

## همدلی با بیمار و عوامل مرتبط با آن در دانشجویان عمومی و دستیاران دندانپزشکی

مریم کاظمی پور<sup>۱</sup>، سپهر ستار بروجنی<sup>۲</sup>، رقیه حکیمیان<sup>۳\*</sup>

### چکیده

مقدمه: ارتباط موثر با بیمار، اولین قدم برای آغاز همدلی در کلینیک می باشد. همدلی دارای دو جنبه شناختی و عاطفی بوده که نقش مهمی را در عملکرد کلینیکی پزشکان ایفا می کند. لذا مطالعه حاضر با هدف بررسی میزان همدلی با بیمار در دانشجویان عمومی و دستیاران دندانپزشکی دانشگاه علوم پزشکی شهید صدوقی یزد در سال ۱۳۹۵ انجام شد.

روش بررسی: در این مطالعه توصیفی-مقطعی، ۳۱۲ دانشجوی دندانپزشکی، شامل ۲۵۲ دانشجوی دوره عمومی و ۶۰ دستیار تخصصی در دانشگاه علوم پزشکی شهید صدوقی یزد، نوع HP پرسشنامه همدلی جفرسون را تکمیل نمودند. آنالیز داده ها در نرم افزار آماری SPSS 17 و با استفاده از آزمونهای آماری T.test و ANOVA انجام گرفت. سطح معنی داری  $P \leq 0.05$  تعیین گردید.

نتایج: در مطالعه حاضر ۱۷۷ (۵۶/۷ درصد) مرد و ۱۳۵ (۴۳/۳ درصد) زن، با میانگین سنی  $24.99 \pm 3.06$  سال با دامنه سنی ۲۱ تا ۴۵ سال، شرکت داشتند. میانگین نمره همدلی  $86.61 \pm 8.75$  با دامنه ۶۹ تا ۱۱۸ بود. ارتباط آماری معنی داری بین میانگین نمره همدلی بر حسب سن، جنس، وضعیت پذیرش و ترم تحصیلی مشاهده نشد ( $P > 0.05$ ). اما بین میانگین نمره همدلی با وضعیت تاهل ( $P = 0.050$ ) و مقطع تحصیلی ( $P = 0.017$ ) و گذراندن واحد مهارت‌های ارتباطی بالینی ( $P = 0.004$ ) وجود داشت.

نتیجه گیری: بر اساس نتایج مطالعه حاضر عوامل بسیاری بر میزان همدلی در دانشجویان دندانپزشکی موثر هستند. از آنجایی که میزان همدلی در مطالعه حاضر رضایت بخش نمی باشد، بنابراین برنامه ریزی مناسب آموزشی در جهت ارتقای سطح همدردی در دانشجویان دندانپزشکی ضروری و لازم به نظر می رسد.

کلمات کلیدی: آموزش، دانشجویان، دندانپزشکی، همدلی

۱. استادیار، بخش اندودانتیکس، دانشکده دندانپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شهید صدوقی، یزد، ایران  
۲. دندانپزشک، بخش اندودانتیکس، دانشکده دندانپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شهید صدوقی، یزد، ایران  
۳. کارشناس کتابداری، دانشکده دندانپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شهید صدوقی، یزد، ایران.

\* (نویسنده مسئول)؛ تلفن: ۰۳۵۳۸۲۲۹۰۷۶، پست الکترونیکی: hakimianr@gmail.com

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۷/۱/۲۲

تاریخ دریافت: ۱۳۹۶/۱۰/۲۶

## مقدمه

همدلی را توانایی قرار دادن خود به جای دیگران برای درک بهتر احساسات و تجربیات در تعامل با دیگران تعریف کرده‌اند (۱). در حوزه پزشکی، توانایی قرار دادن خود به جای بیمار شامل درک تجربیات، دردها و خاطرات ناخوشایند وی و تلاش برای برقراری ارتباط با توجه به آموخته‌ها باهدف کمک به بیماران است (۲). از این رو همدلی جزء کلیدی برقراری ارتباط با بیمار و توانایی ایجاد تفاهم برای نشان دادن همدردی بالینی است. همدلی به‌عنوان یک ویژگی به توانایی ذاتی فرد جهت درک احساسات بیمار وابسته است و می‌تواند در مراقبت‌های بهداشتی درزمینه‌های مختلفی بیان شود (۳-۵). این زمینه‌ها شامل صحبت کردن، اندیشیدن و توجه و مراقبت از بیمار است که باید رابطه‌ی مثبت بین بیمار و دندان‌پزشک را به اوج برساند (۶). همدلی نقش‌های متعدد و مهمی را در رابطه‌ی پزشک - بیمار ایفا می‌کند (۷-۹). تمرکز بر روی بیمار، گوش سپردن به تاریخچه‌ی پزشکی بیمار و درک احساسات بیماران از جمله این نقش‌ها می‌باشد (۱۰).

هرچند نقش همدلی در رابطه دندان‌پزشک و بیمار کمتر مورد توجه قرار گرفته است (۱۱)، اما شواهد نشان داده‌اند که استفاده از حالات گرم همدلانه توسط کلینیسین در ارتباط با بیماران باعث افزایش توجه بیماران به توصیه‌های پزشک (۱۲-۱۳)، کاهش درد (۱۴)، کاهش زمان درمان (۱۵)، بهبود نتایج درمان (۱۶) و کاهش شکایات از دندان‌پزشکان می‌شود (۱۷-۱۸). مهارت ایجاد ارتباط و همدلی با بیماران باعث کاهش ترس و اضطراب آن‌ها از دندان‌پزشکی شده (۱۹-۲۰)، نتایج درمانی در دردهای دهانی و صورتی را ارتقا داده (۲۱) و باعث ایجاد میل و انگیزه‌ی همکاری در دریافت خدمات اورژانس دندان‌پزشکی، ارتودنسی، کشیدن دندان، ترمیم، درمان‌های ریشه و خدمات پروتزی و ایمپلنت می‌گردد (۲۲-۲۴).

نشانه‌های همدلی بین دندان‌پزشک و بیمار در ارتباطات کلامی و غیرکلامی ظاهر می‌شود (۲۵). مطالعات نشان داده‌اند که همدلی دندان‌پزشک با بیماران ارتباط نزدیکی با مهارت‌های اجتماعی، حس نوع‌دوستی، انعطاف‌پذیری، صبوری، شوخ‌طبعی، خوش‌بینی، گذشت و مهربانی او دارد (۲۶). توانایی کسب

اطلاعات و معاینه‌ی دقیق و صحیح، جنسیت، شخصیت و تجربیات آموزشی دندان‌پزشک با همدلی او ارتباط معنی‌داری دارد (۲۶-۲۸). اگرچه همدلی یک مقوله بسیار مهم در حرفه دندان‌پزشکی می‌باشد، اما به دلیل فقدان تعریف واحد و نبود ابزاری جهت اندازه‌گیری دقیق آن، تحقیقات صورت گرفته در این زمینه محدود است. روش‌های مختلفی برای ارزیابی همدلی نظیر خودارزیابی، ارزیابی بیمار، ارزیابی دوطرفه، تست‌های روان‌سنجی و مشاهدات رفتاری وجود دارد که هر کدام از این روش‌ها دارای مزایا و معایب خاص خود می‌باشند (۲۲).

شایع‌ترین روش مورد استفاده در حوزه سلامت روش خودارزیابی می‌باشد (۲۹). در این روش از معیارهای عمومی برای ارزیابی همدلی در افراد معمولی استفاده می‌شود. پرسشنامه جفرسون (Jefferson Scale of Physician Empathy- JSPE) خاص بررسی همدلی در گروه پزشکی طراحی شده است، که خود دارای فرم S برای ارزیابی در دانشجویان پزشکی (S version) و فرم HP برای ارزیابی در کلینیسین‌ها (HP version) می‌باشد (۳۰) نوع HP برای استفاده در دانشجویان دندان‌پزشکی مناسب‌تر است، چون در مقایسه با دانشجویان پزشکی، دوره‌های کلینیکی خود را زودتر آغاز می‌کنند (۳۱).

مطالعه حاضر باهدف بررسی میزان همدلی با بیماران در دانشجویان دوره بالینی دندان‌پزشکی دانشگاه علوم پزشکی شهید صدوقی یزد انجام شد. امید است که اندازه‌گیری میزان همدلی در این گروه از دانشجویان و بررسی فاکتورهای مرتبط با میزان همدلی، در تدوین برنامه‌های آموزشی در جهت ارتقای این صفت والای انسانی مؤثر باشد

## روش بررسی:

این مطالعه توصیفی - مقطعی، بر روی ۲۵۲ دانشجوی دوره بالینی دندان‌پزشکی عمومی (ترم‌های ۷ تا ۱۲) و ۶۰ دستیار تخصصی دانشکده دندان‌پزشکی دانشگاه علوم پزشکی شهید صدوقی یزد به صورت سرشماری در سال ۱۳۹۵ انجام شد. دانشجویان مهمان و انتقالی وارد مطالعه نشده و پرسشنامه‌های

ناکامل از مطالعه خارج شدند. ابزار جمع‌آوری داده‌ها، پرسشنامه‌ای دوقسمتی بود که بخش اول آن شامل اطلاعات دموگرافیک افراد مورد بررسی (سن، جنس، وضعیت تأهل و پایه تحصیلی) و در بخش دوم جهت بررسی میزان همدلی دانشجویان با بیماران از نسخه فارسی شده پرسشنامه استاندارد JSPE-HP که روایی و پایایی آن در مطالعه هاشمی پور و کرمی (۳۲) سنجیده شده است استفاده شد (در مطالعه مذکور ضریب آلفای کرونباخ پرسشنامه JSPE-HP 83/0 گزارش گردید ضریب Intra class correlation coefficient (ICC) در ارزیابی مجدد آزمون برابر ۰/۸۲ محاسبه شده است).

این پرسشنامه مشتمل بر ۲۰ پرسش می‌باشد و در تمامی این پرسش‌ها از فرد مورد مصاحبه خواسته می‌شود تا در رابطه با میزان همدلی با بیمار به سؤال یا جمله موردنظر پاسخ دهد. پاسخ‌ها بر مبنای مقیاس لیکرت بوده، بدین صورت که به ترتیب از بسیار موافقم تا بسیار مخالفم نمره ۷ تا ۱ داده شد. بر این اساس نمره مجموع افراد در محدوده‌ی ۱۴۰-۲۰ قرار می‌گرفت و هرچه نمره مجموع بیشتر باشد علامت آن است که میزان همدلی با بیمار در فرد موردنظر بیشتر می‌باشد.

در هنگام توزیع پرسشنامه، توضیحات لازم در خصوص اهداف مطالعه توسط پژوهشگر به دانشجویان داده شده و چنانچه آنان رضایت خود را جهت شرکت در مطالعه اعلام می‌کردند، پرسشنامه در اختیار آنان قرار داده می‌شد و از آنان درخواست می‌گردید تا با دقت به سؤالات پرسشنامه پاسخ داده و آن را تحویل دهند.

داده‌های جمع‌آوری شده با استفاده از نرم‌افزار SPSS ۱۷ و آزمون‌های آماری T-test و ANOVA در سطح معنی‌داری ۰/۰۵ مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند.

مطالعه منتج از پایان‌نامه‌ی دانشجویی با عنوان "بررسی میزان همدلی با بیمار در دانشجویان عمومی و دستیاران دندانپزشکی دانشگاه علوم پزشکی شهید صدوقی یزد در سال ۱۳۹۵" بوده که در «کمیته اخلاق در پژوهش دانشگاه علوم پزشکی شهید صدوقی یزد» با شناسه (IR.SSU.REC.1394.191) بررسی شده و به تصویب رسید.

#### یافته‌ها:

در مطالعه حاضر ۳۱۲ دانشجوی (دوره عمومی و تخصصی)، ۱۷۷ (۵۶/۷ درصد) مرد و ۱۳۵ (۴۳/۳ درصد) زن، با میانگین سنی  $24.99 \pm 3.06$  سال با دامنه سنی ۲۱ تا ۴۵ سال، شرکت داشتند.

میانگین نمره همدلی  $8.75 \pm 8.61$  با دامنه ۶۹ تا ۱۱۸ بود. همان‌گونه که در جدول شماره ۱ مشاهده می‌گردد با افزایش سن میانگین نمره همدلی بیشتر شده است اما این اختلاف بین گروه‌های سنی مورد مطالعه از نظر آماری معنی‌داری نبود ( $P=0.091$ ).

همچنین بین نمره همدلی زنان و مردان اختلاف آماری معنی‌داری مشاهده نشد ( $P=0.700$ ). اما میانگین نمره همدلی در افراد متأهل به‌طور معنی‌داری بالاتر از افراد مجرد بود ( $P=0.050$ ).

میانگین نمره همدلی در دانشجویان دوره تخصص به‌طور معنی‌داری بیش از دانشجویان دوره عمومی بود ( $P=0.017$ )؛ اما میزان همدلی در دانشجویان عمومی با سهمیه ورودی عادی و خودگردان ( $P=0.461$ ) و همچنین در ترم‌های تحصیلی مختلف ( $P=0.276$ ) تفاوت معنی‌داری مشاهده نشد. نمره همدلی دانشجویانی که واحد مهارت‌های ارتباطی بالینی را در دانشگاه گذرانده بودند به‌طور معنی‌داری بالاتر از دانشجویانی بود که این واحد درسی را نگذرانده بودند ( $P=0.004$ ) (جدول ۲).

جدول ۱: ارتباط میانگین نمره همدلی با متغیرهای دموگرافیک

P-value	نمره همدلی میانگین $\pm$ انحراف معیار	تعداد (درصد)	متغیر دموگرافیک	
* / .۰۹۱	۸۴/۲۶ $\pm$ ۵/۷۵	(۱۲/۲) ۳۸	≤۲۲	سن
	۸۶/۶۹ $\pm$ ۸/۴۳	(۵۷/۴) ۱۷۹	۲۳-۲۵	
	۸۶/۸۷ $\pm$ ۹/۸۶	(۲۵/۶) ۸۰	۲۶-۲۹	
	۹۰/۳۳ $\pm$ ۱۱/۴۸	(۴/۸) ۱۵	≥۳۰	
** / .۷۰۰	۸۶/۷۱ $\pm$ ۸/۵۱	(۵۶/۷) ۱۷۷	مرد	جنسیت
	۸۶/۴۹ $\pm$ ۹/۰۸	(۴۳/۳) ۱۳۵	زن	
** / .۰۵۱	۸۷/۵۹ $\pm$ ۹/۰۲	(۳۰/۸) ۹۶	متأهل	وضعیت تأهل
	۸۶/۱۸ $\pm$ ۸/۶۱	(۶۹/۲) ۲۱۶	مجرد	

\* One way ANOVA

\*\* T-test

جدول ۲: ارتباط میانگین نمره همدلی با متغیرهای تحصیلی

P-value	نمره همدلی میانگین $\pm$ انحراف معیار	تعداد (درصد)	متغیر	
** / .۰۱۷	۸۶/۱۴ $\pm$ ۸/۷۱	(۸۰/۸) ۲۵۲	عمومی	مقطع تحصیلی
	۸۸/۶۱ $\pm$ ۸/۷۰	(۱۹/۲) ۶۰	تخصص	
** / .۴۶۱	۸۶/۹۵ $\pm$ ۸/۳۸	(۵۸/۷) ۱۸۳	عادی	وضعیت پذیرش
	۸۶/۱۳ $\pm$ ۲۵/۹	(۴۱/۳) ۱۲۹	بین الملل	
* / .۲۷۶	۸۸/۷۰ $\pm$ ۷/۴۴	(۶/۴) ۲۰	۱-۲	ترم تحصیلی
	۸۸/۵۷ $\pm$ ۹/۳۶	(۱۲/۸) ۴۰	۳-۴	
	۸۶/۱۳ $\pm$ ۹/۱۵	(۳۹/۱) ۱۲۲	۷-۹	
	۸۶/۶۱ $\pm$ ۸/۷۵	(۴۱/۷) ۱۳۰	۱۰-۱۲	
** / .۰۰۴	۸۷/۵۳ $\pm$ ۳۰/۹	(۳۱/۴) ۹۸	بله	گذراندن واحد آموزش مهارت‌های ارتباطی
	۸۴/۶۱ $\pm$ ۰۵/۷	(۶۸/۶) ۲۱۴	خیر	

بحث:

پزشک برای گوش دادن به بیمار و واکنش نشان دادن به گفته‌های وی می‌باشد (۳۴).

همدلی از دو بخش اصلی تشکیل شده است: بخش شناختی که مربوط به توانایی شناخت احساسات و تجربیات دیگران می‌باشد و بخش احساسی که به تقسیم احساسات و تجربیات می‌پردازد که در علوم پزشکی بیشتر به بخش شناختی آن پرداخته می‌شود (۳۵). بر اساس مطالعات انجام گرفته همدلی ارتباط معنی‌داری با توانایی برقراری ارتباط با بیمار توسط کلینیسین، کسب اطلاعات توسط وی، معاینه دقیق، جنس، شخصیت، تجربه و رابطه خانوادگی دندان‌پزشک دارد (۲۰-۲۸).

حس همدلی جزء حس‌هایی می‌باشد که بیشتر به زمان خردسالی و طفولیت مربوط بوده و در این دوران جنبه احساسی

علم و حرفه دندانپزشکی همانند سایر شاخه‌های علوم پزشکی دارای یک رکن بسیار مهم یعنی اخلاق و آموزه‌های اخلاقی می‌باشد. از این رو هدف از آموزش اخلاق در طول دوره‌های آموزشی، ایجاد انگیزه و تغییر نگرش در دانشجویان و بهبود مهارت‌های رفتاری آن‌ها در این زمینه می‌باشد (۳۳).

به‌طور کلی بین دندان‌پزشک و بیمار سه نوع رابطه و تعامل شامل هدایت و همکاری، مشارکت خاموش، فعال و غیرفعال وجود دارد (۲۰). همدلی به معنای توانایی شناخت احساسات و تجربیات طرفین و تعامل با آن‌ها نقش مهمی در هر سه مدل تعامل ایفا می‌کند (۲۰). ارتباط مؤثر بین کلینیسین و بیمار اولین قدم برای شروع همدلی می‌باشد و این ارتباط نیازمند توانایی

پرسشنامه برای کاهش تورش از هر دو فعل مثبت و منفی استفاده شده و در مقیاس لیکرت جمله‌های با بار منفی به‌طور معکوس نمره‌گذاری می‌شوند (۳۶).

عوامل مختلفی همچون سن، جنس، وضعیت تأهل، رشته تحصیلی، ترم تحصیلی و ... می‌توانند بر روی این خصیصه و بروز آن در شرایط کلینیکی تأثیرگذار باشند (۳۵-۳۷).

بر اساس یافته‌های مطالعه حاضر بین نمره همدلی در گروه‌های سنی مختلف و ترم تحصیلی اختلاف آماری معنی‌داری مشاهده نگردید. در مقوله سن، این نتایج با نتیجه تحقیقات حجت و همکاران (۷) و نیز شریعت و همکاران (۳۵) همسو بوده و با مطالعه هاشمی پور و همکاران (۳۲) و شهاب و همکاران (۳۸) تفاوت دارد.

در ارتباط با ترم تحصیلی نیز یافته‌های مطالعه حاضر با مطالعات شریعت و همکاران (۳۵)، Mangione و همکاران (۳۹) و لامونیکال و همکاران (۴۰) مشابه و با مطالعات Chen و همکاران (۱) شهاب و همکاران (۳۸)، جباری فر و همکاران (۲۰) و هاشمی پور و همکاران (۳۲) متفاوت بود. در توضیح این مطلب می‌توان به این نکته اشاره کرد که خصایص اخلاقی مانند همدلی برای شکل‌گیری به زمان احتیاج داشته و احتمالاً در زمان‌های خیلی قبل‌تر از دوران تحصیل فرد تحت تأثیر خانواده و اجتماع شکل گرفته‌اند و بعید به نظر می‌رسد که دوران کوتاه تحصیلی در مقایسه با دوران طولانی زندگی فرد بتواند تأثیر معنی‌داری بر این ویژگی اخلاقی بگذارد (۳۵).

با توجه به نتایج مطالعه حاضر، اختلاف آماری معنی‌داری بین نمره همدلی در دو جنس مشاهده نگردید. این نتایج با مطالعات شریعت و همکاران (۳۵) و جباری فر و همکاران (۲۰) مشابه و با مطالعات شهاب و همکاران (۳۸)، حجت و همکاران (۷) و صادقیه و همکاران (۴۱) متفاوت بود. صفت همدلی دارای ریشه‌های فرهنگی و بیولوژیکی بوده و تلفیق این دو فاکتورها منجر به بروز این صفت در فرد می‌شود و با توجه به این امر که هردو جنبه احساسی و شناختی در بروز همدلی تأثیرگذار می‌باشند، از این‌رو نتایج مطالعات می‌تواند متفاوت باشد.

این صفت قوی‌تر و پررنگ‌تر می‌باشد (۳۲). با گذر زمان و عبور از دوران طفولیت جنبه احساسی جای خود را به جنبه شناختی داده و در بزرگسالی این صفت بنا به موقعیت اجتماعی و میزان تحصیلات بروز می‌کند (۶). تاکنون روش‌های بسیاری برای ارزیابی این خصیصه معرفی و بررسی گردیده‌اند که شامل خودارزیابی، ارزیابی بیمار، ارتباط دوطرفه، تست‌های روان‌سنجی و مشاهدات رفتاری می‌باشد (۳۱).

همدلی و دلسوزی دو خصیصه متفاوت می‌باشند. در همدلی کلینیسین و بیمار طی پروسه‌ای به یک درک مشترک می‌رسند و در دلسوزی کلینیسین و بیمار به یک احساس مشترک می‌رسند (۲۲).

به این دلیل که خصلت همدلی در جوامع مختلف دارای یک تعریف واحد نبوده و ابزار دقیقی برای سنجش آن در دسترس نیست، در مطالعات اندکی مورد ارزیابی قرار گرفته است. در ابتدا پرسشنامه‌های تدوین شده برای بررسی همدلی در پزشکان به دو دلیل عدم تأکید بر رابطه پزشک با بیمار به‌عنوان اساس ایجاد رابطه همدلی و عدم توجه به بعد شناختی همدلی، به‌طور محدودی مورد استفاده قرار گرفتند (۷-۳۵). با توجه به اهمیت این مقوله در علم و هنر پزشکی، در سال ۲۰۰۰ پرسشنامه‌ای به نام پرسشنامه جفرسون ویژه همدلی پزشکان توسط دکتر محمدرضا حجت در دانشگاه توماس جفرسون تهیه و تنظیم شد (۳۵). این پرسشنامه در دو نسخه S مربوط به دانشجویان و HP مربوط به کلینیسین‌ها تدوین شد و تفاوت این دو نوع پرسشنامه در این است که نوع S بیشتر گرایش و نگرش و نوع HP بیشتر مهارت همدلی را در رفتار کلینیکی می‌سنجد (۳۱).

Sherman و Cramer در سال ۲۰۰۵ در مطالعه‌ای نشان دادند که استفاده از نوع HP پرسشنامه در دانشجویان دندانپزشکی دارای روایی و پایایی قابل قبولی بوده و برای ارزیابی همدلی در این دانشجویان مناسب می‌باشد (۳۶).

مناسب بودن این پرسشنامه در دانشجویان دندانپزشکی را می‌توان به شروع زودتر دوره‌های کلینیکی و ارتباط با بیمار در این رشته در مقایسه با رشته پزشکی نسبت داد (۳۱). در این

برگ خرید آموزش یکی از عوامل بسیار مهم در روند ایجاد همدلی در افراد در نظر گرفته می‌شود و از این رو طراحی مطالعات مداخله‌ای در این زمینه بسیار اهمیت دارد.

بر اساس مطالعه حاضر، نوع پذیرش دانشجو نیز تأثیر معنی داری بر روی نمره همدلی ندارد. نتایج مطالعه شهاب و همکاران (۳۸) نیز ارتباط معنی داری بین نوع دانشگاه با نمره همدلی گزارش نکرد. علت این امر احتمالاً به دلیل عدم ارتباط نحوه پذیرش دانشجو با دیدگاه و خصایص اخلاقی وی می‌باشد. با توجه به این امر که خصیصه همدلی در طول زمان و قرار گرفتن در محیط اجتماعی قابلیت تغییر را دارد، مطالعات طولی برای رصد کردن تأثیر فاکتورهای مختلف بر این روند مناسب تر می‌باشند. از سوی دیگر ارزیابی این خصیصه در محیط آموزشی پیشگویی کننده رفتار واقعی یک کلینیسین در محیط جامعه نیست و مطالعات وسیع تر در سطح فارغ التحصیلان برای ارزیابی این ویژگی و میزان به اصطلاح ملکه شدن آن در رفتار کلینیکی فرد مورد نیاز می‌باشد. اولین قدم برای ارائه خدمات بهینه دندانپزشکی به بیماران، ارتباط قوی و مؤثر بین کلینیسین و بیمار می‌باشد. با توجه به اهمیت این موضوع هم برای بیمار و هم برای کلینیسین، ارزیابی و بررسی راهکارهایی در این زمینه در محیط های آموزشی ضروری به نظر می‌رسد. برگزاری دوره‌های آموزشی تئوری و عملی برای افزایش مهارت‌های ارتباطی در دانشجویان و تأکید بر اهمیت بالای ویژگی همدلی در آینده حرفه‌ای دانشجویان رشته‌های بالینی می‌تواند قدم‌های مؤثری در این زمینه باشد. علاوه بر این آموزش اصول همدردی در درمان بیماران و درک دیدگاه‌های آنان در بستر خانوادگی و فرهنگی شان و پرهیز از قضاوت کردن بیمار هرچند مغایر با عقاید و ارزش‌های کلینیسین باشد، از موضوعات بسیار مهم در این مقوله می‌باشد.

#### نتیجه‌گیری:

نتایج مطالعه حاضر نشان داد که عوامل متعددی بر میزان همدلی در دانشجویان دندانپزشکی مؤثر هستند. از آنجایی که میزان همدلی در مطالعه حاضر رضایت‌بخش نمی‌باشد، بنابراین

در این مطالعه میانگین نمره همدلی در افراد متأهل به‌طور معنی‌داری بالاتر از افراد مجرد گزارش گردید. در مطالعه شهاب و همکاران (۳۸) این اختلاف معنی‌دار بوده ولی در مطالعه شریعت و همکاران (۳۵) این اختلاف معنی‌دار نگردید. با توجه به اینکه مطالعه شهاب و همکاران (۳۸) بر روی دانشجویان دندانپزشکی و مطالعه شریعت و همکاران (۳۵) بر روی متخصصین رشته‌های بالینی انجام گردید، می‌توان اختلاف نتایج را به گروه‌های انسانی مورد بررسی در دو مطالعه نسبت داد.

بر اساس مطالعه Nash و همکاران (۴۲)، بعد احساسی همدردی در کودکی شکل گرفته و تغییر نمی‌کند، ولی بعد شناختی آن باگذشت زمان قابل تغییر می‌باشد. از این رو فاکتورهای سن، جنس و تأهل بر اساس میزان تأثیر بر روی بعد شناختی به‌عنوان یک عامل مؤثر در بروز این خصیصه در یک جمعیت قابل بررسی هستند (۴۲).

در مطالعه حاضر میانگین نمره همدلی در دانشجویان دوره تخصصی به‌طور معنی‌داری بیشتر از دانشجویان دوره عمومی بود. بر اساس مطالعه جباری فر و همکاران (۲۰) تفاوتی محسوس بین میزان همدلی دانشجویان تخصصی دندانپزشکی با دانشجویان دوره عمومی مشاهده نگردید و میزان همدلی به‌طور معکوس با افزایش سنوات تحصیلی کاهش یافته بود. بر اساس مطالعه حاضر می‌توان پنداشت که افزایش همدلی در دوره تخصص می‌تواند پرنرنگ‌تر شدن بعد شناختی همدلی باگذشت زمان و افزایش تجربه کلینیکی برخوردار با بیمار در افراد متخصص باشد.

آموزش یک عامل بسیار مهم در ارتقای این ویژگی حرفه‌ای محسوب می‌شود (۱۰). کسب مهارت‌های اجتماعی و ایجاد ارتباطات کلامی و غیرکلامی نیاز به آموزش و تمرین مستمر و ارائه بازخورد دارد (۱۰). بر اساس نتایج مطالعه حاضر گذراندن واحد مهارت‌های ارتباطی بالینی به‌طور معنی‌داری بر روی همدلی تأثیرگذار است. بر اساس یافته‌های برخی مطالعات، آموزش نقش بسیار مهمی در افزایش همدلی ایفا می‌کند (۱۰)، گرچه برخی این تأثیرات را کوتاه‌مدت گزارش کرده‌اند (۴۳).

صدوقی یزد به تصویب رسیده است. نویسندگان مقاله لازم می دانند از کلیه دانشجویانی که با تکمیل پرسشنامه، به انجام این پژوهش کمک نمودند، قدردانی و تشکر نمایند.

برنامه ریزی مناسب آموزشی در جهت ارتقای سطح همدردی در دانشجویان دندانپزشکی ضروری و لازم به نظر می رسد.

تقدیر و تشکر:

تعارض منافع:

نویسندگان هیچ گونه تعارض منافی را اعلام نکرده اند.

این مقاله منتج از پایان نامه دانشجویی به شماره ۷۳۹ می باشد؛ که در معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی شهید

## References

- 1- Chen D, Lew R, Hershman W, Orlander J. *A cross-sectional measurement of medical student empathy*. Journal of General Internal Medicine 2007;22(10):1434-8.
- 2- Hojat M, Vergare MJ, Maxwell K, Brainard G, Herrine SK, Isenberg GA, et al. *The devil is in the third year: a longitudinal study of erosion of empathy in medical school*. Academic Medicine 2009;84(9):1182-91.
- 3- Simpson M, Buckman R, Stewart M, Maguire P, Lipkin M, Novack D, et al. *Doctor-patient communication: the Toronto consensus statement*. British medical journal 1991;303(6814):1385-7.
- 4- Squier RW. *A model of empathic understanding and adherence to treatment regimens in practitioner-patient relationships*. Social Science Medicine 1990;30(3):325-339.
- 5- Stewart MA. *Effective physician-patient communication and health outcomes: a review*. Canadian Medical Association journal 1995;152(9):1423-33.
- 6- More ES, Milligan MA. *The empathic practitioner: Empathy, gender, and medicine*. New Brunswick, NJ: Rutgers University Press; 1994.
- 7- Hojat M, Gonnella JS, Nasca TJ, Mangione S, Vergare M, Magee M. *Physician empathy: definition, components, measurement, and relationship to gender and specialty*. American Journal of Psychiatry 2002;159(9):1563-9.
- 8- Hojat M, Mangione S, Gonnella JS, Nasca T, Veloski JJ, Kane G. *Empathy in medical education and patient care*. Academy Medical 2001;76(7):669-671.
- 9- Stephan WG, Finlay K. *The role of empathy in improving intergroup relations*. Journal of Social issues 1999;55(4):729-743.
- 10- Tsiantou D, Lazaridou D, Coolidge T, Arapostathis KN, Kotsanos N. *Psychometric properties of the Greek version of the Toronto Composite Empathy Scale in Greek dental students*. European Journal of Dental Education 2013;17(4):208-17.
- 11- Schouten BC, Eijkman MA, Hoogstraten J. *Dentists' and patients' communicative behaviour and their satisfaction with the dental encounter*. Community Dental Health 2003;20(1):11-5.

- 12- Kim SS, Kaplowitz S, Johnston MV. *The effects of physician empathy on patient satisfaction and compliance*. Evaluation the Health Profession 2004;27(3):237-51.
- 13- Vermeire E, Hearnshaw H, Van Royen P, Denekens J. *Patient adherence to treatment: three decades of research. A comprehensive review*. Journal of Clinical Pharmacy Therapeutics 2001;26(5):331-42.
- 14- Berk SN, Moore ME, Resnick JH. *Psychosocial factors as mediators of acupuncture therapy*. Journal of Consulting and Clinical Psychology 1977;45(4):612-9.
- 15- Thomas MR, Dyrbye LN, Huntington JL, Lawson KL, Novotny PJ, Sloan JA, et al. *How do distress and well-being relate to medical student empathy? A multicenter study*. Journal of General Internal Medicine 2007;22(2):177-83.
- 16- Di Blasi Z, Harkness E, Ernst E, Georgiou A, Kleijnen J. *Influence of context effects on health outcomes: a systematic review*. the Lancet 2001;357(9258):757-62.
- 17- Beckman HB, Markakis KM, Suchman AL, Frankel RM. *The doctor-patient relationship and malpractice. Lessons from plaintiff depositions*. Arch Internal Medicine 1994;154(12):1365-70.
- 18- Levinson W. *Physician-patient communication. A key to malpractice prevention*. JAMA 1994;272(20):1619-20.
- 19- Kulich KR, Berggren U, Hallberg LR. *A qualitative analysis of patient-centered dentistry in consultations with dental phobic patients*. Journal of Health Communication 2003; 8(2): 171-87.
- 20- Jabarifar SE, Khalifesoltani FS, Nilchian F, Yousefi A, Hoseinpour K. *Empathy levels in undergraduate and postgraduate dental students in Isfahan Faculty of Dentistry in 2011*. Journal of Isfahan Dental Sch 2012;7(5):753-62.
- 21- Prabhu S, Kumar VS, Prasanth S, Kishore S. *Standing in patients' shoes—survey on empathy among dental students in India*. Journal of Education Ethics Dentistry 2014; 4(2): 69-73.
- 22- Hemmerdinger JM, Stoddart SD, Lilford RJ. *A systematic review of tests of empathy in medicine*. BMC Medical Education 2007;7(24): 1-8
- 23- Magalhaes E, Salgueira AP, Costa P, Costa MJ. *Empathy in senior year and first year medical students: a cross-sectional study*. BMC Medical Education 2011;11(52): 1-7
- 24- Spencer J. *Decline in empathy in medical education: how can we stop the rot?* Medical Education 2004;38(9):916-8.
- 25- 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.
- 26- Marzola R, Derbabian K, Donovan TE, Arcidiacono A. *The science of communicating the art of esthetic dentistry. Part I: Patient-dentist-patient communication*. the Journal of Esthetic Dentistry 2000;12(3):131-8.
- 27- Sarnat H, Arad P, Hanauer D, Shohami E. *Communication strategies used during pediatric dental treatment: a pilot study*. American Academy Pediatr Dentistry 2001;23(3):337-42.



- 28- Sondell K, Soderfeldt B, Palmqvist S. *Dentist-patient communication and patient satisfaction in prosthetic dentistry*. International Journal of Prosthodont 2002;15(1):28-38.
- 29- Benbassat J, Baomal R. *What is empathy, and how can it be promoted during clinical clerkships?* Academic Medical 2004; 79(9): 832-9.
- 30- 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*. the Journal of Social Psychology 2005;145(6):663-72.
- 31- Beattie A, Durham J, Harvey J, Steele J, McHanwell S. *Does empathy change in first-year dental students?*. European Journal Dental Education 2012;16(1): 111-6.
- 32- Hashemipour M, Karami MA. *Validity and Reliability of the Persian Version of JSPE-HP Questionnaire* Journal Kerman University Medical Science 2012;19(2):201-11.
- 33- Khorshidian A. *The Compatibility of Teaching the Professional Ethics in Dentistry*. Educa Res Med Sci 2014;3(2):79-80.
- 34- Schwartz B, Bohay R. *Can patients help teach professionalism and empathy to dental students? Adding patient videos to a lecture course*. Journal of Dental Education 2012;76(2):174-84.
- 35- Shariat SV, Habibi M. *Empathy in Iranian medical students: measurement model of the Jefferson scale of empathy*. Medical teacher 2013;35(1): 913-18.
- 36- Sherman JJ, Cramer A. *Measurement of changes in empathy during dental school*. Journal of Dental Education 2005;69(3):338-45.
- 37- Fernandez-Olano C, Montoya-Fernandez J, Salinas-Snchez AS. *Impact of clinical interview training on the empathy level of medical students and medical residents*. Medical Teacher 2008;30(3):322-4.
- 38- Shahab S, Rejeh N, Nasiri M, Asgharirad R. *Empathy with patients among dentistry students in Tehran*. Iran Journal Medical Ethics History of Medicin 2014;7(4):55-65.persian
- 39- Mangione S, Kane GC, Caruso JW, Gonnella JS, Nasca TJ, Hojat M. *Assessment of empathy in different years of internal medicine training*. Medical Teacher 2002;24(4):370-3.
- 40- La Monica EL, Wolf RM, Madea AR, Oberst MT. *Empathy and nursing care outcomes*. Scholarly Inquire Nursing Practical 1987;1(3):197-213.
- 41- Sadeghiye H, Aghababaei N, Hatami J, Khorami-Bonaraki A. *Comparing situational and dispositional empathy, considering the role of gender*. Social Psychology Research 2011;1(2):1-16.
- 42- Nash DA. *Ethics, empathy, and the education of dentists*. Journal Dentist Education 2010;74(6):567-78.
- 43- Van Winkle LJ, Fjortoft N, Hojat M. *Impact of a workshop about aging on the empathy scores of pharmacy and medical students*. American Journal Pharmaciutical Education 2012;76(1):9.

## *Patient empathy and related factors in a group of undergraduate and postgraduate dental students*

*Kazemi poor M (PhD)<sup>1</sup>, Sattar Boroujeni S (PhD)<sup>2</sup>, Hakimian R (MSc),<sup>3\*</sup>*

- <sup>1-</sup> PhD Candidate -Assistant Professor, Department of Endodontic, School of Dentistry, Shahid Sadoughi University of Medical Sciences, Yazd, Iran  
<sup>2-</sup> PhD Candidate- Dentist, Department of Endodontic, School of Dentistry, Shahid Sadoughi University of Medical Sciences, Yazd, Iran.  
<sup>3-</sup> MSc, Librarian, School of Dentistry, Shahid Sadoughi University of Medical Sciences, Yazd, Iran.

**Received:** 26 Jan 2018

**Accepted:** 11 Apr 2018

### **Abstract**

**Introduction:** Communicating effectively with patients is the first step to begin clinical empathy. Empathy is a cognitive and behavioral attribute that plays an important role in the clinical performance of health care professionals. The aim of the present study was to evaluate empathy in undergraduate and postgraduate dental students of Shahid Sadoughi University of Medical Science.

**Methods:** In this descriptive cross-sectional study 312 dental students, 252 undergraduates and 60 postgraduates, were completed the HP version of the Jefferson Scale of Physician Empathy. Data were analyzed by SPSS17 using T-test and ANOVA. The significance level was set as  $P \leq 0.05$ .

**Results:** Overall, 177(56.7%) men and 135(43.3%) women, with the mean age as  $25.0 \pm 3.1$  and age range between 21.0-45.0 participated in the study. The mean empathy scores was  $86.6 \pm 8.8$  (ranged between (69.0-118.0)). The means of empathy scores was not significantly related with age, sex, university admission status and educational level ( $P < 0.05$ ). In contrast, there were statistically significant correlation between empathy and marital status ( $P=0.05$ ), education level ( $P=0.017$ ) and passing the “communication skills” course ( $P=0.004$ ).

**Conclusion:** Based on the results of the present study, many factors could affect the empathy levels in dental students. Since the empathy scores in the present study are not satisfactory, a proper educational program to improve the empathy levels in dental students seems to be necessary.

**Keywords:** Dentistry, Education, Empathy, Students

#### ***This paper should be cited as:***

Kazemipoor M, Sattar Boroujeni S, Hakimian R. *Patient empathy and related factors in a group of undergraduate and postgraduate dental students.* J Med Edu Dev; 13(1):58-67.

**\* Corresponding Author: Tel: +983538229076, Email: hakimianr@gmail.com**