

بررسی تأثیر سناریوهای ایفای نقش بر تغییر خلق و همدلی دانشجویان پرستاری در بخش روانپزشکی

مریم مدی‌نشاط^{۱*}، حسین لشکردوست^۲، محبوبه طباطبایی چهر^۳

۱. کارشناس ارشد آموزش پرستاری، مربی، گروه آموزش پرستاری، دانشکده پرستاری و مامایی، مرکز تحقیقات اعتیاد و علوم رفتاری، دانشگاه علوم پزشکی خراسان شمالی، بجنورد،

ایران

۲. کارشناس ارشد اپیدمیولوژی، مربی، گروه اپیدمیولوژی، دانشکده بهداشت، مرکز تحقیقات اعتیاد و علوم رفتاری، دانشگاه علوم پزشکی خراسان شمالی، بجنورد، ایران

۳. کارشناس ارشد آموزش مامایی، مربی، گروه آموزش مامایی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی خراسان شمالی، بجنورد، ایران

• دریافت مقاله: ۹۲/۳/۲۰ آخرین اصلاح مقاله: ۹۲/۵/۱۳ پذیرش مقاله: ۹۲/۷/۸

زمینه و هدف: اضطراب، ترس و نگرانی، سطح خلق و میزان همدلی دانشجویان با بیماران مبتلا به اختلالات روانی را دچار اشکال می‌کنند آن قدر که در خواب نیز رویای مواجهه با بیماران را دارند. این پژوهش به منظور ارزیابی کاربرد سناریوهای ایفای نقش بر تغییر خلق و همدلی دانشجویان با بیمار در بخش روانپزشکی بیمارستان امام رضا (ع) شهر بجنورد انجام شد.

روش کار: این پژوهش از نوع شبه تجربی بود. جامعه پژوهش این مطالعه را ۱۸ نفر از دانشجویان پرستاری دانشگاه علوم پزشکی خراسان شمالی در طول یک ترم تحصیلی تشکیل دادند. ۹ مصاحبه بررسی وضعیت روان دو نفره پرستار-بیمار به روش ایفای نقش توسط دانشجویان برگزار شد. با استفاده از پرسش‌نامه همدلی Jefferson و نیمرخ حالات خلق قبل و بعد از اجرای نقش، میزان همدلی و تغییر خلق آن‌ها اندازه‌گیری شد.

یافته‌ها: میانگین نمره همدلی دانشجویان قبل و بعد از ایفای نقش، اختلاف معنی‌داری نداشت ($P = ۰/۵۸$). در تغییر نمره خلق نیز اختلاف معنی‌داری مشاهده نشد ($P = ۰/۷۵$).

نتیجه‌گیری: ترس، نگرانی و اغتشاش فکری دانشجویان، بر میزان همدلی آن‌ها با بیمار و تغییر خلق آن‌ها تأثیرات منفی داشته است. پیشنهاد می‌شود ایفای نقش در بیش از یک ترم تحصیلی و با تعداد دانشجویان بیشتر، به همراه کاربرد سایر روش‌ها مثل نمایش فیلم برگزار شود.

کلید واژه‌ها: همدلی، خلق، ایفای نقش، دانشجویان پرستاری

* نویسنده مسؤول: دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی خراسان شمالی، بجنورد، ایران

• Email: neshat_maryam@yahoo.com

• تلفن: ۰۹۱۵-۷۸۷۳۵۸۵ • نمابر: ۰۵۸۴-۲۲۹۷۰۹۵

مقدمه

امروزه در سیستم بهداشتی- درمانی، ارزشیابی دقیق عملکرد بالینی دانشجویان بسیار مشکل است. هیچ اطمینانی وجود ندارد که بیماران، مشکلات تجربه شده را برای دانشجویان بیان کنند. یکی از نقش‌های مربیان روان پرستاری، کمک به دانشجویان به منظور آگاه کردن آن‌ها از قدرت مصاحبه و گسترش مهارت‌های ارتباطی خوب با بیماران است. اگر دانشجویان با روش‌های ایفای نقش آشنا شوند، توانایی همدلی آن‌ها با بیماران و درک و حساسیت آن‌ها به مشکلات جسمی و روانی بیماران افزایش می‌یابد (۱).

همدلی، تعاریف گوناگونی دارد و دارای اجزای شناختی و عاطفی می‌باشد. منظور از جزء شناختی، یعنی توانایی درک دیدگاه دیگران و آگاهی از تاثیر شخص بر سایرین و منظور از جزء عاطفی، نیت احساسی شخص در پاسخ به تجارب احساسی دیگران می‌باشد (۲). در ارتباط بین پرستار و بیمار، همدلی به نوعی شناخت شامل درک تجارب و نگرانی‌های بیماران نسبت داده می‌شود که این درک، در ارتباط با بیمار به کار می‌رود (۳). مطالعه Ward و همکاران نشان می‌دهد که همدلی با بیمار، نه تنها بر کیفیت مراقبت تاثیر می‌گذارد؛ بلکه بر نتایج درمان نیز مؤثر است. مطالعه بلند مدت آن‌ها بر روی ۲۱۴ دانشجوی پرستاری نشان می‌دهد که همدلی در دانش‌آموختگان کاهش می‌یابد و پیشنهاد می‌کند که در این زمینه بحث شود (۱).

Brunero و همکاران و نیز Stepien و Baernstein

در پژوهشی با مرور مقالات نشان دادند که بهبود مهارت‌های همدلی پرستاران به وسیله آموزش، موضوع بسیاری از مقالات می‌باشد. کاربرد همدلی با بیمار، به عنوان ابزاری که بیماران را نسبت به درمان متعهد کند، نه تنها توسط پرستاران بلکه توسط سایر پرسنل بهداشتی- درمانی، داروسازان و دندانپزشکان نیز به کار می‌رود. نتایج این پژوهش نشان می‌دهد که همدل بودن جایگاه خاص در پرستاری و ارتباط درمانی دارد و امکان

افزایش این مهارت‌ها به صورت تخصصی هم در دانشجویان و هم در دانش‌آموختگان پرستاری وجود دارد (۴، ۵).

روش ایفای نقش، یک روش آموزشی قوی است که برای یاددهی مهارت‌های بین فردی و مهارت‌های ارتباطی به خصوص در زمینه‌هایی که با محتوای هیجانی همراه هستند، بسیار ارزشمند است و می‌تواند در تغییر برداشت‌ها و گسترش حس هم دردی مفید واقع شود. روش ایفای نقش، فراگیران را برای فهم رفتار اجتماعی، نقش خود در تعامل اجتماعی و راه‌های مؤثرتر حل مسأله هدایت می‌کند. ایفای نقش به یادگیران در گردآوری و سازمان‌دهی اطلاعات درباره مسایل اجتماعی، رشد همدلی با دیگران و تلاش برای بهبود مهارت‌های اجتماعی کمک می‌کند. این الگو از فراگیران می‌خواهد تعارضات درونی خود را بیرون بزنند.

از ویژگی‌های ممتاز ایفای نقش این است که مشاهده کنندگان با عملیات نمایش و ایفاگران نقش، ارتباط عاطفی برقرار می‌کنند و این حالت عاطفی، در یادگیری و القای احساسات تأثیر فراوانی دارد و چون تمام حواس فراگیران برای مشاهده نمایش به کار گرفته می‌شود، عمل یادگیری نیز بهتر انجام می‌گیرد.

ایفای نقش برای ایجاد تغییر در نگرش، ارزش‌ها و نظام عقیدتی شخص به کار گرفته می‌شود. واکنش‌های ایجاد شده در گروه مرکب از همسالان، می‌تواند نظرات جدیدی را بیرون آورد و جهت‌هایی در مسیر رشد و تغییر فراهم آورد (۶).

تکنیک نقش بازی کردن، مشارکت کنندگان را به بهبود رفتارهای مطلوب در موقعیت‌های معین هدایت می‌کند. نمایش بدون نوشته تدوین شده قبلی، صورت می‌گیرد و بیشتر شخصیت نمایش داده شده اهمیت دارد تا دیالوگ‌هایی که مطرح می‌شود. مدرس با تهیه سناریوها یاد گیرنده‌ها را در موقعیت خاص قرار می‌دهد و پس از ارایه نمایش، شرکت کنندگان در گروه که تنها مشاهده‌گر بودند، به بحث راجع به رفتارها و احساسات مرتبط با آن و رفتارهای معقولانه اجتماعی دیگر و پیش‌بینی واکنش‌ها و رفتارهای پیشنهادی

همدلی دانشجویان با بیمار در بخش روانپزشکی بیمارستان امام رضا (ع) بجنورد انجام شد.

روش کار

این پژوهش از نوع شبه تجربی بود. جامعه این پژوهش را ۱۸ نفر از دانشجویان پرستاری دانشکده پرستاری و مامایی تشکیل دادند. سناریوهای ایفای نقش دو نفره در بخش روانپزشکی بیمارستان امام رضا (ع) بجنورد، در نیمسال اول ۱۳۹۱-۹۲ (به مدت یک ترم تحصیلی) جهت کارآموزی بهداشت روان از مهر ماه تا آذر ماه ۱۳۹۱ اجرا شد.

به این ترتیب، بر اساس مطالعات قبلی و تأثیر ایفای نقش بر تغییر همدلی، خلق (۷-۱۰)، مشاهدات و تجربیات پژوهشگر در بخش روانپزشکی، نمونه‌گیری به روش در دسترس انجام شد. این تحقیق، روی ۳ گروه ۶ نفره (۲ گروه دختر و یک گروه پسر) که هر گروه سه هفته به مدت ۵۱ ساعت کارآموزی در بخش روان می‌گذراندند، صورت گرفت.

این پژوهش ابتدا به صورت فرایند دانش پژوهی در شورای آموزشی دانشگاه در ترم تحصیلی ۱۳۹۱-۹۲ مطرح و پس از تصویب و کسب اجازه، اجرای آن شروع شد. سپس بازی ایفای نقش دو نفره بیمار-پرستار با هدف تمرین بررسی وضعیت روان (Mental status) با نظارت در اتاق مصاحبه با بیمار بخش روانپزشکی بیمارستان اجرا شد. به این شکل که یک نفر از دانشجویان نقش بیمار را داشت و یک نفر، نقش مصاحبه‌گر را ایفا می‌کرد. مصاحبه‌گر با دانشجویی که در گذشته نوعی اختلال روانپزشکی را زیر نظر مربی تمرین کرده بود، مصاحبه می‌نمود تا به علایم و نشانه‌های اختلال دست یابد و سپس نوع اختلال و نشانه‌های آن جهت آگاهی بیشتر دانشجویان بحث می‌شد. قبل و بعد از آموزش، به شکل ایفای نقش با استفاده از پرسش‌نامه، میزان همدلی و تغییر خلق آن‌ها اندازه‌گیری شد.

پرسش‌نامه همدلی دانشجویان پرستاری Jefferson که توسط حجت و همکاران با استفاده از پرسش‌نامه همدلی

جدید می‌پردازند. طی این روش، یاد گیرنده به تعامل عملی با سایرین (نقش مقابل) می‌پردازد و فرصتی جهت واکنش با سایر افراد در مقابل رفتار خاص به دست می‌آورد. طی نقش بازی کردن، رفتارهای مطلوب نیز تمرین می‌شود و یاد گیرنده، مهارت‌های مورد نیاز و شایستگی در انجام رفتاری معین را می‌آموزد. نقش بازی کردن فاصله مددجو و کارکنان بهداشتی را کاهش می‌دهد (۷). نتایج پژوهش Robinson-Smith و همکاران در بخش روانپزشکی نشان داد که ۴۵ درصد دانشجویان پرستاری، ایفای نقش را شبیه زندگی واقعی دانسته‌اند و ۲۳ درصد از اجرای این روش، بازخوردهای مؤثر گرفته‌اند. به علاوه، این روش موجب افزایش درک دانشجو از میزان اعتماد به نفس خودش می‌شود، تفکر خلاقانه را در آن‌ها پرورش می‌دهد و میزان رضایت از یادگیری را در آن‌ها ارتقا می‌بخشد (۸).

Hermanns و همکاران نیز گزارش کردند که استفاده از موارد شبیه‌سازی شده، جهت مواجهه دانشجویان پرستاری با موقعیت‌های بحرانی مانند خودکشی در بخش روان، می‌تواند اضطراب بین فردی را کاهش و یادگیری فردی را ارتقا دهد. این نوع یادگیری، به دانشجویان فرصت مرور و اصلاح روانپزشکی و مداخله در بحران را می‌دهد. دانشجویان بیان کرده‌اند که از این نوع آموزش، احساس رضایت دارند. تمرین مهارت‌های بالینی به وسیله ایفای نقش، به طور قابل توجهی بر بهبود ارتباط پزشک و بیمار مؤثر است و دانشجویان با تمرین این روش، تحت فشار نیستند و ایفای نقش را یک روش با ارزش جهت آموزش مهارت‌های بالینی معرفی می‌کند (۹). Nikendei و همکاران نیز در پژوهشی جهت بررسی اثرات ترکیب ایفای نقش با سایر روش‌های آموزشی، نتایج مشابهی را نشان دادند (۱۰). از آن جایی که کاربرد ایفای نقش در آموزش پرستاری و بالینی بسیار کم گزارش شده است، فقط در امتحانات OSCE (Objective structured clinical examination) و ارزشیابی‌ها از این روش آموزشی استفاده می‌شود. این پژوهش، به منظور ارزیابی کاربرد سناریوهای ایفای نقش بر تغییر خلق و

این آزمون، می‌توان برای سنجش حالات خلقی یک هفته قبل، امروز و در حال حاضر آزمودنی‌ها استفاده نمود. منظور اصلی از این آزمون، تبدیل کیفیات خلقی و عاطفی به داده‌های کمی است. در این آزمون، فقط احساسات خلقی که زودگذر و ناپایدار هستند، اندازه‌گیری می‌شوند. ویژگی‌های شخصیتی و اختلالات مرضی با این آزمون قابل اندازه‌گیری نمی‌باشد. برای مثال، منظور از افسردگی در این آزمون، اختلال افسردگی نیست؛ بلکه بی‌حال بودن و بی‌حوصلگی می‌باشد.

پرسش‌نامه خلق، دارای ۶ آزمون و ۶ خرده‌مقیاس شامل تنش، خشم، افسردگی، خستگی، نیرومندی و اغتشاش فکر است که مجموع امتیازات به دست آمده، از مجموع سؤالات مختص به یک عامل خلق با یکدیگر جمع می‌شود و نمره مربوط به آن شاخص به دست می‌آید. روش امتیازدهی به گونه‌ای است که در مقابل هر گزینه، عدد ۰ تا ۴ قرار گرفته است که به ترتیب به معنای به هیچ وجه، کم، متوسط، تقریباً زیاد و خیلی زیاد می‌باشد. برای به دست آوردن مجموع نمره اختلالات خلقی، نمره ۵ عامل منفی خلق شامل تنش، خشم، افسردگی، خستگی و اغتشاش فکر با یکدیگر جمع می‌شود و نمره عامل مثبت که نیرومندی است، از آن کم می‌شود. در این مطالعه، نمره مجموع اختلالات خلقی مد نظر است؛ بدین ترتیب که نمره بالا، نشانه خلق و خوی منفی و نمره پایین‌تر نشانه خلق و خوی مثبت است (۱۵).

پس از انجام ۹ ایفای نقش، اطلاعات جمع‌آوری و با استفاده از شاخص‌های توصیفی، آزمون Wilcoxon و نرم‌افزار PASW18 تجزیه و تحلیل شد.

یافته‌ها

در مجموع، ۱۸ دانشجوی شامل ۱۲ دختر و ۶ پسر در این پژوهش شرکت نمودند. نتایج به دست آمده از پرسش‌نامه همدلی و خلق نشان داد که میانگین نمره همدلی دانشجویان در قبل از مداخله، $10/6 \pm 10/4/2$ و پس از مداخله، $10/8 \pm 10/3/1$ بوده است. دامنه نمره‌های داده شده توسط دانشجویان،

پزشکان تهیه شده و متناسب با دانشجویان پرستاری بود. این پرسش‌نامه دارای ۲۰ سؤال بر اساس مقیاس لیکرت ۷ نمره‌ای از کاملاً موافق تا کاملاً مخالف بود. ضریب Cronbach's alpha نسخه انگلیسی این پرسش‌نامه در مطالعه حجت و همکاران بین $0/89-0/77$ گزارش شده بود. نمره کسب شده از این پرسش‌نامه، از ۲۰ تا ۱۴۰ متغیر بود (۱۲).

این پرسش‌نامه، دارای ۲۰ گویه بود که تکمیل‌کننده، بر اساس میزان موافقت خود با آن، به هر گویه نمره‌ای بین ۱ تا ۷ می‌داد که نمره ۱ نشان دهنده عدم موافقت و نمره ۷ نشان دهنده حداکثر موافقت بود.

در مطالعه حاضر، علاوه بر بیست سؤال پیش‌گفته، از پرسش‌نامه اطلاعات جمعیت شناختی نیز استفاده شد. این پرسش‌نامه توسط شریعت و کیخاونی ترجمه به فارسی و با متن انگلیسی تطبیق داده شده و به تأیید طراح پرسش‌نامه نیز رسیده بود. ضریب Cronbach's alpha آن در بین دستیاران رشته پزشکی $0/88$ و ضریب پایایی باز آزمون آن $0/94$ گزارش شده بود (۱۳).

علاوه بر همدلی، عوامل دیگری مثل تغییرات خلق و خو می‌تواند بر ارتباط بین پرسنل بهداشتی-درمانی و بیماران، تأثیرگذار باشد؛ مانند اضطراب و افسردگی که در بعضی نیمسال‌های تحصیلی به اوج می‌رسد (۱۴). بنابراین، از پرسش‌نامه حالات خلق، جهت جمع‌آوری همدلی و ارتباط با بیمار نیز استفاده شده است. ابراهیم‌پور و همکاران بیان می‌کنند که پرسش‌نامه حالات خلق (Profile of mood states) توسط Mc Nair و همکاران با ۲۰ سؤال، تهیه و ضریب Cronbach's alpha آن بین ۶۳ تا ۹۶ گزارش شده است. این پرسش‌نامه در ایران نیز توسط واعظ موسوی و همکاران، شفیع‌زاده و همکاران و همچنین فاضل و همکاران بررسی شده و ضریب پایایی آن بین $0/6970$ تا $0/8700$ متغیر بوده است (۱۵). هدف اصلی این پرسش‌نامه، اندازه‌گیری حالت‌های خلقی زودگذر در افراد طبیعی است که در بخش روانپزشکی مثل دانشجویان و بزرگسالان مشغول به کار می‌باشند (۱۶). از

قبل از مداخله، بین ۷۷ تا ۱۲۸ و پس از مداخله، ۸۷ تا ۱۳۱ بود.

بر اساس آزمون Wilcoxon، مشخص شد که نمرات همدلی در قبل و بعد از مداخله، اختلاف معنی‌داری نداشته‌اند ($P = ۰/۵۸۰$). در پسران، نمره همدلی قبل از مداخله، $۵/۳ \pm ۱۰۳/۵$ و پس از مداخله $۱۰/۳ \pm ۹۷/۶$ بود که این اختلاف، معنی‌دار نبود ($P = ۰/۱۱۰$).

در دختران، نمره همدلی قبل از مداخله، $۱۲/۵ \pm ۱۰۴/۵$ و پس از مداخله $۱۰/۵ \pm ۱۰۵/۶$ بود. این اختلاف، از نظر آماری معنی‌دار نبود ($P = ۰/۷۵۰$). همچنین نتایج مقادیر همدلی، نشان داد که با آن که دختران نمره بیشتر و روند افزایشی در نمره همدلی در قبل و پس از مداخله داشته‌اند، این اختلاف

نمره بین دختران و پسران معنی‌دار نبوده است (قبل از مداخله $P = ۰/۷۲۰$ ، بعد از مداخله $P = ۰/۱۷۰$).

نمره حیطه‌های مختلف مربوط به پرسش‌نامه خلق، قبل و بعد از مداخله در جدول ۱ خلاصه شده است. به علاوه، نمره کل خلق (که از جمع کردن ۵ حیطه غیر از نیرومندی و کم کردن آن نمره، از نمره نیرومندی به دست می‌آید)، قبل از مداخله $۳۹/۳ \pm ۶۷/۲$ و پس از مداخله، $۲۷/۲ \pm ۶۴/۷$ بود. این اختلاف، از نظر آماری معنی‌دار نبود ($P = ۰/۷۶۰$).

در مورد حیطه‌های خلق، فقط در مورد اغتشاش فکری و نیرومندی، بین قبل و پس از مداخله، اختلاف آماری معنی‌دار مشاهده شد. همچنین در مورد خلق نیز نتایج بین دختران و پسران مورد پژوهش معنی‌دار نبود ($P > ۰/۰۵$).

جدول ۱- نمرات زیر گروه‌های خلق، قبل و بعد از مداخله

مقدار P (آزمون Wilcoxon)	بعد از مداخله		قبل از مداخله		زیر گروه خلق
	نمره (میان)	نمره (میانگین $\pm$ انحراف معیار)	نمره (میان)	نمره (میانگین $\pm$ انحراف معیار)	
۰/۷۵	۲۲	$۲۲/۶ \pm ۳/۷$	۲۱	$۲۲/۴ \pm ۵/۰$	تنش
۰/۸۲	۲۹	$۳۰/۶ \pm ۸/۲$	۲۸	$۳۱/۲ \pm ۱۲/۹$	افسردگی
۰/۹۳	۲۲	$۲۴/۲ \pm ۶/۸$	۲۳	$۲۴/۴ \pm ۸/۸$	خشم
*۰/۰۳	۴۵	$۴۵/۲ \pm ۷/۵$	۴۹	$۴۷/۷ \pm ۷/۵$	نیرومندی
۰/۰۹	۱۵	$۱۴/۸ \pm ۳/۳$	۱۵	$۱۷/۸ \pm ۹/۲$	خستگی
*۰/۰۳	۱۷	$۱۷/۴ \pm ۳/۶$	۱۸	$۱۹/۰ \pm ۴/۴$	اغتشاش فکری

*در سطح ۰/۰۵ معنی‌دار است.

بقیه در محیط‌های بالینی با بیماران مواجهه داشتند، محسوس‌تر بود (۱).

سایر مطالعات نیز درباره ثبات یا تغییر میزان همدلی در طول تحصیل نشان می‌دهند که میزان همدلی با تحصیل در دانشکده پزشکی و دندان پزشکی کاهش می‌یابد (۱۷، ۱).

پژوهش‌های Rosen و همکاران، شیوع اختلالات خلقی از جمله خواب آلودگی و محرومیت از خواب، افسردگی و فرسودگی و همدلی در دوران کارورزی از سال اول تا پایان آن را در دانشجویان پزشکی گزارش می‌کنند. اگر چه هیچ عامل

بحث و نتیجه‌گیری

بر اساس یافته‌های این مطالعه، همدلی و خلق در دانشجویان پرستاری در بخش روانپزشکی بعد از انجام ایفای نقش به صورت مصاحبه‌های دو نفره، تغییر نکرده است. نمره اغتشاش فکری و نمره نیرومندی به میزان ناچیزی کاهش یافته است. Ward و همکاران در یک مطالعه طولی یک کاهش قابل توجه در همدلی دانشجویان پرستاری از شروع تا پایان دوره آموزش مشاهده کردند که در بین دانشجویانی که بیش از

آموزش همدلی را تحت تأثیر قرار می‌دهد و ضروری است که در مطالعات آینده، این متغیرها در نظر گرفته شود؛ از جمله جنس، ارزش‌های فرهنگی و تجارب خاص بالینی. در اکثر این مطالعات، از روش‌های یادگیری تجربی مثل ایفای نقش و سناریوهای شبیه‌سازی شده مبتنی بر حل مسأله، جهت افزایش همدلی استفاده شده است. با وجود تلاش در جهت ارتقای همدلی در دانشجویان رشته‌های بهداشت و درمان، کاهش همدلی در دانشجویان پزشکی و دندان پزشکی و دانش‌آموختگان آموزش پزشکی مشاهده شده است (۴).

بدین منظور، van Winkle و همکاران برگزاری کارگاه‌های ۴۰ دقیقه‌ای به صورت ایفای نقش دو نفره را جهت تغییر میزان همدلی در دانشجویان پزشکی و داروسازی به عنوان روشی به منظور پیشگیری از تحلیل رفتن همدلی در دانشجویان پیشنهاد می‌کنند. افزایش همدلی بلافاصله بعد از ایفای نقش مشاهده شد، اما تداوم نداشت (۲۰).

Baykan و همکاران در مطالعه خود، گرایش به همدلی و نمره مهارت‌های همدلی را در دانشجویان پزشکی در حد متوسط می‌دانند و معتقدند که مهارت‌های همدلی می‌تواند با آموزش، ارتقا یابد. شاید لازم باشد که کوریکولوم آموزشی تغییر یابد. در بخش‌های روانپزشکی به دلیل نیاز به مهارت‌های مصاحبه و نزدیکی به بیمار، لازم است که مهارت‌های همدلی آموزش داده شود و متخصصین، مسئولیت این آموزش‌ها را بپذیرند (۲۱).

Schlegel و همکاران طی پژوهشی، آموزش از طریق بیمار استاندارد شده با آموزش از طریق ایفای نقش به روش مصاحبه با همتایان را مقایسه نمودند. مهارت‌های دانشجویان قبل و بعد از آموزش، از طریق پرسش‌نامه خود-کارآمدی و نمره کسب شده از ارزشیابی، به وسیله بیماران واقعی و ناظرین بالینی اندازه‌گیری شد. تفاوت معنی‌داری در نمره خود-کارآمدی و نمره کسب شده از ارزشیابی بیماران، بین دو روش آموزشی دیده نشد. اما نتایج به دست آمده از نظرات ناظرین

دقیقی در توضیح این علت وجود ندارد؛ اما Ward و همکاران پیشنهادهایی ارائه می‌دهند: محدودیت در زمان و نداشتن فرصت کافی برای ارتباط با بیمار، اضطراب، فقدان حمایت دانشگاه، ترسناک بودن محیط آموزشی و نقش‌های متعدد دانشجویان پرستاری موجب کاهش همدلی شده است. در این پژوهش، زمانی که دانشجویان با بیماران مبتلا به بیماری روانی مصاحبه می‌کنند، نمی‌دانند چگونه با بیمار صحبت کنند که او احساس «برچسب خوردن» یا «بیمار روانی بودن» نکند. آن‌ها دچار اضطراب، ترس و نگرانی می‌شوند. در نتیجه، سطح خلق دانشجویان و میزان همدلی آن‌ها با بیماران، دچار اشکال می‌شود؛ آن قدر که در خواب نیز رویای بیماران را دارند. یکی از تغییرات در برنامه آموزش پرستاری ارائه آموزش‌های بالینی مناسب و دریافت بازخورد کافی است که دانشجویان به خوبی بتوانند مهارت‌های مصاحبه، بررسی فیزیکی و تفکر انتقادی را گسترش دهند. آن‌ها از مواجهه با بیماران جنس مخالف، وحشت دارند و حتی گاهی بیماری آن‌ها را به خود نسبت می‌دهند (۱۸).

در مقابل، یافته‌های Colliver و همکاران در بررسی مجدد یافته‌های ۱۱ مطالعه در زمینه کاهش همدلی در طول آموزش پزشکی و دستیاری نشان داد که میانگین نمره کاهش، به میزان ۰/۲ است و در دانشجویان پزشکی و دستیاران مشابه است. میزان کاهش همدلی بسیار ناچیز است و شواهد حاصل از مطالعات، نمی‌تواند کاهش همدلی را در دانشجویان پزشکی اثبات نماید. نتایج کاهش همدلی اغراق‌آمیز بیان شده است. به علاوه، ابزار استفاده شده در این مطالعات، از نوع خود-گزارشی می‌باشد و آن چه اندازه می‌گیرند، دقیق نیست و یا آن چه آن‌ها اندازه‌گیری می‌کنند، بیان کننده دیدگاه بیماران و اثرات مراقبت از بیمار نمی‌باشد (۱۹).

Brunero و همکاران در مقاله‌ای مروری، به منظور بررسی تأثیر آموزش همدلی در دانشجویان پرستاری بیان داشتند که از میان ۱۷ مطالعه بررسی شده، ۱۱ مطالعه تغییر خاصی در نمره همدلی گزارش نکرده‌اند. به نظر می‌رسد متغیرهای گوناگون،

این نتایج دانست. همچنین استرس و ترس از بخش روانپزشکی را می‌توان از دیگر عوامل تغییر دهنده نتایج این مطالعه دانست. از آن جایی که نمره نیرومندی کاهش یافته و نمره خستگی تغییری نداشته است، به نظر می‌رسد که دانشجویان دارای یک خستگی روحی باشند. توصیه می‌شود با استفاده از روش‌های یادگیری تجربی، مطالعه‌ای مشابه با حجم نمونه بیشتر در شرایط کنترل شده، در مدت زمان طولانی‌تر اجرا شود تا اثرات چنین مداخلاتی، تثبیت شود.

همچنین اگر چنین برنامه‌هایی در کوریکولوم دانشکده‌ها مورد استفاده قرار گیرد، می‌توان پیش‌بینی کرد که اتفاقات، به طور منظم تکرار شود و از تحلیل تدریجی همدلی در دانشجویان پیشگیری گردد و بتوان دانش آن‌ها درباره همدلی را افزایش داد تا درک بهتری از بیماران در آن‌ها ایجاد شود. ایجاد ارتباطات همدلانه بین مراقبت کنندگان سلامتی و بیماران، با مطلوب‌ترین پیامدهای درمانی مرتبط است.

سیاسگزاری

این پژوهش در شورای دانش پژوهی دانشکده پرستاری و مامایی بجنورد تصویب شد و به عنوان فرایند آموزشی برتر دانشگاهی انتخاب شد. از اعضای محترم شورای آموزشی دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی خراسان شمالی و کلیه دانشجویان پرستاری که دستیابی و تحقق اهداف این پژوهش را میسر نمودند و همچنین از راهنمایی‌های استاد بزرگوار دکتر محمدرضا حجت، استاد دانشکده پرستاری Jefferson قدرانی می‌گردد.

References:

1. Ward J, Cody J, Schaal M, Hojat M. The empathy enigma: an empirical study of decline in empathy among undergraduate nursing students. J Prof Nurs 2012; 28(1): 34-40.
2. Ouzouni C, Nakakis K. An exploratory study of student nurses' empathy. Health Science Journal 2012; 6(3): 534-54.

بالینی، نشان داد که آموزش از طریق بیمار استاندارد شده بر ایفای نقش از طریق همتایان برتری دارد (۲۲).

از سوی دیگر، نتایج پژوهش Bosse و همکاران نشان می‌دهد که هم ایفای نقش از طریق همتایان و هم بیمار استاندارد شده، مزایای خاصی جهت آموزش مصاحبه با بیمار دارند؛ اما از آن جایی که ایفای نقش از طریق همتایان، همدلی نسبت به بیمار را شکل می‌دهد، تصدیق کننده اهمیت خاص این روش در برنامه‌ریزی‌های آموزش پزشکی است (۲۳).

از محدودیت‌های این مطالعه، می‌توان به انتخاب یک روش واحد و عدم وجود گروه شاهد و همچنین عدم همسان‌سازی بین گروه‌ها اشاره نمود. در این پژوهش، از دانشجویان به عنوان بیمار استاندارد شده به جهت انجام ایفای نقش بهتر و آشنایی با اصول بهداشت روان و صرفه‌جویی در هزینه‌ها و آشنایی آن‌ها با روش نوین آموزشی استفاده شد؛ اما نتایج غیر منتظره این آزمون، نشان می‌دهد که آموزش ایفای نقش دو نفره، نیازمند شرایط کنترل شده می‌باشد. به این ترتیب که در این مطالعه، شاید دانشجویانی که نقش بیماران استاندارد شده را ایفا نموده‌اند، نتوانسته‌اند نقش خود را به خوبی اجرا نمایند. ممکن است آزمایش به زمان طولانی‌تری نیاز داشته باشد تا مفهوم همدلی در شرکت کنندگان ایجاد شود. شاید دانشجویان تجاربی مثبت یا منفی داشته‌اند که در نمره همدلی آن‌ها تأثیر گذاشته باشد و یا توصیف پژوهشگر از هدف آزمایش در نمره همدلی آن‌ها مؤثر بوده باشد. توصیه می‌شود در پژوهش‌های بعدی، این شرایط کنترل شود.

از آن جایی که پژوهشی در تهران جهت اندازه‌گیری میزان همدلی دستیاران توسط شریعت و کیخاونی انجام شده بود (۱۳)، بنابراین نمی‌توان استاندارد نبودن ابزار را عامل کشف

3. Hojat M. Empathy in Patient Care: Antecedents, Development, Measurement, and Outcomes. New York, NY: Springer; 2007.
4. Brunero S, Lamont S, Coates M. A review of empathy education in nursing. Nurs Inq 2010; 17(1): 65-74.
5. Stepien KA, Baernstein A. Educating for empathy. A review. J Gen Intern Med 2006; 21(5): 524-30.

6. Saberiyani M. Planing for Patient Education. Tehran, Iran: Boshra Publication; 2005. p. 86-7. [In Persian].
7. Mohajer T. Patient Education. Tehran, Iran: Salemi Publication; 2001. p. 102-3. [In Persian].
8. Robinson-Smith G, Bradley PK, Meakim C. Evaluating the Use of Standardized Patients in Undergraduate Psychiatric Nursing Experiences. *Clinical Simulation in Nursing* 2009; 5(6): e203-e211.
9. Hermanns M, Lilly ML, Crawley B. Using Clinical Simulation to Enhance Psychiatric Nursing Training of Baccalaureate Students. *Clinical Simulation in Nursing* 2011; 7(2): e41-e46.
10. Nikendei C, Kraus B, Schrauth M, Weyrich P, Zipfel S, Herzog W, et al. Integration of role-playing into technical skills training: a randomized controlled trial. *Med Teach* 2007; 29(9): 956-60.
11. Sherman JJ, Cramer A. Measurement of changes in empathy during dental school. *J Dent Educ* 2005; 69(3): 338-45.
12. 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.
13. Shariat SV, Kaykhavoni A. Empathy in Medical Residents at Iran University of Medical Sciences. *Iran J Psychiatry Clin Psychol* 2010; 16(3): 248-56. [In Persian].
14. Bellini LM, Shea JA. Mood change and empathy decline persist during three years of internal medicine training. *Acad Med* 2005; 80(2): 164-7.
15. Ebrahimipoor E, Sharifi GH, Shakibaie A, Mardani SM, Farzaegi P, Afshani SA, et al. The Effect of Winning / Losing on Profiles of Mood States and Salivary Cortisol Concentration in Female Handball Player. *Knowledge & Research in Applied Psychology* 2008; 10(37): 21-40. [In Persian].
16. van Wijk CH. The Brunel Mood Scale: A South African Norm Study. *South African Journal of Psychiatry* 2011; 17(2): 44-54.
17. Hojat M, Vergare MJ, Maxwell K, Brainard G, Herrine SK, Isenberg GA, et al. The devil is in the third year: a longitudinal study of erosion of empathy in medical school. *Acad Med* 2009; 84(9): 1182-91.
18. Rosen IM, Gimotty PA, Shea JA, Bellini LM. Evolution of sleep quantity, sleep deprivation, mood disturbances, empathy, and burnout among interns. *Acad Med* 2006; 81(1): 82-5.
19. Colliver JA, Conlee MJ, Verhulst SJ, Dorsey JK. Reports of the decline of empathy during medical education are greatly exaggerated: a reexamination of the research. *Acad Med* 2010; 85(4): 588-93.
20. van Winkle LJ, Fjortoft N, Hojat M. Impact of a workshop about aging on the empathy scores of pharmacy and medical students. *Am J Pharm Educ* 2012; 76(1): 9.
21. Baykan Z, Nacar M, Demirel SO. Evaluation of empathic skills and tendencies of medical students. *Acad Psychiatry* 2011; 35(3): 207-8.
22. Schlegel C, Woermann U, Shaha M, Rethans JJ, van Der V. Effects of communication training on real practice performance: a role-play module versus a standardized patient module. *J Nurs Educ* 2012; 51(1): 16-22.
23. Bosse HM, Schultz JH, Nickel M, Lutz T, Moltner A, Junger J, et al. The effect of using standardized patients or peer role play on ratings of undergraduate communication training: a randomized controlled trial. *Patient Educ Couns* 2012; 87(3): 300-6.

Evaluating the Use of Role-Playing Scenarios on Mood Change and Empathy in Undergraduate Psychiatric Nursing Students

Maryam Maddi Neshat^{1*}, *Hossein Lashkardoost*², *Mahbubeh Tabatabaeichehr*³

1. M.Sc. in Nursing Education, Instructor, Department of Nursing, School of Nursing and Midwifery, Research Center for Addiction and Behavioral Sciences, North Khorasan University of Medical Sciences, Bojnurd, Iran

2. M.Sc. in Epidemiology, Instructor, Department of Epidemiology, School of Public Health, Research Center for Addiction and Behavioral Sciences, North Khorasan University of Medical Sciences, Bojnurd, Iran

3. M.Sc. in Obstetric Education, Instructor, Department of Midwifery, School of Nursing and Midwifery, North Khorasan University of Medical Sciences, Bojnurd, Iran.

• Received: 10 Jun, 2013

• Received Corrected Version: 4 Aug, 2013

• Accepted: 30 Sep, 2013

Background & Objective: The time nursing students have their first interviews with patients who have psychiatric problems they may not be aware of how to communicate with them; because stereotypes and stigma are associated with individuals who have psychiatric diagnosis. The aim of this educational project was to develop and evaluate the use of role-playing scenarios on mood change and empathy in undergraduate psychiatric nursing students.

Methods: This semi-experimental study was conducted with 18 undergraduate nursing students during one course of nursing training; and data were collected through Jefferson Scale of Physician Empathy (JSPE) questionnaire and Profile of Mood States (POMS) before and after 9 nurse-patient roles for such communication trainings.

Results: Significant differences in mood and empathy of undergraduate nursing students were not found in pre- and post-role playing phases.

Conclusion: Significantly lower change mood and empathy with role-playing may reflect fear, confusion-bewilderment and concerns. Suggestions are offered as role-playing scenarios performed with more sessions, larger samples and use of other teaching methods such as educational video.

Key Words: Role-playing, Empathy, Mood, Undergraduate nursing students

****Correspondence:** School of Nursing and Midwifery, North Khorasan University of Medical Sciences, Bojnurd, Iran

• Tel: (+98) 915 787 3585

• Fax: (+98) 584 299 7095

• Email: neshat_maryam@yahoo.com