

## بررسی نگرش دندانپزشکان نسبت به "همدلی دندانپزشک و بیمار" و عوامل مرتبط با آن در سال ۱۳۹۳

دکتر آرزو علانی<sup>۱</sup>، دکتر ترانه فرخ نیا<sup>۱</sup>، دکتر مهتاب چهارکامه<sup>۲</sup>

۱- استادیار گروه دهان، فک و صورت دانشگاه آزاد اسلامی، واحد دندانپزشکی تهران  
۲- دندانپزشک

### خلاصه:

**سابقه و هدف:** همدلی نقش مهمی در ارتباط بیمار با پزشک یا دندانپزشک معالج وی بازی می کند. همدلی دندانپزشک و بیماران باعث افزایش مهارتهای ارتباطی و رضایت آنها و اثربخشی درمانهای دندانپزشکی می گردد. ارتباط صحیح و همدلی بین دندانپزشک و گیرندگان خدمات دندانپزشکی یکی از دغدغه های اساتید، مدیران و برنامه ریزان آموزش و گیرندگان خدمات دندانپزشکی می باشد. مطالعه حاضر با هدف ارزیابی سطح همدلی در دندانپزشکان شرکت کننده در نهمین کنگره بین المللی سالیانه انجمن دندانپزشکان عمومی ایران در سال ۱۳۹۳ انجام شده است.

**مواد و روشها:** در این مطالعه توصیفی، ۲۰۰ دندانپزشک، نسخه فارسی پرسشنامه همدلی جفرسون (نسخه ارائه دهنده مراقبت های سلامت) را تکمیل کردند. نسخه فارسی پرسشنامه دارای روایی و پایایی بود و دارای ۲۰ گزینه بود که در مقیاس ۴ درجه ای لیکرت قرار داشت. حداکثر نمره برحسب امتیاز ۶۰ و حداقل آن صفر بود که در چهار نگرش کاملاً مثبت، مثبت، منفی و کاملاً منفی طبقه بندی می شود. اطلاعات دموگرافیک شرکت کنندگان و داده های حاصل از پرسشنامه وارد نرم افزار آماری SPSS v.20 گردید. با استفاده از آزمون مجذور کای مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

**یافته ها:** از بین ۲۰۰ شرکت کننده ۱۰۳ نفر مذکر (۵۱/۵ درصد) و ۹۷ نفر مونث (۴۸/۵ درصد) بودند. ۱۲۰ نفر از دندانپزشکان (۶۰ درصد) دارای نگرش مثبت و ۸۰ نفر از آنان (۴۰ درصد) دارای نگرش منفی نسبت به همدلی بودند. آزمون های آماری نشان دادند که ارتباط معناداری بین نگرش به همدلی با جنسیت، سن، سال فارغ التحصیلی، دانشگاه محل تحصیل و وضعیت تحصیل وجود ندارد. ( $P > 0.05$ )

**نتیجه گیری:** به نظر می رسد میزان همدلی در بین دندانپزشکان مورد مطالعه کمتر از شرایط قابل انتظار است. برنامه ریزی آموزشی برای تقویت همدلی در بین دندانپزشکان ضروری به نظر می رسد.

**کلید واژه ها:** همدلی، دندانپزشکان، رضایت بیمار، اخلاق پزشکی

وصول مقاله: ۹۴/۳/۱۸ اصلاح نهایی: ۹۴/۸/۱۷ پذیرش مقاله: ۹۴/۸/۲۰

### مقدمه:

عدم وجود نگرش مثبت دندانپزشکان نسبت به همدلی با بیماران یکی از مشکلات و دغدغه ها در جامعه می باشد.<sup>(۱)</sup> امروزه ارتباط و درک متقابل آرایه دهنده و گیرنده خدمات سلامت دهان و دندان مورد توجه جدی نظام آموزشی دندان پزشکی می باشد و نکته کلیدی در این ارتباط مؤثر و مفید،

توانایی درک و میزان همدلی بین بیمار و دندان پزشک است<sup>(۲،۳)</sup> شاخص همدلی (Jeferrson) برای اولین بار در مراکز پزشکی، پرستاری و دندان پزشکی به صورت محدود مورد استفاده قرار گرفته است و همچنین در بررسی های موجود، بیشتر تحقیقات بر روی دانشجویان دندانپزشکی صورت گرفته است و اطلاعات کمتری در ارتباط با همدلی دندان پزشکان

عاطفی پزشکان خود راضی باشند، حتی اگر از نتایج درمان رضایت نداشته باشند، کم تر علیه پزشک اقامه دعوی تخلف پزشکی می کنند.<sup>(۱۷)</sup>

### مواد و روش‌ها:

این تحقیق بصورت توصیفی به صورت جمع آوری اطلاعات از طریق پرسشنامه کتبی و استفاده از فرم اطلاعاتی در حضور مجری طرح انجام گرفت.

با توجه به نمونه‌های در دسترس و مطالعات پیشین که حجم نمونه کمتر از ۲۰۰ نفر داشته‌اند،<sup>(۱۷،۱۸)</sup> برای مطالعه حاضر تعداد ۲۲۰ نفر نمونه تعیین و به صورت sequential بر روی دندانپزشکان شرکت کننده در نهمین کنگره بین المللی انجمن دندانپزشکان ایران در دی ماه ۹۳ انجام شد.

ابزار جمع‌آوری داده‌ها ترجمه فارسی پرسشنامه همدلی (Jefferson) بود. که توسط هاشمی پور و همکاران با رعایت اصول ترجمه و بعد از اثبات روایی و پایایی آن تهیه شده بود و پایایی آن در یک مطالعه آزمایشی بر روی دندانپزشکان واحد دندانپزشکی آزاد اسلامی به روش تست ری تست اندازه گیری و میزان پایایی آن بر اساس اسپیرمن ۰/۸۵ به دست آمد پرسشنامه شامل ۲۰ سوال باز بود و از فرد مورد مصاحبه خواسته شد تا در ارتباط با میزان همدلی با بیمار به سوال یا جمله مورد نظر پاسخ دهد.<sup>(۷)</sup> بدینصورت میزان نگرش با تعداد ۲۰ گویه (بر علیه یا له نسبت به همدلی که دندانپزشک نسبت به بیماران خود دارد) ثبت گردید .

جهت نمره دهی به هر سوال نگرش مثبت (له) نمره ۳-۰ تخصیص داده شد که در ازاء پاسخ کاملاً موافق نمره ۳ و موافق نمره ۲، مخالف ۱ و کاملاً مخالف نمره صفر به پرسش شونده تخصیص داده می شود و پاسخ ۱۰ سوال نگرش منفی (علیه) بود که در ازای پاسخ کاملاً مخالف نمره ۳، مخالف ۲، موافق ۱ و کاملاً موافق صفر به پرسش شونده تعلق می‌گرفت بنابراین حداکثر نمره دندانپزشک ۶۰ و حداقل نمره صفر بود. بر اساس جمع نمرات بدست آمده میزان همدلی در هر نمونه بدست آمده به شرح زیر طبقه بندی گردید:

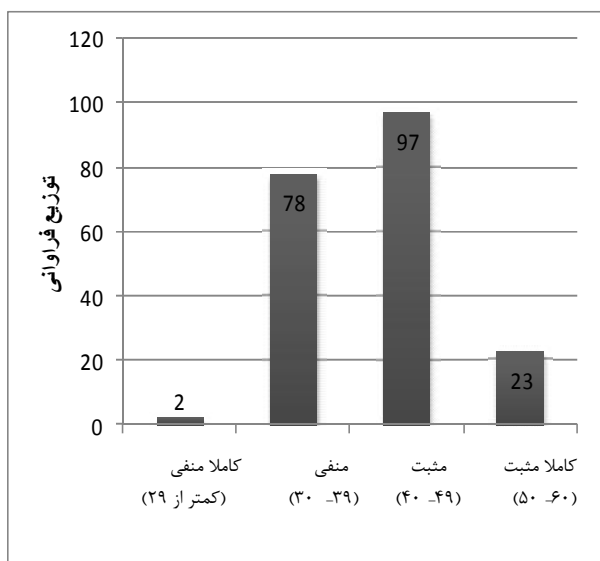
عمومی با بیماران در دسترس است. همچنین این اطلاعات درباره دندانپزشکان ایرانی بسیار محدود می باشد.<sup>(۴-۷)</sup>

اگر نگرش درمانگر نسبت به بیماران مثبت نباشد طبیعی است که این امر سبب کاهش رضایت بیماران، افزایش خطاهای عملکردی و افزایش شکایات و نارضایتی های بیماران و نیز عدم ایجاد انگیزه در بیماران برای پیگیری دقیق دستورات و عدم موفقیت درمان میشود. بنابراین دندان پزشکان و پزشکان با همدلی بیشتر، شایستگی بیشتری در گرفتن شرح حال، انجام معاینات بالینی و نیا زسنجی و طرح درمان و ارائه دستورات بعد از درمان و جلب همکاری بیماران خود را پیدا می کنند.<sup>(۸)</sup>

اما همدلی چیست؟ 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.<sup>(۲)</sup> تعاریف دیگری از همدلی عبارت است از توانایی نفوذ درمانگر، تمایل به فهم افکار، احساسات و کشمکش ها از دیدگاه بیمار<sup>(۹-۱۲)</sup> وقوع این پدیده مستلزم آن است که اجازه دهیم بیمار بداند که پزشک او را درک کرده است. چنین ارتباطی فراتر از آن است که صرفاً به بیمار بگوئیم من احساس شما را درک میکنم یا به علامت تصدیق سر خود را تکان دهیم، بلکه برای همدلی واقعی، ابتدا باید تجربه ی عاطفی بیمار را دقیقاً درک کنیم و سپس آنچه را که فهمیده ایم، در قالب کلمات یا اشاراتی به وی منتقل نمائیم. هماهنگی پزشک با وضعیت عاطفی بیمار، تاثیرات جانبی مهمی در مراقبت و مداوای بیمار دارد. هنگامی که پزشک از وضعیت عاطفی بیمار، همانند وضعیت جسمانی وی آگاه باشد و آن را درک کند، دقت تشخیص وی نیز افزایش می یابد<sup>(۱۳)</sup> این امر در بعضی بیماریهای از سیستمیک از جمله لیکن پلان، پمفیگوس و آفت دهانی که با استرس در ارتباط هستند، بیشتر جلب نظر می کند.<sup>(۱۴-۱۶)</sup>

این امر ممکن است فرایند مداوای پزشکی را نیز بهبود بخشد. هنگامی که بیماران احساس کنند پزشکان آنان را درک کرده اند، احتمال بیشتری دارد که از توصیه های درمانی ایشان پیروی کنند.<sup>(۱۱)</sup>

از طرفی تحقیقات نشان می دهد هرگاه بیماران از مراقبت



نمودار ۱- توزیع ۲۰۰ نفر از دندانپزشکان مورد بررسی بر حسب نگرش نسبت به همدلی به بیمار

درصد بین ۳۰-۴۰ (نگرش منفی) و نمره ۲ نفر (۱ درصد) کمتر از ۳۰ بود (نگرش کاملاً منفی). طبق نتایج بدست آمده ارتباط معنا داری بین میزان همدلی با جنسیت، سن، سال فارغ التحصیلی، دانشگاه محل تحصیل و وضعیت تحصیل (عمومی یا تخصص) وجود نداشت. ( $P > 0.05$ )

جدول ۱ دندانپزشکان مورد بررسی بر حسب نگرش نسبت به همدلی رابه تفکیک عوامل مرتبط نشان می‌دهد.

جدول ۱- توزیع دندانپزشکان مورد بررسی بر حسب نگرش نسبت به همدلی به تفکیک عوامل مرتبط

عوامل مرتبط	نگرش		P-value
	مثبت	منفی	
سن: بالاتر از میانگین پایینتر از میانگین	۶۳ (۵۲/۵)	۴۳ (۵۳/۷)	$P < 0.09$
	۵۷ (۴۷/۵)	۳۷ (۴۶/۳)	
جنسیت: زن مرد	۶۷ (۵۵/۸)	۳۶ (۴۵)	$P < 0.02$
	۵۳ (۴۴/۲)	۴۴ (۵۵)	
سال فارغ التحصیلی: قبل از سال ۱۳۸۰ بعد از سال ۱۳۸۰	۶۲ (۵۱/۷)	۴۲ (۵۲/۵)	$P < 0.09$
	۵۸ (۴۸/۳)	۳۸ (۴۷/۵)	
وضعیت تحصیلی: عمومی متخصص	۱۱۷ (۹۷/۵)	۷۴ (۹۲/۵)	$P < 0.09$
	۳ (۲/۵)	۶ (۷/۵)	
دانشگاه محل تحصیل: داخلی خارجی	۱۱۲ (۹۳/۳)	۶۷ (۸۳/۷)	$P < 0.02$
	۸ (۶/۷)	۱۳ (۱۶/۳)	

به عنوان عوامل مرتبط بررسی و ثبت گردید.

امتیاز ۵۰ تا ۶۰ نگرش کاملاً مثبت، امتیاز ۴۰ تا ۴۹ نگرش مثبت، امتیاز ۳۰ تا ۳۹ نگرش منفی، امتیاز کمتر از ۲۹ کاملاً منفی و نقش سن، جنس، دانشگاه محل تحصیل، سال فارغ التحصیلی، وضعیت تحصیلی، رشته تخصصی و شرکت در دوره‌های آشنایی با تعامل بیماران به عنوان عوامل مرتبط بررسی و ثبت گردید. جهت تحلیل متغیرهای مورد مطالعه ابتدا دندانپزشکان به دو گروه با نگرش مثبت نسبت به همدردی (نمره همدردی ۴۰ تا ۶۰) و نگرش منفی نسبت به همدردی (نمره همدردی کمتر از ۴۰) طبقه بندی و در نمونه‌ها تعیین گردیده و میزان واقعی آن در جامعه با احتمال ۹۵٪ برآورد و نقش عوامل مرتبط با آزمون کای دو مورد قضاوت قرار گرفت.

#### یافته‌ها:

تعداد ۲۲۰ نفر دندانپزشک جهت شرکت در این مطالعه انتخاب شدند که ۲۰ نفر از شرکت‌کنندگان به دلیل مخدوش بودن پرسشنامه‌های تکمیل شده، از مطالعه حذف شدند. توزیع جنسیتی تقریباً برابر در میان شرکت‌کنندگان وجود داشت که شامل ۱۰۳ نفر مذکر (۵۱/۵ درصد) و ۹۷ نفر مؤنث (۴۸/۵ درصد) بود.

میانگین سنی شرکت‌کنندگان در مطالعه  $40 \pm 7/15$  سال بود. غالب شرکت‌کنندگان دندانپزشک عمومی (۱۹۱ نفر) بوده و فقط ۹ نفر متخصص بودند. ۲۱ نفر از شرکت‌کنندگان در مطالعه فارغ التحصیل دانشگاه‌های خارج از ایران و ۱۷۷ نفر فارغ التحصیل دانشگاه‌های داخل کشور بودند. زمان فارغ التحصیلی ۵۲ درصد قبل از سال ۱۳۸۰ و ۴۸ درصد بعد از سال ۱۳۸۰ بوده و هیچ دستیاری در شرکت‌کنندگان مورد مطالعه وجود نداشت.

از بین ۲۰۰ شرکت‌کننده در مطالعه، نمره ۹۷ نفر (۴۸/۵ درصد) بین ۴۰-۵۰ قرار گرفت (نگرش مثبت) ۲۳ نفر (۱۱/۵ درصد) بین ۵۰-۶۰ (نگرش کاملاً مثبت)، نمره ۷۸ نفر (۳۹

## بحث:

ارتباط بین دندانپزشک و بیمار و تامین رضایت و آرامش وی همانند بسیاری از بسترهای ارائه خدمات سلامت نیاز به همدلی مناسب دارد. شناخت حس درونی و دیدگاه بیماران و توانایی تعامل آنها علاوه بر افزایش مهارت‌های تکنیکی دندانپزشکی در ایجاد رابطه صحیح و بقای آن و موثر بودن خدمات به بیماران بسیار مهم است.<sup>(۱۹)</sup>

جهت بررسی این امر تحقیقی در محیطی که دارای همگونی مبنی بر پراکندگی در شهرهای مختلف از تلاشگران عرصه دندانپزشکی کشور می باشد انجام گرفت. در این راستا حدود ۲۰۰ نفر از همکاران با آرامش و تمایل پرسشنامه‌ها را مطالعه و تکمیل نمودند و حتی بعضی تمایل به دریافت رونوشت از سوالات داشته و ابراز کردند تاکنون به چنین موضوعی برخورد نکرده‌اند البته تعدادی نیز (۲۰ نفر) به دلیل شتاب زدگی و تقارن زمانی برنامه پانل ها و موارد دیگر نتوانسته به سوالات پاسخ کامل دهند که البته از تحقیق حذف شدند.

در پژوهش ما در حدود ۴۰ درصد افراد شرکت کننده نگرش منفی نسبت به همدلی داشتند که آماری نگران کننده می باشد. طبق نتایج نیز ارتباط معنی داری بین جنسیت دندانپزشکان با همدلی وجود نداشت که ممکن است حجم کم نمونه سبب این امر شده باشد و با بررسی نمونه های بیشتر این مساله دستخوش تغییر شود. هم چنین بین سن، سال فارغ التحصیلی و دانشگاه محل تحصیل دندانپزشکان با میزان همدلی ارتباط معنادار دیده نشده و هم چنین هیچیک از دندانپزشکان واحد یا دوره ای مبنا بر گذراندن اصول همدلی در دانشگاه یا دوره های بازآموزی تکمیلی ابراز ننمودند.

در بررسی متون تحقیق مشابهی که میزان نگرش دندانپزشکان نسبت به همدلی را بررسی نموده باشد نیافتیم اما از مقالات مفیدی در این راستا بهره جستیم.

مطالعه جباری فر و همکاران با عنوان بررسی میزان همدلی دانشجویان دوره عمومی دندانپزشکی و دستیاران، بر روی ۱۱۴ دانشجوی عمومی و ۹۱ دستیار دندانپزشکی نشان می دهد که

میزان همدلی دانشجویان سال سوم عمومی از دستیاران بیشتر بود است ۹۷/۴ نسبت به ۸۵/۹۷ هم چنین میزان همدلی به طور معکوسی با افزایش سنوات تحصیلی کاهش می یابد. این امر می تواند ناشی از افزایش نیاز به مهارت‌های تکنیکی در سنوات بالای تحصیل، خستگی، استرس، تغییر دیدگاه‌ها از نگاه دندانپزشک عمومی به تخصصی باشد. همچنین نمره همدلی بین دستیاران دندانپزشکی رشته اطفال، نسبت به سایر گروهها بیشتر بوده است، زیرا این رشته نیازمند ارتباط نزدیک تر با بیمار بوده و این امر نسبت اثر بخشی بیشتر درمان و همکاری بیشتر بیمار با دندانپزشک می گردد. هم چنین همانند تحقیق ما تفاوت معنی داری بین همدلی دانشجویان مذکر و مونث یافته نشده است.<sup>(۱۸)</sup>

هاشمی پور و همکاران میزان همدلی ۵۵۴ دانشجوی پزشکی و دندانپزشکی (۲۵۸ مرد، ۲۹۶ زن) را مورد بررسی قرار دادند و دریافتند که با افزایش سال های تحصیل نمره همدلی کاهش می یابد و دانشجویان سال های تحصیلی پایین تر نمره بالاتری را کسب کرده اند<sup>(۲۰)</sup> در مطالعه ما تفاوت بارزی در میزان همدلی دندانپزشکان در طی سال های پس از فارغ التحصیلی وجود نداشت. هم چنین در مطالعه دکترهاشمی پور دانشجویان دختر پزشکی و دندانپزشکی نمره بالاتری از پسران دریافت نمودند که با مطالعات بسیاری مشابه اما با مطالعه ما متفاوت است.<sup>(۲۴-۲۰)</sup>

شریعت و همکاران طی مطالعه ای، همدلی ۱۱۸۷ نفر از دانشجویان پزشکی در ۱۶ دانشگاه کشور را بررسی نمودند و دریافتند در کلیه دانشگاههای کوچک و بزرگ میزان همدلی با افزایش سنوات تحصیلی کاهش می یابد و دانشجویان دوره پری کلینیک همدلی بیشتری از دانشجویان انترن نشان می دهند<sup>(۲۳)</sup> این نتیجه با مطالعه ما متفاوت اما با بسیاری پژوهش‌ها همخوانی دارد.<sup>(۲۱،۲۰،۱۷،۱۶)</sup> محقق معتقد است دلیل کاهش همدلی نبودن الگوهای رفتاری مناسب، فشار زمانی، حجم زیاد درس جهت اتمام تحصیل، استرس‌های پس از فارغ التحصیلی، امتحانات دستیاری، عوامل محیطی و اقتصادی است. از طرفی ذکر شده است که کاهش میزان همدلی در دانشگاههای بزرگ

در تحقیقی که توسط Boyle و همکاران جهت بررسی میزان همدلی دانشجویان عمومی علوم سلامت (مامائی، پرستاری، فیزیوتراپی و سایر رشته‌ها) ۴۵۹ نفر از دانشجویان در دانشگاهی در استرالیا سنجیده شده نشان داد که دختران نمره بیشتری از همدلی را نسبت به پسران داشتند ( $P=0/002$ ) که با بسیاری مطالعات هم‌سومی باشد. اما در این مطالعه تفاوتی در بین رشته‌های تحصیلی، و سال‌های تحصیلی در آنها یافته نشده است. تنها اندکی جهش نمره در رشته مامائی در سال‌های اول تا سوم وجود داشته که ناشی از تماس بیشتر فرد با بیمار خود، نزدیک شدن عاطفی با مادر باردار و زایمان دارد. محقق معتقد است تعداد کم نمونه سبب این امر شده است و نیاز به بررسی بیشتری در این زمینه می‌باشد.<sup>(۱۹)</sup>

پژوهشگران دریافته‌اند که همدلی بیشتر از طریق ژنهای زنانه انتقال می‌یابد و زنان به طبع لطافت خود سینگنال‌های حسی را بیشتر از مردان دریافته‌اند و منتشر می‌سازند هم‌چنین مغز زنان حالت همدل داشته و مغز مردان حالت سیستماتیک بیشتری دارد.<sup>(۱۷)</sup> این امر ممکنست دلیل وجود همدلی بیشتر زنان در پژوهش‌ها نسبت به مردان باشد.<sup>(۲۰-۲۳)</sup>

در مقالات ذکر شده است که تکیه بیش از حد بر تکنیک‌های تشخیصی کامپیوتری و مدرن سبب گسیختگی عاطفی و خشن شدن طبابت و کاهش همدلی در دانشجویان گردیده است و به نظر می‌رسد دانشجویان پزشکی و دندانپزشکی از نظر حسی انجماد بیشتری می‌یابند و بر مکانیسم‌های حسی خود تفوق یافته و گویی با این امر زندگی عقلانی را برحسی ترجیح می‌دهند و از بیماران خود فاصله می‌گیرند. بعضی مطالعات نشان داده است حتی در بیماران تحت درمان با رادیوتراپی و درمان بیماران پریدونتال همدلی بیشتر با بیماران باعث وضعیت بهتر درمانی بیماران می‌شود. آمار نشان می‌دهد میزان همدلی در پزشکانی که انسان محور هستند مانند روانشناسان نسبت به پزشکانی که تجهیزات محور هستند مانند متخصصین بیهوشی و رادیولوژی بیشتر می‌باشد هم‌چنین همدلی در متخصصین اطفال و پرستاران (به دلیل ارتباط عاطفی نزدیکتر) نسبت به پزشکان عمومی بیشتر

در دوره انتقالی پری کلینیک به کلینیک رخ می‌دهد و در دانشگاه‌های کوچک در سال‌های ورود از کلینیک به انترنی می‌باشد. دلیل این امر شاید نظارت دستیاران تخصصی بر وظائف انترنها در دانشگاه‌های بزرگ و استقلال و مسئولیت پذیری بالقوه انترنها در دانشگاه‌های کوچک است. هم‌چنین در این پژوهش میزان همدلی دانشجویان دختر به طور معنی داری از پسران بیشتر بوده است که این امر با بسیاری مطالعات همخوانی داشته اما با مطالعه ما متفاوت است.<sup>(۲۰-۲۳)</sup>

در تحقیقی که توسط Kataoka و همکاران انجام شده است، ۴۰۰ دانشجوی پزشکی (۲۷۵ مرد، ۱۰۳ زن) در سال‌های مختلف پزشکی مورد بررسی قرار گرفتند. نمره همدلی در بین دانشجویان دختر بیشتر از پسران بود که از این نظر با مطالعه ما متفاوت می‌باشد.<sup>(۲۰)</sup> و با برخی مطالعات همخوانی دارد.<sup>(۷،۱۸،۲۱)</sup> اما نمره همدلی از سال اول به سال ششم افزایش می‌یافت (۹۸/۵ تا ۱۰۷/۸) و تنها در سال چهارم نسبت به سال سوم کاهش مختصری را داشت (۱۰۲/۸ نسبت به ۱۰۵) دلیل این تفاوت نوع متفاوت کوریکولوم دانشگاه‌های ژاپن نسبت به سایر کشورها از جمله امریکا می‌باشد. ژاپنی‌ها در سال‌های ابتدایی پزشکی (سال اول و دوم) تاریخچه طب، اصول اخلاق، زندگی و مرگ، فلسفه، ادبیات و زبان خارجی را می‌آموزند، سپس برنامه تحقیقی و کارگروهی در سال سوم به آنها آموزش داده می‌شود و در سال چهارم به کلینیک وارد می‌شوند، آموزش درمانی گروهی طی سال پنجم و در سال ششم نقش درمانگر خصوصی یافته و رابطه بیمار-پزشک در آنها ارتقا می‌یابد به طوری که افزایش سنوات تحصیلی سبب فاصله گرفتن عاطفی دانشجو از بیمار نمی‌شود بلکه سبب قربات حسی بین ایشان شده و دانشجویان از اینکه فرصتی جهت درمان گر بودن می‌یابند لذت می‌برند و این هیجان سبب افزایش بیشتر همدلی آنها با بیماران می‌گردد و هم‌چنین تفاوت فرهنگ و اعتقادات افراد ژاپنی تفاوتی در نمرات آنها نسبت به دانشجویان کشورهای دیگر را سبب می‌گردد.<sup>(۲۰)</sup>

کردن تغییرات در سطح همدلی در طی سال های مختلف را نشان نمی دهد. زیرا مطالعه طولی که تغییرات را در یک هم گروهی دنبال کند، می تواند بینش بیشتری نسبت به پایداری ویژگی ها از قبیل همدلی در زمان کار ارائه دهد.

### توصیه ها و پیشنهادات

به نظر می رسد اقدامات آموزشی رفتاری از طریق برگزاری کارگاه های اخلاق حرفه ای و ارتباط دندانپزشک-بیمار در طی دوران دانشجویی و پس از فارغ التحصیلی برای تقویت روحیه همدلی دندانپزشکان ضروری باشد.

### تقدیر و تشکر

با سپاس از کلیه دندانپزشکان محترم که با تکمیل و تحویل پرسشنامه های مربوطه ما را در جمع آوری این پایان نامه یاری نمودند. و با سپاس از اساتید و دستیاران محترم بخش بیماری های دهان و فک و صورت دانشکده دندانپزشکی دانشگاه آزاد اسلامی تهران و با تشکر از راهنمایی جناب آقای مهندس ناصر ولایی که در به ثمر رساندن این تفکر همراهی نمودند.

### References:

1. Asemani O. A review of the models of physician-patient relationship and its challenges. *ijme* 2012; 5 (4): 36-50
2. 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
3. Sherman JJ, Cramer A. Measurement of changes in empathy during dental school. *J Dent Educ* 2005;69(3):338-45.
4. Magalhaes E, Salgueira AP, Costa P, Costa MJ. Empathy in senior year and first year medical students: a cross-sectional study. *BMC Med Educ* 2011;11:52.
5. 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.
6. Sondell K, Soderfeldt B, Palmqvist S. Dentist-patient communication and patient satisfaction in prosthetic dentistry. *Int J Prosthodont* 2002;15(1):28-37.
7. Hashemipour M, Karami M. The Determination of reliability and validity in (JSPE-HP) Jefferson Scale of Physician Empathy-Health Professionals Iranian version. *KMUS journal* 2012;19:2:23-28 [Persian]
8. Stephan WG, Finlay K. The role of empathy in improving intergroup relations. *Journal of Social Issues* 1999; 55(4): 792-43.

می باشد<sup>(۲۳)</sup> در حال حاضر بیشترین سعی نظام آموزشی آموزش و تربیت دندانپزشکانی است که علوم نوین و تکنیک های جدید آموزشی عملی دنیا را بیاموزند و رفرنس های قوی علوم دندانپزشکی را مطالعه نمایند اما آیا این امر کافی می باشد؟ به نظر می رسد توجه به اصول همدلی و ادراک حسی و نزدیک شدن روانی به بیمار می تواند سبب پیشگیری از بسیاری مسائل ناخوشایند گردد. اما این مورد در کجای متون آموزشی قرار خواهد گرفت؟ در حال حاضر در فضای آموزشی بیشتر به جنبه های تئوری - عملی دروس تاکید می گردد. و به مهارت های ارتباطی توجه چندانی نمی شود و این امر موجب می شود حس بیمار محوری به تدریج از میان برود و سبب کسب نوعی حس امتیاز و برتری دانشجویان پزشکی و دندانپزشکی نسبت به بیمار شده و همدلی کاهش یابد.<sup>(۷)</sup>

پژوهشگران پیشنهاد می کنند آموزش عملی متدهای اخلاقی، آموزش مهارت های گروهی، یادگیری ارتباط دانشجو- بیمار و استفاده از بیمار نامی استاندارد در متن کوریکولوم های آموزشی رشته های سلامت از جمله دندانپزشکی قرار داده شود. همچنین اختصاص دادن یک ابزار سایکولوژیک جهت گزینش افرادی که همدلی بالایی دارند بعنوان بخشی از آزمون ورودی رشته های پزشکی و دندانپزشکی و دستیاری و پذیرش استاد در دانشگاه ها می تواند یک گام بزرگ ملی در اعتلا و ارتقاء سلامت کشور تلقی شود.<sup>(۲۳)</sup>

مطالعه حاضر دارای محدودیت هایی است که ممکن است عمومیت دادن آن را تحت تأثیر قرار دهد. اول اینکه این مطالعه بر پایه اندازه گیری خوداظهاری همدلی انجام شده است. اگرچه ترجمه پرسشنامه همدلی جفرسون قبلاً از نظر پایایی و روایی مورد ارزیابی قرار گرفته است،<sup>(۷)</sup> این ابزار محدود به بازتاب گرایش دندانپزشکان به همدلی بوده و رفتارهای واقعی را مورد ارزیابی قرار نمی دهد. مشاهده رفتاری در هنگام ارتباط بین دندانپزشک و بیمار مثلاً با استفاده از مقیاس امتیازدهی اخذ شرح حال می تواند در همراهی با پرسشنامه جفرسون در مطالعات آینده مورد استفاده قرار گیرد، از طرفی طبیعت مطالعه ما از نوع مقطعی بوده و امکان ارزیابی پایه یا دنبال

9. Jones LM, Huggins TJ. Empathy in the dentist-patient relationship: review and application. *N Z Dent J* 2014;110(3):98-104.
10. Sanz de Acedo Lizarraga ML, Ugarte MD, Cardelle-Elawar M, Iriarte MD, Sanz de Acedo Baquedano MT. Enhancement of self-regulation, assertiveness, and empathy. *Learning and Instruction* 2003;13:423-39.
11. Schnur JB, Montgomery GH. A systematic review of therapeutic alliance, group cohesion, empathy, and goal consensus/collaboration in psychotherapeutic interventions in cancer: Uncommon factors? *Clin Psychol Rev* 2010;30(2):238-47.
12. Magalhães E, Salgueira AP, Costa P, Costa MJ. Empathy in senior year and first year medical students: a cross-sectional study. *BMC Med Educ* 2011 29;11:52
13. Khodabakhsh MR, Mansoori P. Empathy and its impact on promoting physician-patients relationship *ijme* 2011, 4(3): 38-46
14. Vaccarino JM. Malpractice. The problem in perspective. *JAMA* 1977;238(8):861-3.
15. Babar MG, Omar H, Lim LP, Khan SA, Mitha S, Ahmad SF, et al. An assessment of dental students' empathy levels in Malaysia. *Int J Med Edu* 2013;4:223-9
16. Hojat M, Gonnella JS, Mangione S, Nasca TJ, Magee M, editors. Physician empathy in medical education and practice: experience with the Jefferson Scale of Physician Empathy. *Seminars in Integrative Medicine* 2003;1:25-41
17. 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 Psychiatry* 2002;159(9):1563-9.
18. Jabarifar SE, Khalifesoltani F, Khalifesoltani F, Nilchian F, Yosefi A, Hosseinpour K. Empathy levels in undergraduate and postgraduate dental students in Isfahan Faculty of Dentistry in 2011. *J Isfahan Dent Sch* 2012;7(5).
19. Boyle M, Williams B, Brown T, Molloy A, McKenna L, Molloy L, et al. Levels of empathy in undergraduate health science students. *Int J Med Educ.* 2010;1(1):12-5
20. Kataoka HU, Koide N, Ochi K, Hojat M, Gonnella JS. Measurement of empathy among Japanese medical students: psychometrics and score differences by gender and level of medical education. *Acad Med* 2009 ;84(9):1192-7
21. Fjortoft N, Van Winkle LJ, Hojat M. Measuring empathy in pharmacy students. *Am J Pharm Educ* 2011 ;75(6):109
22. Nash DA. Ethics, empathy, and the education of dentists. *J Dent Educ.* 2010;74(6):567-78.
23. shariat SV, Habibi M. Empathy in Iranian medical student in Shaid beheshti university Iran. *Med Teach* 2013;35(1): 913-8.