموزشی مهارت‌های ارتباطی رابطه‌ی معنی‌داری با نمره‌ی همدلی دارند، در حالی‌که سایر متغیرهای جمعیت‌شناختی چنین رابطه‌ای نشان ندادند.

این نتایج اهمیت آموزش مهارت‌های ارتباطی بالینی در برنامه‌ی رسمی آموزش پزشکی را برجسته می‌سازد و پیشنهاد می‌شود دوره‌های آموزشی مرتبط با همدلی و ارتباط مؤثر به‌صورت ساختارمند در برنامه‌های درسی دانشجویان پزشکی گنجانده شود.

نتایج این پژوهش نشان داد که نمرات همدلی و خودکارآمدی مهارت‌های ارتباطی کارورزان پزشکی در سطح مطلوبی قرار دارد. همچنین، نمرات همدلی در میان دانشجویان مرد به‌طور معنی‌داری بالاتر از دانشجویان زن بود. یافته‌ها بیانگر آن بود که جنسیت و سابقه‌ی شرکت در دوره‌های آموزشی مهارت‌های ارتباطی رابطه‌ی معنی‌داری با نمره‌ی همدلی دارند، در حالی‌که سایر متغیرهای جمعیت‌شناختی چنین رابطه‌ای نشان ندادند یافته‌های این مطالعه نشان داد که مشارکت در برنامه‌های آموزش مهارت‌های ارتباطی بالینی با سطح بالاتری از همدلی در کارورزان پزشکی همراه است؛ بنابراین، به نظر می‌رسد گنجاندن آموزش‌های ساختارمند مرتبط با ارتباط بالینی و همدلی در برنامه‌های آموزشی کارورزی می‌تواند به تقویت این مؤلفه مهم ارتباط پزشک–بیمار کمک کند.

مشارکت نویسندگان

نگارش و انجام مطالعه (م. شکیبایی)، نظارت بر اجرای کار (س.م. یاسینی اردکانی، پ. رشیدپور، ف. کشمیری)، نگارش مقاله (ز. سلیمی، ف. کشمیری، م. فتوحی اردکانی، ر. بیدکی)، طراحی مطالعه و اجرا (ر. بیدکی)، سابمیت و ریوایز مقاله (م. فتوحی اردکانی).

تشکر و قدردانی

نویسندگان از کلیه مشارکت کنندگان و معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی یزد که اجرای این مطالعه را ممکن ساختند، تشکر و قدردانی می نمایند.

تعارض منافع

نویسندگان اظهار می‌دارند که هیچ‌گونه تعارض منافع مالی یا غیرمالی در انجام این پژوهش و نگارش مقاله وجود ندارد.

حمایت مالی

هیچ منبع مالی برای اجرای این پژوهش اعلام نشده است.

ملاحظات اخلاقی

CC BY-NC 4.0

[Downloaded from jmed.ssu.ac.ir on 2026-09-04]

[DOI: 10.18502/jmed.v21i1.21994]

تمامی اصول اخلاقی در این مقاله در نظر گرفته شده است شرکت کنندگان درجریان هدف پژوهش و مراحل اجرای آن قرار گرفتند. آنها همچنین ازمحرمانه بودن اطلاعات خود اطمینان داشتند و میتوانستند هرزمان که بخواهند مطالعه را ترک کنند ودر صورت تمایل، نتایج پژوهش در اختیار آنها قرارخواهدگرفت. ازشرکت کنندگان رضایتنامه کتبی گرفته شده است. اصول و کنوانسیون هلسینکینیز رعایت شد. این مطالعه مورد تائید کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی شهید صدوقی یزد با کدIR.SSU.MEDICINE.REC.1399.032 است.

References

1.World Health Organization. ***Framework for action on interprofessional education and collaborative practice.*** Geneva: World Health Organization; 2010.

2.Schmitt M, Blue A, Aschenbrener CA, Viggiano TR. ***Core competencies for interprofessional collaborative practice: reforming health care by transforming health professionals' education.*** Acad Med. 2011; 86(11): 1351–.

3.Bandura A. ***Self-efficacy: toward a unifying theory of behavioral change.*** Psychol Rev. 1977; 84(2): 191–215.

4.World Health Organization Study Group on Multiprofessional Education for Health Personnel. ***Learning together to work together for health: report of a WHO study group on multiprofessional education of health personnel: the team approach.*** Geneva: World Health Organization; 1988.

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

6.Jabarifar S. ***Empathy levels in undergraduate and postgraduate dental students in Isfahan Faculty of Dentistry in 2011. 2012.*** [Persian]

7.Hojat M, Gonnella JS, Mangione S, Nasca TJ, Veloski JJ, Erdmann JB, et al. ***Empathy in medical students as related to academic performance, clinical competence and gender.*** Med Educ. 2002; 36(6):522–7.

8.Kliszcz 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.

9.Kazemipoor M. ***Validity and reliability of the Persian version of JSPE HP questionnaire (Jefferson scale of physician empathy–health professionals' version).*** 2012. [Persian]

10.Rafati S, Rejeh N, Davati A, Foroutani F. ***Empathic attitudes in medical students: using the Jefferson Scale of Empathy.*** Med Ethics J. 2016; 10(36):25–34.

11.Rahimaghaee F, Golamei M. ***Relationship between personal knowledge management and self-efficacy among health centers staffs.*** Educ Dev Jundishapur. 2018; 9(3):176–84.

12.Hassankhani H, Mohajjel Aghdam A, Rahmani A, Mohammadpoorfard Z. ***The relationship between learning motivation and self efficacy among nursing students.*** Res Dev Med Educ. 2015; 4(1):97–101.

13.Rahimi F, Alamdar E, Kamali K, Khoushemehr G. ***Relationship between self efficacy and academic achievements in the students of Tehran University of Medical Sciences.*** Iran J Nurs Res. 2018; 13(2): 59–66.

14.Michael K, Dror MG, Karnieli Miller O. ***Students' patient centered care attitudes: the contribution of self‐efficacy, communication, and empathy.*** Patient Educ Couns. 2019; 102(11):2031–7.

15.Hojat M, Mangione S, Nasca TJ, Cohen MJ, Gonnella JS, Erdmann JB, et al. ***The Jefferson Scale of Physician Empathy: development and preliminary psychometric data.*** Educ Psychol Meas. 2001; 61(2): 349–65.

16.Mangione S, Kane GC, Caruso JW, Gonnella JS, Nasca TJ, Hojat M. ***Assessment of empathy in different years of internal medicine training.*** Med Teach. 2002; 24(4):370–3.

17.Kazemipoor M, Sattar BS, Hakimian R. ***Patient empathy and related factors in undergraduate and postgraduate dental students.*** 2018.

18.Modi A, Fascelli M, Daitch Z, Hojat M. ***Evaluating the relationship between participation in student‐run free clinics and changes in empathy in medical students.*** J Prim Care Community Health. 2017; 8(3): 122–6.

19.Fernández Olano C, Montoya Fernández J, Salinas‐Sánchez AS. ***Impact of clinical interview training on the empathy level of medical students and medical residents.*** Med Teach. 2008; 30(3): 322–4.

CC BY-NC 4.0

[Downloaded from jmed.ssu.ac.ir on 2026-09-04]

[DOI: 10.18502/jmed.v21i1.21994]

20.Aomatsu M, Otani T, Tanaka A, Ban N, van Dalen J. ***Medical students' and residents' conceptual structure of empathy: a qualitative study.*** Educ Health (Abingdon). 2013; 26(1): 4–8.
21.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.
22.Chen D, Lew R, Hershman W, Orlander J. ***A cross-sectional measurement of medical student empathy.*** J Gen Intern Med. 2007; 22(10): 1434–8.
23.Berg K, Blatt B, Lopreiato J, Jung J, Schaeffer A, Heil D, et al. ***Standardized patient assessment of medical student empathy: ethnicity and gender effects in a multi-institutional study.*** Acad Med. 2015; 90(1): 105–11.
24.Fernández Olano C, Montoya Fernández J, Salinas Sánchez AS. ***Impact of clinical interview training on the empathy level of medical students and medical residents.*** Med Teach. 2008; 30(3): 322–4.
25.Pfattheicher S, Nockur L, Böhm R, Sassenrath C, Petersen MB. ***The emotional path to action: empathy promotes physical distancing and wearing of face masks during the COVID‐19 pandemic.*** Psychol Sci. 2020; 31(11): 1363–73.
26.Khademalhosseini M, Khademalhosseini Z, Mahmoodian F. ***Comparison of empathy score among medical students in both basic and clinical levels.*** J Adv Med Educ Prof. 2014; 2(2): 88–91.

[Downloaded from jmed.ssu.ac.ir on 2026-09-04]

[DOI: 10.18502/jmed.v21i1.21994]

CC BY-NC 4.0

جدول شماره ۴: مقایسه نمرات مقیاس همدلی جفرسون و خودکارآمدی مهارت‌های ارتباطی بر اساس جنسیت، وضعیت تأهل و سال‌های تحصیلی

متغیر	گروه	همدلی (میانگین ± انحراف معیار)	خودکارآمدی (میانگین ± انحراف معیار)
جنسیت	مرد	۸۸،۶۱±۸،۰۸	۵۴،۶۱±۶،۸۶
	زن	۸۵،۶۳±۶،۷۶	۵۴،۰۸±۸،۰۳
وضعیت تأهل	مجرد	۸۶،۸۱±۷،۹۸	۵۴،۵۱±۷،۳۷
	متأهل	۸۷،۳۴±۶،۶۰	۵۳،۹۴±۷،۷۸
سال تحصیلی	۴	۹۱،۶۷±۱۰،۶۹	۵۱،۰۰±۱،۷۳
	۵	۸۹،۲۵±۵،۷۳	۶۰،۰۰±۷،۳۹
	۶	۸۷،۳۳±۷،۴۸	۵۴،۰۶±۷،۲۷
	۷	۸۵،۸۱±۷،۰۹	۵۴،۷۹±۷،۵۲
	۸	۹۷،۰۰±۱۱،۳۵	۴۶،۳۴±۱۲،۷۱

جدول شماره ۵: همبستگی بین نمرات پرسشنامه‌ها با سن و معدل

متغیر	(r) ضریب همبستگی	(p) همدلی	(p) خودکارآمدی
سن	۰،۰۲	۰،۷۹	۰،۷۷
معدل	-۰،۱۱	۰،۱۸	۰،۷۸

جدول شماره ۶: ارتباط بین مقیاس همدلی جفرسون و خودکارآمدی مهارت‌های ارتباطی پس از کنترل عوامل مخدوش‌کننده

متغیر	مجموع مربعات نوع سوم	درجه آزادی	میانگین مربعات	F آماره	سطح معنی‌داری (p)
سن	۲۵،۵	۱	۲۵،۴۹	۰،۴۹	۰،۴۸
جنسیت	۳۶۱،۲۱	۱	۳۶۱،۲۱	۶،۹۷	۰،۰۱
وضعیت تأهل	۰،۲۷	۱	۰،۲۷	۰،۰۱	۰،۹۴
سال تحصیلی	۱۲،۲۳	۱	۱۲،۲۴	۰،۲۳	۰،۶۳
شرکت در دوره‌های آموزش مهارت‌های ارتباطی	۲۹۴،۹۷	۱	۲۹۴،۹۷	۵،۶۹	۰،۰۲
امتیاز کل خودکارآمدی ارتباطی	۲۲۱۰،۱۵	۳۵	۶۳،۱۵	۱،۲۲	۰،۲۲

[Downloaded from jmed.ssu.ac.ir on 2026-09-04]

[DOI: 10.18502/jmed.v21i1.21994]

CC BY-NC 4.0

Medical Interns' Empathy and Self-Efficacy in Interpersonal Communication with Patients at Yazd Shahid Sadoughi University of Medical Sciences

Shakibaei M (MD)[1], Salimi Z (MD)[2], Fotouhi Ardakani MA (PhD)[3], Rashidpour P (MD)[4], Bidaki R (MD)[5], Yasini Ardakani SM (MD)[5], Keshmiri F (PhD)[6] *

[1] Medical Doctor, School of Medicine, Research Center of Addiction and Behavioral Sciences, Shahid Sadoughi University of Medical Sciences, Yazd, Iran

[2] Associate Professor of Psychiatry, Psychiatry and clinical psychology Department, School of Medicine, Ebnsina Hospital, Mashhad University of Medical Sciences, Mashhad, Iran

[3] PhD Student of Clinical Psychology, Department of Clinical Psychology, School of Behavioral Sciences and Mental Health, University of Social Welfare and Rehabilitation Sciences, Tehran, Iran

[4] Assistant Professor of Psychiatry, Department of Psychiatry, School of Medicine, Taft Psychiatry Hospital, Shahid Sadoughi University of Medical Sciences, Yazd, Iran

[5] Full Professor of Psychiatry, Department of Psychiatry, School of Medicine, Taft Psychiatry Hospital, Shahid Sadoughi University of Medical Sciences, Yazd, Iran

[6] Associate Professor of Medical Education, Medical Education Department, Educational Developmental Center, School of Public Health, Shahid Sadoughi University of Medical Sciences, Yazd, Iran.

Received: 19 Nov 2025 ***Revised:*** 28 March 2025 ***Accepted:*** 04 June 2026

Abstract

Introduction: Empathy and self-efficacy in communication with patients are critical skills for physicians and significantly influence the treatment process and patient satisfaction. This study aimed to assess the levels of empathy and interpersonal communication self-efficacy among medical interns.

Method: A cross-sectional descriptive-analytical study was conducted on medical interns of Yazd Shahid Sadoughi University of Medical Sciences, Iran, during the 2021–2022 academic year. Data were collected electronically using a demographic questionnaire, the Jefferson Scale of Empathy, and the Interpersonal Communication Self-Efficacy Questionnaire. Statistical analyses were performed using t-test, ANOVA, Pearson correlation, and linear regression.

Results: Out of 180 distributed questionnaires, 160 were completed (response rate = 88.9%). The mean age of participants was 25.36 ± 1.22 years. The mean empathy and communication self-efficacy scores were 54.31 ± 7.50 and 86.99 ± 7.51, respectively. Male interns had significantly higher empathy scores than females (P = 0.01). Participation in communication skills training was also significantly associated with empathy. No significant differences were observed for age, grade point average, or academic year.

Conclusion: The empathy and communication self-efficacy levels of the interns were desirable. Given the positive effect of communication skills training on empathy, it is recommended that such courses be formally incorporated into the medical curriculum.

Keywords: Empathy; Self-efficacy; Medical interns; Communication skills; Patient interaction

This paper should be cited as:

Shakibaei M, Salimi Z, Fotouhi Ardakani M, Rashidpour P, Bidaki R, Yasini Ardakani SM, Keshmiri F. ***Medical Interns' Empathy and Self-Efficacy in Interpersonal Communication with Patients at Yazd Shahid Sadoughi University of Medical Sciences.*** J Med Edu Dev 2026; 21(1): 1451-1466.

**** Corresponding Author: Tel: +989134535962, Email: Keshmiri1395@gmail.com***

CC BY-NC 4.0

[Downloaded from jmed.ssu.ac.ir on 2026-09-04]

[DOI: 10.18502/jmed.v21i1.21994]