Shenakht Journal of Psychology and Psychiatry
Vol. 4/ No. 1/ Spring 2017
Page: 38-50

Social intelligence and medical empathy in Iranian and English medical students: a comparative cross-cultural study

Azadeh Taheri [1*], Fariba Soheili [2], Mahsima Pourshahriari [3]
1- PhD student in counseling, Alzahra university, (corresponding author)
a.taheri@alzahra.ac.ir
2- PhD student in counseling, Alzahra university
3- Associate professor, counseling faculty, Alzahra university

Abstract

Introduction: Social intelligence and physician empathy with patients are considered two effective factors in the quality of medical services. These variables are influenced by culture and have various manifestations in different cultures. Considering them is effective in providing appropriate communication between physician and patient.

Aim: This study aimed to compare the social intelligence and physician empathy towards patients of the medical students from Iran and the United Kingdom to investigate the potential relationship between these two variables.

Methodology: The population was consisted of medical students from medical universities in 3 cities: Tehran (Iran), London and Sheffield (England).The sample consisted of 182 students from two countries (88 Iranian, 94 English) which were selected by convenience sampling method. Data was collected by Tromso Social Intelligence Scale (2001), Jefferson scale of physician empathy- Health provider student revised version (2001) and researcher made demographic questionnaire. To analyze the data, t-test and multivariate analysis of variance (MANOVA) were used.

Results: results show that there is a significant positive correlation between social intelligence and empathy of medical students (R = 0/37, P <0/01). Multivariate analysis also showed that the two subscales of social intelligence including social awareness and social skills in Iranian students were higher than in English students. But in the social information processing component there is no difference between two groups. The compassionate care and Standing in the Patient's Shoes are two components of empathy which were higher in Iranian students rather than in English students. But there is no difference between the two groups in another subscale of empathy called perspective taking.

Conclusion: The result of this study reveals the importance of cultural differences on personality factors such as the social intelligence and the physician ability to empathize with patients.

Key words: social intelligence, medical empathy, medical students, comparative cross-cultural study

[Downloaded from shenakht.muk.ac.ir on 2026-10-31]

[DOR: 20.1001.1.25886657.1396.4.1.5.1]

مجله روانشناسی و روان پزشکی شناخت
سال چهارم، شماره ۱، بهار ۱۳۹۶
صفحات: ۵۰-۳۸

مقایسه‌ی هوش اجتماعی و همدلی با بیمار در دانشجویان پزشکی ایران و انگلستان: یک مطالعه‌ی میان فرهنگی

آزاده طاهری[1*]، فریبا سهیلی[2]، مه سیما پورشهریاری[3]
۱- دانشجوی دکتری مشاوره، دانشگاه الزهرا، (نویسنده مسئول)
a.taheri@alzahra.ac.ir
۲- دانشجوی دکتری مشاوره، دانشگاه الزهرا
۳- دانشیار، عضو هیئت علمی گروه مشاوره دانشگاه الزهرا

چکیده

مقدمه: هوش اجتماعی و همدلی پزشک با بیمار از عوامل موثر در کیفیت ارائه‌ی خدمات پزشکی به بیماران محسوب می‌گردند. از سوی دیگر این متغیرها تحت تاثیر فرهنگ بوده و جلوه‌ها و مظاهر گوناگونی در فرهنگهای مختلف دارند که توجه به آنها در برقراری ارتباط مناسب پزشک – بیمار تاثیرگذار است.

هدف: پژوهش حاضر با هدف مقایسه‌ی هوش اجتماعی و همدلی با بیمار در دانشجویان پزشکی ایران و انگلستان و بررسی رابطه‌ی این دو متغیر باهم انجام گرفت.

روش : جامعه ی آماری شامل دانشجویان پزشکی دانشگاههای شهرهای تهران، لندن و شفیلد بود که نمونه‌ای شامل۱۸۲ دانشجو از دو کشور (۸۸ دانشجوی ایرانی، ۹۴ دانشجوی انگلیسی) با روش در دسترس از آن انتخاب شدند. داده‌ها با استفاده از پرسشنامه-های مقیاس هوش اجتماعی ترومسو (۲۰۰۱)، مقیاس تجدیدنظرشده‌ی همدلی با بیمار در دانشجویان ارائه دهنده خدمات سلامتی جفرسون (۲۰۰۱) و پرسشنامه‌ی مشخصات جمعیت شناختی محقق ساخته جمع‌آوری گردیدند. به منظور تجزیه و تحلیل داده‌ها از آزمونهای t استودنت و تحلیل واریانس چندمتغییری (MANOVA) استفاده شد.

یافته‌ها: نتایج پژوهش نشان داد که بین هوش اجتماعی و همدلی دانشجویان پزشکی رابطه مثبت و معناداری وجود دارد (R=0/37, P<0/01). همچنین نتایج تحلیل واریانس چند متغیری نشان داد که در هوش اجتماعی مولفه های آگاهی اجتماعی و مهارتهای اجتماعی دانشجویان ایرانی بیشتر از دانشجویان انگلیسی است. اما در مولفه‌ی پردازش اطلاعات اجتماعی باهم تفاوتی نشان نداند. در متغیر همدلی مولفه‌های مراقبت همدلانه و خود را به جای بیمار نهادن در دانشجویان ایرانی بالاتر از دانشجویان انگلیسی بود. اما در مولفه‌ی اتخاذ دیدگاه با هم تفاوتی نداشتند.

نتیجه‌گیری: بر اساس نتایج این پژوهش می‌توان به اهمیت تاثیرات و تفاوتهای فرهنگی بر بروز و تظاهر عوامل شخصیتی مانند هوش اجتماعی و توانایی همدلی پزشک با بیمار پی برد.

کلید واژه‌ها: هوش اجتماعی، همدلی پزشک با بیمار، دانشجویان پزشکی، مطالعه میان فرهنگی
[دریافت مقاله: پذیرش مقاله:]

[Downloaded from shenakht.muk.ac.ir on 2026-10-31]
[DOR: 20.1001.1.25886657.1396.4.1.5.1]

مقدمه

انسان موجودی اجتماعی است و نیاز به پیوستگی و حمایت اجتماعی، درک کردن و درک شدن برایش ارزشی حیاتی دارد. روابط میان فردی می‌تواند تامین کننده‌ی این نیاز باشد. روابط میان پزشک و سایر ارائه کنندگان خدمات پزشکی با بیمار نمونه‌ی ویژه‌ای از حمایت اجتماعی است و همدلی با بیمار نیز نمونه‌ای از حمایت اجتماعی به شمار می‌رود. رابطه‌ی همدلانه‌ی پزشک- بیمار می‌تواند در بهبود بهزیستی جسمی، روانی و اجتماعی بیمار و متقابلا پزشک موثر باشد (حجت، ۲۰۰۷).

همدلی[1] به عنوان توانایی درک و انتقال درک احساسات و افکار دیگران در نظر گرفته می‌شود. با همدلی فرد موقعیت دیگری را به گونه‌ای درک می‌کند گویی که خود آن را تجربه کرده است (ایوانیدو و کنستانتیکاکی[2]، ۲۰۰۸). همدلی شامل دو جزء اصلی است: جزء شناختی و جزء هیجانی. همدلی شناختی به عنوان توانایی درک هیجانات دیگران در نظر گرفته می‌شود و جزء هیجانی به پاسخهای هیجانی فرد به یک محرک هیجانی اطلاق می‌گردد (کاف، براون، تیلور و هووات[3]،۲۰۱۶).

یکی از موقعیتهایی که همدلی خود را نشان دهد در ارتباط میان پزشک و بیمار است. همدلی پزشک با بیمار نوعی حمایت اجتماعی برای بیمار در نظر گرفته شده و زمینه‌ی تشخیص بهتر و نتایج درمانی رضایت بخش‌تری را فراهم می‌آورد (حجت، ۲۰۰۷). پژوهش نشان می‌دهد که رابطه‌ی همدلانه‌ی پزشک با بیمار و تعامل موثر با بیمار با رضایت بیمار و بهبود نتایج درمانی ارتباط دارد (استیوارت،[4]۱۹۹۶; اسپیدینگ و روز[5]،۱۹۸۵; گودچایلد، اسکینر و پارکین[6]، ۲۰۰۵). همدلی همچنین فرایند تشخیص بیماری را تسهیل می‌کند به این شکل که بیمار احساس آرامش بیشتری کرده و جزئیات بیماری را دقیق‌تر برای پزشک شرح می‌دهد (هالپرن[7]، ۲۰۰۳). حجت (۲۰۰۷، ص ۷۴)، همدلی را در بافت مربوط به مراقبت از بیمار اینگونه تعریف می‌کند: " همدلی یک گرایش عمدتا شناختی (نسبت به گرایش هیجانی) است که شامل درک (در مقایسه با احساس) تجربه، نگرانی‌ها و دیدگاه‌های مراجع است که با توانایی به گفتگو گذاشتن این درک و قصد کمک داشتن ترکیب می‌گردد". چهار مفهوم کلیدی در این تعریف عبارت‌اند از : شناخت، درک، تعامل و قصد کمک کردن. سه جفت مفهوم را در اینجا می‌توان متمایز کرد: شناخت و هیجان[8]، درک و احساس[9]، همدلی و همدردی[10]. یکی از مفاهیم مرتبط با همدلی، هوش اجتماعی[11] است. حیطه‌های همدلی و هوش اجتماعی به طور کامل از هم متمایز نیستند و تاحدی با هم همپوشی دارند (نیجهولت، استاک و نیشیدا[12]، ۲۰۰۹).

مفهوم هوش اجتماعی در سال ۱۹۲۰ توسط ثرونداایک به عنوان توانایی ذهنی متمایز از سایر انواع هوش معرفی گردید. هوش اجتماعی به طور ضمنی با مفاهیمی چون مهارتهای اجتماعی، کفایت اجتماعی، هوش هیجانی و میان فردی شباهت دارد (ویز و ساب[13]، ۲۰۰۷). هوش اجتماعی به توانایی درک و مدیریت دیگران و رفتار خردمندانه در تعامل با دیگران اشاره دارد (فرانکوفسکی و بیرکنروا[14]،۲۰۱۴). از

1- Empathy
2- Ioannidou & Konstantikaki
3- Cuff, Brown, Taylor, & Howat
4- Stewart

5- Speedling & Rose
6- Goodchild, Skinner, & Parkin
7- Halpern
8- Cognition & emotion
9- Understanding & feeling
10- Empathy & Sympathy
11- Social intelligence
12- Nijholt, Stock & Nishida
13- Weis, & Süß
14- Frankovský & Birknerová

[Downloaded from shenakht.muk.ac.ir on 2026-10-31]

[DOR: 20.1001.1.25886657.1396.4.1.5.1]

جمله مولفه‌های هوش اجتماعی می‌توان به مولفه‌های ادراکی، تحلیلی- شناختی و رفتاری اشاره کرد (بژورکویست، استرمان، کاوکیانن[1]، ۲۰۰۰). هوش اجتماعی توانایی مهمی در درک و تعامل کارامد با دیگران است (نیجهولت و همکاران، ۲۰۰۹). گولمن[2] (۲۰۰۷) به دو بعد از ابعاد هوش اجتماعی اشاره می‌کند: آگاهی اجتماعی و تسهیل اجتماعی. آگاهی اجتماعی در برگیرنده‌ی همدلی اولیه، موافقت، دقت همدلانه و شناخت اجتماعی است. تسهیل اجتماعی شامل انطباق، معرفی خود، تاثیرگذاری و نگرانی است.

هوش اجتماعی به عنوان یک کارکرد متاثر از فرهنگی که فرد در آن زندگی می‌کند در نظر گرفته می‌شود. به عبارتی رفتارها و خصوصیاتی که در یک فرهنگ به عنوان رفتارهای از لحاظ اجتماعی هوشمندانه تلقی می‌شوند لزوما در فرهنگی دیگر هوشمندانه تلقی نمی‌شوند. به عنوان مثال برای چینی‌ها هدف رفتار هوشمندانه‌ی اجتماعی هماهنگی و حفظ تعادل با وفق دادن خود با انتظارات دیگران است. در حالی که آلمانی‌ها رسیدن به هدفهای شخصی و تاثیرگذاری بر دیگران را نشانه‌ی هوش اجتماعی می‌دانند (حبیب، سلیم و محمود،۲۰۱۳ ; ویلمن، فلت، آملانگ[3]، ۱۹۹۷). بنابراین در فرهنگهای متفاوت، هوش اجتماعی ممکن است تحت تاثیر تعاریف، نگرشها، ارزشها و آموزشهای متفاوتی قرار گیرد که منجر می‌شود افراد مختلف راهبردهای خاصی در تعامل با افراد مختلف اتخاذ کنند (حبیب، سلیم و محمود، ۲۰۱۳).

همچون هوش اجتماعی، یکی از میانجی‌های همدلی، زمینه‌های فرهنگی است. چهار بحث نظری در تاثیر فرهنگ آسیایی و غربی بر همدلی مطرح است که عبارت‌انداز: ۱- رشد تفسیرخود در ارتباط با استقلال و وابستگی متقابل (چگونه فرد خود را درک و تفسیر می‌کند). در فرهنگهای غربی خود به عنوان وجودی مستقل تجربه می‌شود که مقدمتاً توسط نگرشها، ترجیحات، امیال و صفات درونی تعریف می‌شود. در مقابل در فرهنگهای آسیایی خود نوعاً به عنوان موجودیتی متقابلا وابسته تجربه می‌شودکه مقدمتاً توسط روابط اجتماعی فرد با اطرافیان تعریف می‌شود. ۲- حمایت از هماهنگی بین فردی. در فرهنگهای آسیایی کنفسیوسی، هماهنگی میان فردی از سنین اولیه تشویق می‌شود برخلاف فرهنگهای غربی که خودمختاری، تسلط بر محیط و ابراز وجود را در کودکان رشد می‌دهند ۳- ابرازهای هیجانی که در دو فرهنگ آسیایی و غربی متفاوت است و نظرات مختلفی در مورد نسبت آن در فرهنگهای آسیایی و غربی وجود دارد ۴- سبک تفکرشناختی جامع/تحلیلی. در سبک تفکر شناختی جامع، فرد بیشتر به نشانه‌های خارجی جهت هدایت محیط اجتماعی وابسته است. در سبک تفکر شناختی تحلیلی فرد بیشتر برعلامتهای جسمانی درونی جهت هدایت خود در محیط اجتماعی متکی است. پژوهش نشان می‌دهد که آسیایی‌ها بیشتر گرایش به تفکر جامع و غربی‌ها گرایش به تفکر تحلیلی دارند. در مجموع از یک طرف به نظر می‌رسد که وابستگی متقابل در شرقی‌ها زمینه ساز همدلی عاطفی بیشتر در آنها است و از سوی دیگر آزادی در ابراز هیجانی غربی‌ها به نظر می‌رسد ابراز همدلی عاطفی را در آنها بیشتر می‌کند. (آتکینز[4]، ۲۰۱۴).

بنابراین به نظر می رسد تفاوتهای فرهنگی میان کشورهای غربی و شرقی زمینه ساز تفاوتهای احتمالی در ابراز همدلی باشد. به همین شکل روابط همدلانه‌ی پزشک- بیمار نیز تحت تاثیر تفاوتهای فرهنگی قرار

1- Björkqvist, Österman, & Kaukiainen
2- Goleman
3- Willman, Feldt, Amelang
4- Atkins

[Downloaded from shenakht.muk.ac.ir on 2026-10-31]
[DOR: 20.1001.1.25886657.1396.4.1.5.1]

دارد (کلینمن، ایزنبرگ و گوود[1]، ۲۰۰۶). در برخی فرهنگها به عنوان مثال تایوان، ترکیه و ایران برخلاف کشورهای غربی، تحقیقات نشان می‌دهد پزشکان در بیان تشخیص به بیمار تا حدی محدودیتهایی دارند. این مسئله به دلایلی چون ترجیح خانواده بیمار به پنهان ماندن تشخیص از بیمار و نیز ترس و ناامیدی بیمار صورت می‌گیرد (زاهدی، ۲۰۱۱). بنابراین در فرهنگهای متفاوت روابط همدلانه‌ی پزشک با بیمار ممکن است تحت تاثیر آموزشها و کلیشه‌های متفاوتی قرار گیرد که منجر می‌شود پزشکان راهبردهای خاصی در بحث همدلی اتخاذ کنند. از سوی دیگر در بیشتر پژوهشها پاسخ همدلانه به دردهای اجتماعی بررسی شده است و کمتر به بررسی پاسخهای همدلانه به درد جسمانی پرداخته شده است و یکی از مباحث حل نشده در مطالعات همدلی تعمیم دهی تاثیرات فرهنگی موثر بر همدلی در یک موقعیت به موقعیتهای دیگر است (آتکینز، ۲۰۱۴). لذا در پژوهش حاضر بیشتر پاسخ همدلانه به مشاهده درد جسمانی از منظر دانشجویان پزشکی مدنظر است.

مطابق برخی پژوهشها رفتارهای اجتماعی جهانی هستند (آکنین و همکاران[2]، ۲۰۱۳) اما برخی پژوهشها نشان می‌دهند که رفتارهای اجتماعی در فرهنگهای مختلف با توجه به درجه‌ای که آن فرهنگ‌ها جمع‌گرا یا فردگرا هستند متفاوت‌اند (ترومسدورف، فریدمیر ومایر[3]،۲۰۰۷). بسیاری از پژوهشگران در مطالعات میان فرهنگی از دسته‌بندی فرهنگهای جمع‌گرا و فردگرا که توسط هافستید[4] (۲۰۰۱) انجام شده استفاده می‌کنند. مطابق با مدل او کشور چین به عنوان فرهنگ بسیار جمع‌گرا درنظر گرفته می‌شود و ایالات متحده در سردیگر پیوستار به عنوان یک فرهنگ بسیار فردگرا لحاظ می‌شود (هافستید، هافستید و مینکوو[5]،۲۰۱۰; بیرکت[6]، ۲۰۱۴). ما در پژوهش حاضر جهت مقایسه‌ی میان فرهنگی از کشورهای آسیای خاورمیانه، ایران را انتخاب کردیم که هم نمایانگر فرهنگ شرقی است که فرهنگ جمع‌گرا دارد و هم با توجه به رواج دین اسلام، تحت تاثیر آموزه‌های آن نیز قرار دارد و از کشورهای اروپایی انگستان را انتخاب کردیم که فرهنگ فردگرایی در آن رایج‌تر است. جهت اتخاذ رویکرد درمانی مناسب بر مبنای اتحاد کاری پزشک و بیمار در محیط‌های مراقبت از بیمار لازم است که عوامل ضروری همچون همدلی و هوش اجتماعی در دانشجویان خدمات پزشکی و درمانی بررسی شود و تفاوتهای فرهنگی تاثیرگذار بر این متغیرها مورد ملاحظه قرار گیرد. توجه به این مباحث در بافتهای مراقبت از بیمار نیاز به توجه به تاثیرات فرهنگی در نحوه‌ی تجلی و ابراز این متغیرها دارد. بنابراین سوالهای اساسی در پژوهش حاضر آن است که آیا میان هوش اجتماعی و همدلی پزشک با بیمار رابطه‌ای وجود دارد و آیا میان دانشجویان پزشکی از دو فرهنگ متفاوت ایران و انگلستان در این مقوله ها تفاوتی وجود دارد؟

روش پژوهش

جامعه‌ی مورد پژوهش متشکل از دانشجویان پزشکی دانشگاههای ایران (شهر تهران) و انگلستان (شهر لندن و شفیلد[7]) بود که به صورت در دسترس انتخاب شدند. تعداد ۱۸۲ دانشجو شامل ۸۸ دانشجو از ایران و ۹۴ دانشجو از انگلستان نمونه‌ی کلی را تشکیل دادند که به پرسشنامه‌های مقیاس هوش اجتماعی ترومسو (۲۰۰۱)، مقیاس همدلی با بیمار در دانشجویان

1- Kleinman, Eisenberg, & Good
2- Aknin & et al
3- Trommsdorff, Friedlmeier, & Mayer
4- Hofstede
5- Hofstede, Hofstede, & Minkov
6- Birkett
7- London & Sheffield

[Downloaded from shenakht.muk.ac.ir on 2026-10-31]

[DOR: 20.1001.1.25886657.1396.4.1.5.1]

ارائه دهنده خدمات سلامتی جفرسون و پرسشنامه‌ی مشخصات جمعیت شناختی محقق ساخته پاسخ دادند. جهت تطبیق پرسشنامه‌های ترجمه شده‌ی فارسی با نسخه‌ی انگلیسی نخست تک تک سوالات تطبیق داده شد و آنگاه پرسشنامه‌های انگلیسی به فارسی ترجمه شد و مجدداً نسخه‌ی فارسی به انگلیسی برگردانده شد. این کار توسط دو نفر مترجم زبان انگلیسی و محققان انجام گردید. در این میان در خصوص پرسشنامه‌ی همدلی شاهد تفاوتهایی در برخی گویه‌های پرسشنامه‌ی فارسی موجود با نسخه انگلیسی بودیم که این گویه‌ها توسط مترجمان مجدداً مورد ترجمه قرار گرفت و ترجمه‌ی تصحیح شده در نسخه‌ی نهایی پرسشنامه‌ها قرار گرفت. در تحلیل داده‌ها روشهای آمار توصیفی و استنباطی (T استودنت، تحلیل واریانس و آزمون تعقیبی شفه) به کار گرفته شد.

ابزار پژوهش

مقیاس هوش اجتماعی ترومسو (TSIS)[1]:

پرسشنامه‌ای است مشتمل بر ۲۱ گویه که سه زیر مقیاس را شامل می‌شود: پردازش اطلاعات اجتماعی، مهارت‌های اجتماعی و آگاهی اجتماعی. سیلورا، مارتین یوسن و داهل[2] (۲۰۰۱)، ضرایب پایایی آن را برای خرده مقیاس‌های پردازش اطلاعات اجتماعی، مهارت‌های اجتماعی و آگاهی اجتماعی ، ۰/۸۱، ۰/۸۶، ۰/۷۹ و برای کل ۰/۸۳ برآورد کرده اند. رضایی (۱۳۸۹) با اجرای مقیاس مذکور بر ۴۱۳ از دانشجویان دانشگاه تبریز ضریب پایایی را برای کل مقیاس ۰/۷۵ و برای خرده مقیاس‌های پردازش اطلاعات اجتماعی، مهارت‌های اجتماعی و آگاهی اجتماعی به ترتیب ۰/۷۳ ، ۰/۶۶ و ۰/۶۴ بدست آورده است. این مقیاس دارای ۱۰ آیتم منفی است که به صورت معکوس نمره دهی می‌شود. در پژوهش حاضر در بررسی پایایی ضریب آلفای نمره‌ی کل ۰/۷۳ به دست آمد.

مقیاس همدلی با بیمار در دانشجویان ارائه دهنده خدمات سلامتی جفرسون (JSPE-HP)[3]: این مقیاس توسط حجت و جمعی از همکاران در سال ۲۰۰۱ تجدیدنظر شده است و شامل ۲۰ گویه در زمینه همدلی دانشجویان پزشکی با بیماران و دارای ۳ خرده مقیاس: اتخاذ دیدگاه (۱۰گویه)، مراقبت همدلانه (۷) گویه و خود را به جای بیمار نهادن (۲گویه) است. این مقیاس دارای ۱۰ آیتم منفی است که به صورت معکوس نمره دهی می‌شود. هرگویه بر اساس مقیاس پنج درجه‌ای لیکرت نمره‌دهی می‌شود. در پژوهش هاشمی پور و کرمی (۱۳۹۰) برای برآورد پایایی و روایی این آزمون که بر روی ۵۵۴ دانشجوی پزشکی صورت گرفته است. روایی محتوایی آزمون توسط متخصصان روانشناسی و روانسنجی تایید شده است و ضریب آلفای کرونباخ پرسشنامه ۰/۸۳ به دست آمد که همسانی درونی قابل ملاحظه‌ای را نشان می‌دهد. در پژوهش حاضر در بررسی پایایی ضریب آلفای نمره‌ی کل ۰/۸۰ به دست آمد.

پرسشنامه‌ی مشخصات جمعیت شناختی: این پرسشنامه که توسط محققان پژوهش حاضر طراحی گردید برخی مشخصات جمعیت شناختی دانشجویان پزشکی از جمله سن، جنس، ترتیب تولد، وضعیت تاهل و مقوله‌های دیگری چون سابقه ی بیماری و تجربه‌ی بستری شدن در بیمارستان در مورد خود و خویشاوندان و میزان علاقه به رشته‌ی تحصیلی را مورد پرسش قرار داده است.

1- Tromsø Social Intelligence Scale
2- Silvera, Martinussen, & Dahl

3- Jefferson Scale of Physician Empathy-Health Professionals Version

[Downloaded from shenakht.muk.ac.ir on 2026-10-31]

[DOR: 20.1001.1.25886657.1396.4.1.5.1]

یافته‌ها

شاخص‌های توصیف آماری مربوط به افراد شرکت‌کننده در پژوهش به طور جداگانه محاسبه گردید که در جدول ۱ ارائه شده است. همانطور که در جدول ۱ نشان داده شده است ۵۱/۶ کل نمونه را دانشجویان انگلیسی و ۴۸/۴ نمونه را دانشجویان ایرانی تشکیل می‌دهد. در ادامه به بررسی معناداری نتایج پژوهش به تفکیک هر فرضیه پرداخته شده می‌شود. نتایج تحلیل آزمون همبستگی پیرسون نشان می‌دهد که بین هوش اجتماعی و همدلی دانشجویان رابطه مثبت و معناداری وجود دارد (R=0/37, P<0/01). با توجه به میانگین‌ها می‌توان نتیجه گرفت که با افزایش هوش احتماعی دانشجویان میزان همدلی آنها نیز افزایش پیدا می‌کند. در جدول ۲ مقایسه‌ی میان هوش اجتماعی و همدلی میان دانشجویان نشان داده شده است.

نتایج آزمون t مستقل برای مقایسه‌ی هوش اجتماعی دانشجویان ایرانی و انگلیسی نشان داد که بین هوش اجتماعی دانشجویان ایرانی و انگلیسی تفاوت معنادار وجود دارد (T=-3/04 , P<0/01) و با توجه به میانگین‌ها می‌توان نتیجه گرفت که میانگین هوش اجتماعی دانشجویان ایرانی به طور معناداری از دانشجویان انگلیسی بیشتر است. آزمون معناداری مانووا برای اثر اصلی متغیر ملیت بر متغیرهای وابسته در بررسی زیرمقیاسهای هوش اجتماعی انجام شد و نتایج آزمون لامبدای ویلکز نشان می‌دهد که اثر ملیت بر ترکیب متغیرهای پردازش اطلاعات اجتماعی، آگاهی اجتماعی و مهارتهای اجتماعی معنادار می‌باشد (F=4/20;P<0.01). همانطور که در جدول ۳ مشاهده می‌شود، نتایج تحلیل واریانس چند متغیری نشان داد که در میانگین نمرات متغیرهای آگاهی اجتماعی(F=8/34) و مهارتهای اجتماعی(F=7/26) مابین دانشجویان ایرانی و انگلیسی تفاوت معناداری وجود دارد (P<0.01). همچنین بین میانگین نمرات متغیر پردازش اطلاعات اجتماعی (F=1/24) تفاوت معناداری وجود ندارد (P>0.05). آگاهی اجتماعی و مهارتهای اجتماعی دانشجویان ایرانی بیشتر از دانشجویان انگلیسی می‌باشد.

نتایج آزمون t مستقل برای مقایسه‌ی همدلی دانشجویان ایرانی و انگلیسی نشان داد که بین همدلی دانشجویان ایرانی و انگلیسی تفاوت معنادار وجود دارد (T=-2/72, P<0/01). همچنین نتایج میانگین‌ها نشان می‌دهد که میانگین همدلی دانشجویان ایرانی به طور معناداری از دانشجویان انگلیسی بیشتر است. آزمون معناداری مانووا برای اثر اصلی متغیر ملیت بر متغیرهای وابسته در بررسی زیرمقیاسهای همدلی انجام شد و نتایج آزمون لامبدای ویلکز نشان می‌دهد که اثر ملیت بر ترکیب متغیرهای اتخاذ دیدگاه، مراقبت همدلانه و خود را به جای بیمار نهادن معنادار می‌باشد (F=4/92;P<0.01). به عبارت دیگر حداقل بین یکی از متغیرهای مورد بررسی در بین دو گروه مورد بررسی تفاوت معناداری وجود دارد. همانطور که در جدول ۴ مشاهده می‌شود، نتایج تحلیل واریانس چند متغیری نشان داد که میانگین نمرات متغیرهای مراقبت همدلانه (F=136/78) و خود را به جای بیمار نهادن (F=14/66) در بین دانشجویان ایرانی و انگلیسی تفاوت معناداری وجود دارد (P<0.01). همچنین بین میانگین نمرات متغیر اتخاذ دیدگاه (F=1/94) تفاوت معناداری وجود ندارد (P>0.05). مراقبت همدلانه و خود را به جای بیمار نهادن دانشجویان ایرانی بیشتر از دانشجویان انگلیسی می‌باشد.

[Downloaded from shenakht.muk.ac.ir on 2026-10-31]

[DOR: 20.1001.1.25886657.1396.4.1.5.1]

جدول ۱: شاخص‌های توصیفی متغیرهای جمعیت شناختی افراد شرکت‌کننده در پژوهش

متغیر	سطح	فراوانی	درصد
جنسیت	زن	۷۴	۴۱/۲
	مرد	۱۰۷	۵۸/۸
تاهل	مجرد	۱۷۳	۹۵/۱
	مطلقه	۲	۱/۱
	متاهل	۷	۳/۸
ملیت	انگلیسی	۹۴	۵۱/۶
	ایرانی	۸۸	۴۸/۴

جدول ۲: نتایج تحلیل آزمون همبستگی پیرسون بین متغیرهای هوش اجتماعی و همدلی

متغیر	میانگین	انحراف معیار	۱	۲
۱-همدلی	۷۸/۶۱	۸/۱۶	-	-
۲-هوش اجتماعی	۷۳/۴۱	۷/۸۱	۰/۳۷**	-

جدول ۳: نتایج تحلیل واریانس چند متغیری روی میانگین متغیرهای پردازش اطلاعات، آگاهی و مهارت های اجتماعی به تفکیک ملیت دانشجویان

اثر	متغیر وابسته	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	معناداری	مجذور اتا
ملیت	پردازش اطلاعات اجتماعی	۱۴/۲۰	۱	۱۴/۲۰	۱/۲۴	۰/۲۶	۰/۰۱
	آگاهی اجتماعی	۹۷/۱۵	۱	۹۷/۱۵	۸/۳۴	۰/۰۰	۰/۰۴
	مهارت های اجتماعی	۹۸/۴۱	۱	۹۸/۴۱	۷/۲۶	۰/۰۰	۰/۰۴

جدول ۴: نتایج تحلیل واریانس چند متغیری روی میانگین متغیرهای اتخاذ دیدگاه، مراقبت همدلانه و خود را به جای بیمار نهادن به تفکیک ملیت دانشجویان

اثر	متغیر وابسته	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	معناداری	مجذور اتا
ملیت	اتخاذ دیدگاه	۴۵/۸۹	۱	۴۵/۸۹	۱/۹۴	۰/۱۷	۰/۰۱
	مراقبت همدلانه	۱۳۶/۷۸	۱	۱۳۶/۷۸	۹/۷۱	۰/۰۰	۰/۰۵
	خود را به جای بیمار نهادن	۱۴/۶۶	۱	۱۴/۶۶	۷/۵۶	۰/۰۰	۰/۰۴

بحث و نتیجه‌گیری

در پژوهش حاضر هوش اجتماعی و همدلی با بیمار در دانشجویان پزشکی ایران و انگلستان مورد مطالعه و مقایسه قرار گرفت. نتایج پژوهش حاضر نشان داد که میان همدلی و هوش اجتماعی رابطه‌ی مثبت وجود دارد. نتایج این پژوهش تاحدودی با نتایج پژوهش بژورکویست و همکاران (۲۰۰۰) همخوان است. از جمله مولفه‌های مشترک میان همدلی و هوش اجتماعی مولفه‌های ادراکی و شناختی است (بژورکویست و همکاران، ۲۰۰۰ ; کایوکیانن و همکاران، ۱۹۹۹).

[Downloaded from shenakht.muk.ac.ir on 2026-10-31]

[DOR: 20.1001.1.25886657.1396.4.1.5.1]

مطابق با کایوکیانن و همکاران (۱۹۹۹)، مولفه‌ی شناختی همدلی می‌تواند به عنوان یکی از جنبه‌های هوش اجتماعی به حساب آید و برای درک همدلانه‌ی دیگران به سطوحی از هوش اجتماعی نیازمندیم. متقابلا جزء شناختی همدلی بخش ضروری هوش اجتماعی را تشکیل می‌دهد. به نظر می‌رسد که جزء هیجانی، عنصر متمایز کننده‌ی هوش اجتماعی و همدلی است. قبلاً اشاره شد که مطابق با کاف و همکاران (۲۰۱۶) همدلی شناختی به توانایی درک هیجانات دیگران اشاره دارد اما همدلی هیجانی به عنوان پاسخهای هیجانی فرد به یک محرک هیجانی درنظرگرفته می شود. لذا به نظر می رسد که جزء شناختی در درک انسانهای دیگر وجه مشترک همدلی و هوش اجتماعی است که در پاسخهای همدلانه و اجتماعی افراد دیده می‌شود.

نتایج پژوهش حاضر نشان داد که بین میانگین نمرات هوش اجتماعی (نمره کل) در دو گروه دانشجویان پزشکی ایران و انگلستان اختلاف معنی-داری وجود دارد و دانشجویان ایرانی نمرات هوش اجتماعی بالاتری نسبت به دانشجویان انگلیسی دارند. همچنین نتایج تحلیل واریانس چند متغیری نشان داد که در مولفه‌های آگاهی اجتماعی و مهارتهای اجتماعی نمرات دانشجویان ایرانی بیشتر از دانشجویان انگلیسی است. اما در نمره‌ی متغیر پردازش اطلاعات اجتماعی تفاوت معناداری میان دو گروه وجود ندارد. پیش‌تر اشاره شد که سازه ی هوش اجتماعی مانند سایر سازه-های اجتماعی با هنجارها و ارزشهای فرهنگی رابطه ی تنگاتنگی دارد. میزان هوش اجتماعی و جلوه‌ها و مظاهر آن تحت تاثیر فرهنگ قرار دارد، حتی رفتارها و خصوصیاتی که در یک فرهنگ به عنوان هوش اجتماعی در نظر می‌گیرد ضرورتا در یک فرهنگ دیگر به عنوان هوش اجتماعی در نظر گرفته نمی‌شود. رفتاری که به عنوان هوش اجتماعی تعبیر می شود ممکن است مظاهر و اهداف متفاوتی در فرهنگهای دیگر داشته باشد (جبیب، سلیم و محمود، ۲۰۱۳). به عنوان مثال در فرهنگ چینی هوش اجتماعی در جهت ایجاد هماهنگی و حفظ تعادل و توازن در تطبیق با انتظارات دیگران است. در حالی که در فرهنگ آلمانی رسیدن به اهداف شخصی و تاثیرگذاری بر دیگران به عنوان هوش اجتماعی در نظر گرفته می‌شود (ویلیام، فلت و آملانگ[1]، ۱۹۹۷). در فرهنگهای جمع‌گرا مانند پاکستان، هند و چین بر وفاداری به هنجارهای اجتماعی، ارزشها و روابط میان فردی تاکید می‌شود. بطور کلی در فرهنگهای جمع‌گرا در مقایسه با فرهنگهای فردگرا، افراد بیشتر تلاش می‌کند تا مسئولیتها و وظایف خود در قبال دیگران را به انجام برسانند (چان[2]، ۲۰۰۰). با توجه به اینکه در فرهنگ ایرانی نیز بر ارزشهای جمع‌گرایی و تطبیق با فرهنگ گروهی تاکید بسیار می‌شود و آموزش افراد به تعاملهای اجتماعی و توجه به همنوع بسیار است لذا به نظر می‌رسد که بالاتربودن آگاهی و مهارتهای اجتماعی در دانشجویان ایرانی قابل توضیح می‌باشد چرا که در فرهنگ ایرانی از همان اوان کودکی فرد در معرض ارتباطات اجتماعی گسترده در بافت خانوادگی گسترده است. آموزه‌های دین اسلام هم به عنوان دین اکثریت افراد ایرانی این پیوستگی را تشویق می‌کند و لذا فرد در معرض تمرین بیشتر ارتباطات اجتماعی است و به تبع آن مهارتهای اجتماعی او بیشتر رشد می-کند. از سوی دیگر میان دو گروه از نظر پردازش اطلاعات اجتماعی تفاوتی مشاهده نشد. پردازش اطلاعات اجتماعی اشاره به درک و فهم و پیش‌بینی افکار و احساسات دیگران دارد و توانایی درک

1- Willmann, Feldt, & Amelang
2- Chan

[Downloaded from shenakht.muk.ac.ir on 2026-10-31]

[DOR: 20.1001.1.25886657.1396.4.1.5.1]

پیامهای کلامی و غیرکلامی و آشکار و ناآشکار در روابط انسانی را نشان می‌دهد (رضائی،۱۳۸۹). در این زیرمقیاس مابین دوگروه دانشجویان تفاوتی دیده نشد. به نظر می‌رسد که توانایی پردازش اطلاعات اجتماعی بیشترتحت تاثیر توانایی‌ها و هوش تحلیلی افراد و فرایندهای ذهنی (کریک و داج، ۱۹۹۴) بستگی دارد تا تاثیرات فرهنگی و از این رو در دوگروه فرهنگی متفاوت تفاوتی مشاهده نشد.

نتایج پژوهش حاضر همچنین نشان می‌دهدکه بین میانگین نمرات همدلی با بیمار دانشجویان پزشکی (نمره کل) در دو گروه دانشجویان ایران و انگلستان اختلاف معنی‌داری وجود دارد و دانشجویان ایرانی همدلی بالاتری نسبت به دانشجویان انگلیسی دارند. همچنین نتایج تحلیل واریانس چند متغیری نشان داد که در مولفه‌های مراقبت همدلانه و خود را به جای بیمار نهادن نمرات دانشجویان ایرانی بیشتر از دانشجویان انگلیسی است. اما در نمره‌ی مولفه‌ی اتخاذ دیدگاه تفاوت معناداری میان دو گروه وجود ندارد. مطالعات مقایسه‌ای میان فرهنگی در مورد همدلی در فرهنگهای آسیایی و اروپایی نتایج متفاوتی و متضادی را نشان می‌دهد که در تبیین آنها معمولاً به جمع‌گرا و فردگرا بودن جوامع و تفاوت فرهنگها در جنبه‌های شناختی و هیجانی همدلی اشاره می‌شود (بیرکت[1]،۲۰۱۴; چئون، ماتور و چیائو[2]، ۲۰۱۰). به عنوان مثال پژوهش بیرکت (۲۰۱۴) نشان داد که میان دانشجویان چینی و آمریکایی در میزان همدلی تفاوتی وجود نداشت اما در زیر مقیاسها با هم تفاوتهایی داشتند. در مقابل، آتکینز (۲۰۱۴) در بخشی از پژوهش خود به بررسی همدلی در پاسخ به مشاهده‌ی درد جسمانی پرداخت. نتایج پژوهش او نشان داد که انگلیسی‌ها در مقایسه با آسیایی‌های شرقی عواطف منفی بیشتری را هنگام مشاهده‌ی درد جسمی دیگران تجربه می‌کنند اما در ادراک درد و پاسخهای خودکار همچون ضربان قلب با هم تفاوتی ندارند. ابراز عواطف منفی بالاتر در شرکت کنندگان انگلیسی شاید به این دلیل است که در فرهنگ غربی افراد بیشتر می‌توانند خود ابرازگر باشند درحالی که در فرهنگهای آسیایی بر تطبیق و هماهنگی بیشتر تاکید می‌شود تا خود ابرازگری فردی (بعد هیجانی). از سوی دیگر همانطور که پیشتر صحبت شد در فرهنگهای مختلف انتظارات متفاوتی از پزشکان در بحث همدلی و صداقت وجود دارد. به عنوان مثال در فرهنگهای آسیایی بیشتر انتظار می‌رود که پزشک نتیجه‌ی درمان را به اطلاع فرد بیمار نرساند و با خانواده‌ی او مطرح نماید (زاهدی، ۲۰۱۱).

نتایج پژوهش حاضر نشان داد که در مولفه‌های مراقبت همدلانه و خود را به جای بیمار نهادن نمرات دانشجویان ایرانی بیشتر از دانشجویان انگلیسی است اما میان دو گروه از نظر زیر مقیاس اتخاذ دیدگاه تفاوتی مشاهده نشد. اتخاذ دیدگاه فرایندی است که در آن فرد موقعیت را از دیدگاه دیگران بررسی می‌کند (گالینسکی، مادوکس،گیلین و وایت[3]، ۲۰۰۸). اتخاذ دیدگاه بیشتر به بعد شناختی همدلی اشاره دارد. همدلی شناختی، توانایی درک هیجانات دیگران را شامل می‌شود. میان دانشجویان ایرانی و انگلیسی در درک دیگران تفاوتی وجود ندارد اما در ابراز همدلی و مراقبت همدلانه نمرات دانشجویان ایرانی بیشتر است. این دو متغیر بیشتر به بعد عاطفی همدلی اشاره دارند. به نظر می‌رسد در پژوهش حاضر تفاوت میان دو گروه دانشجویان در همدلی هیجانی و عاطفی بیشتر از همدلی شناختی به چشم می‌خورد. فرهنگ ایرانی فرهنگی جمع‌گراست و همدلی با دیگران از متغیرهایی است

1- Birkett
2- Cheon, Mathur, Chiao
3- Galinsky, Maddux, Gilin & White

[Downloaded from shenakht.muk.ac.ir on 2026-10-31]
[DOR: 20.1001.1.25886657.1396.4.1.5.1]

که در آن با تاکید بیشتری آموزش داده می‌شود. مطابق با تریاندیس و سو[1] (۲۰۰۲) و فوناگی[2] (۲۰۰۱) در فرهنگهای جمع‌گرا در مقایسه با فرهنگهای فردگرا افراد به تعاملهای درون گروهی (خانواده، قبیله، قوم و ...) وابسته هستند و به هدفهای جمعی توجه بیشتری نشان می‌دهند و رفتارهایشان را در درجه‌ی اول بر مبنای هنجارهای درون گروهی تعریف می‌کنند و به شیوه‌ای اجتماعی رفتار می‌کنند و محیط خانواده معمولاً مشارکت همدلانه‌ی بیشتر را تشویق می‌کند. یکی از تاثیرات فرهنگ بر کارکرد روانی آن است که فرد چگونه خود را به عنوان موجودی مستقل یا وابسته‌ی متقابل به فرهنگ می‌بیند. در فرهنگهای آسیایی- شرقی فرد بیشتر دیدگاهی وابسته به جامعه دارد و خود را بر مبنای یک ماهیت متصل به جامعه می‌بیند در حالی که در فرهنگهای غربی و آمریکای شمالی نوعی دیدگاه فردگرایانه و مستقل در فرد تقویت می‌شود. لذا با توجه به تاکید بیشتر بر وفق دادن خود با نیازهای دیگران در فرهنگهای جمع‌گرا شاهد آمادگی بیشتر افراد در درک دیگران در این فرهنگها هستیم (چئون و همکاران،۲۰۱۰، آتکینز،۲۰۱۴). لذا در فرهنگهای آسیایی و از جمله فرهنگ ایرانی احتمال اینکه فرد بیشتر خود را جای بیمار ببیند و به او همدلی نشان دهد بیشتر است.

نتایج پژوهش حاضر نشان داد که متغیرهای اجتماعی چون هوش اجتماعی و همدلی تحت تاثیر تفاوتهای فرهنگی قرار دارند. با توجه به آنچه پیشتر بحث شد بطور کلی می‌توان گفت که تعامل همدلانه‌ی پزشک با بیمار و هوش اجتماعی او و درک و تسهیل اجتماعی، محیط مناسبی را فراهم می‌سازد تا بیمار با آرامش بیشتری مسیر درمان را طی کند. در این میان متغیرهای فرهنگی عامل مهمی در تغییر کمیت و کیفیت ابراز هوش اجتماعی و همدلی با بیمار هستند. براساس نتایج پژوهش حاضر به نظر می‌رسد که در فرهنگهای جمع‌گرا از جمله فرهنگ ایرانی این متغیرها فزونی بیشتری را نشان می‌دهند. لذا نظر به اهمیت توجه به عوامل و متغیرهای فردی چون همدلی و هوش اجتماعی در محیط‌های پزشکی پیشنهاد می‌شود پژوهشهای بیشتری در رابطه‌ی این متغیرها و نقش آنها در نتایج درمانی و عوامل موثر بر تقویت آنها صورت گیرد.

1- Triandis& Suh
2- Fonagy

[Downloaded from shenakht.muk.ac.ir on 2026-10-31]

[DOR: 20.1001.1.25886657.1396.4.1.5.1]

References

Aknin, L. B., Barrington-Leigh, C. P., Dunn, E. W., Helliwell, J. F., Burns, J., Biswas-Diener, R., ... & Norton, M. I. (2013). Prosocial spending and well-being: Cross-cultural evidence for a psychological universal. *Journal of Personality and Social Psychology*, *104*(4), 635.

Atkins, D. (2014). *The Role of Culture in Empathy: The Consequences and Explanations of Cultural Differences in Empathy at the Affective and Cognitive Levels* (Doctoral dissertation, University of Kent,).

Birkett, M. A. (2013). Self-compassion and empathy across cultures: Comparison of young adults in China and the United States. *International Journal of Research Studies in Psychology*, *3*(1).

Björkqvist, K., Österman, K., & Kaukiainen, A. (2000). Social intelligence− empathy= aggression? *Aggression and violent behavior*, *5*(2), 191-200.

Chan, Y. M. (2000). Self-esteem: A Cross-cultural comparison of British-Chinese, White British and Hong Kong Chinese children. *Educational Psychology*, *20*(1), 59-74.

Cheon, B. K., Mathur, V. A., & Chiao, J. Y. (2010). Empathy as cultural process: insights from the cultural neuroscience of empathy. *World cultural psychiatry research review*, 32-42.

Crick, N. R., & Dodge, K. A. (1994). A review and reformulation of social information-processing mechanisms in children's social adjustment. *Psychological bulletin*, 115(1), 74.

Cuff, B. M., Brown, S. J., Taylor, L., & Howat, D. J. (2016). Empathy: a review of the concept. *Emotion Review*, *8*(2), 144-153.

Frankovsky, M., & Birknerová, Z. (2014). Measuring Social Intelligence-The MESI Methodology. *Asian Social Science*, *10*(6), 90.

Galinsky, A., Maddux, W., Gilin, D., & White, J. (2008). Why it pays to get inside the head of your opponent. Psychological Science, 19(4), 378-384.

Goodchild, C. E., Skinner, T. C., & Parkin, T.(2005). The value of empathy in dietetic consultation: A pilot study to investigate its effect on satisfaction, autonomy and agreement. *Journal of Human Nutrition and Diet, 18*, 181–185.

Goleman, D. (2007). *Social intelligence*. Random house.

Habib, S., Saleem, S., & Mahmood, Z. (2013). Development and validation of social intelligence scale for university students. *Pakistan Journal of Psychological Research*, *28*(1), 65.

Halpern, J. (2003). What is clinical empathy? *Journal of general internal medicine*, *18*(8), 670-674.

Hashemipour, M., Karami, M, A. (2011). Validity and reliability of the Persian version of JSPE-HP questionnaire. The journal of Kerman medical science university, 19(2), 201-211.

Hofstede, G. (2001). *Culture's Consequences: Comparing Values, Behaviors, Institutions, and Organizations across Nations.* Second Edition, Thousand Oaks CA: Sage Publications.

Hofstede, G., Hofstede, G. J., & Minkov, M. (2010). *Cultures and Organizations: Software of the Mind. Revised and Expanded 3rd Edition.* McGraw -Hill.

Hojat, M. (2007). *Empathy in patient care: antecedents, development, measurement, and outcomes*. Springer Science & Business Media.

Hojat, M., Mangione, S., Nasca, T. J., Cohen, M. J., Gonnella, J. S., Erdmann, J. B., & Magee, M. (2001). The Jefferson Scale of Physician Empathy: development and preliminary psychometric data. *Educational and Psychological Measurement*, *61*(2), 349-365.

Ioannidou, F., & Konstantikaki, V. (2008). Empathy and emotional intelligence: What is it really about?

[Downloaded from shenakht.muk.ac.ir on 2026-10-31]

[DOR: 20.1001.1.25886657.1396.4.1.5.1]

International Journal of Caring Sciences, *1*(3), 118.

Kaukiainen, A., Björkqvist, K., Lagerspetz, K., Österman, K., Salmivalli, C., Rothberg, S., & Ahlbom, A. (1999). The relationships between social intelligence, empathy, and three types of aggression. *Aggressive behavior*, 25(2), 81-89.

Kleinman, A., Eisenberg, L., & Good, B. (2006). Culture, illness, and care: clinical lessons from anthropologic and cross-cultural research. *Focus*.

Nijholt, A., Stock, O., & Nishida, T. (2009). Social intelligence design in ambient intelligence. *AI & society*, *24*(1), 1-3.

Rezaie, A. (2009). Social intelligence scale: Validity and Reliability of the Persian version of scale among student's population. *The psychology journal of Tabriz University*, 20(5), 65-82.

Silvera, D., Martinussen, M., & Dahl, T. I. (2001). The Tromsø Social Intelligence Scale, a self-report measure of social intelligence. *Scandinavian journal of psychology, 42(4),* 313-319.

Speedling, E. J., & Rose, D. N. (1985). Building an effective doctor-patient relationship: From patient satisfaction to patient participation. *Social Science & Medicine, 21*, 115–120.

Stewart, M. A. (1996). Effective physician-patient communication and health outcomes: A review.*Canadian Medical Association Journal, 152,* 1423–1433.

Triandis, H. C., & Suh, E. M. (2002). Cultural influences on personality. *Annual review of psychology*, *53*(1), 133-160.

Trommsdorff, G., Friedlmeier, W., & Mayer, B. (2007). Sympathy, distress, and prosocial behavior of preschool children in four cultures. *International Journal of Behavioral Development*, *31*(3), 284-293.

Weis, S., & Süß, H. M. (2007). Reviving the search for social intelligence–A multitrait-multimethod study of its structure and construct validity. *Personality and individual differences*, *42*(1), 3-14.

Willmann, E., Feldt, K., & Amelang, M. (1997). Prototypical behavior patterns of social intelligence: An intercultural comparison between Chinese and German subjects. *International Journal of Psychology*, *32*(5), 329-346.

Zahedi, F. (2011). The challenge of truth telling across cultures: a case study. *Journal of Medical Ethics and History of Medicine*, *4*, 11.

[Downloaded from shenakht.muk.ac.ir on 2026-10-31]

[DOR: 20.1001.1.25886657.1396.4.1.5.1]