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

دکترآرزو علائی[#1]، دکتر ترانه فرخ نیا[1]، دکتر مهتاب چهارکامه[2]

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 وبیماران باعث افزایش مهارتهای ارتباطی ورضایت آنهاو اثربخشی درمانهای دندانپزشکی می‌گردد. ارتباط صحیح وهمدلی بین دندانپزشک و گیرندگان خدمات دند انپزشکی یکی ازدغدغه های اساتید،مدیران و برنامه ریزان آ موزش 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 درجه‌ای لیکرت قرار داشت. حداکثر نمره برحسب امتیار ۶۰ و حداقل آن صفر بود که در چهار نگرش کاملا مثبت، مثبت، منفی و کاملا منفی طبقه‌بندی می‌شود. اطلاعات دموگرافیک شرکت‌کنندگان و داده‌های حاصل از پرسشنامه وارد نرم افزار آماری SPSS v.20 گردید. با استفاده از آزمون مجذور کای مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته‌ها: از بین ۲۰۰ شرکت کننده ۱۰۳ نفر مذکر (۵۱/۵درصد)و ۹۷ نفر مونث (۴۸/۵درصد)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>۰/۰۵)

نتیجه گیری: به نظر می‌رسد 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 واژه‌ها: 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. [1] امروزه ارتباط و درک متقابل ارایه 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[2,3] 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

[#]نویسنده مسئول مکاتبات: دکتر آرزو علائی ، تلفن: ۸۸۲۶۳۴۱۴ پست الکترونیک: ngln2006@yahoo.com

[Downloaded from jrds.ir on 2025-07-03]

[DOR: 20.1001.1.20084676.1394.12.4.5.8]

عمومی با بیماران در دسترس است. همچنین این اطلاعات درباره دندانپزشکان ایرانی بسیار محدود می باشد.[۷-۴]

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 نیزعدم 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 خودرا پیدا می کنند.[۸]

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.[۲] تعاریف دیگری از همدلی عبارت است از توانایی نفوذ درمانگر، تمایل به فهم افکار، احساسات و کشمکش ها از دیدگاه بیمار[۱۲-۹] 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 صرفا 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 دقیقا 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 [۱۳] 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.[۱۶-۱۴]

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. [۱۱]

از طرفی تحقیقات نشان می دهد هرگاه بیماران از مراقبت عاطفی پزشکان خود راضی باشند، حتی اگر از نتایج درمان رضایت نداشته باشند، کم تر علیه پزشک اقامه دعوای تخلف پزشکی می کنند. [۱۷]

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 ا نجام گرفت.

با توجه به نمونه‌های در دسترس و مطالعات پیشین که حجم نمونه کمتر از ۲۰۰ نفر داشته‌اند،[۱۷،۱۸] 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 پایائی آن در یک مطالعه آزمایشی بر روی دندانپزشکان واحد دندانپزشکی آزاد اسلامی به روش تست ری تست اندازه گیری و میزان پایائی 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.[۷] 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 کاملا موافق نمره ۳ و موافق نمره ۲، مخالف ۱و کاملا مخالف نمره صفر به پرسش شونده تخصیص داده می شدو پاسخ ۱۰سوال نگرش منفی(علیه) بود که در ازای پاسخ کاملا مخالف نمره ۳ ، مخالف ۲، موافق ۱ و کاملا 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:

[Downloaded from jrds.ir on 2025-07-03]

[DOR: 20.1001.1.20084676.1394.12.4.5.8]

به عنوان عوامل مرتبط بررسی و ثبت گردید.

امتیاز ۵۰ تا ۶۰ نگرش کاملا مثبت، امتیاز ۴۰ تا ۴۹ نگرش مثبت، امتیاز ۳۰ تا ۳۹ نگرش منفی، امتیاز کمتر از ۲۹ کاملا 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 نمونه ها تعیین گردیده و میزان واقعی آن در جامعه با احتمال ۹۵٪ برآورد و نقش عوامل مرتبط با ازمون کای دو مورد قضاوت قرار گرفت.

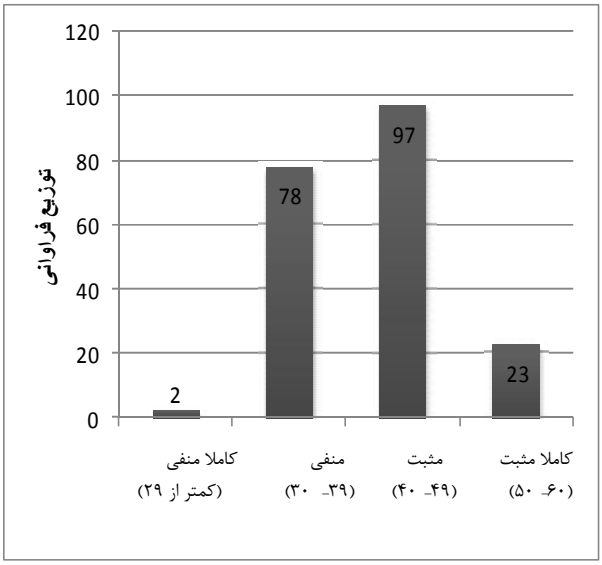
یافته ها:

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 شرکت کنندگان وجود داشت که شامل ۱۰۳ نفر مذکر (۵۱/۵ درصد) و ۹۷ نفر مونث (۴۸/۵ درصد) بود.

میانگین سنی شرکت کنندگان در مطالعه ۷/۱۵±۴۰ سال بود. غالب شرکت کنندگان دندانپزشک عمومی (۱۹۱ نفر) بوده و فقط ۹ نفر متخصص بودند. ۲۱نفر از شرکت کنندگان در مطالعه فارغ التحصیل دانشگاه های خارج از ایران و ۱۷۷ نفر فارغ التحصیل دانشگاه های داخل کشور بودند. زمان فارغ التحصیلی۵۲درصد قبل از سال ۱۳۸۰ و ۴۸ درصد بعد از سال ۱۳۸۰ بوده و هیچ دستیاری در شرکت کنند گان مورد مطالعه وجود نداشت.

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



نمودار۱ - توزیع ۲۰۰نفر از دندانپزشکان مورد بررسی برحسب نگرش نسبت به همدلی به بیمار

درصد)بین ۳۰-۴۰ (نگرش منفی)و نمره ۲ نفر (۱درصد) کمتر از ۳۰ بود (نگرش کاملا 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)وجودنداشت. (P>۰/۰۵)

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

جدول۱- توزیع دندانپزشکان مورد بررسی بر حسب نگرش نسبت به همدلی به تفکیک عوامل مرتبط

عوامل مرتبط / نگرش	مثبت	منفی	P-value
سن : بالاتر از میانگین	۶۳(۵۲/۵)	۴۳ (۵۳/۷)	P<۰/۹
پایینتر از میانگین	۵۷ (۴۷/۵)	۳۷ (۴۶/۳)	
جنسیت: زن	۶۷ (۵۵/۸)	۳۶ (۴۵)	P<۰/۲
مرد	۵۳ (۴۴/۲)	۴۴ (۵۵)	
سال فارغ التحصیلی: قبل از سال ۱۳۸۰	۶۲ (۵۱/۷)	۴۲ (۵۲/۵)	P<۰/۹
بعد از سال ۱۳۸۰	۵۸ (۴۸/۳)	۳۸ (۴۷/۵)	
وضعیت تحصیلی:عمومی	۱۱۷ (۹۷/۵)	۷۴ (۹۲/۵)	P<۰/۹
متخصص	۳ (۲/۵)	۶ (۷/۵)	
دانشگاه محل تحصیل:داخلی	۱۱۲ (۹۳/۳)	۶۷ (۸۳/۷)	P<۰/۲
خارجی	۸ (۶/۷)	۱۳ (۱۶/۳)	

[Downloaded from jrds.ir on 2025-07-03]
[DOR: 20.1001.1.20084676.1394.12.4.5.8]

بحث:

ارتباط بین دندانپزشک و بیمار وتامین رضایت و آرامش وی همانند بسیاری از بسترهای ارائه خدمات سلامت نیاز به همدلی مناسب دارد. شناخت حس درونی ودیدگاه بیماران وتوانایی تعامل آنها علاوه بر افزایش مهارتهای تکنیکی دندانپزشکی در ایجاد رابطه صحیح و بقای آن وموثر بودن خدمات به بیماران بسیار مهم است.[۱۹]

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 وتکمیل 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 ودانشگاه 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 ابرازننمودند.

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 دهدکه میزان همدلی دانشجویان سال سوم عمومی ازدستیاران 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.[۱۸]

هاشمی پور و همکاران میزان همدلی ۵۵۴ دانشجوی پزشکی و دندانپزشکی (۲۵۸مرد، 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 [۷] 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.[۲۴- ۲۰]

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 می‌دهند[۲۳] این نتیجه با مطالعه ما متفاوت اما با بسیاری پژوهش‌ها همخوانی دارد.[۲۱،۲۰،۱۷،۱۶] 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

[Downloaded from jrds.ir on 2025-07-03]

[DOR: 20.1001.1.20084676.1394.12.4.5.8]

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.[۲۳- ۲۰]

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 می باشد[۲۰] و با برخی مطالعات همخوانی دارد.[۷،۱۸،۲۱] 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 ازجمله 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 می شود و در سال چهارم به کلینیک وارد می شوند، آموزش درمانی گروهی طی سال پنجم و در سال ششم نقش درمانگر خصوصی یافته و رابطه بیمار- پزشک در آنها ارتقا می یابد به طوری که افزایش سنوات تحصیلی سبب فاصله گرفتن عاطفی دانشجو از بیمار نمی شود بلکه سبب قرابت حسی بین ایشان شده و دانشجویان از اینکه فرصتی جهت درمان گر بودن می یابند لذت می برند و این هیجان سبب افزایش بیشتر همدلی آنها با بیماران می گردد و هم چنین تفاوت فرهنگ و اعتقادات افراد ژاپنی تفاوتهایی در نمرات آنها نسبت به دانشجویان کشورهای دیگر را سبب می گردد[۲۰].

در تحقیقی که توسطBoyle 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=۰/۰۰۲) که با بسیاری مطالعات هم سومی 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 سال های بین اول تا سوم وجود داشته که ناشی از تماس بیشتر فرد با بیمار خود ، نزدیک شدن عاطفی با مادر باردار وزایمان دارد. محقق معتقد است تعداد کم نمونه سبب این امر شده است و نیاز به بررسی بیشتری در این زمینه می باشد.[۱۹]

پژوهشگران دریافته اند که همدلی بیشتر از طریق ژنهای زنانه انتقال می یابد و زنان به طبع لطافت خود سینگنال های حسی را بیشتر از مردان دریافته اند و منتشر می سازند هم چنین مغز زنان حالت همدل داشته و مغز مردان حالت سیستماتیک بیشتری دارد[۱۷] این امر ممکنست دلیل وجود همدلی بیشتر زنان در پژوهش ها نسبت به مردان باشد[۲۳- ۲۰]

در مقالات ذکر شده است که تکیه بیش از حد بر تکنیک های تشخیصی کامپیوتری و مدرن سبب گسیختگی عاطفی و خشن شدن طبابت و کاهش همدلی در دانشجویان گردیده است و به نظر می رسد دانشجویان پزشکی و دندانپزشکی از نظر حسی انجماد بیشتری می یابند و بر مکانیسم های حسی خود تفوق یافته و گویی با این امر زندگی عقلائی را برحسی ترجیح می دهند و از بیماران خود فاصله می گیرند .بعضی مطالعات نشان داده است حتی در بیماران تحت درمان با رادیوتراپی و درمان بیماران پریودنتال همدلی بیشتر با بیماران باعث وضعیت بهتر درمانی بیماران می شود. آمار نشان می‌دهد میزان همدلی در پزشکانی که انسان محور هستند مانند روانشناسان نسبت به پزشکانی که تجهیزات محور هستند مانندمتخصصین بیهوشی و رادیولوژی بیشتر می باشد هم چنین همدلی در متخصصین اطفال و پرستاران (به دلیل ارتباط عاطفی نزدیکتر) نسبت به پزشکان عمومی بیشتر

[Downloaded from jrds.ir on 2025-07-03]

[DOR: 20.1001.1.20084676.1394.12.4.5.8]

می‌باشد[۲۳] در حال حاضر بیشترین سعی نظام آموزشی آموزش وتربیت 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 می‌رسد 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؟ درحال حاضردر فضای آموزشی بیشتر به جنبه های تئوری -عملی دروس تاکید می گردد. و به مهارتهای 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 برترینی دانشجویان پزشکی ودندانپزشکی نسبت به بیمار شده و همدلی کاهش یابد.[۷]

پژوهشگران پیشنهاد می کنند آموزش عملی متدهای اخلاقی، آموزش مهارتهای گروهی، یادگیری ارتباط دانشجو- بیمار و استفاده از بیمارنمای استاندارد در متن کوریکولوم‌های آموزشی رشته‌های 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 دانشگاه‌ها می تواند یک گام بزرگ ملی در اعتلا و ارتقاء سلامت کشور تلقی شود.[۲۳]

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،[۷] این ابزار محدود به بازتاب گرایش دندانپزشکان به همدلی بوده و رفتارهای واقعی را مورد ارزیابی قرار نمی‌دهد. 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 کردن تغییرات در سطح همدلی در طی سال های مختلف را نشان نمی دهدزیرامطالعه 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 کارگاه‌های اخلاق حرفه‌ای 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 ازاساتید و دستیاران محترم بخش بیماری های دهان و فک و صورت دانشکده دندانپزشکی دانشگاه آزاداسلامی تهران و با تشکر از راهنمائی جناب آقای مهندس ناصر ولائی 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.

[Downloaded from jrds.ir on 2025-07-03]

[DOR: 20.1001.1.20084676.1394.12.4.5.8]

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. NashDA. 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.

[Downloaded from jrds.ir on 2025-07-03]

[DOR: 20.1001.1.20084676.1394.12.4.5.8]