

## بررسی میزان هم‌دلی دانشجویان دندان‌پزشکی

### شهر تهران با بیماران در سال ۱۳۹۳

شهریار شهاب<sup>۱</sup>، ناهید رژه<sup>۲\*</sup>، ملیحه نصیری<sup>۳</sup>، روح اله اصغری راد<sup>۴</sup>

#### مقاله‌ی پژوهشی

#### چکیده

ارتباط صحیح و هم‌دلی بین دندان‌پزشکان و بیماران یکی از دغدغه‌های برنامه‌ریزان آموزش و گیرندگان خدمات دندان‌پزشکی است. هدف از مطالعه‌ی حاضر بررسی میزان هم‌دلی در دانشجویان دندان‌پزشکی دانشگاه‌های علوم پزشکی شهر تهران در سال ۱۳۹۳ با بیماران بود. در این مطالعه‌ی توصیفی - مقطعی، بر اساس فرمول تعیین حجم نمونه‌ی تصادفی با فرمول مورگان تعداد ۴۱۰ نفر از دانشجویان دندان‌پزشکی دانشگاه‌های شهر تهران به‌طور تصادفی ساده انتخاب شدند. برای جمع‌آوری اطلاعات، از پرسش‌نامه‌ی جمع‌آوری اطلاعات دموگرافیک و پرسش‌نامه‌ی هم‌دلی (واکنش‌های میان فردی) استفاده شد. اطلاعات شرکت‌کنندگان وارد نرم‌افزار کامپیوتری SPSS ویرایش ۱۶ شد. تجزیه و تحلیل با استفاده از آزمون‌های Independent T-Test، آنالیز واریانس یک‌طرفه و ضرایب همبستگی انجام شد. میانگین نمرات هم‌دلی دانشجویان دندان‌پزشکی (۱/۰۳ ± ۵۳/۰۶) و بالاترین میزان مربوط به بعد تخیل (۴/۶۵ ±) (۱۴/۴۱) بود. از بین مشخصات جمعیت‌شناختی سن، جنسیت و مقطع تحصیلی با هم‌دلی رابطه‌ی معنی‌داری داشت ( $P < 0.001$ ). میزان هم‌دلی افراد متأهل در سنین و مقاطع تحصیلی بالاتر بیش‌تر بارز بود. اما با دانشگاه محل تحصیل رابطه‌ی معنی‌داری مشاهده نشد. میزان هم‌دلی در دانشجویان دندان‌پزشکی دوره‌ی عمومی با شرایط قابل انتظار تفاوت دارد. برنامه‌ریزی آموزشی برای تقویت فضای هم‌دلی بین دانشجویان و بیماران ضروری به‌نظر می‌رسد.

واژگان کلیدی: هم‌دلی، دانشجویان، دندان‌پزشکی، آموزش

<sup>۱</sup> استادیار، دانشگاه شاهد

<sup>۲</sup> دانشیار، مرکز تحقیقات مراقبت‌های سالمندی، دانشگاه شاهد

<sup>۳</sup> استادیار، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی

<sup>۴</sup> دانشجوی دندان‌پزشکی، دانشگاه شاهد

\* نشانی: تهران، بزرگراه خلیج فارس، روبه‌روی حرم مطهر امام خمینی (ره)، کدپستی: ۳۳۱۹۱۱۸۶۵۱، تلفن: ۰۲۱-۶۶۴۱۸۵۹۲

Email: [nrejah@yahoo.com](mailto:nrejah@yahoo.com)

## مقدمه

هم‌دلی در مفهوم کلی و عمومی عبارت است از توانایی قرار دادن خود به جای دیگران برای درک بهتر احساسات و تجربیات طرفین در تعامل با یکدیگر (۱). ارتباط و درک متقابل ارائه‌دهنده و گیرنده‌ی خدمات سلامت دهان و دندان مورد توجه جدی نظام آموزشی دندان‌پزشکی است. نکته‌ی کلیدی در این ارتباط مؤثر و مفید، توانایی درک و میزان هم‌دلی بین بیمار و دندان‌پزشک است (۲). افزایش هم‌دلی با افزایش رضایت بیماران همراه بوده است و ارتقاء تشخیص و طرح درمان صحیح و کیفیت مناسب خدمات سلامت دهان و دندان موجب ارتقاء نقش حرفه‌ای دندان‌پزشک می‌شود.

مطالعات نشان داده است که هم‌دلی دندان‌پزشک با بیماران ارتباط نزدیکی با مهارت‌های اجتماعی، حس نوع‌دوستی، انعطاف‌پذیری، صبوری و تحمل، شوخ‌طبعی، خوش‌بینی، گذشت و مهربانی او دارد. توانایی کسب اطلاعات و معاینه‌ی دقیق و صحیح، جنسیت، شخصیت و تجربیات آموزشی دندان‌پزشک با هم‌دلی او ارتباط معنی‌دار دارند (۵-۳). دندان‌پزشکان و پزشکان با هم‌دلی بیشتر، شایستگی بیشتری در گرفتن شرح حال، انجام معاینات بالینی، نیازسنجی، طرح درمان، ارائه‌ی دستورات بعد از درمان و جلب همکاری بیماران خود پیدا می‌کنند که این باعث افزایش رضایت بیماران، کاهش خطاهای عملکردی و عدول از حقوق حرفه‌ای، کاهش شکایات و نارضاقتی‌های بیماران، ایجاد انگیزه در بیماران برای پی‌گیری دقیق دستورات و افزایش موفقیت پیامدهای درمان ارائه‌شده توسط دندان‌پزشک می‌شود (۶، ۷).

شواهد نشان می‌دهد که دندان‌پزشک کودکان که هم‌دلی مناسبی با کودک و خانواده‌ی او دارند، ترس کودک و خانواده‌اش را کاهش می‌دهند که موفقیت در درمان را به همراه دارد (۸-۱۰). همچنین، مطالعات نشان می‌دهد مهارت

ایجاد ارتباط و هم‌دلی با بیماران باعث کاهش اضطراب و ترس آن‌ها از دندان‌پزشکی شده و نیز بهبودی بیماران مبتلا به دردهای صورتی و دهانی و ایجاد رغبت و همکاری در دریافت خدمات اورژانس دندان‌پزشکی و ارتودنسی و کشیدن دندان، ترمیم دندان و درمان‌های ریشه و خدمات پروتزی و ایمپلنت را به‌دنبال دارد (۱۳-۱۱). اخیراً توسط انجمن آموزش دندان‌پزشکی آمریکا<sup>۱</sup> پیشنهاد شده است که دانشکده‌های دندان‌پزشکی دانشجویان حوزه‌ی سلامت را به شیوه‌ی آموزش دهند که موجب افزایش میزان هم‌دلی شود و همچنین، به دیدگاه بیمار و شناخت احساسات و ادراکات آن‌ها و به بسترهای اجتماعی، اقتصادی، فرهنگی، مذهبی و زبان آن‌ها توجه جدی کنند (۱۴، ۱۵).

اگرچه از هم‌دلی به‌عنوان یک بخش بسیار مهم در پزشکی یاد می‌شود که باعث افزایش رضایت بیماران و تشخیص و درمان صحیح‌تر می‌شود؛ به‌دلیل فقدان تعریف واحد و نبودن ابزاری جهت اندازه‌گیری دقیق آن، تحقیقات صورت گرفته در این زمینه بسیار محدود است. همچنین، امروزه به‌دلیل گسترش و گرایش زیاد به ابعاد تکنیکی دندان‌پزشکی، مؤلفه‌های کیفی و روانی - اجتماعی خدمات سلامت دهان و دندان کم‌تر مورد توجه قرار می‌گیرد.

از سال ۲۰۰۰ به بعد، پژوهشگران با توجه به پیشرفت اطلاعات این سؤالات را مطرح کرده‌اند که آیا فارغ‌التحصیلان علوم سلامت سخت‌دل‌تر می‌شوند و آیا ارائه‌دهندگان حوزه‌ی سلامت در طی دوران تحصیل دچار بی‌دردی احساسی و عاطفی می‌شوند و به همین خاطر شاخص‌هایی مانند هم‌دلی و اخلاق حرفه‌ای طراحی شدند. لذا، این مطالعه به منظور بررسی هم‌دلی دانشجویان دندان‌پزشکی دانشگاه‌های علوم پزشکی شهر تهران اجرا شد.

<sup>۱</sup> ADEA: American Dental Education Association

## روش کار

این پژوهش از نوع توصیفی است که به صورت مقطعی از فروردین تا تیرماه سال ۹۳ انجام شد و جامعه آماری آن شامل دانشجویان مشغول به تحصیل دوره‌ی عمومی دندان پزشکی در دانشگاه‌های آزاد، تهران، شاهد و شهید بهشتی بود. حجم نمونه بر اساس فرمول تعیین حجم نمونه‌ی تصادفی به روش Morgan و Krejcie جهت جامعه‌ی ۲۶۰۰ نفری (۱۶) دانشجویان دندان پزشکی دانشگاه‌های سطح شهر تهران با سطح اطمینان ۹۵ درصد تعیین شد و ۴۱۰ مشارکت‌کننده به روش تصادفی ساده بر اساس مشخصات نمونه‌های پژوهش در نظر گرفته شدند. براساس تعداد جمعیت دانشجوی دندان پزشکی هر دانشگاه نسبتی از آن‌ها مشخص می‌شود تا درصد مناسبی از هر دانشگاه به مطالعه وارد شوند. سپس با مراجعه به آموزش هر دانشکده، دانشجویان با ویژگی‌های ورود به مطالعه براساس شماره‌ی دانشجویی، شماره‌گذاری شده آنگاه از طریق جدول اعداد تصادفی نمونه‌ها دقیقاً مشخص شده و در صورت عدم تمایل دانشجو به مشارکت در مطالعه، نمونه‌ی جایگزین با رعایت همان نسبت فاصله از طریق جدول اعداد تصادفی انتخاب می‌شد.

دانشجویان با اختیار و علاقه‌ی خود به پرسش‌نامه‌ها پاسخ دادند؛ به علاوه به آنان اطمینان داده شد که پاسخ‌های آنان کاملاً محرمانه باقی می‌ماند. معیارهای ورود به مطالعه برای دانشجویان عبارت بود از تحصیل در دوره‌ی عمومی دندان پزشکی در یکی از دانشگاه‌های آزاد، تهران، شاهد و شهید بهشتی و همچنین، تمایل به شرکت در پژوهش.

برای جمع‌آوری اطلاعات، از پرسش‌نامه‌ی دو قسمتی استفاده شد؛ قسمت اول شامل ویژگی‌های دموگرافیک شرکت‌کنندگان در پژوهش (شامل سن، جنسیت، وضعیت تأهل، مقطع تحصیلی، و رشته‌ی تخصصی مورد علاقه) بود. قسمت دوم پرسش‌نامه‌ی خودگزارشی شاخصه‌ی هم‌دلی

(واکنش‌های میان فردی) بود که توسط Davis با ۲۸ عبارت طراحی شد (۱۷) و روانسنجی این ابزار در ایران توسط قربانی و همکاران با توجه به ویژگی‌های فرهنگی مورد تأیید قرار گرفته است؛ پایایی بازآزمایی این ابزار ۰/۶۱ تا ۰/۷۹ برای مردان و ۰/۶۲ تا ۰/۸۱ برای زنان است. به منظور تبیین روایی شاخص واکنش‌پذیری بین فردی، ضریب همبستگی بین این ابزار با مقیاس هم‌دلی هاگان و پرسش‌نامه‌ی هم‌دلی هیجانی مهربان و اپستین سنجیده شده که به ترتیب ۰/۴۰ و ۰/۶۰ است (۱۹، ۱۸).

این ابزار چهار مقیاس آشفتگی شخصی (personal distress)، اتخاذ دیدگاه (perspective-taking)، تخیل (fantasy) و توجه هم‌دلانه (empathic concern) را می‌سنجد. هر خرده مقیاس در این آزمون دارای ۷ جمله است. مقیاس آشفتگی شخصی، احساسات اضطراب و ناراحتی ناشی از دیگران را می‌سنجد. مقیاس اتخاذ دیدگاه، کوشش‌ها برای اتخاذ دیدگاه دیگران و دیدن امور از دید آن‌ها را می‌سنجد. مقیاس تخیل، گرایش به هم‌هویت شدن با شخصیت‌ها در فیلم‌ها، رمان‌ها، نمایشنامه‌ها و موقعیت‌های ساختگی دیگر را می‌سنجد. آزمودنی‌ها باید میزانی را که هر جمله توصیف‌کننده‌ی وضعیت آن‌هاست در طیف لیکرت ۵ درجه‌ای (از ۰، اصلاً مرا توصیف نمی‌کند تا ۴، به‌خوبی مرا توصیف می‌کند)، مشخص کنند. نمرات سوالات در هر عامل جمع می‌شود تا نمره‌ی هر عامل و نمره‌ی کل به دست آید. حداقل و حداکثر نمره‌ی آزمودنی برای هر عامل به ترتیب صفر و ۲۸ خواهد بود. در این مقیاس نمره‌ی بیشتر، هم‌دلی بیشتری را نشان می‌دهد. شایان ذکر است به منظور رعایت ملاحظات اخلاقی، موافقت معاونت پژوهشی دانشگاه شاهد و دانشگاه‌های آزاد، تهران و شهید بهشتی جلب شد. همچنین، قبل از شروع پژوهش، شرکت‌کنندگان از اهداف و اهمیت تحقیق آگاه شدند و با رضایت آگاهانه در تحقیق شرکت کردند. به مشارکت‌کنندگان اطمینان داده شد که مشخصات آنان به صورت محرمانه حفظ

جدول شماره ۱ - مشخصات فردی شرکت‌کنندگان

| مشخصات                | فراوانی | درصد  |
|-----------------------|---------|-------|
| <b>جنسیت</b>          |         |       |
| زن                    | ۲۲۳     | ۵۴/۴۰ |
| مرد                   | ۱۸۷     | ۴۵/۶۰ |
| <b>گروه سنی (سال)</b> |         |       |
| ≤۲۵                   | ۳۲۵     | ۸۱/۵۰ |
| ۲۶-۳۰                 | ۵۳      | ۱۵/۶۰ |
| ≥۳۱                   | ۳۲      | ۲/۹۰  |
| <b>وضعیت تأهل</b>     |         |       |
| مجرد                  | ۳۱۳     | ۷۶/۳۰ |
| متأهل                 | ۹۲      | ۲۲/۴۰ |
| مطلقه                 | ۵       | ۱/۳۰  |
| <b>مقطع تحصیلی</b>    |         |       |
| سال سوم               | ۱۱۰     | ۳۵/۶۰ |
| سال چهارم             | ۳۹      | ۲۸/۱۰ |
| سال پنجم              | ۱۱۵     | ۹/۵۰  |
| سال ششم               | ۱۴۶     | ۲۶/۸۰ |

جدول شماره ۲ - میانگین و انحراف معیار ابعاد مختلف

| ابعاد هم‌دلی  | میانگین      |
|---------------|--------------|
| اتخاذ دیدگاه  | ۱۳/۲۶ ± ۳/۷۳ |
| تخیل          | ۱۴/۴۱ ± ۴/۶۵ |
| توجه هم‌دلانه | ۱۱/۳۰ ± ۳/۶۲ |
| آشفته‌گی شخصی | ۱۴/۰۷ ± ۴/۳۲ |
| کل            | ۵۳/۰۶ ± ۱/۰۳ |

خواهد شد. داده‌ها با استفاده از برنامه‌ی آماری SPSS ویرایش ۱۶ تجزیه و تحلیل شد. از آمار توصیفی جهت توصیف مشخصات دموگرافیک، توزیع فراوانی و میانگین تمام ابعاد هم‌دلی استفاده شد. جهت بررسی توزیع نرمال داده‌ها از آزمون Kolmogorov - Smirnov استفاده شد. به منظور بررسی تفاوت نمرات هم‌دلی با توجه به متغیرهای جنسیت از آزمون Independent T-test، وضعیت تأهل و مقطع تحصیلی و نوع دانشگاه از آنالیز واریانس یک‌طرفه و هم‌چنین، سن و هم‌دلی از ضریب همبستگی پیرسون استفاده شد. سطح معنی‌داری کم‌تر از پنج صدم در نظر گرفته شد.

### نتایج

در مطالعه‌ی حاضر، ۴۱۰ نفر از دانشجویان مشغول به تحصیل دوره‌ی عمومی دندان‌پزشکی در دانشگاه‌های شهر تهران (آزاد، تهران، شاهد و شهید بهشتی) شرکت کردند. مشخصات فردی دانشجویان دندان‌پزشکی شرکت‌کننده در مطالعه در جدول شماره‌ی یک مشخص شده است (جدول شماره‌ی ۱).

میانگین نمرات هم‌دلی ( $53/06 \pm 1/03$ ) و بالاترین میزان مربوط به بعد تخیل ( $14/41 \pm 4/65$ ) بود (جدول شماره‌ی ۲). بین هم‌دلی با سن، همبستگی معنی‌داری مشاهده شد ( $r=0/862$ ;  $P=0/001$ ) و آزمون Scheffe نشان داد در طبقه‌بندی سن در افراد بالاتر از ۳۰ سال میزان هم‌دلی کم‌تر و در گروه سنی ۲۴-۲۰ میزان هم‌دلی بیش‌تر است.

همبستگی بین هم‌دلی با جنسیت دانشجویان معنی‌دار بود ( $P=0/001$ ) و تفاوت بین میانگین‌ها با استفاده از آزمون Independent T-test در طبقه‌بندی جنسیت نشان داد که زنان، نمره‌ی هم‌دلی بیش‌تری دارند (جدول شماره‌ی ۳).

هم‌چنین، با در نظر گرفتن نقطه‌ی برش در نتایج آزمون Chi-square مشخص شد ارتباط معنی‌داری بین جنسیت ( $P<0/001$ ) با نمره‌ی هم‌دلی وجود دارد.

جدول شماره ۳ - میانگین و انحراف معیار هم‌دلی براساس جنسیت مشارکت کنندگان

| آزمون<br>آماره<br>سطح معنی‌داری | انحراف معیار | میانگین | تعداد | نمره‌ی هم‌دلی<br>جنسیت |     |
|---------------------------------|--------------|---------|-------|------------------------|-----|
|                                 |              |         |       | زن                     | مرد |
| $t=16/85$                       | ۸/۰۸         | ۵۹/۱۳۵  | ۲۲۳   |                        |     |
| $df=408$                        | ۷/۸۲         | ۴۵/۸۱   | ۱۸۷   |                        |     |
| $p=0/001$                       | ۱۰/۳۶        | ۵۳/۰۶   | ۴۱۰   |                        | کل  |

جهت مقایسه‌ی نمره‌ی هم‌دلی در دانشجویان در مقاطع مختلف تحصیلی از آزمون ANOVA استفاده شد. نتایج جدول شماره ۴ نشان می‌دهد که تفاوت معنی‌دار آماری بین مقاطع مختلف تحصیلی دانشجویان دندان‌پزشکی وجود دارد ( $P=0/001$ ). نتایج آزمون Scheffe نشان داد که دانشجویان سال ششم از میزان هم‌دلی کم‌تری بهره‌مند هستند. همبستگی نمرات هم‌دلی با مقطع تحصیلی از لحاظ آماری معنی‌دار بود ( $P=0/001$ ;  $t=0/641$ ) و در افراد با مقطع تحصیلی بالاتر نمره‌ی هم‌دلی کم‌تر بود (جدول شماره ۵).

همبستگی بین هم‌دلی با وضعیت تأهل معنی‌دار بود ( $P=0/001$ ). نتایج تفاوت بین میانگین‌ها با استفاده از آزمون ANOVA در طبقه‌بندی نشان داد که، دانشجویان متأهل نمره‌ی هم‌دلی بیش‌تری دارند. نتایج آزمون رگرسیون لجستیک نشان داد مرد بودن شانس نمره‌ی هم‌دلی بیش از ۵۶ را کم می‌کند ( $-0/074$ ). ( $P=0/01$ ,  $OR=0/001$ ,  $CI 95: 0/001$ )  
نتایج آزمون Chi-square بیانگر آن است که ارتباط معنی‌داری بین تأهل ( $P < 0/001$ ) با نمره‌ی هم‌دلی وجود دارد.

جدول شماره ۴ - تحلیل واریانس نمره‌ی هم‌دلی بین دانشجویان دندان‌پزشکی و مقطع تحصیلی

| آزمون<br>آماره<br>سطح معنی‌داری | انحراف معیار | میانگین | تعداد | نمره‌ی هم‌دلی<br>مقطع تحصیلی |       |
|---------------------------------|--------------|---------|-------|------------------------------|-------|
|                                 |              |         |       | سوم                          | چهارم |
| $f=289/32$                      | ۶/۴۰         | ۶۴/۹۹   | ۱۱۰   |                              |       |
| $df=3$                          | ۷/۱۹         | ۵۶/۳۸   | ۳۹    |                              |       |
| $p=0/001$                       | ۳/۷۶         | ۵۲/۸۸   | ۱۱۵   |                              |       |
|                                 | ۶/۴۰         | ۴۳/۳۲   | ۱۴۶   |                              |       |
|                                 | ۱۰/۳۶        | ۵۳/۰۶   | ۴۱۰   |                              | کل    |

و سپس رادیولوژی وجود داشت. نتایج رگرسیون بیانگر عدم ارتباط بین هم‌دلی با انتخاب نوع تخصص مورد علاقه بود ( $P=0/160$ ).

تفاوت نمرات هم‌دلی با انتخاب نوع تخصص مورد علاقه نشان داد که بالاترین نمره‌ی هم‌دلی در دندان‌پزشکی کودکان و سپس جامعه‌نگر و کم‌ترین در آسیب‌شناسی فک و صورت

یافته‌ها بیانگر آن بود که ارتباط نمرات هم‌دلی با نوع دانشگاه ( $P=0/805$ ) از لحاظ آماری معنی‌دار نبود. آزمون رگرسیون خطی چندگانه نشان داد با افزایش هر سال سن و افزایش سطح تحصیلات نمره‌ی هم‌دلی به ترتیب ۲/۰۶، ۱/۴۹ و ۲/۸۶ کاهش می‌یابد.

### بحث

یافته‌های این پژوهش نشان داد نمرات هم‌دلی دانشجویان دندان‌پزشکی دانشگاه‌های سطح شهر تهران پایین‌تر از سطح میانگین است و بالاترین میزان مربوط به بعد تخیل بود. نتایج تحقیق جباری‌فر و همکاران بر روی ۲۰۵ نفر از دانشجویان و دستیاران تخصصی دانشکده‌ی دندان‌پزشکی دانشگاه علوم پزشکی اصفهان با هدف تعیین همبستگی هم‌دلی با برخی از عوامل جمعیت‌شناسی همسو است (۲۰)، ولی با مطالعه‌ی هاشمی‌پور و همکاران که در مقایسه‌ی نمرات هم‌دلی بین دانشجویان گروه پزشکی صورت گرفته بود و نمرات هم‌دلی دانشجویان دندان‌پزشکی بالاتر از میانگین بود تفاوت دارد (۲۱).

شایان ذکر است ارائه‌ی نتایج متفاوت در مطالعات مختلف می‌تواند به علت استفاده از ابزارهای متنوع گردآوری اطلاعات با در نظر گرفتن تعاریف و ابعاد مختلف در خصوص هم‌دلی باشد. شناخت تجربیات درونی و دیدگاه بیماران و توانایی تعامل آن‌ها علاوه بر افزایش مهارت‌های تکنیکی دندان‌پزشکی، در ایجاد ارتباط صحیح، بقاء و استحکام آن و اثربخشی خدمات و وظایف بیماران بسیار مؤثر است.

در بررسی حاضر، دانشجویان جوان‌تر از نمره‌ی هم‌دلی بالاتری نسبت به دانشجویان رده‌ی سنی بالاتر برخوردار بودند و این اختلاف از لحاظ آماری معنی‌دار بود. یافته‌ی مذکور با نتیجه‌ی تحقیق هاشمی‌پور و همکاران هم‌سو است (۲۱) اما با یافته‌های مطالعات حجت و همکاران و نیز شریعت و همکاران که بر روی میزان هم‌دلی دستیاران رشته‌های مختلف در بین گروه‌های مختلف سنی اختلاف معنی‌داری نیافته

بودند، تفاوت دارد (۲۲). نتایج مطالعه‌ی حاضر بیانگر آن است که میزان هم‌دلی دانشجویان شرکت‌کننده در پژوهش به تفکیک جنسیت تفاوت معنی‌داری داشت. دانشجویان مؤنث نمره‌ی هم‌دلی بالاتری نسبت به دانشجویان مذکر داشتند؛ نمره‌ی هم‌دلی مردان به‌طور میانگین ۱/۴۹ کم‌تر است و این اختلاف از لحاظ آماری معنی‌دار بود. تقریباً در تمام مطالعات مرتبط میزان هم‌دلی به‌طور قابل توجهی در خانم‌ها بیش‌تر از آقایان گزارش شده است (۲۳).

نتایج این مطالعه با نتیجه‌ی مطالعه‌ی Yarascavitch و همکاران، حجت و همکاران (۲۴) و نتایج تحقیق صادقیه و همکاران که میزان هم‌دلی را بر روی ۱۱۷ نفر داوطلب با استفاده از پرسش‌نامه‌ی هم‌دلی شاخص واکنش میان فردی بررسی کردند و نشان دادند که هم‌دلی زنان بیش از مردان است (۲۵)، هم‌خوانی داشت. اما با یافته‌های شریعت و همکاران و جباری‌فر و همکاران که نشان دادند نمره‌ی هم‌دلی دانشجویان دندان‌پزشکی دوره‌ی عمومی در میان مردان بالاتر از زنان است تناقض دارد (۲۴، ۲۲). به لحاظ ساختار روانی و خصوصیات هم‌دلانه‌ی روان‌شناسی، طبیعی به‌نظر می‌رسد که میزان هم‌دلی در زنان بیش‌تر از مردان باشد و نوع رشته‌ی تحصیلی تأثیری بر تغییر این روند نداشته باشد. ممکن است این تفاوت به این دلیل باشد که خانم‌ها بیش‌تر به سینگال‌های احساسی پاسخ می‌دهند و از طرفی درمانگرهای خانم وقت بیش‌تری را جهت مراقبت از بیمارانشان صرف می‌کنند (۲۶).

نتایج نشان داد میزان هم‌دلی دانشجویان در رده‌های مختلف برحسب مقطع تحصیلی از لحاظ آماری معنی‌دار است. یافته‌های این مطالعه نشان‌دهنده‌ی وجود ارتباط معکوس مقطع تحصیلی با نمره‌ی هم‌دلی بود که علیرغم رشد در پایه‌های بالاتر تحصیلی، هم‌دلی کاهش یافته بود. میزان هم‌دلی در شروع ورود دانشجویان دندان‌پزشکی و قبل از طی مقاطع تحصیلی بالاتر که کارها تکنیکی‌تر می‌شود و توجه

به انتخاب رشته‌ی تخصصی مطلوب فرد زمینه‌ی آماده‌سازی بیش‌تر برای تعاملات هم‌دلانه در تخصص مورد نظر فراهم می‌شود که با مطالعه‌ی جباری‌فر هم‌خوانی داشت (۲۱). که احتمالاً این رشته‌های تخصصی نیازمند تعامل بیش‌تری با بیماران بوده و هم‌دلی با بیماران را می‌طلبد که نوید بخش پیشگویی مثبت در این زمینه است.

یافته‌های این مطالعه نشان‌دهنده‌ی عدم وجود ارتباط معنی‌دار نوع دانشگاه با نمره‌ی هم‌دلی بود که این امر احتمالاً به دلیل اخذ پذیرش یکسان دانشجو بدون سنجش دیدگاه بیمارمحور آنان است. مطالعه‌ی مشابهی در این خصوص صورت نگرفته است تا زمینه‌ی مقایسه با مطالعه‌ی حاضر فراهم شود.

#### نتیجه‌گیری

رویکردهای انسان‌مدارانه به دانش و سلامت، در سال‌های اخیر مورد تأکید و توجه محققان قرار گرفته است. فرایند ارتباط دندان‌پزشک با بیماران و تأمین رضایت آن‌ها نیاز به هم‌دلی مناسب طرفین دارد.

نتایج این تحقیق نیز نشان داد هم‌دلی در بین دانشجویان دندان‌پزشکی پایین‌تر از حد میانگین است و با برخی عوامل دموگرافیک رابطه‌ی معنی‌داری دارد و ارتقای هم‌دلی می‌تواند به افزایش برقراری تعاملات صحیح با بیماران کمک کند. به هر حال، اگر چه پرسش‌نامه‌ی هم‌دلی به‌طور قطعی مشکل را به میزان دقیق اثبات نمی‌کند ولی می‌تواند دانشجویان در معرض مشکل را شناسایی کند؛ بنابراین، توصیه می‌شود در جهت کاهش خطر، عوامل مشکل‌زا حذف شوند. لذا مسؤولان و خصوصاً اساتید راهنما این نکات را باید مد نظر داشته باشند که با توجه به نقش مهم هم‌دلی در تشخیص و درمان بیماری‌ها، جهت افزایش هم‌دلی برنامه‌های هدف‌دار را به آموزش پزشکی وارد کنند. مطالعات متعددی تاکنون نشان داده‌اند که می‌توان از روش‌های آموزشی مختلفی برای افزایش میزان هم‌دلی در دندان‌پزشکی و گروه پزشکی استفاده کرد.

بیش‌تری بر فعالیت‌های تخصصی متمرکز می‌شود بالاتر است، که این امر با مطالعه‌ی جباری‌فر و همکاران هم‌خوانی داشت (۲۴). اما در برخی مطالعات اختلاف معنی‌دار آماری بین نمرات هم‌دلی در دستیاران گروه پزشکی مقاطع مختلف تحصیل به‌دست نیامد (۲۸، ۲۷، ۱۳).

میزان هم‌دلی در شروع ورود به دوره‌ی بالینی در گروه پزشکی و بالخصوص دندان‌پزشکی بیش از مقاطع بالاتر است که احتمالاً به دلیل توجه وافر مقاطع تحصیلی بالاتر به کسب مهارت‌های تکنیکی دندان‌پزشکی و کم‌رنگ‌تر شدن توجه به برقراری ارتباط با بیمار است که نهایتاً منجر به کاهش هم‌دلی می‌شود؛ در عین حال، فاصله گرفتن تدریجی از وضعیت دانشجویی و نزدیک شدن به کسوت متخصص، کاهش توجه به درمان بر اساس بیمارمحوری و تمرکز بیش‌تر به انجام تکنیک صرف در ارائه‌ی خدمات نیز بر این امر مؤثر است.

در پژوهش حاضر، میانگین نمره‌ی هم‌دلی دانشجویان مجرد و متأهل اختلاف معنی‌دار آماری داشت. اما با مطالعه‌ی شریعت و همکاران (۲۲) بر روی میزان هم‌دلی دستیاران رشته‌های مختلف دانشگاه علوم پزشکی ایران متفاوت بود؛ بی‌تردید، تحقیقات بیش‌تری در این زمینه لازم است، زیرا مطالعات کمی در این خصوص صورت گرفته است.

میزان هم‌دلی با رشته‌های تخصصی مورد علاقه رابطه‌ی معنی‌دار نشان نداد اما بیش‌ترین میزان هم‌دلی در میان گروه علاقمند به اخذ تخصص در رشته‌های دندان‌پزشکی کودک و جامعه‌نگر بود و یافته‌های این مطالعه نشان‌دهنده‌ی وجود میزان هم‌دلی بالا با انتخاب برخی رشته‌های تخصصی مورد علاقه (دندان‌پزشکی کودکان) بود که نیاز به هم‌دلی بیش‌تری با بیماران خود برای ایجاد همکاری برای درمان‌های اثربخش و رفع مخاطرات درمان‌ها دارند. در انتهای فهرست، رشته‌هایی مانند رادیولوژی و پاتولوژی قرار دارند که در این رشته‌ها تشخیص اغلب بر اساس تکنولوژی و پاراکلینیک صورت می‌گیرد و کم‌تر با خود بیماران سر و کار دارند. لذا با عنایت

وجود محیط‌های کاری سالم و برخوردار از بهداشت روانی در کلیه سازمان‌ها از جمله مراکز دندان‌پزشکی که خود وظیفه‌ی سلامتی مردم را به عهده دارند بسیار ضروری است. در صورتی که دانشجویان دندان‌پزشکی از هم‌دلی بالایی برخوردار باشند، ممکن است محیط کارآموزی باعث برآوردن نیازهای آنان در زمینه‌ی تعاملات صحیح با بیماران شده و سلامتی روحی و روانی خود و بیمارانشان تأمین شود. درک تجربیات درونی و دیدگاه بیماران و توانایی تعامل آن‌ها علاوه بر افزایش مهارت‌های تکنیکی دندان‌پزشکی، در ایجاد ارتباط صحیح و بقاء و استحکام آن و اثربخشی خدمات و وظایف بیماران بسیار مؤثر است که این امر ضرورت فراهم آوردن امکانات بیش‌تر در جهت حل این مشکل را تأیید می‌کند. از آن‌جا که دانشجویان آینده‌سازان کشور هستند و از نظر اجتماعی باید بهترین عملکرد را داشته باشند، لذا باید با کمک متخصصان و اساتید به این مشکل پرداخته شود؛ دانشجویان به داشتن عملکرد خوب تشویق شوند و با بهره‌گیری از روش‌های مختلف، سلامت روان دانشجویان افزایش یابد. برنامه‌ریزی برای تقویت فضای هم‌دلی بین دانشجویان و بیماران و گنجاندن مفهوم هم‌دلی با بیماران در کوریکولوم درسی پیشنهاد می‌شود.

شایان ذکر است محدودیت‌های مطالعه عبارتند از: الف) جامعه‌ی پژوهش حاضر محدود به دانشجویان دندان‌پزشکی بود که این امر تعمیم نتایج به سایر دانشجویان را با احتیاط همراه می‌کند. لذا پیشنهاد می‌شود پژوهش با پرسش‌نامه‌ی هم‌دلی (واکنش‌های میان فردی) در گروه‌های مختلف انجام شود. ب) هم‌چنین، به دلیل انجام مطالعه در محیط‌های آموزشی ممکن است قادر به تصویرکشیدن واقعیت خدمات دندان‌پزشکی در بیرون و در سطح جامعه نباشد. ج) یکی دیگر از محدودیت‌های این پژوهش را می‌توان مقطعی بودن و استفاده از طرح همبستگی برای نشان دادن رابطه‌ی بین متغیرها دانست. از این رو، جهت وضوح بیش‌تر رابطه‌ی نشان داده شده بین متغیرها، پیشنهاد می‌شود مطالعات طولی در این زمینه صورت گیرد. با مطالعات وسیع‌تر در فارغ‌التحصیلان دندان‌پزشکی کل کشور و هم‌چنین، مشاهده‌ی رفتار عینی و هم‌دلی و تعامل آن‌ها با بیماران امکان تعمیم‌پذیری فراهم می‌شود.

#### تشکر و قدردانی

این مقاله حاصل بخشی از پایان‌نامه‌ی دانشجویی است که توسط معاونت پژوهشی دانشگاه شاهد تصویب و حمایت مالی شده است. پژوهشگران مراتب سپاس خود را از معاونت پژوهشی، مسؤولین دانشکده‌های دندان‌پزشکی شهر تهران، هم‌چنین، دانشجویان شرکت‌کننده در این مطالعه به‌خاطر صبر، حوصله و هم‌چنین، اعتمادشان به محققان و تمامی عزیزانی که ما را در اجرای هر چه بهتر این تحقیق مشارکت و همکاری داشتند، ابراز می‌دارند.

MJ. Empathy in senior year and first year medical students: a cross-sectional study. *BMC Med Educ* 2011; 11: 52

14- Learning objectives for medical student education--guidelines for medical schools: report I of the Medical School Objectives Project. *Acad Med* 1999; 74(1): 13-8.

15- 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

16- Krejcie RV, Morgan DW. Determining sample size for research activities. *Educational and Psychological Measurement*. 1970; 30:607-10.

17- Davis MH. Empathic concern and the muscular dystrophy telethon. *Pers Soc Psychol Bull*. 1983; 9(2):223-9

18- Ghorbani N, Bing MN, Watson P, Kristl Davison H, LeBreton DL. Individualist and collectivist values: Evidence of compatibility in Iran and the United States. *Pers Individ Dif*. 2003;35(2):431-47

19- Ristovski A, Wertheim E. Investigation of compensation source, trait empathy, satisfaction with outcome and forgiveness in the criminal context. *Aust Psychol* 2005; 40(1):63-9.

20- Jabarifar SE, Khalifesoltani F, Nilchian F, Yosefi A, Hosseinpour K. Evaluation of under- and post-graduate Dental students of Isfahan Faculty of Dentistry in relation to communication skills and professional ethic. *Journal of Isfahan Dental School* 2012; 5(7):752-761. [Persian]

21- Hashemipour M, Karami MA, Validity and Reliability of the Persian Version of JSPE-HP Questionnaire. *Journal of Kerman University of Medical Sciences* 2012; 19(2):201-211. [Persian]

22- Shariat SV, Kaykhavoni A. Empathy in medical residents at Iran University of Medical Sciences. *Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology* 2010; 16(3): 248-56. [Persian]

23- Hojat M, Gonnella J, Mangione S, Nasca TJ. Physician empathy in medical education and practice: experience with the Jefferson scale of physician empathy. *Seminars in Integrative Medicine* 2003; 1(1): 25-41.

## منابع

1- 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.

2- Sherman JJ, Cramer A. Measurement of changes in empathy during dental school. *J Dent Educ* 2005; 69(3): 338-45.

3- Marzola R, Derbabian K, Donovan TE, Arcidiacono A. The science of communicating the art of esthetic dentistry. Part I: Patient-dentist-patient communication. *J Esthet Dent* 2000; 12(3): 131-8.

4- Sarnat H, Arad P, Hanauer D, Shohami E. Communication strategies used during pediatric dental treatment: a pilot study. *Pediatr Dent* 2000; 23(3): 337-41.

5- Sondell K, Soderfeldt B, Palmqvist S. Dentist-patient communication and patient satisfaction in prosthetic dentistry. *Int J Prosthodont* 2002; 15(1): 28-37.

6- Colliver JA, Willis MS, Robbs RS, Cohen DS, Swartz MH. Assessment of empathy in a standardized-patient examination. *Teaching and Learning in Medicine* 1998; 10(1): 8-11.

7- AL, Roter D, Green M, Lipkin M, Jr. Physician satisfaction with primary care office visits. Collaborative Study Group of the American Academy on Physician and Patient. *Med Care* 1993; 31(12): 1083-92.

8- Hojat M, Mangione S, Nasca TJ, Gonnella JS, Magee M. Empathy scores in medical school and ratings of empathic behavior in residency training 3 years later. *J Soc Psychol* 2005; 145(6): 663-72.

9- Brock CD, Salinsky JV. Empathy: an essential skill for understanding the physician-patient relationship in clinical practice. *Fam Med* 1993; 25(4): 245-8.

10- Newton BW, Barber L, Clardy J, Cleveland E, O'Sullivan P. Is there hardening of the heart during medical school? *Acad Med* 2008; 83(3): 244-9.

11- Spencer J. Decline in empathy in medical education: how can we stop the rot? *Med Educ* 2004; 38(9): 916-8.

12- Hemmerdinger JM, Stoddart SD, Lilford RJ. A systematic review of tests of empathy in medicine. *BMC Med Educ* 2007; 7: 24.

13- Magalhaes E, Salgueira AP, Costa P, Costa

- 27- Neumann M, Edelhauser F, Tauschel D, Fischer MR, Wirtz M, Woopen C, et al. Empathy decline and its reasons: a systematic review of studies with medical students and residents. *Acad Med* 2011; 86(8): 996-1009.
- 28- Quince TA, Parker RA, Wood DF, Benson JA. Stability of empathy among undergraduate medical students: a longitudinal study at one UK medical school. *BMC Med Educ* 2011; 11: 90.
- 24- Yarascavitch C, Regehr G, Hodges B, Haas DA. Changes in dental student empathy during training. *J Dent Educ* 2009; 73(4): 509-17.
- 25- Sadeghiye H, Aghababaei N, Hatami J, Khorami B A. Comparing Situational and Dispositional Empathy, Considering The Role of Gender Social Psychology Research 2011;1(2):1-16. [Persian]
- 26- Hojat, M., Joseph, S., Gonnella, J. S., Mangione, S., & Nasca, T. J. Physician Empathy: Definition, components, measurement and Relationship to Gender and specialty. *American Journal of Psychiatry*, 2002; 159, 1563-1569

## Empathy with patients among dentistry students in Tehran

Shahriar Shahab<sup>1</sup>, Nahid Rejeh<sup>\*2</sup>, Maliheh Nasiri<sup>3</sup>, Rohollah Asghari Rad<sup>4</sup>

<sup>1</sup>Assistant Professor, Shahed University, Tehran, Iran;

<sup>2</sup>Associate Professor, Elderly Care Research Center, Shahed University, Tehran, Iran;

<sup>3</sup>Assistant Professor, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran;

<sup>4</sup>Student of Dentistry, Shahed University, Tehran, Iran.

### Abstract

Empathy and communication between dentists and patients are among the major concerns of dental health educators. The present study aimed to evaluate the empathy levels of dentistry students with their patients in the city of Tehran during 2014.

In this descriptive cross-sectional study, 410 dentistry students of various universities throughout Tehran were selected randomly. Data were collected using the questionnaire of demographic data and Interpersonal Reactivity Index to assess dispositional empathy. Data analysis was performed using SPSS 16 statistical software.

The students had a mean empathy score of 53.06 (SD = ± 1.03), with the highest level pertaining to the imagination dimension (14.41 ± 4.65). Age, gender, and educational level had significant relationships with empathy (P < 0.01). Female students reported higher emotional empathy (P < 0.01), but no significant relationship was found between empathy and the university of attendance.

Empathy scores of undergraduate dentistry students were lower than ideal and acceptable levels. Therefore it seems necessary to design proper educational programs to improve empathy among dentistry students.

**Keywords:** dentistry, education, empathy, student

---

\*Email: [nrejeh@yahoo.com](mailto:nrejeh@yahoo.com)