

طراحی، اجرا و ارزشیابی آموزش ترکیبی مهارت همدلی با استفاده از سینما، سناریو و روایت نویسی به دانشجویان پرستاری

دکتر کسری حاتم پور^۱، دکتر آزاده سیاری فرد^۲، دکتر محبوبه مافی نژاد^۳، فاطمه شهبازی^{۴*}

۱ دستیار جراحی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران

۲ مرکز تحقیق و توسعه سیاست‌های دانشگاه، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران

۳ مرکز مطالعات و توسعه آموزش دانشگاه، گروه آموزش پزشکی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران

۴ مرکز مطالعات و توسعه آموزش دانشگاه، گروه پزشکی اجتماعی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی زاهدان، تهران، ایران

نویسنده مسئول: فاطمه شهبازی

چکیده:

این مطالعه به صورت شبه تجربی با طرح پیش‌آزمون و پس‌آزمون بر روی ۸۲ دانشجوی سوم پرستاری دانشگاه های زاهدان و زابل انجام شد. یک دوره آموزشی همدلی با محتوای حاوی کلیپ‌های فیلم‌های سینمایی و استفاده از سناریو طراحی شد. دانشجویان دو دانشگاه با استفاده از وب سایت مشخص به دو گروه تقسیم شدند و به صورت مجازی و از طریق گروه های تلگرامی و واتس آپی به شکل غیر همزمان و از طریق Adobe connect به شکل همزمان در جلسه ویناری برای دانشجویان برگزار شد. در ابتدا و انتهای دوره پرسشنامه تعیین سطح همدلی (پرسشنامه جفرسون) و نگرش به یادگیری مهارت‌های ارتباطی (پرسشنامه نگرش به یادگیری مهارت‌های ارتباطی) به عنوان پیش‌آزمون و پس‌آزمون از دانشجویان اخذ شد. ابزار گردآوری داده‌ها در این پژوهش دو پرسشنامه بررسی سطح همدلی جفرسون و پرسشنامه ی نگرش به مهارت‌های ارتباطی بود. به منظور توصیف وضعیت آزمودنی ها از آمار توصیفی استفاده و داده ها از طریق آزمون های تی مستقل با نرم افزار آماری تجزیه و تحلیل شدند. میانگین نمرات همدلی در هر دو گروه متفاوت بود. میانگین کلی نمرات گویه‌های مثبت پرسشنامه جفرسون قبل از برگزاری دوره ۲۸/۲۶ با انحراف معیار ۵/۶۳ بود اما بعد از برگزاری دوره این مقدار به ۳۳/۹۵ با انحراف معیار ۵/۵۶ رسید که موید ارتقاء نگرش مثبت به همدلی بعد از دوره است. میانگین کلی نمرات گویه‌های پرسشنامه نگرش به مهارت ارتباطی قبل از برگزاری دوره ۶۱/۵۲ با انحراف معیار ۱۱/۶۶ بود. اما بعد از برگزاری دوره این مقدار به ۹۸/۵۳ با انحراف معیار ۱۲/۱۸ رسید.

واژه‌های کلیدی: سینما، سناریو، دانشجویان پرستاری، همدلی، مهارت‌های ارتباطی

همدلی به معنای توانایی درک عواطف و شرایط شخص دیگر است که باعث تقویت ارتباط بین دو شخص می شود (۱، ۲). رویکرد همدلانه در ارائه خدمات درمانی برای اطمینان از شناسایی و تشخیص نیازهای فرد بیمار (۳) و ارائه مراقبت‌های مناسب مولفه‌ای اساسی و مهم در توانمندی فارغ‌التحصیلان رشته‌های علوم پزشکی در نظر گرفته شده است (۴). همدلی با بیماران و برقراری ارتباطی صمیمانه می‌تواند شناسایی مشکلاتشان را در طول دوره درمان آسان‌تر سازد (۵). مطالعات نشان می‌دهد همدلی برای درک کامل احساسات، نظرات و شرایط بیماران مورد نیاز است و با توجه به این که پرستاران نسبت به سایر افراد کادر درمان ساعت‌های بیشتری را در تعامل با بیماران هستند، برقراری ارتباط همدلانه و دوستانه از توانمندی‌های ضروری کار آن‌ها به شمار می‌آید (۶). همدلی پرستاران با بیماران رضایت آن‌ها، کاهش عوارض و خطاهای دوره درمان را به دنبال دارد (۷-۱۱). ارتباط مستقیمی بین همدلی و پیامد مثبت مراقبت از سلامت وجود دارد و در واقع میانبری برای برقراری ارتباط فراهم می‌کند (۱۲). بنابراین همدلی مزایایی چون افزایش کیفیت مراقبت و رضایت بیماران، افزایش اعتماد بیماران به مراقبین درمانی، پذیرش بهتر اقدامات درمانی از سوی آنها، کاهش اضطراب، استرس و درد بیماران و حتی نتایج تسکینی و درمانی (۱۵-۱۳) افزایش رضایتمندی بیماران، کاهش درد و طول دوره درمان (۸)، افزایش پاسخ به درمان در بیماران (۹)، کاهش استرس شغلی، کاهش فرسودگی کادر درمان (۴)، بهبود سلامت روان کادر درمان (۱۰) و کاهش شکایات از کادر درمانی داشته است (۲) را به دنبال دارد. حال اینکه نبود همدلی در روابط کادر درمان با بیماران، منجر به اثرات نامطلوبی همچون تشخیص نادرست بیماری، عدم مصرف صحیح دارو توسط بیمار، جدی نگرفتن

پیگیرهای لازم، هدر رفتن وقت کادر درمان و بیمار و اتلاف هزینه در نظام مراقبت سلامت می‌گردد (۱۶). از جمله دلایل عدم همدلی با بیماران توسط کادر درمان از جمله پرستاران می‌توان به آموزش ناکافی آن‌ها در طی دوران تحصیل اشاره نمود (۱۷) (۱۸). بر اساس شواهد موجود مهارت همدلی مانند سایر مهارت‌ها قابل آموزش دادن و یادگیری است (۱۹) و آموزش همدلی در راستای بهبود روابط کادر درمانی به خصوص پرستاران که ساعت‌های بسیار بیشتری را با بیماران سروکار دارند (۲۰) نقش بسزایی مهمی دارد (۲۱). در مطالعات نشان داده شده است که دانشجویان رشته‌های علوم پزشکی از جمله پرستاری در بدو ورود به دانشگاه چه‌بسا از همدلی بسیار بالایی برخوردار باشند، اما به مرور و با مشاهده غم و رنج در این حرفه سعی می‌کنند با این غم و رنج کنار بیایند، که این امر به مرور موجب کاهش همدلی در دانشجویان می‌شود (۱۴). از جمله علل کاهش همدلی طی دوران تحصیل را می‌توان به کمبود ای‌ج‌اد فرصت‌هایی برای تجارب آموزشی توأم با بیان احساسات، عدم تاکید به اهمیت ارتقاء مهارت همدلی در طی دوران تحصیل و عادی شدن شرایط در طول زمان و دوری از فضای احساسی بیماران در فرایند آموزشی اشاره کرد (۲۲). در همین راستا یکی از چالش‌های اصلی مطرح شده در زمینه ارتقاء مهارت همدلی در طی دوران تحصیل دانشجویان، نحوه فراگرفتن و آموختن این مهارت در برنامه آموزشی است. اما از طرف دیگر بحث همدلی از ویژگی‌هایی است که "به‌سادگی" نمی‌توان آن را آموزش داد. با توجه به ضرورت و اهمیت آموزش همدلی در آموزش علوم پزشکی روش‌های متعددی جهت آموزش همدلی اجرا شده است از جمله: استفاده از سخنرانی، استفاده از سناریو، ایفای نقش، نوشتن برگه‌ی رفلکشن، دوره‌های آموزش ادبیات و تئاتر، مصاحبه انگیزشی، کار در گروه کوچک با محوریت احساسات

است چالش‌هایی را در آموزش‌های مهارتی دانشجویان ایجاد نمایند. با این حال از نگاه مطالعات موجود، در شرایط فعلی نیز می‌توان آموزش‌هایی از قبیل کسب پیامدها از جمله اخلاق پزشکی، مهارت‌های ارتباطی و تعهد حرفه‌ای، را از طریق برگزاری وبینار و کلیپ‌های آموزشی ادامه داد (۳۱). به علاوه بررسی شواهد موجود در کوریکولوم‌ها مویده آن است که در حال حاضر در اکثر برنامه‌های آموزشی، اغلب دروس مرتبط با مهارت‌های ارتباطی از جمله مهارت‌های همدلی نیز در غالب درس‌های اختیاری ارائه می‌شوند که این موضوع نگرانی‌هایی را در بحث کسب یادگیری این مهارت‌ها ایجاد می‌کند (۳۰). فرایند حاضر با هدف استفاده از سینما و سناریو به عنوان روش‌های آموزشی در آموزش مهارت‌های همدلی به دانشجویان پرستاری در دو دانشگاه علوم پزشکی زاهدان و زابل به شیوه ترکیبی ۷ انجام شد.

روش کار:

مطالعه حاضر در سه گام طراحی، اجرا و ارزشیابی انجام شد.

فاز طراحی برنامه:

طراحی آموزشی منطبق بر مدل ASSURE انجام شد. در ابتدا و بعد از بررسی و آنالیز برنامه درسی دانشجویان، جامعه دانشجویان رشته پرستاری برای مداخله انتخاب شد و پس از مشورت با مدیر گروه‌های آموزشی از دانشکده پرستاری اقدام به تعیین مباحث مورد نیاز شد. باتوجه به نبود برنامه آموزشی مهارت‌های ارتباطی و همدلی در این دو دانشکده، موضوعات انتخاب شده بسیار مورد نیاز دانشجویان بودند. سپس اهداف آموزشی منطبق با نیاز دانشجویان تعریف شد.

بیماران، تمرین ذهن‌آگاهی^۱ و یادگیری بر پایه حل مسئله، ادبیات و شعر، کلاس وارونه^۲ و ارزیابی رفتاری، سناریو و موردهای^۳ بالینی (۲، ۲۳-۲۶). یکی از روش‌ها جهت آموزش مهارت‌های ارتباطی و همدلی به دانشجویان، استفاده از سناریو و موردهای^۴ بالینی هستند. یادگیری بر پایه سناریو و مورد، نوعی از یادگیری تجربی محسوب می‌شود که هم جنبه‌هایی از یادگیری مبتنی بر حل مساله^۵ و هم جنبه‌هایی از شبیه‌سازی و هم جنبه‌هایی از ایفای نقش را در خود جای می‌دهد (۲۷). در کنار آن مطالعات متعددی به استفاده از هنر و علوم انسانی در زمینه‌های آموزش همدلی از جمله استفاده از مهارت‌های روایتی^۶ استفاده از هنر و فیلم اشاره داشتند (۲۸). از بین روش‌های ذکر شده با توجه به غنای منابع دیداری-شنیداری و ارزش روایی بسیار زیاد در عصر حاضر، فرصت بسیار مناسبی برای آموزش از طریق سینما و فیلم فراهم شده است. سناریوی فیلم‌ها و کلیپ‌ها به وضوح می‌تواند باعث رفلکشن دانشجویان شود. سینما فرصت مناسبی برای دانشجویان فراهم می‌آورد تا تجاربی که در فیلم می‌بینند را مجدداً مرور کرده و شخصی‌سازی کنند و در رفتار و عمل خود به کار ببندند (۲۹). استفاده از ویدئو کلیپ‌های سینمایی در کلاس درس می‌تواند هم سرعت مناسبی به روند تدریس ببخشد و هم فضای مناسب برای رفلکشن دانشجویان و تجربه‌ی احساسات موجود در فیلم را فراهم آورد (۳).

در کنار بررسی مطالعات در انتخاب روش‌های آموزشی موثر در زمینه ارتقاء مهارت‌های همدلی، به موازات رخدادهای بحران کووید-۱۹ تغییراتی در شیوه‌های آموزش مهارت‌های همدلی ایجاد شده است (۳۰). به موازات این موضوع، شرایط موجود در کنار مزایای حاصل ممکن

⁵ Problem based learning (PBL)

⁶ Narrative skills

⁷ Blended

¹ mindfulness

² Flipped Classroom

³ Case

⁴ Case

باتوجه به اهداف پژوهش، از روش‌های فعال آموزشی در این زمینه در کنار هنر برای آموزش برپایه سینما و سناریو استفاده شد. در مرحله بعد متریکال و محتواهای آموزشی مربوطه تولید شدند و سپس بعد از جلب نظر دانشجویان و ثبت نام در دوره، به منظور مشارکت بیشتر دانشجویان از طریق برگزاری جلسه ویناری به صورت تعاملی نقطه نظرات دانشجویان دریافت شد. در انتها نیز دوره ارزشیابی دوره و ارزیابی نگرش دانشجویان بررسی شد. خلاصه مراحل طراحی برنامه آموزشی بر طبق مدل ASSURE در شکل ۱ ارائه شده است.

فاز اجرای برنامه:

بدین منظور در دو نوبت پوسترها طراحی و تبلیغات در فضای مجازی (اینستاگرام، تلگرام و سایت دانشجو) انجام شد. بعد از ثبت نام در دوره آموزشی دانشجویان پیش از شروع دوره نیز ذکر شد که گواهی شرکت در دوره به دانشجویانی ارائه می‌شود که در دوره مشارکت فعال داشته باشند. ۵۰ دانشجو در دانشجو پرستاری و مامائی علوم پزشکی زاهدان و ۳۲ دانشجو در دانشجو پرستاری و مامائی زابل تحت آموزش با استفاده از نمایش کلیپ‌های سینمایی، سناریو، روایت نویسی قرار گرفتند. با توجه به بحران و همه‌گیری کووید-۱۹، دوره آموزشی به صورت مجازی و با استفاده از رویکرد های همزمان و غیرهمزمان برگزار شد. بدین منظور و با هماهنگی دانشجوهای مذکور، برای دانشجویانی که در دوره ثبت نام کرده بودند، محتواهای آموزشی طراحی شده در بخش غیر همزمان^۱ ارسال و بارگذاری شد.

تهیه در بخش ابتدای دوره یک جلسه حضوری با هدف شرح اهمیت دوره محتواهای و اهمیت آن در کسب توانمندی با دانشجویان در هر بار اجرا برگزار شد. در ابتدای دوره سه محتوای کلی راجع به مقدمات

و مفاهیم همدلی و همچنین اهمیت یادگیری آن تهیه شد. این محتوای مقدماتی، با هدف آشنایی شرکت کنندگان با کلیت مباحث و مفاهیم پایه دوره ارائه شد. در تهیه محتواهای آموزشی دوره از کتاب "مهارت‌های برقراری ارتباط با بیماران" نیز استفاده شد. هر یک از سه محتوا در یک جلسه حدود چهل دقیقه برگزار شد. جلسات به طور جداگانه در هر دو دانشگاه به صورت مجازی تشکیل گردید.

در بخش دوم تدوین محتوای آموزشی پیشرفته بر طبق مطالعات در قالب ۴ محور موضوعی شامل "مهارت گوش دادن، مهارت درک نگرانی‌های و دغدغه‌های بیمار، مهارت‌های مواجهه با نیازهای بیمار، مهارت مشارکت بیمار در فرایند مراقبت" تدوین شد که در بخش اول فرایند مبتنی بر بخش‌هایی از کلیپ‌های سینمایی و بحث در هر جلسه به شکل محتوا غیر همزمان با صورت مولتی مدیا تعاملی ارائه شد. محتوا به شکل فایل‌های MP4 و SCORM در اختیار دانشجویان قرار گرفت. در هر یک از موضوعات کلیپ‌های سینمایی در حیطه همدلی که خود بخش‌هایی منتخب از فیلم‌های سینمایی مطرح تاریخ سینما از کتاب "Cinemeducation using film and other visual media in graduate and medical education" فصل ۴۴ با موضوع همدلی انتخاب شدند. معیار تدوین کلیپ‌های حاصل از فیلم شامل: (۱) تم اصلی فیلم مرتبط با حرف علوم پزشکی باشد، (۲) بخش‌های انتخابی مرتبط با موضوع همدلی با بیماران/خانواده بیمار/همکاران باشد (۳) امکان بحث و بازاندیشی بر آن وجود داشته باشد، بود. تدوین هر کلیپ از فیلم‌های سینمایی به کمک نرم‌افزار Wonder 9 Share Filmora انجام شد. به منظور کنترل تاثیر زبان در درک موضوع و روند یادگیری، برای فیلم‌هایی که به زبان انگلیسی بودند نیز به کمک این نرم‌افزار

¹ Asynchronorize

زیرنویس فارسی نوشته شد. فیلم‌هایی نیز که با دوبله فارسی در دسترس بودند، با دوبله در اختیار دانشجویان قرار گرفت. سپس در بخش سوم آموزش در قالب چندین جلسات چهار سناریو تدوین شده ارائه و بحث بر اساس آن انجام شد. برای بررسی روان‌سنجی سناریوها، سه نفر از اعضای هیئت‌علمی گروه مهارت‌های ارتباطی و یک نفر از متخصصان آموزش پزشکی و یک نفر از متخصصان رشته پرستاری سناریوها بررسی و بعد از انجام اصلاحات لازم استفاده شدند. سپس از طریق برگزاری جلسات کار در گروه کوچک، هر گروه ۶ الی ۷ نفر دانشجویان شرکت کننده در دوره در جلسه‌ای حضوری شرکت کردند و در آن به ایفای نقش پرداختند و توسط مدرس بازخورد دریافت کردند. در پایان دوره نیز به منظور آموزش همزمان^۱، یک وبینار دو ساعته برای هر یک از گروه‌ها با هدف تمرین تحلیل یک نمونه فیلم و سناریو و بازاندیشی راجع به محتوای دوره انجام شد. در این بخش، ابتدا یک کلیپ سینمایی جدید با هدف تمرین موضوعات ارائه شده در کل دوره پخش شد. به منظور کنترل تاثیر زبان در یادگیری دانشجویان، از فیلم دوبله شده فارسی استفاده شد. سپس دانشجویان به روش بارش افکار نظرات خود را به صورت شفاهی و یا متنی راجع به بخش‌های مختلف کلیپ بیان کردند و بحث با هدایت اساتید ادامه یافت. در ادامه جلسه یک سناریو جدید با هدف تمرین موضوعات ارائه شده در کل دوره ارائه شد. بعد از این که دانشجویان نظرات خود را به صورت شفاهی و یا متنی به روش بارش افکار راجع به بخش‌های مختلف این سناریو بیان کردند و بحث با هدایت اساتید ادامه یافت. به طور کلی در طول این دوره هر دانشجو حداقل حدود ۵ ساعت با کلیپ‌های سینمایی تدوین شده مواجهه داشتند.

فاز ارزشیابی برنامه:

با توجه به آنکه هدف ما علاوه بر سنجش رضایت دانشجویان به دوره، سنجش میزان نگرش دانشجویان در طی دوره، یعنی طبق الگوی کرک-پاتر یک، در سطح یادگیری بود (۳۲). در نتیجه، پیامد مدنظر ما در این فرایند، ارتقاء سطح نگرش دانشجویان در حوزه همدلی و مهارت‌های ارتباطی بود.

ارزیابی سطح واکنش:

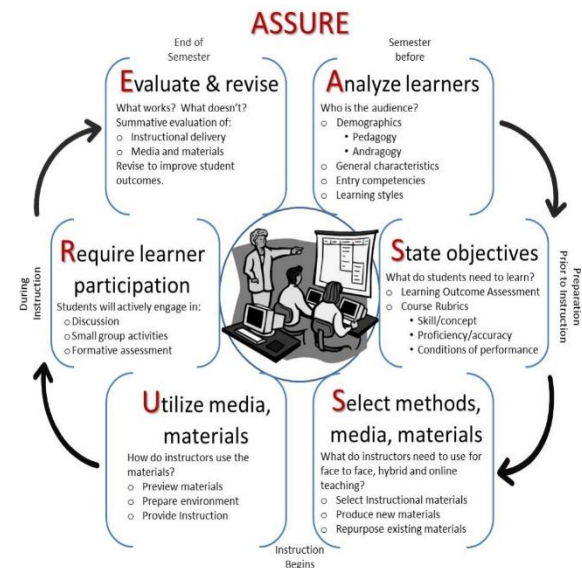
به این منظور پرسشنامه محقق ساخته با هدف تعیین رضایتمندی و نگرش به دوره مهارت‌های همدلی تدوین شد که روایی محتوایی آن با استفاده از متخصصان مهارت ارتباطی و آموزش پزشکی و پرستاری بررسی شد.

ارزشیابی سطح یادگیری:

جهت بررسی سطح همدلی دانشجویان با بیماران از نسخه فارسی شده پرسشنامه استاندارد جفر سون ورژن کادر درمان (JSPE-HP) شامل ۲۰ سؤال با مقیاس لیکرت ۵ تایی (از کاملاً مخالفم تا کاملاً موافقم) استفاده شد. نمره مجموع افراد در محدوده ۲۰ تا ۱۰۰ قرار می‌گیرد، که هر چه نمره مجموع بیشتر باشد نشان‌دهنده میزان نگرش همدلی بیشتر با بیماران هست. پرسشنامه همدلی جفر سون (JSPE) یکی از اصلی‌ترین ابزارهای موجود جهت خودارزیابی همدلی هست. این پرسشنامه مختص گروه علوم پزشکی، در سال ۲۰۰۰ توسط محمدرضا حجت طراحی شده است (۳۳). این پرسشنامه در سال ۱۳۹۵ ترجمه فارسی آن توسط اشقی فراهانی و همکاران، در جامعه دانشجویان ایرانی روان‌سنجی شده است (۳۴). هم‌چنین به زبان فارسی در مطالعه هاشمی پور و شریعت نیز از نسخه مورد استفاده در این طرح، استفاده شده است (۳۵، ۳۶).

¹ Synchronize

پرسشنامه نگرش به یادگیری مهارت‌های ارتباطی (CSAS) با مقیاس لیکرت ۵ تایی (از کاملاً مخالفم تا کاملاً موافقم) است. سوالات اصلی پرسشنامه شامل ۲۶ سؤال است که مشتمل بر دو محور نگرش مثبت به مهارت‌های ارتباطی و نگرش منفی نسبت به مهارت‌های ارتباطی است که هر بخش به وسیله ۱۳ سؤال مورد ارزیابی قرار می‌گیرد.



بدین ترتیب در هر سؤال به گزینه کاملاً مخالف نمره ۱ و به گزینه کاملاً موافق نمره ۵ تعلق می‌گیرد. نمره کلی هر بخش نیز از ۱۳ تا ۶۵ متغیر است که هر چه نمره بالاتر باشد نگرش به مهارت‌های ارتباطی بیشتر است. پرسشنامه نگرش به یادگیری مهارت‌های ارتباطی (CSAS) که در سال ۲۰۰۲ توسط Rees و همکاران تدوین (۳۷) و در سال ۱۳۹۷ ترجمه فارسی آن توسط یخ‌فروش‌ها و همکاران روایی و پایایی آن بررسی شده است (۳۴). قطعاً ارزیابی سطح انتقال و پیامد، نیازمند بررسی‌های طولی و ابزارهای ارزیابی بیشتر است.

نتایج:

در این مطالعه ۸۵ دانشجوی سال سوم رشته پرستاری در دو نوبت اجرا در فراخوان شرکت کردند. از این تعداد ۵۰ دانشجوی دانشکده پرستاری-مامایی

زاهدان بودند که با میانگین سنی ۲۴/۲ (بالاترین: ۲۷، پایین‌ترین ۲۳) نفر وارد مطالعه شدند. ۲۷ نفر (۵۴٪) از دانشجویان دختر و ۲۳ نفر (۴۶٪) از دانشجویان پسر بودند. ۴۰ نفر (۸۰٪) آن‌ها مجرد و ۱۰ نفر (۲۰٪) آن‌ها متأهل بودند. ۲ نفر (۴٪) آن‌ها تجربه بستری نزدیکان را داشتند و ۴۸ نفر (۹۶٪) تجربه بستری نزدیکان نداشتند. ۳۲ دانشجوی دانشکده پرستاری و مامایی زابل با میانگین سنی ۲۴/۳ (بالاترین: ۲۵، پایین‌ترین ۲۳) نفر وارد مطالعه شدند. ۱۶ نفر (۵۰٪) از دانشجویان دختر و ۱۶ نفر (۵۰٪) از دانشجویان پسر بودند. ۲۰ نفر (۶۲/۵٪) آن‌ها مجرد و ۱۲ نفر (۳۷/۵٪) آن‌ها متأهل بودند. ۱۸ نفر (۵۶/۳٪) آن‌ها تجربه بستری نزدیکان را داشتند و ۱۴ نفر (۴۳/۸٪) تجربه بستری نزدیکان نداشتند. جدول شماره ۱ بررسی دیدگاه دانشجویان را در مورد بحث همدلی با بیمار نشان می‌دهد. نتایج به دست آمده در ۲۰ آیتم مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. نتایج به دست آمده حاکی از آن است که در هر دو گروه تفاوت معنی‌دار $P \leq 0/001$ وجود دارد.

میانگین کلی نمرات گویه‌های مثبت پرسشنامه جفرسون قبل از برگزاری دوره ۲۸/۲۶ با انحراف معیار ۵/۶۳ بود اما بعد از برگزاری دوره این مقدار به ۳۳/۹۵ با انحراف معیار ۵/۵۶ رسید که موید ارتقاء نگرش مثبت به همدلی بعد از دوره است. میانگین کلی نمرات کلی گویه‌های برعکس (منفی) پرسشنامه جفرسون قبل از برگزاری دوره ۳۰/۰۳ با انحراف معیار ۴/۳۱ بود اما بعد از برگزاری دوره این مقدار به ۲۲/۸۱ با انحراف معیار ۴/۳۰ رسید که موید کاهش نگرش منفی به بحث همدلی در دانشجویان است (جدول شماره ۲). جدول شماره ۲ بررسی دیدگاه دانشجویان را در مورد نگرش‌های ارتباطی را نشان می‌دهد. نتایج به دست آمده در ۲۶ آیتم مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. نتایج به دست آمده حاکی از آن است که در هر دو گروه تفاوت معنی‌دار وجود دارد.

جدول شماره ۱: دیدگاه دانشجویان دو دانشگاه در خصوص نگرش به همدلی قبل و بعد دوره

ردیف	سوال	میانگین (انحراف معیار)	
		پیش آزمون	پس آزمون
۱	به نظر من برقراری ارتباط با بیمار و همراهانش، بر روش درمانی بیماران تاثیری ندارد.	۳/۰۰ (±۰/۹۲)	۲/۳۲ (±۰/۷۵)
۲	برای من به عنوان دانشجوی پرستاری دشوار است تا محیط پیرامون خود را از دریچه چشم بیماران، همراهان و یا سایر همکارانم ببینم.	۲/۹۳ (±۰/۸۳)	۲/۲۱ (±۰/۶۶)
۳	از آنجایی که انسان ها با هم متفاوت می باشند برای من به عنوان دانشجوی پرستاری دشوار است که وضعیت آنان را درک کنم.	۳/۰۶ (±۰/۸۹)	۲/۲۴ (±۰/۶۷)
۴	دانستن احساسات بیماران و همراهانش تاثیری بر روند درمانی ایشان ندارد.	۳/۰۱ (±۰/۸۲)	۲/۲۱ (±۰/۷۷)
۵	من به عنوان دانشجوی پرستاری سعی میکنم تا در هنگام بررسی وضعیت سلامتی بیماران، هیچ گونه احساس همدلی با وی نداشته باشم.	۳/۰۹ (±۰/۸۲)	۳/۳۵ (±۰/۷۲)
۶	پرسش از بیماران در رابطه با زندگی شخصی آن ها، در درک مشکلات آن ها تاثیری ندارد.	۳/۰۹ (±۰/۸۱)	۲/۲۹ (±۰/۷۷)
۷	از نظر من، مشکلات بیمار تنها باید با درمان های پزشکی و پرستاری بر طرف شود و همدلی جایگاهی در درمان بیماران ندارد.	۳/۰۷ (±۰/۸۷)	۲/۲۶ (±۰/۷۷)
۸	من از مطالعه کتب و مراجع غیر رشته ام و کتب هنری لذت نمی برم.	۳/۰۳ (±۰/۸۶)	۲/۲۳ (±۰/۶۷)
۹	من معتقدم که همدلی با بیمار هیچ گونه جایگاهی در روند درمان بیماران ندارد.	۲/۸۰ (±۰/۷۴)	۲/۲۱ (±۰/۶۸)
۱۰	توجه به تجارب شخصی بیمار هیچ گونه تاثیری بر روند درمانی آن ها ندارد.	۲/۹۱ (±۰/۷۷)	۲/۴۳ (±۰/۸۰)
۱۱	در صورتی که بیمار متوجه حس همدلی پرستار خود شود، احساس بهتری می کند.	۲/۶۸ (±۰/۸۹)	۳/۱۸ (±۰/۹۴)
۱۲	از نظر من داشتن زبان مشترک با بیمار و برقراری ارتباط کلامی با وی، در ایجاد رابطه مثبت بین بیمار و پرستار بسیار مهم است.	۲/۸۴ (±۰/۸۸)	۳/۲۰ (±۰/۹۳)
۱۳	به نظر من همدلی با بیمار سبب تاثیر بیشتر درمان ها بر روی وی می شود.	۲/۷۴ (±۰/۸۴)	۳/۳۴ (±۰/۹۴)
۱۴	یک پرستار در هنگام انجام کار درمانی برای بیماران باید خودش را به جای آن ها بگذارد.	۲/۷۴ (±۰/۸۴)	۳/۴۷ (±۰/۹۳)
۱۵	بیماران برای درک احساساتشان ارزش قائل بوده و این امر در پاسخ به درمان آنها موثر است.	۲/۸۰ (±۰/۸۹)	۳/۳۴ (±۰/۹۱)
۱۶	از نظر من یک جز مهم در ایجاد ارتباط با بیماران، همدلی با بیمار و بستگانشان است.	۲/۸۶ (±۰/۹۵)	۳/۵۰ (±۰/۹۱)
۱۷	همدلی نوعی مهارت ضروری برای ارائه درمان اثربخش است و سبب محدودیت درمان نمی شود.	۲/۸۷ (±۰/۹۲)	۳/۴۳ (±۰/۹۴)
۱۸	من به عنوان دانشجوی پرستاری سعی میکنم از طریق توجه به بیمار، گوش دادن به حرف ها و توجه به آنان، آنچه در فکر او میگردد را ، متوجه شوم.	۲/۸۲ (±۰/۹۴)	۳/۵۰ (±۰/۹۸)
۱۹	من معتقدم که همدلی عامل مهمی در درمان های پزشکی است.	۲/۹۱ (±۰/۹۰)	۳/۵۲ (±۰/۸۷)
۲۰	من به عنوان دانشجوی پرستاری سعی میکنم شبیه بیماران فکر کنم، زیرا این موضوع در روند درمانی آن ها موثر است.	۲/۸۰ (±۰/۸۸)	۳/۴۳ (±۰/۹۵)

جدول شماره ۲: دیدگاه دانشجویان دو دانشگاه در خصوص نگرش به آموزش مهارت ارتباطی قبل و بعد دوره

ردیف	سوال	میانگین (انحراف معیار)	
		پیش آزمون	پس آزمون
۱	دلیلی برای اهمیت آموختن نحوه برقراری ارتباط مناسب، نمی بینم.	۲/۲۲(±۰/۹۹)	۱/۸۲(±۰/۸۴)
۲	هیچ کس به علت نداشتن توانمندی برقراری ارتباط مناسب، از پرستار شدن محروم نمی شود.	۲/۱۷(±۰/۹۵)	۱/۶۷(±۰/۷۳)
۳	من برای یادگیری مهارت های ارتباطی وقت ندارم.	۲/۳۲(±۱/۰۱)	۱/۷۷(±۰/۶۷)
۴	نمی توانم با شرکت در جلسات مهارت های ارتباطی خود را به زحمت بیاندازم.	۲/۳۵(±۱/۴)	۱/۷۷(±۰/۹۷)
۵	در آموزش مهارت های ارتباطی بدیهیات بیان می شود و سپس موضوع را پیچیده می کنند.	۲/۲۷(±۰/۹۴)	۱/۸۳(±۰/۹۶)
۶	به اطلاعاتی که سخنران های غیر پرستار، در مورد مهارت های برقراری ارتباط به من می دهند، اعتماد ندارم.	۲/۲۸(±۰/۹۹)	۱/۹۳(±۱/۰۵)
۷	یادگیری مهارت های ارتباطی بسیار ساده و آسان است.	۲/۱۷(±۰/۹۶)	۱/۸۲(±۱/۰۰)
۸	اگر آموزش مهارت های برقراری ارتباط، شبیه آموزش سایر موضوعات علمی و نظری بود، بهتر بود.	۲/۲۶(±۰/۹۵)	۱/۹۰(±۱/۱۰)
۹	نداشتن مهارت های برقراری ارتباط مناسب، چیزی از پرستار بودن من کم نمی کند	۲/۲۱(±۱/۰۵)	۱/۹۰(±۱/۰۳)
۱۰	پذیرش این که من در برقراری ارتباط مؤثر مشکل دارم، برایم سخت است	۲/۲۹(±۱/۰۳)	۱/۸۹(±۰/۹۱)
۱۱	توانایی من برای گذراندن آزمون ها و امتحانات است که در مسیر پرستار شدنم مؤثر است، نه توانمندی من در استفاده از مهارت های ارتباطی.	۲/۱۳(±۰/۹۹)	۱/۶۸(±۰/۶۶)
۱۲	برای من جدی گرفتن یادگیری مهارت های ارتباطی سخت است.	۲/۳۴(±۰/۹۲)	۱/۷۲(±۰/۷۴)
۱۳	یادگیری مهارت های ارتباطی مربوط به دانشجویان روانشناسی است، نه دانشجویان پرستاری.	۲/۳۷(±۰/۹۴)	۲/۵۹(±۱/۴۹)
۱۴	در صورتی که بخواهم پرستار خوبی باشم، باید توانایی خوبی در برقراری ارتباط مؤثر با سایرین داشته باشم.	۲/۳۲(±۱/۰۴)	۳/۹۰(±۱/۲۱)
۱۵	برای من کسب مهارت های ارتباطی مناسب، به اندازه کسب دانش پرستاری اهمیت دارد.	۲/۱۸(±۰/۹۷)	۳/۶۸(±۱/۲۲)
۱۶	یاد گرفتن مهارت های برقراری ارتباط مناسب، کمک کرده است یا کمک خواهد کرد تا برای بیمارانم احترام بیشتری قائل باشم.	۲/۳۹(±۱/۱۳)	۳/۷۷(±۱/۲۷)
۱۷	یاد گرفتن مهارت های برقراری ارتباط جالب است.	۲/۳۸(±۱/۱۹)	۳/۸۵(±۱/۲۱)
۱۸	یاد گرفتن مهارت های برقراری ارتباط مؤثر به من کمک کرده یا کمک خواهد کرد تا از مهارت های کار تیمی ام بهتر استفاده کنم.	۲/۳۵(±۱/۰۷)	۳/۷۷(±۱/۱۴)
۱۹	یادگیری مهارت های برقراری ارتباط، توانایی مرا برای ایجاد ارتباط با بیماران ارتقا میدهد.	۲/۵۴(±۱/۱۴)	۳/۷۳(±۱/۲۳)
۲۰	یادگیری مهارت های ارتباطی سرگرم کننده و مفرح است.	۲/۴۶(±۱/۲۰)	۳/۸۰(±۱/۲۴)
۲۱	یادگیری مهارت های برقراری ارتباط مؤثر، کمک کرده یا خواهد کرد تا من برای همکارانم احترام بیشتری قائل شوم.	۲/۴۴(±۱/۲۰)	۳/۸۳(±۱/۲۰)
۲۲	یادگیری مهارت های برقراری ارتباط به من کمک کرده یا خواهد کرد تا حقوق بیماران در خصوص رازداری و کسب رضایت آگاهانه را مورد توجه قرار دهم.	۲/۶۸(±۱/۳۰)	۳/۸۴(±۱/۱۸)
۲۳	در زمانی که من پرستاری را انتخاب می کردم، معتقد بودم یادگیری مهارت های ارتباطی، مفید و خوب است.	۲/۷۸(±۱/۴۲)	۳/۸۸(±۱/۲۰)
۲۴	فکر میکنم یادگیری مهارت های ارتباطی در دوران تحصیل پرستاری مفید است.	۲/۶۶(±۱/۳۲)	۲/۷۳(±۱/۴۰)
۲۵	آموختن مهارت های ارتباطی در یادگیری رشته پرستاری کاربرد دارد.	۲/۷۳(±۱/۴۰)	۴/۱۵(±۱/۰۳)
۲۶	یادگیری مهارت های ارتباطی مهم است چون مهارت من در برقراری ارتباط مؤثر، یک توانمندی مادام العمر است.	۲/۶۳(±۱/۳۷)	۴/۰۵(±۱/۱۵)

بحث:

دانشجویان را قادر سازند تا ظرفیت همدلی ذاتی خود را با خودآگاهی و شناخت از خود ارتقا دهند، می‌توانند تاثیر به مراتب بیشتر داشته باشند (۴۶). مثال خوبی از این روش‌ها نیز استفاده از هنر و سینماست. در مطالعه حاضر نیز ارتقا نمرات نگرش به بحث مهارت‌های ارتباطی تاییدی دیگر بر این موضوع می‌باشد.

محققین در این مطالعه برای آموزش مبحث همدلی و مهارت‌های ارتباطی از کلیپ‌های کوتاه فیلم‌های سینمایی و سناریوهای طراحی شده در بستر آموزش مجازی انجام دادند و به این نتیجه دست یافتند که این نوع آموزش نیز به اندازه سایر روش‌های آموزشی منجر به بهبود نگرش به یادگیری مهارت‌های ارتباطی در دانشجویان می‌شود. همچنین با توجه به پیدایش پاندمی اخیر کرونا و مغفول ماندن تدریس مباحث اختیاری به علت مجازی شدن آموزش‌های دانشگاهی (۳۰) توجه روز افزون به روش‌های جدید و نوآورانه و مجازی آموزشی باید همواره مد نظر قرار گیرد.

در مطالعه Pavlov و همکاران بر اثرات دیدن فیلم سینمایی روی مدل‌های رفتاری دانشجویان تأکید شده بود. نتایج این مطالعه حاکی از آن است که می‌تواند به عنوان یک الگوی رفتاری برای دانشجویان در نظر گرفته شود که به کمک آن رفتارهای ناصحیح خود را تصحیح کنند (۴۶). این مطالعه با مطالعه Alexander هم راستا می‌باشد (۴۷).

در مطالعه ما، در جلسه ویناری که با حضور هر دو گروه از دانشجویان برگزار شد، آن‌ها بر تأثیر فیلم دیدن و همسان سازی شخصیت و رفتارهای خود با کارکرتهای سینمایی تأکید داشتند. به نظر می‌آید که مطالعه سناریو هم که خود مدلی مقدماتی تر از فیلم سینمایی است نیز تأثیر بسزایی در آموزش همدلی دارد. هر فیلم سینمایی خود بر اساس یک سناریو ساخته شده است. در این مطالعه مشاهده شد که

نتایج مطالعات انجام شده حاکی از آن است که استفاده از روش‌های فعال جهت آموزش به بحث مهم همدلی و مهارت‌های ارتباطی بسیار موثر است و منجر به آموزش دانشجویان و علاقه مندی آن‌ها به بحث همدلی خواهد شد (۲۷، ۳۸، ۳۹). تغییرات نسبتاً قابل ملاحظه نمرات این پرسشنامه در دو گروه مؤید این امر می‌باشد، که مطابقت کاملی با نتایج پژوهش‌های پیشین در این زمینه نیز وجود دارد. این موضوع می‌تواند نشان دهد که مهارت همدلی و مهارت‌های ارتباطی نیز قابل آموزش دادن و با اجرای روش‌های مختلف آموزشی می‌توان تغییر نگرش را در دیدگاه دانشجویان پرستاری ایجاد کرد. در حالی که مطالعات فراوانی وجود دارند که نشان می‌دهند همدلی و مهارت‌های ارتباطی جز مباحثی هستند ذاتی که آموزش و حتی ایجاد کردن تغییر نگرش در افراد دشوار به نظر می‌رسد (۴۰، ۴۱). با توجه به تجزیه و تحلیل داده‌های آماری در این مطالعه یکی از نتایج به دست آمده این است که آموزش همدلی خود می‌تواند منجر به تغییر نگرش دانشجویان به مبحث یادگیری مهارت‌های ارتباطی شود. Yang و همکاران در مطالعه خود به منظور آموزش بحث همدلی از روش‌های آموزشی فعال استفاده کردند (۴۲). بنابراین جستجوی مطالعات در این زمینه نشان می‌دهد که استفاده از روش‌های آموزشی فعال در این زمینه همواره مورد توجه قرار گرفته است (۴۳). همچنین مطالعاتی انجام شده است که تنها از روش‌های آموزشی فعال استفاده شده است (۴۴، ۴۵). محققان پیشین معتقد بودند که روش‌های آموزشی مرسوم نظیر سخنرانی نمی‌تواند به تنهایی کارایی کافی برای آموزش مباحثی نظیر همدلی و مهارت‌های ارتباطی را داشته باشد. بلکه روش‌های آموزشی که بروز احساسات را تسهیل کرده و

قابلیت همسان سازی با محیط درمانی را داشته باشد. مثلا یک صحنه جنگی و فداکاری در میدان جنگ نیز شاید قابلیت همسان سازی در محیط درمانی را داشته باشد (۳). در مطالعه ما در انتخاب کلیپها خود را محدود به فضای درمانی نکردیم و از همه نوع کلیپ سینمایی که می توانست مفهوم همدلی و مهارت های ارتباطی مورد نیاز کادر درمان را منتقل کند استفاده کردیم. این موضوع به این دلیل است که همدلی نه تنها به عنوان یک مهارت تخصصی برای اعضای تیم درمان محسوب می شود، بلکه به عنوان یکی از مهارتهایی است که در زمره مهارت های بین فردی بین افراد مختلف نیز قابل استفاده است. به این معنی که انتخاب تم پزشکی لزوماً برای کاربردی بودن یک کلیپ سینمایی یا یک سناریو کافی نیست، بلکه حتی اگر تم کلی فیلم محیط درمانی نباشد، اما آن رفتار به خصوص قابلیت همانندسازی در محیط درمانی را داشته باشد، می تواند منبع مناسبی برای آموزش این مهارت ها باشد. به علاوه، با توجه به آنکه در سناریوها این تاکید وجود دارد تا حد امکان به موقعیت های تجربه شده فراگیران نزدیک باشد تا بتواند به ایجاد انگیزه برای بازاندیشی آنان کمک کند، از این رو در نگارش سناریوها سعی شد منطبق بر موقعیت های مواجهه شده در محیط بیمارستانی تعریف شوند.

نتیجه گیری:

یافته های حاصل از انجام مطالعه نشان داد استفاده از کلیپ های سینمایی، سناریو و روایت نویسی به منظور آموزش مهارت های ارتباطی و همدلی با توجه به فراهم آوردن فرصت ابراز احساسات و همچنین همسان سازی برای دانشجویان رشته پرستاری می تواند مفید واقع گردد. در این بین هنر سینما با توجه به غنای محتوای دیداری و شنیداری فرصت مناسبی را برای یادگیری دانشجویان فراهم می آورد.

سناریو یادگیری مهارت های ارتباطی را بهبود می بخشد و باعث همسان سازی و همزادپنداری با موقعیت توصیف شده در متن سناریو می شود. البته هر چه سناریو بر موقعیت های واقعی تجربه شده و ملموس با شرایط مواجهه شده دانشجویان نزدیک تر باشد اثر بخشی آن بیشتر خواهد بود. در حوزه یادگیری با کمک کلیپ های سینمایی این گونه نتیجه گرفت که جزء دیداری که در فیلم سینمایی نمود بیشتری دارد، تأثیر مهمی در آموزش رفتارهای انسانی نظیر مهارت های ارتباطی و همدلی دارند. این نکته پیش از این در مطالعات استفاده از سینما برای آموزش پزشکی مورد توجه قرار گرفته بود. در واقع این گونه می توان تفسیر کرد که استفاده از کلیپها به دلیل تأثیرگذاری بیشتر بصری، می تواند به ایجاد انگیزه یادگیری بیشتر و همچنین بهبود یادگیری دانشجویان کمک نماید. مطالعات وجود دارد که بر مهارت های ارتباطی در ارتقا کیفیت ارائه خدمات پرستاری تاکید داشته اند (۱۶، ۲۵). کلیپ های سینمایی و سناریوهای استفاده شده در این مطالعه نیز شامل مهارت های مختلف مورد نیاز برای همدلی کردن بودند و مثال های متعددی را برای دانشجویان در این زمینه فراهم کرد. به نظر این تنوع خود باعث ارتقا نمره در زمینه نگرش به یادگیری مهارت های ارتباطی شده است. به علاوه هم راستا نبودن نتایج در نمرات دو پرسشنامه نشانگر همپوشانی نبودن بین مباحث مختلف مهارت های ارتباطی و همدلی می باشد که علت این هم پوشانی می تواند در مطالعات آتی مورد بررسی قرار بگیرد.

مطالعات پیشین در زمینه نحوه انتخاب فیلمها با هم اختلاف نظر داشتند. برخی معتقد بودند که تم و محتوای اصلی هر فیلم سینمایی باید مربوط به پزشکی باشد تا بتوان از آن در زمینه آموزش پزشکی استفاده کرد. در مقابل عده ای دیگر معتقدند که تم کلی فیلم خیلی تأثیرگذار نیست، بلکه آن صحنه باید

A comparative cross-sectional study. Nurse education today. 2016;41:1-5.

12. Lashgari E, Vaghee S, Karimi Moonaghi H, Behnam Vashani H. The effect of context-based learning in psychiatric nursing internship on empathy skills with the patient of nursing students. Journal of Fundamentals of Mental Health. 2018;20(5):349-55.

13. Maximiano-Barreto MA, Fabrício DdM, Luchesi BM, Chagas MH. Factors associated with levels of empathy among students and professionals in the health field: a systematic review. Trends in psychiatry and psychotherapy. 2020;42:207-15.

14. Menezes P, Guraya SS, Guraya SY. A Systematic Review of Educational Interventions and Their Impact on Empathy and Compassion of Undergraduate Medical Students. 2021.

15. Choi H-G, Kim H-J, Lee S. Mediating Effects of Empathy on Competence of Korean Nursing Students. Iranian Journal of Public Health. 2021;50(4):737-46.

16. مناقب، اسماعیل، باقری. تأثیر آموزش مهارت‌های همدلی بر عملکرد هم‌دولانه پزشکان خانواده دانشگاه علوم پزشکی جهرم. مجله ایرانی آموزش در علوم پزشکی. ۲۰۱۳؛۲۰(۲):۱۱۴-۱۲۲.

17. Rossi AA, Marconi M, Taccini F, Verusio C, Mannarini S. From Fear to Hopelessness: The Buffering Effect of Patient-Centered Communication in a Sample of Oncological Patients during COVID-19. Behavioral Sciences. 2021;11(6):87.

18. Glascoe FP. Study of patient clues and physician responses in primary care and surgical settings. Ambulatory Child Health. 2001;7(1):53-60.

19. Fernández-Olano C, Montoya-Fernández J, Salinas-Sánchez AS. Impact of clinical interview training on the empathy level of medical students and medical residents. Medical Teacher. 2008;30(3):322-4.

20. ضیغمی، رفیعی، فروغ، پرویزی، سرور. تحلیل مفهوم همدلی در پرستاری. Journal of qualitative Research in Health Sciences. 2012;1(1):27-33.

21. قلاوند، مصطفی، مقدم ب. نقش پیش‌بینی‌کنندگی استرس شغلی پرستاری و استرس زناشویی در همدلی پرستاران با بیماران. ۲۰۱۹.

22. Strang C. University of Derby, UK Professor of Play (EFD) and specialist in Neuro-Dramatic-Play This important book provides a wide variety of perspectives that explore gender as a multifaceted social construct that is affected by sex, class, and cultural mores. It provides theoretical and research perspectives along with case studies that.

23. Bas-Sarmiento P, Fernández-Gutiérrez M, Baena-Baños M, Romero-Sánchez JM. Efficacy of empathy training in nursing students: A quasi-experimental study. Nurse Education Today. 2017;59:59-65.

24. Shapiro J, Morrison EH, Boker JR. Teaching empathy to first year medical students: evaluation of an elective literature and medicine course. Education for Health: Change in Learning & Practice. 2004;17(1).

بنابراین در مجموع استفاده از فیلم و سناریو روش‌های مناسبی برای آموزش همدلی و مهارت‌های ارتباطی هستند و به طور معناداری باعث افزایش سطح همدلی و بهبود نگرش به یادگیری مهارت‌های ارتباطی در دانشجویان پرستاری می‌شوند.

منابع:

1. Vogel D, Meyer M, Harendza S. Verbal and non-verbal communication skills including empathy during history taking of undergraduate medical students. BMC medical education. 2018;18(1):1-7.

2. Luna S, Brown N, editors. Cultivating Empathy by Embedding Humanities in PT Education. 2019 Educational Leadership Conference; 2019: APTA.

3. McCabe C. Nurse-patient communication: an exploration of patients' experiences. Journal of clinical nursing. 2004;13(1):41-9.

4. Doyle K, Hungerford C, Cruickshank M. Reviewing Tribunal cases and nurse behaviour: putting empathy back into nurse education with Bloom's taxonomy. Nurse education today. 2014;34(7):1069-73.

5. Ferri P, Rovesti S, Padula MS, D'Amico R, Di Lorenzo R. Effect of expert-patient teaching on empathy in nursing students: a randomized controlled trial. Psychology research and behavior management. 2019;12:457.

6. منصوره اف، ته‌مین‌ه ص، زهرا ع، فاطمه حب، آغا فاطمه ح، فاطمه غ. بررسی همدلی در دانشجویان کارشناسی پرستاری دانشگاه علوم پزشکی تهران.

7. Del Canale S, Louis DZ, Maio V, Wang X, Rossi G, Hojat M, et al. The relationship between physician empathy and disease complications: an empirical study of primary care physicians and their diabetic patients in Parma, Italy. Academic medicine. 2012;87(9):1243-9.

8. Blanco JM, Caballero F, García FJ, Lorenzo F, Monge D. Validation of the Jefferson scale of physician empathy in Spanish medical students who participated in an early clerkship immersion programme. BMC medical education. 2018;18(1):1-11.

9. Mangione S, Chakraborti C, Staltari G, Harrison R, Tunkel AR, Liou KT, et al. Medical students' exposure to the humanities correlates with positive personal qualities and reduced burnout: a multi-institutional US survey. Journal of general internal medicine. 2018;33(5):628-34.

10. Dulay MCB, Domingo JEA, Domingo KFR, Domondon HOF, Dumangon L, Duran R. An exploratory study of factors influencing student nurses' empathy. J Health Educ Res Dev. 2018;6(2):2-7.

11. Petrucci C, La Cerra C, Aloisio F, Montanari P, Lancia L. Empathy in health professional students:

- teaching strategies on oncology fellows' performance regarding breaking bad news. *Journal of Cancer Education*. 2019;34(3):463-71.
40. Blasco PG, Moreto G. Teaching empathy through movies: reaching Learners' affective domain in medical education. *Journal of Education and Learning*. 2012;1(1):22.
41. خدابخش، منصورى، پروين. همدلى و بازبينى نقش آن در بهبود روابط پزشک-بیمار. اخلاق و تاريخ پزشکی. ۲۰۱۱؛۴(۳):۳۸-۴۶.
42. Yang C, Zhu Y-L, Xia B-Y, Li Y-W, Zhang J. The effect of structured empathy education on empathy competency of undergraduate nursing interns: A quasi-experimental study. *Nurse education today*. 2020;85:104296.
43. Levett-Jones T, Cant R, Lapkin S. A systematic review of the effectiveness of empathy education for undergraduate nursing students. *Nurse Education Today*. 2019;75:80-94.
44. Keser I, Acar G. The impact of watching movies on the communication skills of nursing students: A pilot study from Turkey. *International Archives of Nursing and Health Care*. 2017;3(3):1-7.
45. Briggs CL, Fox L, Abell CH. The influence of film on the empathy ratings of nursing students. *International Journal for Human Caring*. 2012;16(2):59.
46. Pavlov A, Dahlquist GE. Teaching communication and professionalism using a popular medical drama. *Family medicine*. 2010;42(1):25.
47. Alexander M, Pavlov A, Lenahan P. Lights, camera, action: Using film to teach the ACGME competencies. *FAMILY MEDICINE-KANSAS CITY-*. 2007;39(1):20.
25. فراهانی ا، صالحی، تهمین، عامری ع، بابایی ح، حسینی et al. بررسی همدلی در دانشجویان کارشناسی پرستاری دانشگاه علوم پزشکی تهران. اخلاق و تاريخ پزشکی. ۲۰۱۶؛۹(۴):۵۶-۶۷.
26. Sutherland T, Choi D, Yu C. "Brought to life through imagery"—animated graphic novels to promote empathic, patient-centred care in postgraduate medical learners. *BMC Medical Education*. 2021;21(1):1-10.
27. Brunero S, Lamont S, Coates M. A review of empathy education in nursing. *Nursing inquiry*. 2010;17(1):65-74.
28. Gillam T. *Applying Creativity in Practice. Creativity, Wellbeing and Mental Health Practice*: Springer; 2018. p. 71-86.
29. Guilera T, Batalla I, Forné C, Soler-González J. Empathy and big five personality model in medical students and its relationship to gender and specialty preference: a cross-sectional study. *BMC medical education*. 2019;19(1):1-8.
30. Ahmed H, Allaf M, Elghazaly H. COVID-19 and medical education. *The Lancet Infectious Diseases*. 2020;20(7):777-8.
31. Liang ZC, Ooi SBS, Wang W. Pandemics and their impact on medical training: lessons from Singapore. *Academic Medicine*. 2020.
32. Kirkpatrick D, Kirkpatrick J. *Evaluating training programs: The four levels*: Berrett-Koehler Publishers; 2006.
33. Hojat M, Mangione S, Nasca TJ, Cohen MJ, Gonnella JS, Erdmann JB, et al. The Jefferson Scale of Physician Empathy: development and preliminary psychometric data. *Educational and psychological measurement*. 2001;61(2):349-65.
34. Yakhforoshha A, Shirazi M, Yousefzadeh N, Ghanbarnejad A, Cheraghi M, Mojtahedzadeh R, et al. Psychometric properties of the communication skills attitude scale (CSAS) measure in a sample of Iranian medical students. *Journal of Advances in Medical Education & Professionalism*. 2018;6(1):14.
35. شریعت، وحید س، کیخاونی. میزان همدلی در دستیاران تخصصی رشته‌های بالینی بیمارستان‌های دانشگاه علوم پزشکی ایران. *مجله روانپزشکی و روانشناسی بالینی ایران*. ۲۰۱۰؛۱۶(۳):۲۴۸-۵۶.
36. مرتضوی، سیده‌نرجس، رضایی، رصافیانی، طباطبایی، سیدمهدی et al. بررسی روایی و پایایی نسخه فارسی پرسشنامه عادات زندگی (Life-H) در کودکان فلج‌مغزی ۱۳-۵ ساله. *مجله توانبخشی*. ۲۰۱۴؛۱۴(۶):۱۱۵-۲۳.
37. Rees C, Sheard C, Davies S. The development of a scale to measure medical students' attitudes towards communication skills learning: the Communication Skills Attitude Scale (CSAS). *Medical education*. 2002;36(2):141-7.
38. Emami SAH, Shirazi M, Yakhforoshha A. Effectiveness of Integrating Simulation with Art-Based Teaching on Attitudes of Oncology Fellows for Learning Communication Skills: a Pilot Study. *Journal of Cancer Education*. 2021;36(1):33-8.
39. Yakhforoshha A, Emami SAH, Shahi F, Shahsavari S, Cheraghi M, Mojtahedzadeh R, et al. Effectiveness of integrating simulation with art-based