

## التعاطف: مفهومه، مكوناته، دوره في الممارسة الطبيّة (دراسة نظرية)

الدكتور فؤاد صبيبة\*

الدكتور خضر علي\*\*

رامي سندران\*\*\*

(تاريخ الإيداع 16 / 7 / 2015. قبل للنشر في 14 / 1 / 2016)

### □ ملخص □

التعاطف مفهوم معقد ومتعدد الأبعاد، حيث يتضمّن مكونات عاطفيّة، وأخلاقيّة، وإدراكيّة، وسلوكيّة. التعاطف السريريّ يتضمّن القدرة على: (أ) فهم حالة المريض، ومشاعره ومنظوره؛ (ب) إيصال ذلك الفهم للمريض بشكل دقيق؛ (ج) التصرف بطريقة فعّالة مع المريض بناءً على ذلك الفهم.

الكلمات مثل الشفقة، والعطف والتعاطف تستعمل عموماً بشكل غير واضح، وهناك تشويش حول ما تعنيه هذه العبارات في الواقع. تتضمّن الشفقة المشاركة الفعّالة في معاناة الفرد الآخر بدلاً من التّطابق معه ببساطة، يشير العطف إلى المشاعر التي لدينا بانسجام مع الشّخص الآخر، إنّها تطابق عاطفيّ مع محنة المريض؛ ويشير التعاطف إلى فهم أو إعادة بناء عواطف الشّخص الآخر، إنّها يتضمّن العاطفة والفهم المشترك.

التعاطف مكوّن رئيسي لعلاقة الطّبيب - المريض المرضية، وهناك العديد من المنافع لأن يكون الطّبيب تعاطفيّاً، فقد ارتبط تعاطف الطّبيب برضا الطّبيب والمريض، واحتراق نفسي أقلّ للطّبيب، وشكاوى سوء ممارسة مخفّضة، ونقصان قلق المريض، وزيادة تمسك المريض بالعلاج، بالإضافة إلى تحسين النتائج السريريّة.

التعاطف مهارة قابلة للتّعلّم، وبالإمكان استخدام تشكيلة واسعة من التّقنيّات لتحسينه لدى طلبة الكليّات الطبيّة والأطباء الممارسين.

الكلمات المفتاحيّة: التعاطف، الاتّصال التّعاطفي، العلاقة العلاجيّة.

\* أستاذ مساعد - قسم الإرشاد النفسي - كلية التربية - جامعة تشرين - اللاذقية - سورية

\*\* أستاذ مساعد - قسم المناهج وطرائق التدريس - كلية التربية - جامعة تشرين - اللاذقية - سورية.

\*\*\* طالب ماجستير - قسم تربية الطفل - كلية التربية - جامعة تشرين - اللاذقية - سورية.

## EMPATHY: Its concept, components, and role in medical practice (Theoretical study)

Dr. Fouad Sbera\*  
Dr. Khodor Ali\*\*  
Rami Sindran\*\*\*

(Received 16 / 7 / 2015. Accepted 14 / 1 / 2016)

### □ ABSTRACT □

Empathy is a complex multidimensional concept, which has an emotive, moral, cognitive and behavioural component. clinical empathy involves an ability to: (A) understand the patient's situation, feelings, and Perspective; (B) communicate that understanding to patient accurately; (C) act on that understanding with the patient effectively way.

The words like compassion, sympathy and empathy are commonly used terms unclearly, and there appear to be confusion about what these terms actually mean.

compassion involves an active participation in another individual's suffering rather than simply identifying with it; sympathy refers to the feelings we have in harmony

with another person, it is emotional identification with the patient's plight; and empathy refers to the understanding or reconstruction of another person's emotions, it is involving passion and shared understanding.

Empathy is major component of a satisfactory physician-Patient relationship, and there are many benefits to being an empathic physician, physician empathy has associated with satisfaction of physician and patient, fewer physician burnout, reduced malpractice complaints, decreased patient anxiety, better patient adherence to therapy, as well as improving the clinical outcomes.

Empathy is learning able skill, and it could use vast collection of techniques for improving it among students of medical schools and practitioner.

**Key words:** Empathy, Empathetic communication, Therapeutic relationship.

---

\*Associate professor at the Psychological Counseling Department. Faculty of Education. Tishreen University. Lattakia. Syria.

\*\* Associate professor at the Curriculum and Methods of Teaching Department. Faculty of Education. Tishreen University. Lattakia. Syria.

\*\*\* Postgraduate student, Department of children Educate, College of Education, Tishreen University, Lattakia, Syria.

**مقدمة:**

خلال العديد من العقود الماضية، افتُرض للمجال الأخلاقي للطبِّ دورٌ بارزٌ جداً في الشِّفاء، والعناية ومعالجة المرضى. ولم يعد ملائماً أنْ بؤرة الاهتمام تتركز بالدرجة الأولى على المرض، إذ يوجد الآن إدراك أعظم للسّمات الرّوحية والعاطفية، والثّقافية، والنفسية لعافية المريض (Malpas & Corbett, 2012, p.94). فلا بدّ من إدراك المريض والنظر إليه والتعامل معه أنّه ذات كليّة، لها مكوناتها العاطفية والأخلاقية والفكرية والجسدية، فهناك ارتباط عضوي بين هذه المكونات، ولكلّ منها تأثيره في الآخر، وبالتالي تأثيره على المريض ككلّ. حيث توجد علاقة بين الحالة الانفعالية للفرد وصحته الجسمية، فهناك أثر مباشر مباشر للوجدانات الموجبة على فسيولوجيا الجسم خصوصاً في رفع كفاءة جهاز المناعة (روبنز وسكوت، 2000، 24). وكذلك فإنّ الممارسة الطّبيّة لها جانبها الأخلاقي والعاطفي والفسيولوجي، تتكامل هذه الجوانب لتشكل معاً وحدة لا فكاك لعناصرها، وكلّ منها له يؤثّر في العلاج من بدايته وحتى آخره. يرى (مارتن هوفمان) الباحث المختص في التّعاطف بأنّ جذور مبادئ الأخلاق مغروسة في مشاعر الاندماج العاطفي. وما دما نتعاطف مع الضّحايا المحتملين، مثل شخص يتألّم أو يتعرّض لخطرٍ ما، هذا يعني مشاركة هؤلاء الضّحايا في محتنتهم التي تحركّ الناس ليقدموا المساعدة لهم. ولاشكّ بأنّ التّعاطف مع الآخرين يكمن وراء كثير من الأفعال والأحكام الأخلاقية، وكشفت الدّراسات التي أجريت في ألمانيا والولايات المتّحدة أنّ أكثر الناس إحساساً بالتّعاطف مع غيرهم، هم أكثر تفضيلاً للمبادئ الأخلاقية التي تتخذ وفقاً لاحتياجات الناس (جولمان، 2000، 156-158). الأمر الذي يؤكّد أهميّة امتلاك مقدّمي الرّعاية الصّحية للتّعاطف من أجل تزويد المرضى بنوعية أفضل للرّعاية واحداث الأثر الإيجابي المرغوب للعلاج.

يرى العديد من الباحثين بأنّ التّعاطف أساسيّ لتطوير العلاقة العلاجيّة، ويقترح بعضهم بأنّه المكوّن الأكثر أهميّة لمثل هذه العلاقة (Brunero, Lamont, & Coates, 2010, p.65). هوجات وزملاؤه (Hojat et al, 2002a) قاموا بدراسة عام 2002 هدفت إلى التّأكد من أنّ طلاب الطّب الذين لديهم تعاطف أعلى سيحصلون على تقديرات أعلى للقدرة العياديّة، وقد شملت الدّراسة 371 طالباً، وأكّدت نتائج هذه الدّراسة ارتباط التّعاطف بتقديرات القدرة العياديّة، وأنّ طلاب الطّب بالنتائج الأعلى للتّعاطف حصلوا على تقديرات أعلى في القدرة العياديّة. يعدّ الفهم التّعاطفي قلب التّفاعل بين المعالجون والمرضى. وهكذا فلكي يكون مهنيّ الرّعاية الصّحيّة فعّالين يجب أن يعرفوا كيف يستمعون، وكيف يتكلّمون مع المرضى وكيف يوصلون فهمهم إليهم؛ فاتّجاه الطّبيب المنفتح نحو المرضى يمنحهم الشّعور بالأمان، والإيمان بقدرات الطّبيب وعلاوة على ذلك، يُقرب المسافة العاطفية أثناء التّفاعل بين الطّبيب والمريض (Klisszcz, et al, 2006, p.220). كما يمكن لعمليّة التّعاطف أن تسهل اتّجاهات وسلوكيات مهمّة من أجل إنجاز جودة عالية للرّعاية الصّحيّة (Davis, 1990, p.708).

بالرغم من أنّ الباحثين يوافقون على الدّور الإيجابي للتّعاطف في العلاقات الشّخصية فإنّهم منقسمون على تعريفه، وقد أعيقّ البحث في التّعاطف بسبب قلّة وضوح المفهوم (Hojat et al, 2002b, p.1563) فالتمييز بين التّعاطف والأفعال البيئشخصية المشابهة مثل العطف والشّفقة مهمّة صعبة، كذلك فإنّ هذه المفاهيم مستعملة في أغلب الأحيان بشكل متبادل في كل من الأدب الذي تناول هذه المفاهيم وفي المحادثة العامّة.

## أهمية البحث وأهدافه:

تأتي أهمية هذا البحث من خلال تناوله لمفهوم التعاطف، والذي يعدّ من المفاهيم النفسية التي لها أهمية كبيرة في عملية العلاج وزيادة فعاليته، حيث يعدّ أداة مهمة وضرورية بإمكان محترفو الصحة أن يستعملوها لتقديم العناية التي تكون متكيفة مع الحاجات الحيوية والإدراكية والعاطفية للفرد.

كما تنطلق أهمية البحث من إبراز الدور المهم الذي يؤديه التعاطف في بثّ الإيجابية في شخصية المتعالج، حيث يمكن المريض من أن يشعر بأنه مسموع ومفهوم، مما يساعد في تقوية العلاقة العلاجية وزيادة ثقة المريض في طبيبه، ويسهم في إشباع الكثير من متطلبات الجانب الوجداني من شعور بالرضى والتقبّل والتوافق مع العلاج ومتطلباته.

كما يكتسب البحث أهمية إضافية من خلال توفيره لمعلومات تسهم في زيادة بصيرة الأطباء وجميع العاملين في المهن الطبية لمخاوف المرضى وفهمهم لعواطفهم، مما يساعد في تطوير وتحسين عمليات التعاطف بين عاملي الرعاية الصحية والمرضى، وبالتالي تحسين أداء المؤسسات الطبية وزيادة فعاليتها في تحقيق أهداف هذه المؤسسات، فالأطباء وجميع العاملين في مهن الرعاية الطبية بحاجة للارتقاء الدائم بعلاقاتهم الإنسانية في تعاملهم مع المرضى من أجل تقديم رعاية طبية ذات نوعية ممتازة. وانطلاقاً مما سبق، تتمثل مشكلة البحث الحالي في الكشف عن دور التعاطف في الممارسة الطبية. ويهدف البحث بشكل محدد إلى الإجابة عن الأسئلة الآتية:

- ما هو مفهوم التعاطف؟
- ما هي الاختلافات بين التعاطف وبين العطف والشفقة ودور كل منها في الرعاية الطبية؟
- ما هي مكونات التعاطف
- ما هو دور التعاطف في العلاقة العلاجية؟

كما يهدف البحث إلى عرض بعض الاستراتيجيات والطرق التي تسهم في تحسين التعاطف لدى طلبة الطب والأطباء الممارسين ومهنيي الرعاية الصحية بشكل عام. وتقديم جملة من المقترحات والتوصيات التي يمكن أن تسهم في تحسين مستوى فعالية برامج إعداد الأطباء ومهنيي الرعاية الصحية عموماً وبالتالي زيادة رضى المريض والإرتقاء بمستوى الرعاية الصحية المقدّمة.

## منهجية البحث

بغية تحقيق أهداف البحث، استخدم الباحث المنهج الوصفي التحليلي، الذي يعتمد على تجميع الحقائق والمعلومات، ثم مقارنتها وتحليلها وتفسيرها، للوصول إلى تعميمات مقبولة. وقد اعتمد الباحث في جمع البيانات والمعلومات على المصادر الثانوية الجاهزة، وذلك بالرجوع إلى الكتب والدوريات والبحوث السابقة العربية والأجنبية المتعلقة بأدبيات البحث.

### مفهوم التعاطف

يعود أصل كلمة تعاطف إلى ثمانينات القرن التاسع عشر عندما صاغ عالم النفس الألماني ثيودور ليبز (Theodor Lipps) التعبير "einfuhlung" (بشكل حرفي، "في- شعور") وذلك لوصف التقدير العاطفي لمشاعر الآخر (Ioannidou & Konstantikaki, 2008, p.119).

إن تركيب (التعاطف) يفتقر إلى الوضوح و الإجماع ( Lietz, et al, 2011, P.105) وهناك انقسام كبير حول المعنى الدقيق للتعاطف، خصوصاً في السياق العيادي. التعاطف تمّ تصوّره بشكل مختلف كبعد سلوكي، وشخصي، أو كعاطفة مجرّبة. يمكن أن يُعزى معظم هذا الانقسام لحقيقة أنّ التعاطف هو عملية معقّدة (و بمعنى آخر: تركيب متعدّد المراحل، ومتعدّد الأبعاد له عدة مكونات) بالإضافة إلى كونه مفهوماً يستمرّ تطوّر معناه ( Mercer, & Reynolds, 2002, p.9-10).

طُلب إلى أطباء العناية السريرية الأساسية، والمعلّمون الطّبّيون (نساء، أطباء أطفال ورجال، والأطباء المقيمون في المستشفى) أن يعرفوا التعاطف، ووصفوه بأن "أضع نفسي مكان المريض" ووافقوا بأنّ التعاطف يتضمّن ليس فقط الفهم الثقافي والتحليل الإدراكي، لكنّه يتضمّن أيضاً الاتصال العاطفي مع المريض ( Kliszcz, et al, 2006, p.220).

يرى بعض الباحثين بأنّ التعاطف مجرد مشاركة الآخرين بعواطفهم كتعريف ثيوكس وكيسيرز ( Thioux, & Keysers, 2010, p.548) حيث يعرفان التعاطف بأنّه "القدرة على مشاركة المشاعر الداخليّة للناس الآخرين". ومنهم من أسقط المكوّن العاطفي من تعريفهم للتعاطف كتعريف لوسير وريتشارد ( Lussier, & Richard, 2007, p.640) فيعرفان التعاطف بأنه القدرة على تصوّر ما يشعر به شخص آخر بدون الشّعور بنفس مشاعره، وكتعريف كولهان وبلوك أيضاً (Coulehan & Block) اللذان يريان بأنّ التعاطف هو نوع من الفهم. إنّه ليس حالة عاطفيّة من الشّعور بالعطف أو الأسف على شخص ما. ولا هو تماماً مثل صفة الشفقة، بالرغم من أنّ الشفقة لربما تكون حافز الطّبيب لتطوير التعاطف مع المرضى ( Platt, & Platt, 1998, p.30)؛ ويجمع باحثون آخرون بين المكوّن العاطفي والإدراكي في تعريفهم للتعاطف كتعريف إيونيدو وكونستانتيكاكي ( Ioannidou & Konstantikaki, 2008, p.118) فيعرفان التعاطف بأنه القدرة على مشاركة وفهم الحالة العقليّة أو العاطفيّة للآخرين، وبأنّه يميّز في أغلب الأحيان بالقدرة على أن يضع المرء نفسه مكان الآخر، أو بطريقة ما أن يختبر المرء وجهة نظر أو عواطف الشخص الآخر ضمن نفسه. فالتعاطف كمشاركة وجدانية هو انفتاح على عوالم الآخرين، وعملية لإدماجها في عالم الذات ولايقف عند حدّ إدماج عوالم الآخرين في عالم الذات، بل يتعدّى ذلك إلى العمل على إدماج عالم الذات في عالم الغير (خوالدة، 2014، 51 - 52).

وضمن سياق رعاية المريض، يصف الباحث هوجات التعاطف أنه (خاصيّة إدراكيّة) بالدرجة الأولى (بدلاً من عاطفيّة) التي تتضمّن فهم- (بدلاً من الشّعور)- تجارب، و مخاوف، و منظورات المريض، مندمجاً مع القدرة لإيصال هذا الفهم (Hojat, 2007, p.80).

ونعرّف التعاطف بأنه القدرة على فهم وإدراك أفكار ومشاعر الآخرين وإيصال هذا الفهم إليهم والاستجابة بشكل فعّال بناءً على هذا الفهم.

### الشفقة والعطف والتعاطف

تُستعمل التّعابير مثل الشفقة، والعطف، والتعاطف بشكل غير واضح، وفي أغلب الأحيان يُستعمل تعبيراً العطف والتعاطف بشكل متبادل للدلالة على الشفقة من أجل الآخرين؛ وهناك تشويش عام حول المعنى الحقيقي لهذه العبارات. ومن المفيد تمييز الاختلافات فيما بينها (Chowdhry, 2010, p.22 ; Milani, 2010, p.204). فمن جهة، تُعدّ الشفقة عاطفة أو شعور قوي يكون مثاراً بحضور المعاناة، والذي يستدعي إدراكاً ومشاركة متبادلة لألم ويأس الشخص الذي يعاني (Morse et al, 2006, p.75) حيث تتضمّن الشفقة المشاركة الفعّالة في

معاناة الآخر، بدلاً من التطابق و الشعور بنفس شعور الآخر. وعلاوة على ذلك، الشفقة يعتقد بأن تكون "تعبير إيثاري" ولذلك تتضمن قلقاً غير أناني من أجل خير الآخرين (Chowdhry, 2010, p.22).

بينما يشير العطف إلى المشاعر التي لدينا بانسجام مع مشاعر الشخص الآخر. عندما نكون عاطفيين نحن لا نفهم بالضرورة ما يواجهه الناس الآخرين، لكن لدينا مشاعر القرب أو المودة لهم (Lussier & Richard, 2007, p.640)، إنه تطابق عاطفي مع محنة المريض (McMillan, 2007, p.18).

ويشير التعاطف إلى فهم أو إعادة بناء عواطف الشخص الآخر، نحن يمكن أن نبدأ العملية التعاطفية فقط إذا تمكنا من تبني أطر مرضانا فيما يتعلق بإعادة بناء ما يفهمونه، وتخيل ما الذي يشعرون به. وعلى أية حال، نصبح تعاطفيين نحو المرضى، عندما ننجح في إيصال فهمنا إليهم، وإدراك المرضى بأنهم مفهومون من قبلنا (Lussier & Richard, 2007, p.640)، التعاطف يتضمن العاطفة والفهم المشترك (McMillan, 2007, p.18).

يصف فيربيرن (Fairbairn) الاختلافات بين العطف والتعاطف. ويُحدّد المفهوم الأول بالقدرة على إحساس العطف، أمّا التعاطف فهو القدرة على أن يضع المرء نفسه في مكان الآخر، كإشارة للإنسانية. ويرى فيربيرن بأن العطف هو رد فعل عاطفي وفوري وغير متحكّم به، حيث يفيض عندما يتخيل شخص ما نفسه في موقع شخص آخر؛ وبحسب فيربيرن التعاطف مهارة متعلّمة أو موقف للحياة، حيث يمكن أن يستعمل للدخول في اتصال مع شخص ما، لإبلاغ وفهم تجارب الآخرين ومشاعرهم (Ioannidou & Konstantikaki, 2008, p.119).

بالإمكان القول بناءً على الآراء السابقة بأن العلاقة التعاطفية تدلّ على تقارب الفهم بين شخصين، في حين تدلّ علاقة العطف على التطابق في المشاعر بين الشخصين، ووعي هذه العلاقة يكون مرتفعاً في التعاطف عنه في العطف، ففي التعاطف نفهم مخاوف وعواطف الشعر الآخر بشكل أفضل، بينما في العطف نحسّ بمشاعر وعواطف الشخص الآخر بشكل أفضل.

بالإضافة للاختلافات السابقة، فإن دور كل من العطف والتعاطف في الرعاية الطبية والتدريبية متغير في الأدب. يناقش مورس وزملاؤه (Morse et al, 1995, p.814) بأن العطف (سوية مع الشفقة) يخدم وظيفة مفيدة كاستجابة من المستوى الأول يؤدي لشعور المريض بالراحة بشكل طبيعي. في حين يعدّ هوجات (Hojat, 2007, p.13) الانضمام لعواطف المريض معرقلاً للنتائج السريرية. وكذلك يرى هالبرن (Halpern, 2003, p.671) بأن العطف يقود إلى تعطيل العناية ويخفق الأعمال الأخلاقية؛ كما يلاحظ ستيفن وبايرنستين (Stepien & Baernstein, 2006, p.525) أنّ الأطباء الذين يشاركون مشاعر مرضاهم يمكن أن يواجهوا تأثيرات ضارة، مثل قلّة الموضوعية والإعياء العاطفي. وعلى النقيض من ذلك، وجد علماء آخرون في دراساتهم أنّ التعاطف يحسّن أداء الطبيب العيادي (Hojat, Field, & Gonnella, 2003, p.45; Zenasni, et al, 2012, p.346) والنتائج العلاجية (Hojat et al, 2002c, p.58; Hojat et al, 2003, p.45).

وعلى أية حال، كما هو مقترح من قبل هالبرن (Halpern, 2003, p.671) فإنّ التعاطف العيادي يجب ألاّ يشير إلى تجنب كامل للعاطفة، وبأنّه ما زال غير واضحاً إلى أية درجة يكون التعاطف الفعّال ضرورياً أن يحدث التعاطف العيادي، وما هو المستوى الذي يصبح فيه غير ملائم في علاقة الرعاية. كما أنّ التعاطف العيادي يجب أن يتضمن القدرة على تمييز الذات عن الآخرين لكي لا يكون المعالج في المكان الخاطئ بالنسبة لألم وعواطف المريض (Zenasni et al, 2012, p.347).

## مكونات التعاطف

هناك اتفاق بين الباحثين والعلماء على أنّ العمليات المترابطة التي تساهم في تكوين تجربة التعاطف كانت محيرة، وهناك اختلاف بين العلماء فيما إذا هذه العمليات متميزة عن التعاطف كبصيرة عاطفية دقيقة لمشاعر الآخر، أم هي مظاهر لعملية مركزية مطلوبة للاستجابة التعاطفية (Spreng, et al, 2009, 62).

ديسيتي وجاكسون (Decety, & Jackson, 2004, p.75) يقترحان ثلاثة مكونات وظيفية رئيسية تتفاعل بشكل ديناميكي لإنتاج تجربة التعاطف لدى البشر:

- المشاركة الفعالة بين الذات والآخر، والمستندة على إدراك الفعل الذي يقود إلى التصورات المشتركة.
- وعي الذات – الآخر. حتى عندما يكون هناك تماثل مؤقت ليس هناك اضطراباً بين الذات والآخر.
- مرونة عقلية لتبني المنظور الشخصي للآخرين وللعمليات التنظيمية أيضاً.

لخص مورس وزملاؤه (Morse, et al, 1992, p.274) مكونات التعاطف تحت أربع مناطق رئيسية (الجدول 1)، وتظهر العلاقة بين التعاطف وسلوكيات المساعدة في هذه المكونات الأربعة:

جدول 1- مكونات مورس وزملاؤه للتعاطف.

المكون	التعريف
عاطفي	القدرة على الاختبار بشكل شخصي للمشاعر الجوهرية للشخص الآخر.
أخلاقي	قوة إيثارية داخلية تدفع إلى ممارسة التعاطف.
إدراكي	القدرة على فهم وتمييز مشاعر الشخص الآخر ووجهة نظره من موقف موضوعي.
سلوكي	الاستجابة الصريحة لإيصال فهما لمنظور المريض ومشاعره.

وعلى نحو مماثل، ميّز سوشمان وزملاؤه (suchman et al) أربعة أبعاد للتعاطف هي:

- البعد العاطفي، والذي يصف القدرة على مشاركة مشاعر الآخرين.
- البعد الأخلاقي، والذي يصف الدافع للبحث عما هو نافع للآخرين.
- البعد الإدراكي، والذي يصف القدرة على تمييز وفهم عواطف الآخرين.
- البعد السلوكي، والذي يصف القدرة على نقل هذا الفهم لعواطف الآخرين إليهم بأسلوب واضح (Lussier & Richard, 2007, 640).

طوّر باريت - لينارد (Barret-Lennard) نموذجاً متعدّد الأبعاد للتعاطف، يسمّى (دورة التعاطف)، وهذا النموذج يشمل ثلاث مراحل:

الأولى: العملية الداخلية للاستماع التعاطفي للآخر، والذي يعبر عنه بشكل شخصي على نحو ما، والتفكير، والفهم.

الثانية: محاولة المرء نقل فهمه التعاطفي لمشاعر وتجربة الشخص الآخر.

الثالثة: التلقّي الفعلي للشخص الآخر (أو الزبون) أو وعي الشخص الآخر لفهم المتعاطف (المساعد) له (Scott, 2011, p.28 -29).

وصف باترسون (Patterson) التعاطف بشكل مشابه كظاهرة تحفّز أربع مراحل من المساعدة:

أ. سهولة تآثر المساعد (المتعاطف) بالإشارات الاتصالية لشخص آخر.

- ب. أن يضع المساعد (المتعاطف) نفسه في حالة الآخر .  
 ج. إيصال فهم المساعد (المتعاطف) إلى الآخر (المتعاطف معه).  
 د. تصديق الآخر (المتعاطف معه) لفهم المساعد لعالمه.  
 وهكذا، فإنّ التعاطف في مفهوم باترسون يشمل أربع سمات: عاطفي، وإدراكي، واتصالي، وعلائقي  
 (Reynolds & Scott, 2000, p.227).

تصوّر علماء النفس الاجتماعي بأنّ التعاطف لديه قسمان رئيسيان هما التعاطف العاطفي والتعاطف الإدراكي (Lawrence, et al, 2004, p.911). على أية حال، التعاطف العاطفي عموماً هو ردّ فعل عاطفي كاستجابة عاطفية من قبل المرء للشخص الآخر (ومثال ذلك، الحزن)؛ ولا يعتمد ردّ الفعل هذا على الفهم الإدراكي لماذا يعاني الشخص الآخر (Rankin, Kramer, & Miller, 2005, p.29). التعاطف العاطفي هو توليد رد فعل عاطفي ملائم للعواطف التي يشعر بها الآخرون. بالمقابل فإنّ التعاطف الإدراكي هو القدرة على معرفة الحالات العاطفية للآخرين بدون المرور بالعدوى العاطفية (Wai, & Tiliopoulos, 2012, p.794). يتضمّن التعاطف الإدراكي فهماً ثقافياً أو تصوّرياً للحالة العاطفية للآخر، ووصف في أغلب الأحيان كتداخل مع تركيب نظرية العقل (أو القدرة على التفكير حول محتويات العقول الأخرى) كما استخدم بشكل متبادل بينه وبين تركيب نظرية العقل من قبل بعض المؤلفين (Lawrence et al, 2004, p.911).

### التعاطف والعلاقة العلاجية

يُعتبر التعاطف حاسماً في تطوير العلاقة العلاجية (Mercer, & Reynolds, 2002, p.9 ; Wiseman, 1996, p.1163)، وافق الباحثون على الدور الإيجابي الذي يلعبه التعاطف في العلاقات البيئشخصية عند تقديم الرعاية الصحية (Ouzouni, & Nakakis, 2012, p. 535). لدرجة كبيرة، نوعية علاقة المريض – الطبيب تعتمد على المهارات الشخصية للطبيب. مثل هذه المهارات هي في أغلب الأحيان من بين العوامل التي تؤخذ في الاعتبار في تقييم القدرة السريرية، والبيانات التجريبية تدعم هذا المقترح (Hojat et al, 2002a, p.222). إنّ الفشل في تسجيل مشاعر الطرف الآخر هو فشل مأساوي في معنى إنسانية الإنسان، وكل علاقة الألفة بين البشر، ذلك لأنّ جذور الحبّ والرعاية والاهتمام تتبع من التوافق العاطفي ومن القدرة على التعاطف (جولمان، 2000، 142). يقرّر لاروشو (Larocco, 2010, p.11) أنّ الأعمال التعاطفية من ناحية مقدّم الرعاية الصحية هي التي تُحدث الفرق بين التجربة العقيمة الباردة والتفاعل الإنساني وذلك في مكان الرعاية الصحية الممتاز؛ وقد وُجد أنّ مهنيي الرعاية الطبية القادرون على إقامة علاقة ودية ودافنة مع مرضاهم أكثر فعالية من أولئك الآخرين الذين يقيمون مع مرضاهم علاقات غير شخصية ورسمية، وذلك بصرف النظر عن الجنس، والأمة والتقاليد (Kliszcz, et al, 2006, p.220). فالعلاقات الودية الدافئة تفسح مجالاً أرحب لكي يعبر المريض عن مخاوفه ومعاناته ومشاعر القلق لديه، الأمر الذي يترك أثراً إيجابياً في نفس المريض، ويني جسور الثقة بين المريض والطبيب المعالج والتي تعد الأساس في تعزيز تعاون المريض وزيادة تقبله وتمسكه بالعلاج.

تعدّ التفاعلات التي يستجيب فيها ال طبيب بتعاطفية تفاعلات مؤثرة، إنها تعرض القوة الهائلة لفهم الطبيب لمصادر قلق مريضه، وقيمه، أو مخاوفه؛ بالرغم من أننا قد نخفق في تقديم هذا النوع من الاستجابة بسبب مخاوفنا الخاصة أو حيرتنا، فإنّ الاتصال التعاطفي من المحتمل أكثر أدواتنا العلاجية، ولسوء الحظّ، العديد من الفرص للاتصال التعاطفي ليست واضحة لأنّ المريض لا يسمي مشاعره وربما حتّى لا يُبديها بشكل واضح، علاوة

على ذلك الأطباء في أغلب الأحيان يفقدون الفرص غير المباشرة لأن يميزوا ويستجيبوا للقيم والمشاعر الضمنية لهشاعر المريض (platt, & platt, 1998, p.31).

يعدّ التعاطف العيادي عنصر ضروري لتقديم الرعاية الممتازة للمريض ( Buckman, Tulsky, & Rodin, 2011, p.569)، وأظهرت الدراسات (Birhanu, et al, 2010; Brown, 1990) أنّ التعاطف يؤثر إيجابياً على رضا المريض بالرعاية، ويعتبر قيمة جوهرية للمهارة، بالإضافة إلى كونه ذي دور فعال كوسيلة لتفادي شكاوى المرضى من سوء التصرف، ولتمسك أفضل للمرضى بالعلاج، ولتقليل قلق المريض، كذلك ارتبط برضى الطبيب، واحتراف نفسي أقل للطبيب، وعلاقات سريرية جيدة، وتحسن النتائج السريرية ( Boum, 2008, p.3; Buckman, & Tulsky, 2011, p.569; Platt, & platt, 1998, p.31).

قام باحثون من جامعة توماس جفرسون في فيلاديلفيا ومن منطقة بارما بإيطاليا بتقييم التأثيرات الصحية الإيجابية لتحلي الأطباء بمستويات متفاوتة من القدرة على ملاحظة وتفهم مشاعر مرضاهم، وقد شملت الدراسة 250 طبيباً يعالجون نحو 21 ألف مريض مصابين بمرض السكري ومضاعفاته. وقيم الباحثون نسبة انضباط معدلات السكر hemoglobin A1c test في الدم ونسبة الكوليسترول لدى هؤلاء المرضى، كما قيموا نسبة تحلي الأطباء بالعزم على المساعدة وتفهم مشاعر وآلام ومعاناة وهوجس المرضى؛ ولاحظ الأطباء في النتائج أنّ ارتفاع تحلي الطبيب بالقدرة على ملاحظة وتفهم مشاعر مرضاه يعني انضباطاً أكبر في معدلات السكر والكوليسترول لدى مرضاه، وانخفاضاً في معدلات الإصابات بمضاعفات السكري، مثل غيبوبة ارتفاع نسبة السكر بالدم diabetic coma وحالة الحمض السكري diabetic ketoacidosis وهما من المضاعفات الخطرة لدى مرضى السكري. وعلق القائمون على هذه الدراسة بقولهم: (نتائج هذه الدراسة الواسعة تؤكد أنّ العلاقة المبنية على قدرة الطبيب لملاحظة وتفهم مشاعر مرضاه هي عامل مهم في الحصول على نتائج إيجابية أفضل للمعالجة) (صندقجي، 2012).

إنّ الهدف الرئيس من المعالجة هو أن نريح المرضى وأن نخفف معاناتهم. أحد أشكال المعاناة التي نواجهها جميعاً هو العزلة. عندما نكون مفهومين ينقص العزلة ويُرِحنا. إذا أهملنا الفهم التعاطفي سيشعر المريض بأنه وحيد مع مرضه ومخاوفه ويعيق هذا الأمر عملية الشفاء (Platt, & Platt, 1998, p.33).

إنّ أهمية التعاطف في العلاقة العلاجية مرتبط بأهداف مثل هذه العلاقات بغض النظر عن سياق العلاقة العلاجية، هناك مجموعة رئيسية من الأهداف أو الأغراض العامة. تتضمن:

- 1 - بدء الاتصال الشخصي الداعم لفهم تصورات وحاجات المريض.
- 2 - تشجيع المريض على التعلّم، أو مواجهة بيئته بفعالية أكثر.
- 3 - تخفيض أو حلّ مشاكل المريض.

فيما يتعلّق بهذه الأهداف، اقترحت العديد من الدراسات أنّ التعاطف يمكن أن يساعد على خلق مناخ ودّي بين الأشخاص يعتمد على التفهم و الصراحة والصدق والذي يمكّن الأفراد من التكلّم عن تصوراتهم للحاجة ( Mercer & Reynolds, 2002, p.9).

يسهم التعاطف في العلاقة العلاجية بشكل كبير، حيث يسمح للمرضى بأن يكونوا أكثر انفتاحاً فيما يتعلّق بمشاعرهم ومخاوفهم وأعراض مرضهم، فيقدّمون معلومات أكثر حول مرضهم وشكاوهم الأمر الذي يدعم زيادة الدقّة التشخيصية للأمراض، و تكوين صورة أشمل وأوضح عن حال المريض، وكذلك فإنّ موقف الطبيب المنفتح نحو المرضى يمنحهم الشعور بالأمان، والإيمان والثقة بقدرات الطبيب، وينقص المسافة العاطفية في تفاعل الطبيب -

المريض. كما أنّ للتعاطف تأثير في مشاعر القلق، والكآبة لدى المريض، فيسهم في تخفيض القلق والكآبة والعداوة لديه انطلاقاً من دعم التعاطف في تشكيل فهم أعمق للمريض وإيصال هذا الفهم للمريض ذاته، وإذا اعتقد المريض بأنه فهم أثناء المقابلة، سيكون أكثر ارتياحاً، وسيعبر بسهولة أكثر عما يدور في نفسه، ونتيجةً لذلك سيكون التشخيص أكثر دقةً، وتزداد مشاركة المريض في العملية العلاجية؛ ويسهم التعاطف في بناء الثقة المتزايدة بين المريض والمعالج، الأمر الذي يدعم ويؤسس رضى المريض بالمعالجة وإظهاره لتقبل أكثر وقدرة أكبر على تحمل المعالجة ومتابعة العلاج والالتزام بتوصيات المعالج.

وعلى أية حال، هناك دليل كافٍ على أنّ الاتصال التعاطفي مهارة قابلة للتعلّم والتعليم، والتي لها منافع ملموسة لكلا الطبيب العيادي والمريض، كما ويحسن الاتصال التعاطفي الفعّال التأثير العلاجي لعلاقة الطبيب – المريض (Buckman, & Tulsy, 2011, p.570; Ioannidou, & Konstantikaki, 2008, p.119).

### التعاطف و ترقّيته في الاستشارات الطبية

يذكر لوسير وريتشارد (Lussier & Richard, 2007, p. 641) أنّ للتعاطف ثلاث وظائف في الاستشارات الطبية بالنسبة للأطباء وهي الآتي:

- فهم مرضاهم.
  - تقديم الدعم لمرضاهم وذلك بأن يظهروا لهم أنه يستحق أخذ الوقت من أجل محاولة أن يفهموا مشاعر مرضاهم.
  - إدارة عواطف مرضاهم.
- أما وظائف التعاطف في الاستشارات الطبية بالنسبة للمرضى فهي الآتي:
- ليكونوا مرتاحين بحقيقة أنّهم يشعرون بكونهم مفهومين.
  - لتطوير اتجاه عاكس يمكنهم من التفكير بشأن عواطفهم ووضعها في المنظور ( ليصبحوا مدركين لعواطفهم ويأخذوا مسافة عنها).
- ويحسب بينبسات وبومال (Benbassat & Baumal, 2004, p. 834) على الأطباء أن يبصروا لمخاوف المريض، ووعي الأطباء بمخاوف المرضى يكون مسهلاً بوساطة:
1. إجراء مقابلة (متمركزة على المريض) وبذلك يُخلق الجو الذي يشجّع المرضى على مشاركة مخاوفهم ومشاعرهم.
  2. استفسار أبعد لمخاوف المريض.
  3. تسجيل هذه المخاوف في السجل الطبي للمريض.
- ويذكر الباحثان أنّ هناك بعض العادات المُمارَسة التي قد تثبط عزيمة المرضى عن الإباحة بمخاوفهم ومشاعرهم ومصادر ضيقهم لأطبائهم ومنها:
- تسجيل ملاحظات شاملة في الوقت الذي يتكلّم به المريض.
  - التركيز على الشكوى الرئيسية مبكراً جداً في المقابلة.
  - السؤال بتعاقب سريع ( أن يسأل الطبيب بتعاقب سريع الأسئلة المغلقة) ( Benbassat & Baumal, 2004, 836).

وطبقاً لـ ديفيتو وزملاؤه (Lussier & Richard, 2007, 640) هناك بعض الاستراتيجيات التي تساعد على فهم عواطف المرضى (الجدول 2)، يشير العمود الأيسر إلى سبب استعمال كل استراتيجية.

جدول 2- استراتيجيات لمحاولة فهم مشاعر المريض.

الأسباب	الاستراتيجيات الموصى بها
ستكون في مزاج أكثر تقبلاً.	كن هادئاً و تبني موقفاً محايداً.
تقييمك ليس جزءاً من وجهة نظر مريضك.	تجنب تقييم سلوك مريضك.
ليست مشكلة ما تفهمه أنت، إنه ليس بالضبط ما يفكر به مريضك. خذ مثل هذه التعديلات غير المقصودة في حسابك بتحقق لفهمك مع مريضك.	كن مدركاً بأنك دائماً تضيف شيئاً ما أو تأخذ شيئاً ما من رسالة مريضك.
ما الذي يشعر به مرضاك مرتبط بكل شيء هم عليه الآن، ومرتبطة بماضيهم كذلك، كلما عرفت عنهم أكثر كلما كانت الفرص أفضل، حيث بناؤك لعواطفهم سيصبح قريباً مما يشعرون به في الحقيقة.	حاول أن تمتلك معلومات كثيرة قدر الإمكان عن مريضك

يقترح بينباسات وبومال ( Benbassat & Baumal, 2004, p.834 ) عدة طرق لترقية قدرة طلاب

الطب على استخراج مشاعر المريض، وضيقه، ومخاوفه، وهي الآتي:

\* اضمن السرية قدر الإمكان عندما تقابل المريض. " اكسر الجليد " بإظهار الاحترام والاهتمام الثابت في كافة أنحاء المقابلة، ومثال على ذلك: ابق اتصال عيني ووضعية جسم منحنٍ للأمام بعض الشيء.

\* استمع بعناية لتقرير المريض عن تاريخه، ولا تقاطعه لدقيقتين على الأقل. شجع السرد التلقائي لقصة المريض بواسطة الإيماء، واسمح للمريض أن يضبط المقابلة.

\* ترقب الإشارات الشفوية واللا شفوية غير مباشرة لمشاعر المريض. واستجب بشكر دقيق وواضح لعواطف المريض، وضيقه، ومخاوفه. وشجع المريض على الكلام ليس حول (أعراضه المرضية) فقط، لكن أيضاً حول وضعه الشخصي والعائلي، وتفضيلاته، ومشاعره. ونحو نهاية المقابلة، إذا كان ذلك ملائماً، اسأل واحداً أو أكثر من الأسئلة الآتية:

- من جميع مشاكلك، أيّة واحدة هي أكثر ما يقلقك؟
- هل لديك أيّة تفضيلات أو اقتراحات بشأن ما يجب أن تكون عليه إدارتك؟
- هل لديك أيّة أفكار بخصوص ما الذي سبب مرضك؟
- ما هي خططك للمستقبل؟
- كيف هو شعورك الآن بعد الذي مررت به؟
- كيف شعرت أسرتك عندما حدثت عنها عن مرضك؟

وشجع المريض لي طرح الأسئلة حول مرضه ومشاعره ومخاوفه الرئيسة بالسؤال: هل لديك أي سؤال

بخصوص حالتك؟

## الاستنتاجات والتوصيات

- التعاطف مفهوم معقد ومتعدد الأبعاد. ويتضمن التعاطف القدرة على:
  1. فهم حالة الشخص الآخر، ومشاعره ومنظوره.
  2. إيصال ذلك الفهم وبشكل دقيق للشخص الآخر.
  3. التصرف بطريقة فعّالة مع الشخص الآخر بناءً على ذلك الفهم.
- يلعب التعاطف دوراً هاماً في علاقة الطبيب مع المريض، وله منافع واضحة لكل من المريض والطبيب المعالج، حيث يحسّن أداء الطبيب، كما يساعد على تحسين النتائج العلاجية.
- التعاطف مهارة قابلة للتعلّم والتعليم.
- وعليه ومن خلال النتائج التي تمّ التوصل إليها يطرح الباحث التوصيات الآتية:
  - ضرورة عقد دورات تدريبية مستمرة للأطباء العاملين ومهنيي الرعاية الطبية تعرفهم بأهمية التعاطف في العملية العلاجية، وفائدته لكل من المريض والطبيب المعالج، وتزويد مهارات الإتصال التعاطفي لديهم.
  - قياس مستوى التعاطف لدى طلبة الكليات الطبية في سورية، الأمر الذي يزود المربين في هذه الكليات بالإشارات والمعلومات لتطبيق تغييرات منهجية بغية زيادة التعاطف أثناء التعليم الطبي للطلبة.
  - يجب أن ينضمّن البعد الإنساني للقاء السريري والتفاعل مع الزبون - حيثُ التعاطف جزءاً رئيسياً منه - في عملية تقييم جودة الرعاية عموماً وجودة الرعاية الطبية بشكل خاص.

## المراجع:

1. جولمان، دانييل. *النكاء العاطفي*. الطبعة الأولى، ترجمة ليلي الجبالي. عالم المعرفة، دولة الكويت، العدد 262، أكتوبر 2000، 364.
2. خوالدة، محمود عبد الله محمد. *النكاء العاطفي النكاء الانفعالي*. الطبعة الأولى، دار الشروق للنشر والتوزيع، عمان، 2004، 351.
3. روبنز، بام؛ سكوت، جان. *النكاء الوجداني*. الطبعة الأولى، ترجمة صفاء الأعرس وعلاء الذين كفاي. دار قباء للطباعة والنشر والتوزيع، القاهرة، 2000، 439.
4. صندقجي، حسن محمد. *الأطباء وتفهم مشاعر المرضى*. الشرق الأوسط، المملكة العربية السعودية، العدد 12358، 28 سبتمبر 2012.
5. BENBASSAT, J; and BAUMAL, R. *What is empathy, and how can it be promoted during clinical clerkships*. Academic Medicine, Vol. 79, No. 9, 2004, 832 – 839.
6. BIRHANU, Z; ASSEFA, T; WOLDIE, M; and MORANKAR, S. *Determinants of satisfaction with health care provider Interactions at health center in central Ethiopia: Across Sectional study*. BMC Health Services Research. 10: 78. 2010, 19 march. 2013. < <http://www.biomedcentral.com/1472-6963/10/78>. >
7. BOUM, H. K. *Is empathy necessary for the practice of "Good" Medicine*. The Open Ethics Journal, 2, 2008, 1 – 12.
8. BROWN, K. A. *The nurse, empathy, and patient Satisfaction*. Unpublished Doctoral Dissertation. University of Utah, USA, 1990, 311.

9. BRUNERO, S; LAMONT, S; and COATES, M. *A review of empathy education in nursing*. Nursing Inquiry, Vol. 17, No. 1, 2010, 65 – 74.
10. BUCKMAN, R; and TULSKY, J. A. *Empathic responses in clinical Practice: Intuition or tuition*. Canadian Medical Association Journal, Vol. 183, No. 5, March 2011, 569 – 571.
11. CHOWDHRY, S. *Exploring the concept of empathy in Nursing: can it lead to abuse of patient trust*. Nursing Times, Vol. 106, No. 42. 2010, 22 – 25.
12. DAVIS, C. M. *What is empathy and can empathy be taught*. Physical Therapy, Vol. 70, No. 11, 1990, 707 – 711.
13. DECETY, J; and JACKSON, P. L. *The functional architecture of human empathy*. Behavioral and Cognitive Neuroscience Reviews, 3, 2004, 71 – 100.
14. HALPERN, J. *What is clinical empathy*. Gen Intern Med, 18, 2003, 670 – 674.
15. HOJAT, M; GONNELLA, J. S; MANGIONE, S; et al. *Empathy in Medical student as related to academic performance, Clinical competence and gender*. Medical Education, 36, 2002a, 522 – 527.
16. HOJAT, M; GONNELLA, J; ASCA, T. J ; MANGIONE, S; VERGARE, M; and MAGEE, M. *Physician empathy: Definition, Components, Measurement, and Relationship to Gender and Specialty*. Am J psychiatry, 159, 2002b, 1563 – 1569.
17. HOJAT, M; GONNELLA, J. S; NASCA, T. J; MANGIONE, S; VOLOSKI, J. J; and MAGEE, M. *The Jefferson scale of Physician empathy: Further psychometric data and Difference by gender and specialty at item level*. Academic Medicine, 77, 2002c, 58 – 80.
18. HOJAT, M; FIELDS, S; and GONNELLA, J. S. *Empathy: An Np/MD comparison*. The Nurse Practitioner, Vol. 28, No. 4, 2003, 45 – 47.
19. HOJAT, M. *Empathy in patient care: Antecedents, development, measurement and outcomes*. Springe, New York, 2007, 426.
20. IOANNIDOU, F; and KONSTANTIKAKI, V. *Empathy and Emotional intelligence: What is really about*. International Journal of Caring Sciences, Vol. 1, No. 3, Sep –Des 2008, 118 – 123.
21. KLISZCZ, J; NOWICKA-SAUER, K; TRZECIAK, B; NOWAK, P; and SADOWSKA. *Empathy in health care provider-validation study of the Polish version of the Jefferson scale of empathy*. Advances in Medical Science, Vol. 51, 2006, 219 – 225.
22. LAROCCO, S. A. *Assisting nursing students to develop Empathy using a writing assignment*. Nurse Educator, Vol. 35, No. 1, 2010, 10 – 11.
23. LAWRENCE, E. G; SHAW, P; AKER, D; BARON-COHEN, S; and DAVID, A. S. *Measuring Empathy: Reliability of the Empathy Quotient*. Psychological Medicine, 34. 2004, 911 – 924.
24. LIETZ, C. A; GERDES, K. E; SUN, F; GEIGER, J. M; WAGAMAN, M; and SEGAL, E. A. *The empathy assessment Index (EAI): A confirmatory factor analysis of a Multidimensional model of empathy*. Journal of the Society for Social Work and Research, Vol. 2, No. 2, 2011, 104 – 124.
25. LUSSIER, M; and RICHARD, C. *Feeling understanding: Expression of empathy during medical consultations*. Canadian Family Physician, 53, 2007, 640 – 641.
26. MALPAS, P. J; and CORBETT, A. *Modeling empathy in medical and nursing education*. The New Zealand Medical Journal, Vol. 125, No. 1352, 2012, 94 – 100.
27. MCMILLAN, L. R. *Empathy and empathic communication: Nursing student perceptions of program effectiveness*. Unpublished Doctoral Dissertation. Auburn University, USA, 2007, 142.

28. MERCER, W; and REYNOLDS, W. *Empathy and quality of care*. British Journal of General Practice, 52, 2002, 9 – 13.
29. MILANY, M. *Empathy and communication*. CVJ, Vol. 51, February 2010, 204 – 207.
30. MORSE, J; ANDERSON, G; BOTTER, J; YONGE, O; O'BRIEN, B; and SOLBERG, S. *Exploring empathy: a conceptual fit for nursing practice*. J Nurs Scholarship, 24, 1992, 273-280.
31. MORSE, J; BOTTOROFF, J; ANDERSON, G; O'BRIEN, B; and SOLBERG, S. *Beyond empathy: Expanding expression of Caring*. Journal of Advanced Nursing, Vol. 53, No. 1, 2006, 75.
32. OUZOUNI, C; and NAKAKIS, K. *An exploratory study of Student nurses' empathy*. Health Science Journal, Vol. 6, No. 3, 2012, 534 – 552.
33. PLATT, F. W; and Platt, C. M. *Empathy: A miracle or nothing at all*. JCOM, Vol. 5, No. 2, March-April 1998, 30 – 33.
34. RANKIN, K; KRAMER, J. H; and MILLER, B. L. *Patterns of cognitive and emotional empathy in front temporal lobar degeneration*. Cognitive Behavioral Neurology, 18, 2005, 28 – 36.
35. REYNOLDS, W; and SCOTT, B. *Do nurses and other professional helpers normally display much empathy?* Journal of Advanced Nursing, 31(1), 2000, 226 – 234.
36. SCOTT, H. *Empathy in healthcare settings*. Unpublished Doctoral Dissertation. University of London, UK, 2011, 233.
37. SPRENG, R. N; MCKINNON, M. C; MAR, R. A; and LEVINE, B. *The Toronto empathy questionnaire: Scale development and initial validation of a factor-analytic Solution to multiple empathy measures*. Journal of Personality Assessment. Vol. 91, NO. 1, 2009, 62 – 71.
38. STEPIEN, K; and BAERNSTEIN, A. *Education for empathy*. Journal of General Internal Medicine, 21. 2006, 524 – 530.
39. WAI, M; and TILIOPOULOS, N. *The effective and cognitive empathic nature of the dark triad of personality*. Personality and Individual Differences, 52, 2012, 794 – 799.
40. WISEMAN, T. *A concept analysis of empathy*. Journal of Advanced Nursing, 23. 1996, 1162 – 1167.
41. ZENASNI, F; BOUJAT, E; WOERNER, A; and SUTTAN, S. *Burnout and empathy in primary care: Three Hypotheses*. British Journal of General Practice, July 2012, 346 – 347.