

● مجله دانشگاه علوم پزشکی کرمان، دوره نوزدهم، شماره ۲، ص ۲۱۱-۲۰۱، ۱۳۹۱

مقاله پژوهشی

## بررسی روایی و پایایی نسخه فارسی پرسشنامه JSPE-HP (Jefferson Scale of Physician Empathy-Health Professionals Version)

مریم‌السادات هاشمی پور<sup>۱\*</sup> و محمدامین کریمی<sup>۲</sup>

### خلاصه

مقدمه: همدردی نقش مهمی در ارتباط بیمار با پزشک یا دندانپزشک معالج وی بازی می‌کند. یکی از بیشترین ابزارهای مورد استفاده در ارزیابی همدردی پرسشنامه Jefferson Scale of Physician Empathy-Health Professionals Version (JSPE-HP) می‌باشد. از آنجا که این پرسشنامه تاکنون در ایران به کار برده نشده است، مطالعه حاضر با هدف استانداردسازی پرسشنامه JSPE-HP برای استفاده در جمعیت فارسی زبان انجام شد.

روش: متن اصلی انگلیسی پرسشنامه JSPE-HP با روش مستقیم- معکوس به فارسی ترجمه شد. پایایی پرسشنامه بر روی ۳۰ دانشجوی دندانپزشکی و پزشکی بررسی گردید. همچنین روایی و سنجش سازگاری درونی پرسشنامه بر روی ۵۵۴ دانشجو ارزیابی شد.

یافته‌ها: ضریب آلفای کرونباخ پرسشنامه JSPE-HP بالاتر از ۰/۷ گزارش گردید که در این زمینه عالی می‌باشد (۰/۸۳). ضریب ICC (Intra class correlation coefficient) در ارزیابی مجدد آزمون برابر ۰/۸۲ محاسبه گردید (ضریب اطمینان ۹۵ درصد: ۰/۸۷-۰/۸۰). دانشجویان سال اول دندانپزشکی و پزشکی دارای نمره بالاتری نسبت به سایر دانشجویان بودند و این اختلاف معنی‌دار گزارش گردید ( $P=0/03$ ). اختلاف معنی‌داری بین نمره دانشجویان دندانپزشکی و پزشکی وجود نداشت.

نتیجه‌گیری: این مطالعه نشان داد که ترجمه فارسی پرسشنامه JSPE-HP دارای روایی و پایایی مناسبی برای ارزیابی همدردی با بیمار در جامعه فارسی زبان می‌باشد.

واژه‌های کلیدی: JSPE-HP، پرسشنامه، اعتبارسنجی، ایران

۱- استادیار مرکز تحقیقات بیماری‌های دهان و دندان و گروه بیماری‌های دهان، دانشکده دندانپزشکی، دانشگاه علوم کرمان ۲- دندانپزشک

\* نویسنده مسؤول، آدرس: کرمان، انتهای خیابان شفا، دانشکده دندانپزشکی، گروه بیماری‌های دهان • آدرس پست الکترونیک: [m\\_s\\_hashemipour@yahoo.com](mailto:m_s_hashemipour@yahoo.com)

دریافت مقاله: ۱۳۹۰/۳/۱۷ دریافت مقاله اصلاح شده: ۱۳۹۰/۷/۳ پذیرش مقاله: ۱۳۹۰/۸/۱۱

## مقدمه

دو جزء مهم در رابطه‌ی بین بیمار و پزشک دلسوزی (Sympathy) و همدردی (Empathy) می‌باشند. این دو مفهوم در بیشتر موارد به صورت اشتباه به جای یکدیگر به کار می‌روند. همدردی بر اساس تعریف آرینگ (Aring) هنر درک احساسات افراد است بدون اینکه لحن صحبت و یا رفتار حاکی از ترحم و دلسوزی باشد (۱). در دلسوزی احساسات افراد کاملاً با هم درمی‌آمیزد که این امر گاهی اوقات در روند تشخیص و درمان مداخله می‌کند (۲).

به نقل از حجت (Hojat) و همکاران علم و هنر همدردی اولین بار توسط کارل راجرز در سال ۱۹۳۱ در زمینه کارهای بالینی و درمان مطرح شده و اساس فرضیه راجرز بر این اصل استوار است که اگر درمانگر بتواند نوع مشخصی از رابطه (همدردی) را فراهم سازد، بیمار باطناً توانایی خودش را آشکار می‌سازد، تا این رابطه را برای رشد و تغییر به کار ببرد و بدین ترتیب درمان تأثیر بسزاتری دارد (۳). نظرات راجرز در سال ۱۹۷۳ توسط کوری (Corey) تکمیل گردید. به اعتقاد این محقق یکی از وظایف حساس درمانگر درک احساسات و تجربه بیمار است. هدف درک همدلانه بایستی سبب تشویق بیمار به همکاری بیشتر با درمانگر شود و سبب برانگیختن این احساس در بیمار شود که درمانگر قادر است دنیای ذهنی بیمار را هماهنگ با احساسات خودش درک کند و در عین حال مجزا بودن خودش را از دست ندهد (۴).

این عقیده که همدردی نقش مهمی در ارتباط بین بیمار و پزشک وی ایفا می‌کند اولین بار توسط Peabody در سال ۱۹۲۷ بیان گردید (۵). مطالعات دیگری نیز نشان داده‌اند که همدردی نقش مهم در رابطه‌ی بیمار - پزشک بازی می‌کند (۶،۷). برای مثال پزشکانی که همدردی بیشتری با بیمارشان دارند در گرفتن تاریخچه ماهرتر و با کفایت‌تر هستند و این موضوع سبب تشخیص صحیح‌تر و رضایت

بیشتر بیمار شده و مشکلات دادخواهی و قصور پزشکی کمتری را سبب می‌شود (۸).

نقش همدردی در رابطه دندانپزشک و بیمار کمتر مورد توجه قرار گرفته است. بعضی از مطالعات نشان داده‌اند که دندانپزشکان اطفال از روش همدردی از طریق گوش دادن به صحبت‌های بیمار و روش ارتباطی استفاده می‌کنند که درمان موفق‌تری دارند و احتمال اینکه کودکان رفتارهای مختل‌کننده در طول معاینه‌ی دندانپزشکی نشان دهند وقتی که دندانپزشک از واکنش همدردی مستقیم و تقویتی استفاده می‌کند کمتر می‌شود. همچنین این روش می‌تواند سبب کاهش ترس از درمان‌های دندانپزشکی شود و رضایت و خرسندی بیمار را در زمینه درمان‌های اورژانس دندانپزشکی افزایش دهد (۹،۱۰).

در حال حاضر انجمن آموزش دندانپزشکی آمریکا (American Dental Education Association: ADEA) توصیه کرده که دانشکده‌های دندانپزشکی، بایستی دانشجویان را آموزش دهند تا در درمان بیماران احساس همدردی داشته و به عبارتی موقعیت و وضعیت بیمار و خانواده‌اش را درک کنند (۱۱). اگرچه نشان داده شده که همدردی نقش مهمی را در رابطه‌ی دندانپزشک با بیمار ایفا می‌کند و یک قابلیت اساسی برای دندانپزشک است، اندازه‌گیری و ارزیابی معتبری از آن در دندانپزشکی در سطح دنیا و در مورد دانشجویان پزشکی در ایران صورت نگرفته است و نتایج تحقیقات نشان می‌دهند که اطلاعات کمی در مورد همدردی در دانشکده‌های دندانپزشکی وجود دارد.

بنابراین با توجه به نقش مهم همدردی در پذیرش درمان، رضایت و خرسندی و کاهش اضطراب بیمار بر آن شدیم که در این تحقیق پایایی و روایی نسخه فارسی پرسشنامه JSPE-HP را مورد ارزیابی قرار دهیم. این پرسشنامه نخستین بار در سال ۱۹۷۲ توسط Peabody طراحی و مشتمل بر ۹۰ آیتم بود که بر اساس بررسی متون و تجارب روانپزشکی طراحی شده بود (۵). در سال ۱۹۸۷ Jefferson و

اطلاعی نداشته و در ضمن در ترجمه فارسی به انگلیسی تسلط و تجربه کافی داشتند به انگلیسی برگردانده شد. در مرحله بعد متون به دست آمده با متن اصلی مطابقت داده شدند و در صورت مغایرت طی نشستی با حضور مترجمین بر سر ترجمه نهایی توافق به عمل آمد و ترجمه نهایی تهیه گردید. از آنجایی که پرسشنامه فوق قرار بود توسط دانشجویان پر شود در این مرحله پرسشنامه ترجمه شده در اختیار ۱۰ نفر از دانشجویان سال ششم و ۱۰ نفر از دانشجویان سال اول و دوم قرار گرفت تا از نظر قابل فهم بودن تأیید شود. برای تأیید نهایی متن فارسی، پرسشنامه به ۵ پزشک مسلط به زبان انگلیسی داده شد و از آنان خواسته شد تا در زمینه تطابق دو متن و نکات مبهم موجود در مفهوم پرسشها اظهار نظر نمایند. پرسشنامه پس از طی مراحل فوق با مشخص شدن عدم همخوانیها و انجام اصلاحات نهایی آماده به کارگیری گردید (۱۲).

#### سنجش روایی و پایایی

روایی (Validity) و پایایی (reliability) ابزارهای آماری هستند که برای ارزیابی یک پرسشنامه مورد استفاده قرار می‌گیرند. مفهوم روایی یا اعتبار یک پرسشنامه این است که موارد سنجش شده توسط پرسشنامه، با موارد واقعی منطبق باشد. هرچه میزان تطابق این موارد با یکدیگر بیشتر باشد، اعتبار پرسشنامه بیشتر خواهد بود. پایایی به این مفهوم است که نتیجه سنجش‌های مختلف یک نمونه مقدار ثابتی باشد و به عبارتی یک آزمون پایا تکرارپذیر و باز یافتنی است. ضمناً سؤالات پرسشنامه از نظر انطباق با فرهنگ ایرانی مورد ارزیابی محتوایی (Content Validity) قرار گرفتند. برای اندازه‌گیری پایایی، سازگاری درونی پرسشنامه از طریق محاسبه آلفای کرونباخ مورد ارزیابی قرار گرفت. علاوه بر این برای ارزیابی مجدد در یک نمونه ۳۰ نفری از دانشجویان، پرسشنامه پس از یک هفته مجدداً توسط دانشجویان تکمیل گردید و از طریق محاسبه

همکاران فرمی از پرسشنامه را با ۴۵ آیتم ارائه کردند. در سال ۱۹۹۵ پرسشنامه Jefferson توسط گروهی از محققین دانشگاه Thomas Jefferson به سرپرستی دکتر حجت مورد بازبینی قرار گرفت و پرسشنامه نهایی با ۲۰ آیتم توسط این گروه طراحی گردید که در حال حاضر به‌عنوان معتبرترین پرسشنامه در زمینه همدردی با بیمار شناخته می‌شود. این پرسشنامه شامل ۲۰ آیتم آسان و کوتاه می‌باشد که هم خواندن و هم فهم آن برای افراد آسان است (۶).

این پرسشنامه تاکنون برای ۲۱ ملیت مختلف (چینی، دانمارکی، فرانسوی، کانادایی، آلمانی، یونانی، لهستانی، مجارستانی، آمریکایی، ژاپنی، کره‌ای، ایتالیایی، فیلیپینی، پرتغالی، رومانیایی، روسی، اسپانیایی، ترکی استانبولی، عبری، مکزیکی و برزیلی) ترجمه شده است (۷). به نظر می‌رسد که با وجود ترجمه این پرسشنامه به زبان‌های گوناگون از آنجایی که مقوله همدردی به نوعی جنبه احساسی داشته و تأثیرگذار از فرهنگ و شرایط اجتماعی یک جامعه می‌باشد نیاز به ترجمه فارسی و بررسی روایی و پایایی آن برای جمعیت ایرانی و به عبارتی فارسی زبان باشد تا در زمینه بررسی میزان همدردی با بیماران پرسشنامه‌ای فارسی زبان وجود داشته باشد که سؤالات آن با شرایط حاکم بر جامعه ایران مطابقت داشته باشد.

#### روش بررسی

##### ترجمه پرسشنامه

ابتدا بر اساس اصول استاندارد پرسشنامه به‌صورت زیر ترجمه گردید. به این طریق که در مرحله اول دو نفر مسلط به ترجمه متون انگلیسی تخصصی به صورت مستقل و با حفظ امانت (Literal Translation) پرسشنامه را به فارسی ترجمه نمودند. از ایشان درخواست گردید در مواقعی که حفظ امانت سبب خدشه دار شدن مفهوم پرسشنامه شود، ترجمه مفهومی (Conceptual translation) انجام شود. پس از آن پرسشنامه‌ها توسط دو نفر که از متن انگلیسی پرسشنامه

- داشتن حس همدردی با بیمار در هنگام معاینه و یا صحبت با بیمار  
 - قبول داشتن تأثیر حس همدردی در درمان موفق تر بیمار  
 - خود را به جای بیمار گذاشتن در هنگام معاینه و یا صحبت با بیمار  
 هدف از این بررسی برای افراد شرح داده شد و در صورت تمایل پرسشنامه در اختیار آنها قرار می گرفت. ضمناً به کلیه افراد اطمینان داده شد که پرسشنامه بدون نام و اطلاعات آن به صورت محرمانه باقی مانده و صرفاً از جنبه آماری مورد بررسی قرار می گیرد. ضریب آلفای کرونباخ با حداقل قابل قبول ۰/۷ برای پایایی در نظر گرفته شد و برای محاسبه ICC از Two way random effect به روش Absolute استفاده شد. تحلیل های آماری این تحقیق توسط نرم افزار SPSS 16 انجام گرفت.

### نتایج

در این بررسی ۵۵۴ دانشجوی دندانپزشکی و پزشکی شامل ۲۵۸ مرد (۴۶/۶٪) و ۲۹۶ زن (۵۳/۴٪) مورد بررسی قرار گرفتند. جدول ۱ نشان دهنده خصوصیات جمعیت شناختی افراد مورد بررسی می باشد.

ICC (Intra class correlation coefficient)، ضریب همبستگی محاسبه شد. ضمناً در این مرحله تعیین روایی ابزار، از طریق انجام مصاحبه و تکمیل پرسشنامه با نمونه گیری متوالی (پشت سرهم) از افراد صورت گرفت. بدین صورت که پرسشنامه فوق در اختیار دانشجویان دندانپزشکی (۱۸۹ نفر) و دانشجویان پزشکی (۳۶۵ نفر) قرار گرفت و از ایشان درخواست گردید ضمن تکمیل پرسشنامه JSPE-HP اطلاعات جمعیت شناختی شامل سن، جنس، ترم تحصیلی و رشته تحصیلی را نیز ثبت کنند. پرسشنامه JSPE-HP مشتمل بر ۲۰ پرسش می باشد که در تمامی این پرسش ها از فرد مورد مصاحبه خواسته می شود تا در رابطه با میزان همدردی با بیمار به سؤال و یا جمله مورد نظر پاسخ دهد. پاسخ ها بر مبنای معیار لیکرت (Likert) بوده بدین صورت که به ترتیب از بسیار موافقم تا بسیار مخالفم نمره ۵ تا ۱ داده می شود. بنابراین نمره مجموع افراد در محدوده ۱۰۰-۲۰۰ قرار می گیرد و هر چه نمره مجموع بیشتر باشد علامت آن است که میزان همدردی با بیمار در فرد بیشتر می باشد.

برای تأیید روایی سازه ابزار با توجه به آنکه انتظارات نمره ابزار تفاوت معنی داری بر حسب پاسخ سؤالات عمومی داشته باشد این مقایسه بر حسب پاسخ به این سؤالات که در ادامه ذکر شده اند صورت گرفت:

- احساس مشکل بیمار در هنگام معاینه و یا صحبت با بیمار

جدول ۱. خصوصیات جمعیت شناختی افراد مورد بررسی

خصوصیات جمعیت شناختی	دانشجویان پزشکی			دانشجویان دندانپزشکی		
	مرد	زن	کل	مرد	زن	کل
تعداد (درصد)	۱۶(۴۵/۲)	۲۰۰(۵۴/۸)	۳۶۵(۱۰۰)	۹۳(۴۹/۲)	۹۶(۵۰/۸)	۱۸۹(۱۰۰)
دامنه سنی (سال)	۱۹-۲۷	۱۹-۲۶	۱۹-۲۸	۱۹-۴۷	۱۹-۳۹	۱۹-۴۷
میانگین سنی ± انحراف معیار	۲۵/۲ ± ۲/۲	۲۱/۲ ± ۲/۱	۲۲/۴ ± ۲/۱	۲۷ ± ۱۰/۱	۲۳ ± ۹/۷	۲۵ ± ۹/۹

به دست آمد. برای تعیین پایایی در ارزیابی مجدد ضریب ICC برابر ۰/۸۲ به دست آمد (دامنه اطمینان ۹۵ درصد در محدوده ۰/۸۷-۰/۸۰). جدول ۲ نشان دهنده نتیجه بررسی پایایی پرسشنامه از طریق محاسبه ضریب آلفای کرونباخ برای تک تک سؤالات و محاسبه ضریب ICC در ارزیابی می باشد.

ضریب آلفای کرونباخ برای پایایی پرسشنامه JSPE-HP در این مطالعه برابر ۰/۸۳ به دست آمد که با حذف هر کدام از آیتم‌ها تغییر قابل توجهی در آلفای کرونباخ مشاهده نگردید و دامنه این ضریب در میان سؤالات از ۰/۸۶-۰/۷۸ متغیر بود (جدول ۲). میزان همبستگی نمره هر سؤال با نمره کل (Item Scale Correlation) برای کلیه پرسش‌ها بالاتر از ۰/۴

جدول ۲. نتیجه بررسی پایایی پرسشنامه از طریق محاسبه ضریب آلفای کرونباخ برای تک تک سؤالات و محاسبه ضریب ICC در ارزیابی مجدد

سؤال	همبستگی نمره هر سؤال با نمره کل	آلفای کرونباخ در صورت حذف آیت
دانستن احساس بیمار و همراهانش تأثیری بر روند درمان ایشان ندارد.	۰/۴۳	۰/۸۲
من معتقدم که همدردی با بیمار هیچگونه جایگاهی در روند درمان بیماران ندارد.	۰/۴۸	۰/۸۰
بیماران برای درک احساساتشان ارزش قائل بوده و این امر در پاسخ به درمان آنها موثر می باشد.	۰/۵۲	۰/۸۰
همدردی نوعی مهارت درمانی بوده و سبب محدودیت درمان نمی شود.	۰/۵۸	۰/۸۲
من معتقدم که همدردی عامل مهمی در درمان‌های پزشکی و دندانپزشکی می باشد.	۰/۶	۰/۸۱
در صورتی که بیمار متوجه حس همدردی من شود، احساس بهتری می کند.	۰/۴۶	۰/۸۲
مشکلات بیمار تنها بایستی توسط درمان‌های دندانپزشکی و پزشکی برطرف شود و همدردی جایگاهی در درمان بیماران ندارد.	۰/۵۶	۰/۸۶
یک جزء مهم در ایجاد ارتباط با بیمار، همدردی با بیمار و بستگانش می باشد.	۰/۵۱	۰/۸۲
ارتباط شخصی قوی بین بیمار و همراهانش بر روی روش درمانی من تأثیری ندارد.	۰/۴۷	۰/۸۱
توجه به تجارب شخصی بیمار، هیچگونه تأثیری بر روند درمانی آنها ندارد.	۰/۴۱	۰/۸۰
من سعی می کنم شبیه بیمارانم فکر کنم، زیرا این موضوع در روند درمانی آنها مؤثر است.	۰/۵۸	۰/۸۶
داشتن زبان مشترک با بیمار و برقراری ارتباط کلامی با وی در ایجاد رابطه مثبت بین بیمار و پزشک بسیار مهم است.	۰/۶۱	۰/۸۶
من سعی می کنم از طریق توجه به بیمار، گوش دادن به حرف‌ها و توجه به اعمالش آنچه را که در فکر وی می گذرد، متوجه شوم.	۰/۵۲	۰/۸۰
من در هنگام درمان بیمارانم، خودم را به جای آنها می گذارم.	۰/۴۴	۰/۸۰
من سعی می کنم تا در هنگام گرفتن تاریخچه و بررسی وضعیت سلامت بیمار هیچگونه احساس همدردی با وی نداشته باشم.	۰/۴۷	۰/۷۸
برای من مشکل است تا محیط پیرامون خود را از دریچه چشم بیمار ببینم.	۰/۵۱	۰/۸۱
به نظر من همدردی با بیمار سبب تأثیر بیشتر درمان‌های پزشکی و دندانپزشکی بر روی وی می شود.	۰/۵۲	۰/۸۲
از آنجایی که انسان‌ها با هم متفاوت می باشند، برای من مشکل است که وضعیت بیماری بیمارم را درک کنم.	۰/۴۱	۰/۸۳
پرسش از بیماران در رابطه با زندگی شخصی آنها در درک مشکلات آنها تأثیری ندارد.	۰/۵۱	۰/۸۱
من از مطالعه کتب و مراجع غیررشته‌ام و کتب هنری لذت نمی برم.	۰/۴۷	۰/۸۰

موفق تر بیمار موافق بودند متوسط نمره کل بالاتری را کسب کردند.

میانگین نمره کل برابر با  $71/75 \pm 8/57$  به دست آمد. جدول شماره ۴ نمره کل شرکت کنندگان را بر اساس خصوصیات جمعیت شناختی آنان نشان می دهد. این بررسی نشان داد که نمره کل دانشجویان دندانپزشکی بالاتر از

جدول ۳ نشان دهنده بررسی روایی پرسشنامه بر اساس سؤالات عمومی می باشد و همان طور که ملاحظه می شود بین نمره افراد مورد مطالعه و این سؤالات رابطه معنی داری ملاحظه می شود ( $P=0/001$ ). به عبارت دیگر افرادی که با احساس مشکل بیمار، داشتن حس همدردی با بیمار، خود را به جای بیمار گذاشتن و تأثیر حس همدردی در درمان

جدول ۳. نتیجه بررسی روایی پرسشنامه بر اساس سؤالات عمومی

سؤال	تعداد	میانگین $\pm$ انحراف معیار score پرسشنامه	P value
احساس مشکل بیمار	بلی	$74/1 \pm 14/5$	<0/001
	خیر	$63/3 \pm 3/1$	
داشتن حس همدردی با بیمار	بلی	$70/2 \pm 4/2$	<0/001
	خیر	$59/7 \pm 8/4$	
قبول داشتن تأثیر حس همدردی در درمان موفق تر بیمار	بلی	$75/1 \pm 4/3$	<0/001
	خیر	$60/1 \pm 1/1$	
خود را به جای بیمار گذاشتن	بلی	$70/7 \pm 3/3$	<0/001
	خیر	$65/2 \pm 4/1$	

جدول ۴. نمره کل افراد مورد بررسی بر اساس خصوصیات جمعیت شناختی

P value	انحراف معیار	میانگین	نمره کل	
			خصوصیت	خصوصیت
>0/05	8/8	74/7	پزشکی	رشته تحصیلی
			دندانپزشکی	
<0/05	9/9	71/8	مرد	جنسیت
			زن	
<0/05	8/8	74/8	$\geq 25$	سن
			$< 25$	

دانشجویان پزشکی می‌باشد ولی این اختلاف معنی‌دار نبود. همچنین این نمره در دختران دانشجوی پزشکی و دندانپزشکی بیش از پسران می‌باشد. این تحقیق نشان داد که بین سن و نمره کل ارتباط معنی‌داری وجود دارد ( $P=0/0001$ ) به این صورت که با افزایش سن میزان همدردی کاهش پیدا می‌کند.

این بررسی نشان داد که بین میانگین نمره و سال تحصیلی تفاوت معنی‌داری وجود دارد ( $P=0/0001$ ). به گونه‌ای که با افزایش سال‌های تحصیل میانگین نمره کاهش می‌یابد و یا به عبارتی دانشجویان با سال‌های تحصیلی پایین‌تر نمره بالاتری را کسب کرده‌اند (جدول ۵).

جدول ۵. نمره کل شرکت‌کنندگان بر اساس سال تحصیلی

سال تحصیلی	نمره			
	میانگین	انحراف معیار	میانه	حداقل حداکثر
سال اول	۷۲/۷	۹/۹	۷۴	۴۸ ۹۶
سال دوم	۷۴/۹	۸/۸	۷۵	۵۰ ۹۳
سال سوم	۷۰/۱	۹/۶	۷۲	۴۵ ۹۱
سال چهارم	۶۸/۴	۱/۲	۷۰	۲۰ ۸۶
سال پنجم	۷۰/۴	۹/۱	۷۰	۵۳ ۷۱
سال ششم	۶۸/۶	۷/۳	۷۲	۵۱ ۸۲
سال هفتم	۶۹/۸	۸/۷	۷۰	۵۰ ۸۵

## بحث

همدردی با بیمار دارای دو تأثیر عمده در فرایند درمان می‌باشد. اولاً به ایجاد رابطه بین بیمار و درمانگر کمک می‌کند که این ارتباط شرط اساسی برای ایجاد فضای درمان مناسب است و دوماً به بیمار کمک می‌کند تا مشکلاتش را بهتر ببیند و آنرا پیدا نماید و به درمانگر کمک کند تا در جهت بهتر و عمیق‌تر شناختن بیماری حرکت کند (۱۳). بنابراین به نظر می‌رسد که به منظور کسب نتیجه‌ی درمانی بهتر و رضایت مراجعین، پزشکان و دندانپزشکان نباید فقط در زمینه‌ی علایم بیماری‌ها آموزش دیده باشند، بلکه باید در زمینه‌ی چگونگی برخورد با بیماران نیز آموزش ببینند. ارتباط مناسب بین دندانپزشک و بیمار نیز تأثیر بسیار زیادی بر روی پذیرش درمان‌های دندانپزشکی دارد.

این مطالعه نشان داد که ترجمه فارسی پرسشنامه JSPE-HP که امروزه به عنوان یک ابزار مناسب برای اندازه‌گیری همدردی با بیمار کاربرد دارد، دارای روایی و پایایی مناسبی بوده و می‌تواند در زمینه کارهای تحقیقاتی به کار رود. پایایی پرسشنامه فوق برابر با ۰/۸۳ به دست آمد که پایایی قابل قبولی می‌باشد.

در ترجمه پرتغالی این پرسشنامه میزان ضریب آلفای کرونباخ را ۰/۸۹ به دست آوردند (۱۴). همچنین این ضریب در مطالعات انجام شده در آمریکا ۰/۸۴، اسپرینل ۰/۸۵، کره ۰/۸۲ و کانادا ۰/۸۲ به دست آمده است، که تقریباً مشابه با مطالعه حاضر می‌باشد (۱۷-۱۵). به نظر می‌رسد که اختلاف در مطالعات می‌تواند ناشی از بررسی پرسشنامه فوق در گروه‌های مختلف پزشکی باشد. به عنوان مثال اکثر مطالعاتی که بر روی جمعیت پرستاران انجام شده

است ضریب کمتری را کسب کرده‌اند. بررسی مطالعات مشابه نشان داد که تعداد جمعیت مورد مطالعه بر روی ضریب آلفای کرونباخ تأثیری ندارد.

در تحقیق حاضر، دامنه ضریب آلفای کرونباخ در میان سؤالات برابر  $0/78-0/86$  بود که از دامنه این ضریب در بررسی‌های انجام شده روسیه ( $0/54-0/75$ )، مجارستان ( $0/53-0/79$ ) و ژاپن ( $0/45-0/77$ ) بالاتر می‌باشد (۱۱، ۱۸، ۱۹). همچنین محاسبه همبستگی نمره هر سؤال با نمره کل در ۲۰ پرسش این پرسشنامه نشان داد که این رقم برای تمامی پرسش‌ها از  $0/4$  (حداقل قابل قبول) بالاتر می‌باشد. بنابراین یکسانی قابل قبولی در سؤالات ترجمه شده وجود دارد و نیازی به حذف هیچ کدام از آیتم‌ها در نسخه ترجمه شده نمی‌باشد. این نتیجه مشابه نتایجی است که محققان ایتالیایی، کره‌ای، پرتغالی و کانادایی توصیف نموده‌اند (۱۵-۱۷).

در مطالعه حاضر، برای تعیین روایی پرسشنامه از اعتبار سازه‌ای استفاده گردید و میانگین نمره کل افراد براساس سؤالات عمومی پرسشنامه مانند احساس مشکل بیمار، داشتن حس همدردی با بیمار، قبول داشتن تأثیر حس همدردی در درمان موفق‌تر بیمار و خود را به جای بیمار گذاشتن ارتباط معنی‌دار داشت ( $P < 0/001$ )، که این نتیجه مشابه نتایج حاصل از مطالعات انجام شده در آمریکا، کانادا، مجارستان و کره می‌باشد (۱۱، ۱۵-۱۷). در تعدادی از مطالعات عوامل دیگری مانند ویزیت بیماران، برداشت شخصی از حس همدردی و ضرورت گذراندن دروس مرتبط با همدردی برای تأیید روایی سازه‌ای مورد بررسی قرار گرفته است (۱۵).

میانگین نمره پرسشنامه در دانشجویان دندانپزشکی در این مطالعه تقریباً نزدیک به میانگین این نمره در دانشجویان پزشکی به دست آمد که مشابه با دیگر تحقیقات انجام شده در این زمینه می‌باشد (۲۰، ۲۱).

نتایج این مطالعه نشان داد که سطح همدردی در دانشجویان سال اول دندانپزشکی و پزشکی بالاتر بوده و این سطح بالاتر در سال دوم کاهش یافته و به تدریج در سال‌های بعد نیز کاهش پیدا می‌کند. بنابراین به نظر می‌رسد که با شروع دوره‌های بالینی و عملی، همدردی دانشجویان با بیماران کاهش می‌یابد که در مطالعات قبلی نیز مشاهده شده است (۲۲-۲۰). حجت و همکاران کاهش مشخص و معنی‌داری در همدردی در دانشجویان پزشکی تا انتهای سال سوم مشاهده کردند که به نظر این محققین این کاهش به علت شروع ویزیت بیماران توسط دانشجویان در سال سوم پزشکی قابل توجه می‌باشد (۲۲). همچنین در مطالعات انجام شده توسط شرمن (Sherman) و همکاران و یاراسکویچ (Yarascavitch) و همکاران کاهش معنی‌داری در سطح همدردی مشاهده شد (۲۱، ۲۰). در دو بررسی جداگانه دیگر بر روی دانشجویان پزشکی گزارش شده که بالاتر رفتن مقطع تحصیلی و قرار گرفتن دانشجویان در سطح دستیاری سبب کاهش همدردی می‌شود (۲۴، ۲۳).

کاهش همدردی همچنین می‌تواند دلایل دیگری داشته باشد. از جمله اینکه با شروع آموزش بالینی و افزایش دروس تئوری و عملی دانشجویان بیشتر بر روی جنبه‌های عملی درس تأکید داشته و کمتر به مهارت‌های ارتباطی فکر می‌کنند و در این بین ارائه کار بالینی بهتر (برای گذراندن دروس)، بیشتر از ارتباط با بیمار و یا نیاز بیماران مورد توجه قرار می‌گیرد. ضمناً نیاز به تکمیل معیار قبولی هر درس سبب می‌شود تا دانشجو بیشتر به صورت تکمیل این مقوله به دروس عملی نگاه کند و حس بیمار محوری به تدریج از بین می‌رود. بعضی مطالعات نشان دادند که کاربرد لفظ دکتر از ابتدای ورود به رشته‌های پزشکی و دندانپزشکی از طرف اطرافیان و یا همکلاسی‌ها سبب نوعی احساس کسب امتیاز و حس برتری دانشجویان نسبت به بیماران شده و این عامل نیز می‌تواند سبب کاهش همدردی شود.



از جمله محدودیت‌های این مطالعه می‌توان به عدم انجام تحلیل چندعاملی اشاره نمود. همچنین بهتر است که در این گونه مطالعات دانشجویان در بدو ورود به رشته‌های پزشکی و یا دندانپزشکی مورد ارزیابی قرار گرفته و همین افراد در سال‌های متوالی مجدداً مورد ارزیابی قرار گیرند تا نتایج بهتری کسب شود.

### نتیجه‌گیری

نتایج حاصل از این بررسی نشان داد که نسخه فارسی پرسشنامه JSPE-HP دارای روایی و پایایی مناسب بوده و از نظر علمی استاندارد می‌باشد و برای انجام تحقیقات و بررسی حس همدردی با بیمار در رشته‌های مختلف پزشکی و شاغلین وابسته به امر درمان می‌تواند به کار برده شود.

این مقاله از پایان‌نامه شماره ۶۵۳ دانشکده دندانپزشکی کرمان با عنوان "ارزیابی پایایی و روایی نسخه فارسی پرسشنامه JSPE-HP برای استفاده در جامعه ایرانی" استخراج شده است.

### References

1. Aring CD. Sympathy and empathy. *J Am Med Assoc* 1958; 167(4): 448-52.
2. Hojat M, Mangione S, Nasea T.J, Cohen MJ, Gonnella J.S, Erdman J.B, et al. The JSPE Development and preliminary psychometric data. *Educ Psycholo Measur* 2001; 61(2): 349-65.
3. Rogers CR. A theory of therapy, personality and interpersonal relationships as developed in the client-centered framework. In: Coch S (editor), *psychology: a study & Science*, New York, McGraw Hill, 1959.
4. Corey G. Theory and practice of counseling and psychotherapy. USA, Brooks/Cole publishing Company, 1959; pp65-6.
5. Peabody FW. The care of the patient. *JAMA* 1927; 88(12): 877-82.
6. Hojat M, Mangione S, Nasca TJ, Gonnella JS, Magee M. Empathy scores in medical school and ratings of empathic behavior in residency training years later. *J Soc psychol* 2005; 145(6): 663-72.
7. Hojat M, Gonnella JS, Nasca TJ, Mangione S, Veloksi JJ, Magee M. The Jefferson Scale of Physician Empathy: further psychometric data and differences by gender and specialty at item level. *Acad Med* 2002; 77(10): s58-60.
8. Hickson GB, Clayton EW, Entman SS, Miller CS, Ginthens PB, Whetten-Goldstein K, et al. Obstetricians' prior malpractice experience and patients' satisfaction with care. *JAMA* 1994; 272(20): 1583-7.
9. Beckman HB, Markakis KM, Suchman AL, Frankel RM. The doctor-patient relationship and malpractice: lessons from plaintiff depositions. *Arch Intern Med* 1994; 154(12): 1365-70.
10. Avery JK. Lawyers tell what turns some patients litigious. *Med Malpractice Rev* 1985; 2: 35-7.

11. 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.
12. Vakilizadeh P, Nakhaee N. The reliability and validity of the Persian version of the Brief Pain Inventory in Cancer patients. *J Rafsanjan Univ Med Sci* 2006; 5: 12-9 [Persian].
13. Batson CD, Fultz J, Schoenrade P. Distress and Empathy: Two Qualitatively Distinct Vicarious Emotions with Different Motivational Consequences. *J Pers* 1987; 55(1): 19-39.
14. Salgueira AP, Frada T, Aguiar P, Costa MJ. Jefferson Scale of Physician lifelong learning: Translation and adaptation for the Portuguese Medical Population. *Acta Med Port* 2009; 22(3): 247-56.
15. Hojat M, Gonnella JS, Nasca TJ, Fields SK, Cicchetti ALO, Scalzo A, et al. Comparisons of American, Israeli, Italian and Mexican physicians and nurses on the total and factor scores of the Jefferson Scale of attitudes toward Physician – nurse collaborative relationships. *Inter J Nurs Stud* 2003; 40(4): 427-35.
16. Lee BK, Bahn GH, Lee WH, Park JH, Yoon TY, Baek SB. The relationship between empathy and medical education system, grades, and personality in Medical college students and medical school students. *Korean J Med Educ* 2009; 21(2): 117-24.
17. Spreng RN, McKinnon MC, Mar RA, Levine B. The Toronto empathy questionnaire: scale development and initial validation of a factor-analytic solution to multiple empathy measures. *J Pers Assess* 2009; 91(1): 62-71.
18. Hojat M, Gonnella JS, Nasca TJ, Mangione S, Vergare M, Magee M. Physician empathy: definition, components, measurement, and relationship to gender and specialty. *Am J Psychol* 2002; 159(9): 1563-9.
19. Ward J, Schaal M, Sullivan J, Bowen ME, Erdmann JB, Hojat MR. Reliability and Validity of the Jefferson Scale of Empathy in Undergraduate Nursing Students. *J Nurs Measur* 2009; 17(1): 73-88.
20. Yarascavitch C, Regehr G, Hodges B, Haas DA. Changes in dental student empathy during training. *J Dent Educ* 2009; 73(4): 509-17.
21. Sherman JJ, Cramer A. Measurement of Changes in Empathy During Dental School *J Dent Educ* 2005; 69(3): 338-45.
22. Hojat M, Mangione S, Nasca TJ, Rattner S, Erdmann JB, Gonnella JS, Magee M. An empirical study of decline in empathy in medical school. *Med Educ* 2004; 38(9): 934-41.
23. Bellini LM, Baime M, Shea JA. Variation of mood and empathy during internship. *JAMA* 2002; 287(23): 3143-6.
24. 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.

## Validity and Reliability of the Persian Version of JSPE-HP Questionnaire (Jefferson Scale of Physician Empathy-Health Professionals Version)

Hashemipour M., D.D.S.,<sup>1\*</sup> Karami M.A., D.D.S.<sup>2</sup>

1. Assistant Professor of Oral Medicine, Oral and Dental Diseases Research Center & School of Dentistry, Kerman University of Medical Sciences, Kerman, Iran

2. Dentist

\* Corresponding author; e-mail: m\_s\_hashemipour@yahoo.com

(Received: 7 June 2011 Accepted: 2 Oct. 2011)

### Abstract

**Background & Aims:** Empathy plays an important role in patient's relationship with his/her dentist or doctor. One of the most used tools for evaluation of empathy is the Jefferson Scale of Physician Empathy-Health Professionals Version (JSPE-HP). The aim of this study was to validate the JSPE-HP for use among Iranian population.

**Methods:** The English original version of the JSPE-HP questionnaire was translated into Persian language by a forward-backward translation method. Reliability was tested on 30 Dental and Medical students. Then validity and internal consistency were tested on 554 students.

**Results:** The reliability coefficient (Cronbach's alpha) of the JSPE-HP was excellent (alpha: 0.83). The coefficient of test re-test reliability measured by ICC (Intra class correlation coefficient) was 0.82 (CI 95%: 0.80-0.87). Freshman students had higher scores than other students and this difference was significant (P=0.03). There was no significant difference on empathy scores between Dental and Medical students.

**Conclusion:** The overall findings of this study indicate that the Persian version of the JSPE is a valid and reliable instrument for evaluating physician-patient empathy in Iranian Population.

**Keywords:** Physician-patient relation, Empathy, Questionnaire, Cross-cultural comparison, Iran

Journal of Kerman University of Medical Sciences, 2012; 19(2): 201-211