

بررسی میزان همدلی دانشجویان دوره عمومی دندان پزشکی و دستیاران دندان پزشکی با بیماران در سال ۱۳۹۰

دکتر سید ابراهیم جباری فر^۱، فخری السادات خلیفه سلطانی^{*}، دکتر فیروزه نیلچیان^۲، دکتر علیرضا یوسفی^۳، کبری حسین پور^۴

چکیده

مقدمه: همدلی دندان پزشک و بیماران باعث افزایش مهارت‌های ارتباطی و رضایت آن‌ها و اثربخشی درمان‌های دندان پزشکی می‌گردد. ارتباط صحیح و همدلی بین دندان پزشک و گیرندگان خدمات دندان پزشکی یکی از دغدغه‌های اساتید، مدیران و برنامه‌ریزان آموزش و گیرندگان خدمات دندان پزشکی می‌باشد. هدف از پژوهش حاضر، بررسی میزان همدلی در دانشجویان دوره عمومی و دستیاران دندان پزشکی دانشکده دندان پزشکی دانشگاه علوم پزشکی اصفهان در سال ۱۳۹۰ با بیماران بود.

مواد و روش‌ها: در این مطالعه مقطعی، ۲۰۵ پرسش‌نامه توسط ۱۱۴ دانشجوی دوره عمومی و ۹۱ دستیار تخصصی دانشکده دندان پزشکی دانشگاه علوم پزشکی اصفهان در سال ۹۰ که به طور تصادفی از بین دانشجویان مقطع بالینی (سال‌های سوم تا ششم) و دستیاران رشته‌های تخصصی دندان پزشکی اصفهان انتخاب شده بودند تکمیل گردید. ابزار جمع‌آوری اطلاعات، نسخه فارسی پرسش‌نامه همدلی Jefferson بود. اطلاعات شرکت کنندگان وارد نرم‌افزار SPSS^{۱۱/۵} گردید. اطلاعات با کمک آزمون‌های t و ANOVA و آزمون تعقیبی Tukey و آمارهای توصیفی تجزیه و تحلیل گردید ($\alpha = 0/05$).

یافته‌ها: میانگین نمره همدلی در دانشجویان مؤنث و مذکر به ترتیب ۸۸/۹۳، ۸۸/۲۴ و دستیاران و دانشجویان دوره عمومی به ترتیب ۸۵/۹۷ و ۹۰/۶۱ بود. میانگین نمره همدلی در دانشجویان مؤنث و مذکر و دوره عمومی دندان پزشکی با افزایش سنوات تحصیلی کاهش معناداری نداشت ($p \text{ value} = 0/219$ ، $p \text{ value} = 0/173$). همچنین تفاوت معناداری بین میانگین همدلی دانشجویان سال سوم دوره عمومی با دستیاران دندان پزشکی مشاهده گردید ($p \text{ value} < 0/01$).

نتیجه‌گیری: میزان همدلی بر اساس سنوات تحصیلی در دانشجویان دوره عمومی و دستیاران تخصصی با شرایط قابل انتظار (میزان همدلی ۱۲۰-۱۴۰) تفاوت دارد. برنامه‌ریزی آموزشی برای تقویت فضای همدلی بین دانشجویان و بیماران ضروری به نظر می‌رسد.

کلید واژه‌ها: همدلی، دانشجو، دندان پزشکی، آموزش.

* کارشناس پژوهشی، دانشکده دندان پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران. (مؤلف مسؤول)
f.khalifesoltani@yahoo.com

۱: دانشیار، عضو مرکز تحقیقات دندان پزشکی ترابی‌نژاد، گروه دندان پزشکی کودکان، دانشکده دندان پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران.

۲: استادیار، عضو مرکز تحقیقات دندان پزشکی ترابی‌نژاد، گروه دندان پزشکی جامعه‌نگر، دانشکده دندان پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران.

۳: دانشیار، گروه آموزش پزشکی، مرکز تحقیقات آموزش پزشکی، مدیریت، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران.

۴: دانشجوی کارشناس ارشد پژوهش علوم اجتماعی، دانشگاه آزاد اسلامی دهقان، اصفهان، ایران.

این مقاله حاصل طرح تحقیقاتی به شماره ۲۹۰۳۶۸ مصوب دانشگاه علوم پزشکی اصفهان می‌باشد.

این مقاله در تاریخ ۹۰/۶/۲۱ به دفتر مجله رسیده، در تاریخ ۹۰/۹/۱۲ اصلاح شده و در تاریخ ۹۰/۹/۲۲ تأیید گردیده است.

مجله دانشکده دندان پزشکی اصفهان
۱۳۹۰، ویژه‌نامه (۵)، ۷۵۳ تا ۷۶۲

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 آرایه دهنده و گیرنده خدمات سلامت دهان و دندان مورد توجه جدی نظام آموزشی دندان پزشکی می‌باشد. نکته کلیدی در این ارتباط مؤثر و مفید، توانایی درک و میزان همدلی بین بیمار و دندان پزشک می‌باشد [۲]. همدلی، توانایی شناخت احساسات و تجربیات دیگران و تعامل احساسات و تجربیات طرفین برای ارتباط مؤثر می‌باشد. همدلی در آرایه خدمات سلامت دهان و دندان دارای دو بخش، روان‌شناختی و احساسی می‌باشد [۳، ۴]. افزایش همدلی با افزایش رضایت بیماران همراه بوده است و ارتقاء تشخیص و طرح درمان صحیح و کیفیت مناسب خدمات سلامت دهان و دندان و موجب ارتقاء نقش حرفه‌ای دندان پزشک می‌گردد. اصولاً سه نوع رابطه و تعامل بین دندان پزشک و بیمار وجود دارد. هدایت و همکاری، مشارکت خاموش و فعال و غیر فعال که در هر سه مدل، همدلی و تعامل پزشک با بیمار نقش بسیار مهمی دارد [۵]. مطالعات نشان داده است که همدلی دندان پزشک با بیماران ارتباط نزدیکی با مهارت‌های اجتماعی، حس نوع دوستی، انعطاف‌پذیری، صبوری و تحمل، شوخ طبعی، خوش‌بینی، گذشت و مهربانی او دارد. همچنین نگرش مثبت دندان پزشک در مواجهه با افراد مسن و خردسال، نیازمند و فقیر نیز در این ارتباط نقش اساسی دارد. توانایی کسب اطلاعات و معاینه دقیق و صحیح، جنسیت، شخصیت، تجربیات آموزشی، رابطه خانوادگی و دندان پزشک با همدلی او ارتباط معنی‌دار دارند [۶-۸]. آرایه خدمات سلامت دهان و دندان توسط دندان پزشک صرف‌نظر از شیوه نظام سلامت و جنبه‌های تکنیکی، دارای ابعاد کیفی و پنهان و روانی- اجتماعی نیز می‌باشد [۹، ۱۰].

نشانه‌های همدلی بین دندان پزشک و بیمار در ارتباطات کلامی و غیر کلامی ظاهر می‌شود. دندان پزشکان و پزشکان با همدلی بیشتر، شایستگی بیشتری در گرفتن شرح حال، انجام معاینات بالینی و نیازسنجی و طرح درمان و آرایه 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 و کاهش شکایات و نارضایتی‌های بیماران و نیز

ایجاد انگیزه در بیماران برای پی‌گیری دقیق دستورات و افزایش موفقیت پیامدهای درمان آرایه شده توسط دندان پزشک می‌شود [۱۱-۱۲]. شواهد نشان می‌دهد که دندان پزشکان کودکان که همدلی مناسبی با کودک و خانواده او دارند، ترس کودک و خانواده‌اش را کاهش می‌دهند که موفقیت در درمان را به همراه دارد [۱۳-۱۵]. همچنین مطالعات نشان می‌دهد که مهارت ایجاد ارتباط و همدلی با بیماران باعث کاهش اضطراب و ترس آن‌ها از دندان پزشکی شده و نیز بهبودی برای بیماران مبتلا به دردهای صورتی و دهانی و ایجاد رغبت و همکاری در دریافت خدمات اورژانس دندان پزشکی و ارتودنسی و کشیدن دندان، ترمیم دندان و درمان‌های ریشه و خدمات پروتزی و ایمپلنت گردیده است [۱۶-۱۸]. اخیراً توسط کالج انجمن آموزش در علوم پزشکی آمریکا پیشنهاد شده است که دانشگاه‌های علوم پزشکی باید دانشجویان حوزه سلامت را به شیوه‌ای 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 و مذهبی و زبان آن‌ها توجه جدی شود [۱۹].

امروزه به دلیل گسترش و گرایش زیاد به ابعاد تکنیکی دندان پزشکی، 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 آرایه دهنندگان حوزه سلامت در طی دوران تحصیل دچار بی‌دردی احساسی و عاطفی می‌شوند و به همین خاطر شاخص‌هایی مانند همدلی و اخلاق حرفه‌ای طراحی گردیدند.

شاخص همدلی چهار بعدی Jefferson در مراکز مختلف آرایه خدمات پزشکی و پرستاری و توان‌بخشی و در دندان پزشکی به طور محدود مورد استفاده قرار گرفته است [۲۰-۲۴]. مطالب زیادی درباره میزان همدلی دانشجویان دندان پزشکی و بیماران و نیز فارغ‌التحصیلان این رشته در اصفهان در دسترس نمی‌باشد. این مطالعه به منظور بررسی میزان همدلی و تغییرات احتمالی آن در مقاطع مختلف آموزش دندان پزشکی عمومی و دستیاران و مقایسه آن‌ها با یکدیگر اجرا گردیده است.

مواد و روش‌ها

این طرح پژوهشی مورد تصویب شورای پژوهشی قرار گرفت. در این مطالعه توصیفی و مقطعی، جامعه مورد پژوهش ۲۰۵ نفر از دانشجویان دوره عمومی و دستیاران در حال تحصیل در سال ۱۳۹۰ دانشکده دندان پزشکی دانشگاه علوم پزشکی اصفهان بودند که به طور تصادفی جهت شرکت در مطالعه انتخاب شدند. معیارهای ورود به مطالعه دانشجویان سال‌های سوم، چهارم، پنجم و ششم که حداقل دو ترم خدمات بالینی دندان پزشکی را انجام داده بودند و همچنین تمام دستیاران جراحی فک و صورت، درمان ریشه، دندان پزشکی کودکان، رادیولوژی دهان، فک و صورت، پروتزهای دندانی، ارتودنسی، جراحی لثه و پریودنتال و آسیب‌شناسی دهان، فک و صورت بودند. ۲۵ پرسش‌نامه، مربوط به دستیاران بیماری‌های دهان و دیگر نمونه‌های با پرسش‌نامه مخدوش از مطالعه خارج شدند. ابزار جمع‌آوری اطلاعات، پرسش‌نامه همدلی Jefferson بود [۲] که به صورت رفت و برگشتی (انگلیسی به فارسی و فارسی به انگلیسی) توسط دو نفر از اعضای هیأت علمی ترجمه گردید. این پرسش‌نامه دارای ۲۰ گزاره مثبت و منفی با مقیاس ۷ درجه‌ای لیکرت از بسیار مخالفم، مخالفم، کمی مخالفم، نظری ندارم، کمی موافقم، موافقم، بسیار موافقم بود. قسمت اول پرسش‌نامه شامل اطلاعات جمعیت شناختی مانند سن، جنسیت، سال تحصیلی (دانشجوی عمومی یا دستیاران) بود. در نهایت اطلاعات ۲۰۵ پرسش‌نامه (۱۱۴ پرسش‌نامه دانشجویان دوره عمومی و ۹۱ دستیاران دندان پزشکی وارد کامپیوتر گردید). در ابتدا به منظور روایی صوری و اشکالات ویرایشی ۲۰ دانشجوی پرسش‌نامه اولیه را تکمیل کردند اما به دلیل محدودیت ابعاد روان‌سنجی و محتوایی آن در زبان فارسی نیاز به مطالعات از نوع تحلیل‌های اکتشافی و

تأییدی دارد که در محدوده یک مطالعه آزمایشی امکان‌پذیر نبود. در نهایت اشکالات ویرایشی آن رفع گردید و پرسش‌نامه اصلی (ضمیمه پیش‌نویس مقاله) بین نمونه‌های مورد نظر توزیع گردید (پیوست ۱). اطلاعات کدبندی وارد نرم‌افزار SPSS_{۱۱/۵} گردید و آماره‌های توصیفی و تحلیلی در جداول چند بعدی و آزمون‌های آماری t و ANOVA و آزمون تعقیبی Tukey استفاده گردید.

یافته‌ها

بر اساس اطلاعات ۵۵/۶ درصد (۱۱۴ نفر) از آزمودنی‌ها پسر و ۴۴/۴ درصد (۹۱ نفر) دختر بودند. ۵۵/۶ درصد (۱۱۴ نفر) از دانشجویان در دوره عمومی و ۴۴/۴ درصد (۹۱ نفر) در مقطع تخصص مشغول به تحصیل بودند. بالاترین درصد آزمودنی‌ها ۳۷/۶ درصد (۷۷ نفر) در رده سنی ۲۷-۳۰ سال و کمترین درصد مربوط به رده سنی ۳۱-۳۵ سال، ۴/۹ درصد (۱۰ نفر) بودند. در دوره عمومی بالاترین تعداد مربوط به سال ششم و کمترین تعداد مربوط به دانشجویان سال سوم بود.

میانگین نمرات همدلی در افراد مذکر ۸۸/۲۴ و انحراف معیار آن ۹/۵۰ و در افراد مؤنث ۸۸/۹۳ و انحراف معیار آن ۷/۹۲ بود.

جهت بررسی تفاوت بین میزان همدلی در مذکر و مؤنث از آزمون t مستقل استفاده شد. نتایج نشان داد که تفاوت معناداری بین این دو گروه وجود ندارد ($p \text{ value} = ۰/۱۷۳$) (جدول ۱).

همچنین جهت بررسی تفاوت بین دو گروه دستیاران و دانشجویان دوره عمومی دندان پزشکی از آزمون t مستقل استفاده گردید که نتایج حاکی از عدم تفاوت بین میزان همدلی دانشجویان سال سوم، چهارم، پنجم، ششم و دستیاران دندان پزشکی می‌باشد ($p \text{ value} = ۰/۲۱۹$).

جدول ۱. توزیع میانگین نمره همدلی بر اساس جنسیت دانشجویان

متغیرها	جنسیت	تعداد	میانگین	انحراف معیار	t	df	p
نمره همدلی	دختر	۹۱	۸۸/۹۳	۹/۵۰	۰/۵۶۳	۲۰۳	۰/۱۷۳
	پسر	۱۱۴	۸۸/۲۴	۷/۹۲			
نمره همدلی	دستیاران	۹۱	۸۵/۹۷	۷/۶۳	۳/۸۶	۲۰۳	۰/۲۱۹
	عمومی	۱۱۴	۹۰/۶۱	۹/۱۸			

جدول ۲. تحلیل واریانس نمره همدلی بین دانشجویان دوره عمومی و دستیاران دندان پزشکی و سنوات تحصیلی

دانشجو	میانگین	انحراف معیار	F	p
سوم	۹۷/۴۰	۱۴/۴۰	۵/۵۹	۰/۰۰۱
چهارم	۸۹/۸۸	۸/۸۰		
پنجم	۹۰/۱۷	۸/۷۳		
ششم	۹۰/۸۸	۷/۸۳		
دستیاران	۸۵/۹۷	۷/۶۳		

جدول ۳. نتایج تحلیل واریانس نمره همدلی دستیاران دندان پزشکی بر اساس رشته تحصیلی

دستیاران	تعداد	میانگین	انحراف معیار	F	p
درمان ریشه	۱۱	۸۵/۶۴	۲/۲۱۳	۶/۷۳	۰/۰۰۱
ارتودنسی	۲۱	۸۵/۸۶	۰/۸۸۷		
آسیب شناسی دهان، فک و صورت	۱۶	۸۹/۳۸	۱/۷۱۷		
پریودنتولوژی	۸	۹۱/۷۵	۳/۳۵۳		
جراحی دهان، فک و صورت	۱۸	۷۹/۵۶	۱/۹۵۱		
پروتزهای دندانی	۹	۹۸/۸۹	۴/۸۴۰		
رادیولوژی دهان، فک و صورت	۸	۸۳/۲۵	۲/۰۷۷		
دندان پزشکی کودکان	۱۰	۹۰/۰۰	۱/۵۰۶		

همچنین تفاوت نمره همدلی در بین رشته‌های دستیاران مختلف تحصیلی و دستیاران دندان پزشکی از آزمون ANOVA بررسی شد. میزان همدلی دستیاران ارتودنسی با پروتزهای دندانی، جراحی دهان، فک و صورت، پریودنتولوژی و پروتزهای دندانی و آسیب شناسی و کودکان که میزان تفاوت و مقدار معناداری آن در جدول ۴، ۳ آمده است.

بحث

فرایند ارتباط دندان پزشکی با بیماران و تأمین رضایت آن‌ها همانند بسیاری از بسترهای ارائه خدمات سلامت مانند پزشکی و پرستاری نیاز به همدلی مناسب طرفین دارد. شناخت تجربیات درونی و دیدگاه بیماران و توانایی تعامل آن‌ها علاوه بر افزایش مهارت‌های تکنیکی دندان پزشکی، در ایجاد ارتباط صحیح و بقاء و استحکام آن و اثربخشی خدمات و وظایف بیماران بسیار مؤثر می‌باشد. همدلی دندان پزشکی و بیماران با همدلی پزشک و پرستار با بیماران خود در عین مشابَهت‌های زیاد، تفاوت‌های قابل توجهی نیز دارد. یافته‌های قبلی نشان داده است که میزان همدلی در شروع ورود دانشجویان پزشکی و دندان پزشکی و پرستاری به دوره بالینی بیش از مقاطع بالاتر می‌باشد. نتایج

جهت مقایسه نمره همدلی در دانشجویان عمومی در سنوات مختلف تحصیلی و دستیاران دندان پزشکی از آزمون ANOVA استفاده شد (جدول ۲). نتایج نشان داد تفاوت معنادار آماری بین سال‌های مختلف تحصیلی دوره عمومی دندان پزشکی وجود دارد ($p \text{ value} < 0/001$). نتایج آزمون تعقیبی Tukey نشان داد که بین میزان همدلی دانشجویان سال سوم دوره عمومی دندان پزشکی و دستیاران این تفاوت معنادار است ($p = 0/001$). به طوری که میانگین نمره همدلی دانشجویان سال سوم ۹۷/۴ و میانگین نمره همدلی دستیاران دندان پزشکی ۸۵/۹۷ بود. اما این تفاوت در گروه‌های دیگر معنادار نبود.

جدول ۴. نتایج آزمون تعقیبی نمره همدلی دستیاران دندان پزشکی

دستیاران	میانگین تفاوت	p
درمان ریشه	-۱۳/۲۵۳*	۰/۰۰۵*
آسیب شناسی دهان، فک و صورت	-۱۳/۰۳۳*	۰/۰۰۱*
پریودنتولوژی	-۹/۸۱۹*	۰/۰۰۸*
جراحی دهان، فک و صورت	-۱۲/۱۹۴*	۰/۰۰۸*
پروتزهای دندانی	-۱۹/۳۳۳*	۰/۰۱*
دندان پزشکی کودکان	-۱۰/۴۴۴*	۰/۰۱۹*
رادیولوژی دهان، فک و صورت	۱۵/۶۳۹*	۰/۰۰۳*

* تفاوت معنی دار می‌باشد.

مطالعه حاضر در عین غیر معنی‌دار بودن همدلی مشابه نتایج بعضی مطالعات، کمی کاهش را نشان می‌دهد [۲۵، ۲۴، ۲۱، ۱۸، ۱۵، ۲، ۱]. از دلایل احتمالی آن افزایش نیاز به مهارت تکنیکی در سنوات بالاتر تحصیلی، خستگی و استرس در حال افزایش طی سنوات تحصیلی و فاصله گرفتن احتمالی از کسوت دانشجویی به کسوت متخصص و دکتر شدن و نیز شرایط آموزشی دانشکده دندان پزشکی اصفهان که ضروریات یادگیری دندان پزشکی لازمه فارغ‌التحصیل شدن بوده است و توجه کمتر به بیمار محوری در ارائه خدمات می‌باشد.

در مطالعه حاضر متفاوت از دیگر مطالعات میزان همدلی در دانشجویان پسر بیش از خانم‌ها بود و این متفاوت از نتیجه مطالعه Yarascavitch و همکاران [۲۵] می‌باشد. یکی از دلایل احتمالی این تفاوت در بعضی جنبه‌های دندان پزشکی نسبت به پزشکی و نیز انتخاب این رشته توسط شرکت کنندگان در کنکور می‌باشد.

تفاوتی محسوس بین میزان همدلی دانشجویان تخصصی دندان پزشکی با دانشجویان دوره عمومی مشاهده نگردید و میزان همدلی به طور معکوس با افزایش سنوات تحصیلی کاهش یافته بود؛ اما بین رشته‌های تخصصی دندان پزشکی تفاوت مشهود بود. شکی نیست که تعامل و ارتباط صحیح برای همه رشته‌های تخصصی و نیز دندان پزشکی عمومی با بیماران ضروری می‌باشد اما با توجه به ماهیت بعضی از رشته‌های تخصصی دندان پزشکی از لحاظ هزینه خدمات، مخاطرات و پیچیدگی و چالش‌ها متفاوت می‌باشند، به عبارت دیگر جراحان دهان، فک و صورت و دندان پزشکی کودک نیاز به همدلی بیشتری با بیماران خود برای ایجاد همکاری برای درمان‌های اثربخش و رفع مخاطرات درمان‌ها دارند.

یکی از نکات تأمل برانگیز و تأثیرگذار بر تعامل صمیمی و روابط دندان پزشکی با بیماران مانند هر حرفه دیگر، هزینه‌های خدمات سلامت دهان و دندان می‌باشد. با توجه به این که عمده هزینه‌های خدمات دندان پزشکی در کشور ما توسط بیماران پرداخت می‌گردد و پوشش‌های بیمه‌ای مناسب برای تمام افراد نیازمند این خدمات وجود ندارد مسلماً پرداخت تمام هزینه‌ها توسط بیمار هرچند متناسب با عرف جامعه مشکلاتی را به وجود خواهد آورد که ممکن است روابط دندان پزشکی با بیمار مخدوش گردد.

به دلیل پاره‌ای محدودیت‌ها و ماهیت آموزشی بودن، کمیت و کیفیت خدمات دندان پزشکی توسط دانشجویان و دستیاران و نوع بیماران مراجعه کننده به دانشکده دندان پزشکی اصفهان برای دریافت این خدمات ممکن است این مطالعه واقعیت خدمات دندان پزشکی در بیرون و در سطح جامعه را به درستی به تصویر نکشیده باشد. از طرفی چون مطالعه از نوع مقطعی و حجم نمونه کم می‌باشد، با مطالعات وسیع‌تر در فارغ‌التحصیلان دندان پزشکی کل کشور و همچنین مشاهده رفتار عینی و همدلی و تعامل آن‌ها با بیماران امکان تعمیم‌پذیری فراهم می‌گردد. همچنین یافته‌های این مطالعه نتوانست نگرانی اساتید، مدیران آموزشی و برنامه‌ریزان در کاهش میزان همدلی تصریح شده در مطالعات کشورهای دیگر را تأیید نماید.

نتیجه‌گیری

نتایج این مطالعه نشان داد که میزان همدلی دانشجویان سال‌های سوم، چهارم، پنجم، ششم و مذکر و مؤنث یکسان بود. میزان همدلی بین دستیاران رشته‌های تخصصی دندان پزشکی متفاوت بود.

References

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. 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.
4. Roding K. Professional competence in final-year dental undergraduates: assessment of students admitted by individualised selection and through traditional modes. Eur J Dent Educ 2001; 5(1): 12-6.
5. Jabbarifar SE, Makarem A. Social dentistry book two introduction behavior science and oral health. Isfahan. Isfahan: Isfahan University of Medical Sciences Publication; 2004.

6. 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.
7. Sarnat H, Arad P, Hanauer D, Shohami E. Communication strategies used during pediatric dental treatment: a pilot study. *American Academy of Pediatric Dentistry* 2000; 23(3): 337-41.
8. Sondell K, Soderfeldt B, Palmqvist S. Dentist-patient communication and patient satisfaction in prosthetic dentistry. *Int J Prosthodont* 2002; 15(1): 28-37.
9. 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.
10. Stephan WG, Finlay K. The role of empathy in improving intergroup relations. *Journal of Social Issues* 1999; 55(4): 792-43.
11. 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.
12. Suchman 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.
13. 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.
14. Brock CD, Salinsky JV. Empathy: an essential skill for understanding the physician-patient relationship in clinical practice. *Fam Med* 1993; 25(4): 245-8.
15. 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.
16. Spencer J. Decline in empathy in medical education: how can we stop the rot? *Med Educ* 2004; 38(9): 916-8.
17. Hemmerdinger JM, Stoddart SD, Lilford RJ. A systematic review of tests of empathy in medicine. *BMC Med Educ* 2007; 7: 24.
18. 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.
19. 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.
20. Evans BJ, Stanley RO, Burrows GD. Measuring medical students' empathy skills. *Br J Med Psychol* 1993; 66 (Pt 2): 121-33.
21. 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.
22. Bellini LM, Baime M, Shea JA. Variation of mood and empathy during internship. *JAMA* 2002; 287(23): 3143-6.
23. Mofidi M, Strauss R, Pitner LL, Sandler ES. Dental students' reflections on their community-based experiences: the use of critical incidents. *J Dent Educ* 2003; 67(5): 515-23.
24. 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.
25. Yarascavitch C, Regehr G, Hodges B, Haas DA. Changes in dental student empathy during training. *J Dent Educ* 2009; 73(4): 509-17.

پیوست ۱. شاخص فضای همدلی بین دانشجویان و بیماران دندان پزشکی

سلام دانشجوی عزیز دندان پزشکی: پرسش نامه تقدیمی جهت به آورد میزان همدلی بین دندان پزشک با بیماران نشان را می سنجد. لطفاً با کمال صداقت ممکن سؤالات را مطالعه کرده و در صورت رضایت به تمام سؤالات پاسخ دهید. مطمئن باشید وقت زیادی از شما نخواهد گرفت و اطلاعات آن کاملاً محرمانه و به مجموعه سیستم تأمین سلامت دهان و دندان (اساتید، مدیران آموزشی، دانشجویان، دندان پزشکان، بیماران) کمک خواهد کرد. مشخصات دمو که اینک دانشجو

- | | |
|--------------------------------------|---------------------------------------|
| ☐ (۱) سال سوم | ☐ (۲) سن ۲۰-۲۳ |
| ☐ چهارم | ☐ ۲۴-۲۶ |
| ☐ پنجم | ☐ ۲۷-۳۰ |
| ☐ ششم | ☐ ۳۱-۳۵ |

تاکنون در کدام بخش های دانشکده درمان دندان پزشکی انجام داده اید.

- | | | | | |
|-----------------------------------|--------------------------------------|-------------------------------------|--------------------------------|-----------------------------------|
| ☐ اندو | ☐ ترمیمی | ☐ کودکان | ☐ جراحی | ☐ پروتز |
| ☐ جامه نگر | ☐ پروتز متحرک | ☐ پروتز ثابت | ☐ پرپو | ☐ ارتودنسی |

۱- آگاهی و شناخت من از چگونگی احساس بیماران دندان پزشکی و یا همراهانشان یا خانواده نشان کمیت و کیفیت خدمات دندان پزشکی را تحت تأثیر قرار نمی دهد.

- | | | | |
|--|---------------------------------|--|-------------------------------------|
| ☐ به شدت مخالفم | ☐ مخالفم | ☐ کمی مخالفم | ☐ نظری ندارم |
| ☐ کمی موافقم | ☐ موافقم | ☐ به شدت موافقم | |

۲- من معتقد هستم که احساس و تعاملات دو طرفه بین دندان پزشک و بیمار نقش تعیین کننده ای در کمیت و کیفیت در ماه های دندان پزشکی ندارند.

- | | | | |
|--|---------------------------------|--|-------------------------------------|
| ☐ به شدت مخالفم | ☐ مخالفم | ☐ کمی مخالفم | ☐ نظری ندارم |
| ☐ کمی موافقم | ☐ موافقم | ☐ به شدت موافقم | |

۳- اهمیت دادن به همدلی و احساسات بیماران دندان پزشکی در حین ارائه خدمت از حقوق لازم می باشد که بایستی مراعات نمایم.

- | | | | |
|--|---------------------------------|--|-------------------------------------|
| ☐ به شدت مخالفم | ☐ مخالفم | ☐ کمی مخالفم | ☐ نظری ندارم |
| ☐ کمی موافقم | ☐ موافقم | ☐ به شدت موافقم | |

۴- احساس همدلی در رابطه دندان پزشکی با بیماران و یا خانواده شان یکی از مهارت های است که موفقیت و کمیت و کیفیت درمان دندان پزشکی را محدود می سازد.

- | | | | |
|--|---------------------------------|--|-------------------------------------|
| ☐ به شدت مخالفم | ☐ مخالفم | ☐ کمی مخالفم | ☐ نظری ندارم |
| ☐ کمی موافقم | ☐ موافقم | ☐ به شدت موافقم | |

۵- من معتقدم که همدلی در ارتباط با بیماران یکی از عوامل مهم در مهارت های دندان پزشکی می باشد.

- | | | | |
|--|---------------------------------|--|-------------------------------------|
| ☐ به شدت مخالفم | ☐ مخالفم | ☐ کمی مخالفم | ☐ نظری ندارم |
| ☐ کمی موافقم | ☐ موافقم | ☐ به شدت موافقم | |

۶- بیمارانی که من تحت درمان دندان پزشکی قرار می‌دهم، رضایت قابل توجهی دارند. هنگامی که من احساس آه‌ها را درک کرده و احساس همدلی بین ما ایجاد می‌شود.

به شدت مخالفم ☐ مخالفم ☐ کمی مخالفم ☐ نظری ندارم ☐
 کمی موافقم ☐ موافقم ☐ به شدت موافقم ☐

۷- احساسات و تعامل بین بیماران و دندان پزشک نتایج کمی و کیفی درمان‌های دندان پزشکی ار تحت تأثیر قرار نمی‌دهد.

به شدت مخالفم ☐ مخالفم ☐ کمی مخالفم ☐ نظری ندارم ☐
 کمی موافقم ☐ موافقم ☐ به شدت موافقم ☐

۸- درک و شناخت احساسات بیماران توسط دندان پزشک مانند آنچه که خانواده‌اش از دندان پزشک دارند انتظار یکی از عوامل مهم ارتباط صحیح دندان پزشک با بیماران می‌باشد.

به شدت مخالفم ☐ مخالفم ☐ کمی مخالفم ☐ نظری ندارم ☐
 کمی موافقم ☐ موافقم ☐ به شدت موافقم ☐

۹- من به خودم اجازه نمی‌دهم تحت تأثیر ارتباط قوی شخصی با بیماران یا همراهان آن‌ها قرار گیریم .

به شدت مخالفم ☐ مخالفم ☐ کمی مخالفم ☐ نظری ندارم ☐
 کمی موافقم ☐ موافقم ☐ به شدت موافقم ☐

۱۰- تجربیات شخصی و احساسات بیماران پیامد درمان‌های دندان پزشکی آن‌ها ار تحت تأثیر قرار نمی‌دهد.

به شدت مخالفم ☐ مخالفم ☐ کمی مخالفم ☐ نظری ندارم ☐
 کمی موافقم ☐ موافقم ☐ به شدت موافقم ☐

۱۱- در ارایه خدمات دندان پزشکی به بیماران به علایق و سلیقه آن‌ها توجه می‌کنم.

به شدت مخالفم ☐ مخالفم ☐ کمی مخالفم ☐ نظری ندارم ☐
 کمی موافقم ☐ موافقم ☐ به شدت موافقم ☐

۱۲- من ابزار احساسات بیماران را از طریق حرکات بدنی و دیگر نشانه‌ها یکی از مهم‌ترین ابزارهای ایجاد ارتباط بین دندان پزشک و بیمار می‌دانم.

به شدت مخالفم ☐ مخالفم ☐ کمی مخالفم ☐ نظری ندارم ☐
 کمی موافقم ☐ موافقم ☐ به شدت موافقم ☐

۱۳- من تلاش می‌کنم با دقت در نشانه‌های غیر کلامی و حرکات بدنی بیماران دندان پزشکی احساسات ذهن و فکری آن‌ها بدرستی درک کنم و در هنگام کار کردن به کار بگیرم.

به شدت مخالفم ☐ مخالفم ☐ کمی مخالفم ☐ نظری ندارم ☐
 کمی موافقم ☐ موافقم ☐ به شدت موافقم ☐

۱۴- من تلاش می‌کنم در حین درمان‌های دندان پزشکی خودم را جای بیماران نشست روی صندلی دندان پزشکی احساس کرده و تمام فضای دندان پزشکی را احساس کنم.

به شدت مخالفم ☐ مخالفم ☐ کمی مخالفم ☐ نظری ندارم ☐
 کمی موافقم ☐ موافقم ☐ به شدت موافقم ☐

۱۵- من تلاش می‌کنم به احساسات بیماران حین شرح حال وقتی، پیشنهاد طرح درمان، انجام درمان دندان پزشکی توجه قابل توجهی داشته باشم.

به شدت مخالفم ☐ مخالفم ☐ کمی مخالفم ☐ نظری ندارم ☐
 کمی موافقم ☐ موافقم ☐ به شدت موافقم ☐

۱۶- برای من مشکل است که دیدگاه‌های بیمارانش چه موافق چه مخالف را تحمل کنم.

به شدت مخالفم ☐ مخالفم ☐ کمی مخالفم ☐ نظری ندارم ☐
 کمی موافقم ☐ موافقم ☐ به شدت موافقم ☐

۱۷- احساس خوبی دارم وقتی که فکر می‌کنم ارائه خدمات دندان پزشکی بالینی مناسب و مورد رضایت بیماران دندان پزشکی انجام می‌دهم.

به شدت مخالفم ☐ مخالفم ☐ کمی مخالفم ☐ نظری ندارم ☐
 کمی موافقم ☐ موافقم ☐ به شدت موافقم ☐

۱۸- به خاطر این که مردم دیدگاه‌های متفاوتی دارند، برای من مشکل است که دیدگاه‌های بیمار هم در دندان پزشکی مورد توجه قرار دهم.

به شدت مخالفم ☐ مخالفم ☐ کمی مخالفم ☐ نظری ندارم ☐
 کمی موافقم ☐ موافقم ☐ به شدت موافقم ☐

۱۹- درخواست دندان پزشک از مسایلی که در زندگی شخصی بیمارانشان رخ داده در شناخت مشکلات دندان پزشکی نشان مفید می‌باشد.

به شدت مخالفم ☐ مخالفم ☐ کمی مخالفم ☐ نظری ندارم ☐
 کمی موافقم ☐ موافقم ☐ به شدت موافقم ☐

۲۰- من علاقه زیادی به مطالعه مسایل مربوط به غیر پزشکی و علوم اجتماعی ندارم.

به شدت مخالفم ☐ مخالفم ☐ کمی مخالفم ☐ نظری ندارم ☐
 کمی موافقم ☐ موافقم ☐ به شدت موافقم ☐

۲۱- چنانچه بخواهید در همدلی و درک احساسات بیماران توسط خود، به خودتان نمره از بین ۱۰۰-۰ بدهید که نمره ۱۰۰ حداکثر همدلی و حداقل می‌باشد، چه نمره‌ای به خود می‌دهید؟

۵۱-۷۵ ☐ ۳۶-۵۰ ☐ ۰-۲۵ ☐ ۷۶-۱۰۰ ☐

۲۲- فکر می‌کنید همدلی بین دندان پزشک و بیماران چه تأثیری بر موفقیت و هم چنین رضایت بیماران در تشخیص صحیح مشکلات دندان پزشکی نشان انتخاب طرح درمان مناسب، جراحی و کشیدن دندان، جرم‌گیری، جراحی لثه، درمان ریشه و ترمیم Oriv، درمان دندان پزشکی جراحی کودکان، انجام درمان پروتز یا ایمپلنت، ارتودنسی، بهداشت و پیش‌گیری و ارتقاء سلامت توسط دندان پزشک و تیم سلامت دهان و دندان دارد.

به شدت تأثیر مثبت دارد ☐ تأثیر مثبت دارد ☐ کمی تأثیر دارد ☐
 نظری ندارم ☐ کمی تأثیر منفی دارد ☐ به شدت تأثیر منفی دارد ☐

۲۳- تاکنون چه درمان‌های دندان پزشکی را انجام داده‌اید که تأثیر همدلی و درک احساسات بیماران در میزان موفقیت و شکست و رضایت بیماران دخیل می‌دانید.

پروتز ☐ ترمیمی ☐ دندان پزشکی کودکان ☐ دندان پزشکی جامعه‌نگر ☐ درمان ریشه ☐
 جراحی و کشیدن دندان، تشخیص و دارو و درمانی، رادیوگرافی دهان ☐ جرم‌گیری یا جراحی لثه ☐ موارد دیگر را ذکر کنید.....

چنانچه نظری دیگری و تکمیلی، انتقادی دارید ذکر کنید؟

Empathy levels in undergraduate and postgraduate dental students in Isfahan Faculty of Dentistry in 2011

Syed Ebrahim Jabarifar, Fakhri Sadat Khalifesoltani*, Firouzeh Nilchian, Alireza Yousefi, Kobra Hoseinpour

Abstract

Introduction: *Empathy between dental practitioners and dental patients increases communication between them, resulting in improvements in patient satisfaction and efficacy of oral health care. Proper communication and empathy between dental practitioners and patients are major concerns of professors, managers and education programmers. The aim of this study was to evaluate empathy between undergraduate and postgraduate dental students and their patients in Isfahan Faculty of Dentistry in 2011.*

Materials and Methods: *In this cross-sectional study 205 randomly selected participants, 91 postgraduate and 114 undergraduate students in Isfahan Faculty of Dentistry, completed the Farsi version of Jefferson questionnaire of physician empathy. The undergraduate students were selected from those in the clinical period of their studies in 2011. Data was analyzed by SPSS 11.5 using t-test, ANOVA, a post hoc Tukey test and descriptive statistics ($\alpha = 0.05$).*

Results: *The mean empathy scores in female and male students were 88.93 and 88.24, respectively. The scores in postgraduate and undergraduate dental students were 85.97 and 90.61, respectively. The means of empathy scores did not significantly decrease in female and male students and with an increase in the educational levels (p value = 0.219 and p value = 0.173). There was a significant difference in empathy scores between third-year undergraduate students and postgraduate students (p value < 0.01).*

Conclusion: *The empathy scores of undergraduate dental students based on educational level and postgraduate students are less than the ideal and acceptable levels (120–140). It is necessary to design proper educational programs to improve empathy scores in dental students.*

Key words: *Dentistry, Education, Empathy, Student.*

Received: 8 Jul, 2011

Accepted: 23 Nov, 2011

Address: Educational Expert, School of Dentistry, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran.

Email: f.khalifesoltani@yahoo.com

Journal of Isfahan Dental School 2012; Special Issue 7 (5): 753-762.