

بررسی تأثیر مداخله آموزشی به روش یادگیری مبتنی بر مورد بر حساسیت و شجاعت اخلاقی دانشجویان پرستاری

فاطمه کشمیری^۱، سیده الهام فضل جو^{۲*}

چکیده

مقدمه: مطالعه حاضر با هدف تعیین تأثیر آموزش با استفاده از روش یادگیری مبتنی بر مورد Case base Learning بر سطح حساسیت و شجاعت اخلاقی دانشجویان پرستاری انجام شد.

روش بررسی: مطالعه حاضر نیمه تجربی با گروه کنترل غیر هم‌ارز است. جامعه پژوهش شامل دانشجویان پرستاری دانشگاه علوم پزشکی می‌باشد که به صورت سرشماری وارد مطالعه شدند (۶۱ نفر). برنامه آموزشی طراحی شد و روش اصلی یادگیری مبتنی بر مورد Case base Learning (CBL) بود. از پرسشنامه حساسیت اخلاقی لاتزن جهت بررسی سطح حساسیت اخلاقی و از پرسشنامه سکرکا جهت تعیین سطح شجاعت اخلاقی استفاده شد. دانشجویان قبل و دو مرتبه بعد از مداخلات آموزشی پرسشنامه‌ها را تکمیل کردند. داده‌ها با آزمون‌های توصیفی و تحلیلی (Pearson, RM-ANOVA) آنالیز شد.

نتایج: تعداد ۶۱ نفر از دانشجویان در مطالعه حاضر شرکت کردند. ۲۹ نفر در گروه مداخله و ۳۲ نفر در گروه کنترل قرار داشتند. میانگین سنی شرکت‌کنندگان $20/49 \pm 18/41$ بود. نمرات حساسیت اخلاقی دانشجویان به صورت معنی‌داری در گروه مداخله و کنترل در طول زمان (یک هفته و سه ماه بعد مداخله) نسبت به قبل از مداخله تغییر کرده است ($p\text{-value} = 0.02$). در مورد نمرات شجاعت اخلاقی اگرچه بهبود داشت اما تغییر معناداری بین گروه مداخله و کنترل قبل و یک هفته و سه ماه بعد از مداخله گزارش نشده است ($p\text{-value} = 0.82$).

نتیجه‌گیری: نتایج حاضر نشان داد مداخله آموزش با استفاده از روش یادگیری مبتنی بر مورد، موجب بهبود حساسیت اخلاقی دانشجویان و حفظ آن در طول زمان شد اما بهبود شجاعت اخلاقی در طول زمان بصورت معنی‌داری گزارش نشده است.

کلید واژه‌ها: کلید واژه: حساسیت اخلاقی، شجاعت اخلاقی، آموزش، یادگیری مبتنی بر مورد، دانشجویان پرستاری

۱- دانشیار، دانشکده بهداشت، گروه آموزش پزشکی، مرکز مطالعات و توسعه آموزش علوم پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی شهید صدوقی، یزد، ایران.

۲- مربی، دانشکده پرستاری، گروه پرستاری، دانشگاه علوم پزشکی شهید صدوقی، میبد، ایران.

* (نویسنده مسئول): تلفن: +۹۸۳۵۳۳۶۲۱۴۱ پست الکترونیکی: Efazljoo@gmail.com

تاریخ پذیرش: ۱۳ / ۰۶ / ۱۴۰۳

تاریخ بازبینی: ۱۴۰۳ / ۰۶ / ۰۳

تاریخ دریافت: ۱۴۰۳ / ۰۳ / ۰۲

مقدمه

رشد توانمندی اخلاق حرفه‌ای در بین اعضای حرفه‌ای پرستاری که بیشترین تعامل با بیمار را دارند و با موقعیت‌های مختلف اخلاقی مواجه می‌شوند، اهمیت زیادی دارد. طبق آئین نامه بین‌المللی اخلاق پرستاران، پرستاران هم به صلاحیت اخلاقی و هم به صلاحیت حرفه‌ای نیاز دارند (۱).

بروز رفتار اخلاقی در افراد پدیده چند بعدی و پیچیده‌ای است که تحت تاثیر عوامل متعدد قرار می‌گیرد (۲، ۳). رفتار اخلاقی به عنوان فرایند روانشناختی تبیین شده است که شامل اجزا شناختی و نگرشی است (۴). چهار جزء روانشناختی در بروز رفتار اخلاقی شامل حساسیت اخلاقی، قضاوت اخلاقی، انگیزه اخلاقی و شجاعت اخلاقی است (۴، ۵). این چهار جزء یک سیستم ایجاد می‌کند که به صورت پویا بر روی یکدیگر اثر کرده و یک رفتار اخلاقی را موجب می‌شود (۴، ۶). نامین در تحلیل مفهوم شجاعت اخلاقی، حساسیت اخلاقی را به عنوان پیش‌آیند شجاعت تبیین کرد (۷).

حساسیت اخلاقی به عنوان پایه و اساس رشد مهارت اخلاق در پرستاری شناخته شده است (۸). به عبارت دیگر حساسیت اخلاقی به معنی مسئولیت‌پذیری، آگاهی و اهمیت به ارزش‌های اخلاقی در موقعیت‌های چالش برانگیز اخلاقی است که پرستار می‌تواند با توجه به آن وظایف خود را بصورت موثر انجام دهد (۹). رشد حساسیت اخلاقی، موجب واکنش‌های روانشناختی مثبت چون رضایت شغلی، و حس مقبولیت در پرستاران می‌شود (۱۰). در حالیکه کاهش آن منجر به بروز عوارض نظیر استرس‌های شغلی، کاهش تمرکز (۸)، عدم رضایت از حرفه، ارائه مراقبت نامناسب، افزایش خطاهای مراقبتی شود (۱۱، ۱۲).

گیبسون در مطالعه خود مدل مفهومی مرتبط با بروز رفتار اخلاقی را تبیین کرد که در آن آگاهی اخلاقی به عنوان آغاز کننده‌ی فرایند رفتار اخلاقی تبیین شد (۱۳). در این مدل شجاعت اخلاقی به عنوان آخرین عامل تاثیرگذار بر رفتار اخلاقی تبیین شد که تحت تاثیر حساسیت، آگاهی و تصمیم-

گیری اخلاقی است (۱۳). دانشجویان پرستاری به عنوان یکی از اعضای مهم سیستم سلامت در محیط بالین با چالش‌های اخلاقی زیادی از جمله نقص حقوق بیمار و ارائه مراقبت‌های ناایمن روبرو می‌شوند (۱۴). بی‌تجربگی، دانش اخلاقی محدود، عدم اعتماد به نفس نشان دادن رفتارهای اخلاقی، ترس از تلافی یا حتی ترس از دعوای قضایی، موجب می‌شود آن‌ها از واکنش به موقعیت‌های استرس‌زای اخلاقی تردید دارند و حتی از مواجهه با موقعیت‌های استرس‌زا خودداری کنند (۱۵، ۱۶). فارغ از احساس تعهد اخلاقی برای عمل، دانشجویان پرستاری ممکن است «در صورت مواجهه با عملکرد ضعیف در سیستم سلامت، شجاعت اخلاقی لازم برای مداخله یا صحبت کردن در مورد آن را نداشته باشند» (۱۵). پرستاران در همه زمینه‌ها و در تمام سطوح پرستاری به شجاعت اخلاقی نیاز دارند. همراه با علاقه جدید به توسعه اخلاق در مراقبت‌های بهداشتی، علاقه به شجاعت اخلاقی به عنوان یک فضیلت و عنصر ارزشمند اخلاق انسانی افزایش یافته است. شجاعت اخلاقی به پرستاران کمک می‌کند تا بر موانع رعایت اصول اخلاقی در محیط غلبه کنند و در نتیجه می‌توانند به خوبی از بیمار حمایت کنند (۱۷، ۱۸). شجاعت اخلاقی به عنوان راهی برای حمایت از پرستاران در برابر پیامدهای نامطلوب دیسترس اخلاقی معرفی شده است (۱۹).

اسکولار نشان داد علی‌رغم اینکه دانشجویان پرستاری ادعا می‌کنند «می‌خواهند کاری را که به نفع بیمارانشان است انجام دهند» اما آنها احساس می‌کنند که برای ارائه مراقبت‌های با کیفیت از بیمار، فاقد صلاحیت یا آمادگی کافی هستند (۱۶، ۱۹). صرف نظر از احساس تعهد اخلاقی برای پاسخگویی، اکثر دانشجویان پرستاری هزاره (سنین ۲۲ تا ۳۷ سال) تمایلی به حمایت از بیماران خود یا ابراز وجود آن در موقعیت‌های استرس‌زای اخلاقی را نداشتند (۱۵). میلیون بیان کرد ضعف و یا فقدان حساسیت اخلاقی موجب ارائه خدمات غیرشجاعانه-ی اخلاقی در پرستاری می‌شود (۲۰) که با اصول حرفه‌ی

اخلاق مورد توجه قرار گرفته است. یکی از روش‌های مهم و طلایی توصیه شده جهت آموزش اصول اخلاقی، روش یادگیری مبتنی بر مورد می‌باشد (۲۹). CBL نوعی مدل فلسفی یادگیری مبتنی بر حل مسئله می‌باشد (۳۰). یادگیری مبتنی بر مورد CBL، نوعی یادگیری فعال بوده و با همکاری یادگیرنده در یک فعالیت که اغلب بصورت مشکل مطرح می‌شود، باعث تحریک یادگیری شده و منجر به ارتقا مهارت‌ها و توانایی‌های دانشجویان می‌شود. از مزایای روش CBL می‌توان به افزایش مشارکت فعال دانشجویان از طریق شرکت در بحث‌های گروهی، قرارگیری در یک موقعیت واقعی یا شبیه سازی شده بصورت سناریو اشاره کرد (۲۹).

با توجه به اهمیت یادگیری پایدار اصول اخلاقی در دانشجویان پرستاری مطالعه حاضر با هدف بررسی تأثیر مداخله آموزشی به روش CBL بر حساسیت اخلاقی و شجاعت اخلاقی دانشجویان پرستاری دانشکده‌های پرستاری دانشگاه علوم پزشکی یزد انجام شد.

روش کار

مطالعه حاضر نیمه تجربی با گروه کنترل غیر هم ارز است. شرکت کنندگان:

دانشجویان پرستاری مشغول به تحصیل در دانشکده‌های پرستاری (یزد و مبین) دانشگاه علوم پزشکی شهید صدوقی یزد به صورت سرشماری در مطالعه وارد شدند (۶۱ نفر). دانشجویان با توجه به محل تحصیل به دو گروه مداخله (۲۹ نفر) و کنترل (۳۲ نفر) تقسیم شدند. معیار ورود به مداخله، دانشجویانی بودند که حداقل یک ترم در بالین حضور داشته باشند. معیارهای خروج دانشجویانی که بصورت مهمان در دانشکده‌های مذکور مشغول به تحصیل بودند.

مداخله آموزشی:

مداخله آموزشی با هدف شناخت اصول اخلاقی و درک درست از رفتارهای اخلاقی و غیراخلاقی در موقعیت‌های حساس و رایج در پرستاری انجام شد. مباحث آموزشی شامل

پرستاری غیرهمسو است. بنابراین در مطالعه حاضر بر دو جز اساسی بروز رفتار حرفه‌ای شامل حساسیت اخلاقی و شجاعت اخلاقی تمرکز شد.

آموزش به عنوان یکی از راهکارهای بهبود شجاعت اخلاقی در مطالعات توصیه شده است (۱۳،۲). دانشجویان برای مدیریت معضلات اخلاقی لازم است فرصت‌های آموزشی را برای رشد مهارت‌های تحلیل و تصمیم‌گیری اخلاقی تجربه کنند تا مهارت لازم برای مدیریت معضلات اخلاقی در بالین را کسب کنند (۲۱). در کریکولوم‌های آموزش پرستاری، رشد حساسیت اخلاقی به عنوان اولین اقدام در توسعه رفتارهای اخلاقی مورد توجه است (۲۲). حساسیت اخلاقی و قضاوت اخلاقی لازم است از طریق آموزش مستمر در بین پرستاران کسب شود (۲۳، ۲۴). نیاز هست که آموزش اخلاق در برنامه‌های درسی پرستاری در مقطع کارشناسی گنجانده شود (۲۳، ۲۵). به گونه‌ای که دانشجویان پرستاری را نسبت به مسائل اخلاقی حساس کرده و توانایی آن‌ها را در قضاوت اخلاقی و عمل اخلاقی را تقویت کند (۲۴، ۲۵). با توجه به اهمیت رشد مهارت‌های اخلاقی در بین دانشجویان، استفاده از رویکردهای موثر در فرایندهای آموزش رسمی و غیررسمی دانشجویان اهمیت زیادی دارد (۱۴). آموزش اخلاق مبتنی بر سخنرانی که با تمرکز بر انتقال دانش نمی‌تواند فرصت‌هایی را برای دانشجویان فراهم کند تا در مورد رفتار اخلاقی در موقعیت‌های پیچیده؛ استدلال و تصمیم‌گیری کنند (۲۶). آموزش اخلاق نباید از طریق به خاطر سپردن ساده و یادگیری مکانیکی اجرا شود، بلکه مستلزم توسعه تفکر انتقادی و متنوع و مهارت‌های تأمل است که می‌تواند در موارد واقعی اعمال شود (۲۴، ۲۷). موری در مطالعه خود بکارگیری آموزش، بحث در رابطه با مورد‌های اخلاقی و فرصت تمرین عملی برای تصمیم‌گیری اخلاقی را به عنوان روش‌های بهبود دهنده شجاعت اخلاقی معرفی کرد (۲۸).

امروزه روش‌های یادگیری فعال و مشارکتی مانند روش‌های مبتنی بر بازاندیشی، روایتگری و شبیه سازی جهت آموزش

چالش‌های اخلاقی در حوزه‌های مختلف از قبیل رازداری، کسب رضایت آگاهانه، صداقت با بیمار، تعامل با همکار، گزارش خطا بود. در گروه مداخله جلسات آموزشی سخنرانی تعاملی و بحث گروهی در گروه‌های کوچک با هدف آشنایی فراگیران با مفاهیم و اصول اخلاق و تعهد حرفه‌ای انجام شد. روش اصلی روش یادگیری مبتنی بر مورد بود. بدین‌منظور کیس‌های مثبت و منفی در حوزه‌های مختلف از قبیل رازداری، کسب رضایت آگاهانه، صداقت با بیمار، تعامل با همکار، گزارش خطا مصادیق رفتار حرفه‌ای و غیرحرفه‌ای مورد بحث قرار گرفت. در هر حوزه چهار سناریو مورد بررسی قرار گرفت. بدین‌منظور دانشجویان در گروه‌های کوچک قرار گرفتند و از آن‌ها خواسته شد کیس‌های مربوطه را تحلیل و خطاهای رفتاری/اخلاقی را پیدا کنند. همچنین از آن‌ها خواسته شد بهترین رفتار اخلاقی در آن موقعیت را شرح دهند و راهکار مدیریت مشکل را ارائه کنند. بعد از آن در گروه بزرگتر تجربیات خود را به اشتراک گذاشتند. این مرحله با حضور تسهیل‌گر هدایت و جمع‌بندی شد. مدت زمان اجرای مطالعه حاضر چهار ماه بوده است.

ابزار

در این مطالعه از پرسشنامه حساسیت اخلاقی استفاده شد که شامل دو قسمت است که قسمت اول مربوط به خصوصیات دموگرافیکی از قبیل سن، جنس، تأهل، سال تحصیلی است و قسمت دوم پرسشنامه حساسیت اخلاقی است که توسط لاتزن و همکاران تدوین شده است و دارای ۳۰ گویه در شش حیطه که شامل: ۱. میزان احترام به استقلال مددجو، ۲. میزان آگاهی از نحوه ارتباط با بیمار، ۳. اعتماد به دانش اخلاقی و اصول مراقبت، ۴. تجربه مشکلات و کشمکش‌های اخلاقی، ۵. بکارگیری مفاهیم اخلاقی در تصمیم‌گیری‌های اخلاقی و ۶. صداقت و خیرخواهی است. پاسخ به صورت مقیاس لیکرت هفت نقطه‌ای (کاملاً موافق = ۷، کاملاً مخالف = ۱) می‌باشد. اعتبار این پرسشنامه توسط لوتزن و همکاران بررسی و آلفای کرونباخ ۰/۷۸ گزارش شد (۳۱). در ایران حسن پور و همکاران در

کرمان (۱۳۸۹) روایی و پایایی آن را تایید کردند. (الفای کرونباخ = ۰/۸۱) (۱۰). حداقل و حداکثر امتیاز تخصیص یافته برای کل سوالات به ترتیب ۰ و ۱۰۰ خواهد بود. بر این اساس در صورتی که امتیاز کل هر نمونه در مورد حساسیت اخلاقی: بین ۰-۲۵ و ۵۰-۷۵ (کم)، بین ۷۵-۱۰۰ (متوسط) و ۱۰۰-۱۲۵ (زیاد) محسوب می‌شود. دانشجویان پرسشنامه مذکور را قبل از مداخله و دوبار بعد از آن (یک هفته و سه ماه بعد) تکمیل کردند.

پرسشنامه شجاعت: داده‌ها با پرسشنامه شهامت اخلاقی سکرکا جمع‌آوری شدند. این پرسشنامه در سال ۲۰۰۹ طراحی شده و دارای ۱۵ گویه است (۳۲). سوالات پرسشنامه میزان پایبندی فرد را نسبت به اصول اخلاقی، اندازه می‌گیرند. ابعاد پنجگانه آن عبارت‌اند از: عامل اخلاقی، ارزش‌های چندگانه، تحمل تهدید، حساسیت و اهداف اخلاقی که هر بعد به ترتیب شامل سه سؤال مجزاست. پرسشنامه با مقیاس لیکرت پنج گزینه‌ای (۱=هرگز، ۲=به ندرت، ۳=گاهی اوقات، ۴=اغلب اوقات و ۵=همیشه)، نمره‌دهی می‌شود. حداقل نمره در کل پرسشنامه عدد ۱۵ (نشانه شهامت اخلاقی پایین) و حداکثر نمره عدد ۷۵ (نشانه دهنده شهامت اخلاقی بالا) است (۳۲). جهت تعیین اعتبار علمی ابزارها، در ابتدا ابزار به روش ترجمه بازترجمه به فارسی برگردانده شده و سپس روایی آن توسط ۱۰ نفر از صاحب‌نظران در زمینه اخلاق زیستی مورد سنجش قرار گرفت و شاخص روایی محتوا ۸۰ درصد و پایایی ابزار با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ در یک نمونه ۳۰ نفری از دانشجویان پرستاری ۰/۷۵ به دست آمد. نمونه بکار رفته جهت تعیین اعتبار علمی در نمونه اصلی مطالعه لحاظ شد. دانشجویان پرسشنامه مذکور را قبل از مداخله و دوبار بعد از آن (یک هفته و سه ماه بعد) تکمیل کردند.

آنالیز داده‌ها

داده‌ها با استفاده از آزمون‌های شامل توصیفی (mean, SD) مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. از آزمون RM-ANOVA

سنی شرکت کنندگان $0/49 \pm 18/41$ بود. نتایج نشان داد تفاوت معنی داری بین سن ($P=0/59$) و جنس ($P=0/59$) و ترم تحصیلی ($P=0/56$) شرکت کنندگان در گروه مداخله و کنترل گزارش نشده است. نمرات حساسیت شرکت کنندگان در جدول شماره ۱ نشان داده شد. نتایج مطالعه نشان داد نمرات حساسیت دانشجویان به صورت معنی داری در گروه مداخله و کنترل در طول زمان (یک هفته و سه ماه بعد مداخله) نسبت به قبل از مداخله تغییر کرده است ($pvalue=0/02$). نتایج آزمون بنفرونی نشان داد نمرات حساسیت دانشجویان قبل از مداخله نسبت به سه ماه بعد از مداخله به طور معنی داری تغییر کرده است ($P < 0/05$). نمرات حساسیت بعد از سه ماه از مداخله نسبت به قبل از مداخله افزایش یافته بود اما این افزایش معنی داری آماری نداشته است ($P = 0/23$). نمرات حساسیت دانشجویان یک هفته و سه ماه بعد مداخله روند نزولی داشته است اما معنی داری نداشته است ($P = 0/9$). این تفاوت در گروه‌های جنسیتی (زن و مرد) نیز معنی داری نداشته است ($P = 0/50$).

برای بررسی تغییر حساسیت اخلاقی در طول زمان در دو گروه مداخله و کنترل و بررسی تأثیر متغیرهای مستقل (مانند جنس، افراد) بر سطح حساسیت اخلاقی و شهامت اخلاقی نیز از آزمون RM-ANOVA استفاده شد. در این مطالعه به منظور ارزیابی اثر آموزشی مداخله از شاخص Partial Eta Squared استفاده شد. اثر آموزشی $0/01$ کم، $0/06$ متوسط و $0/14$ بالا تعیین شده است و سطح معنی داری $p < 0/05$ در نظر گرفته شده است.

ملاحظات اخلاقی

این مطالعه در کمیته اخلاق مرکز ملی تحقیقات راهبردی آموزش پزشکی IR.NASRME.REC.1400.097 تایید شد و رضایت آگاهانه کلیه شرکت کنندگان اخذ شده است.

یافته‌ها

۶۱ نفر از دانشجویان در مطالعه حاضر شرکت کردند. ۲۹ نفر در گروه آزمون و ۳۲ نفر در گروه کنترل قرار داشتند. در گروه مداخله ۱۱ نفر زن ($37/9$) و ۱۸ نفر مرد ($62/1$) بودند. در گروه کنترل ۱۱ نفر زن ($34/4$) و ۲۱ نفر مرد ($65/6$) بودند. میانگین

جدول ۱. نمرات حساسیت اخلاقی شرکت کنندگان دو گروه مداخله و کنترل قبل و بعد از مداخله

| P-value | سه ماه بعد از مداخله | | یک هفته بعد از مداخله | | قبل از مداخله | | گروه |
|---------|----------------------|---------|-----------------------|---------|---------------|---------|--------|
| | انحراف معیار | میانگین | انحراف معیار | میانگین | انحراف معیار | میانگین | |
| <0.05 | ۱۴.۰۳ | ۵۸.۸۲ | ۱۰.۳۴ | ۶۰.۹۳ | ۸.۶۶ | ۵۲.۷۹ | مداخله |
| | ۹.۵۰ | ۵۳.۱۶ | ۹.۶۹ | ۵۳.۰۰ | ۹.۵۰ | ۵۳.۱۶ | کنترل |
| | ۱۲.۱۴ | ۵۵.۹۰ | ۱۰.۷۰ | ۵۶.۸۳ | ۹.۰۳ | ۵۲.۹۸ | کل |

حیطه کشمکش $P=0/07$ ، در حیطه دانش $P=0/58$ و در حیطه استقلال $P=0/49$ معنی داری نداشته است و فقط در حیطه ارتباط $P=0/03$ به طور معنی داری تفاوت بین گروه مداخله و کنترل در طول زمان گزارش شده است.

نمرات حساسیت شرکت کنندگان به تفکیک طبقات پرسشنامه در جدول شماره ۲ ارائه شد. نتایج آزمون RM-ANOVA نشان داد نمرات حساسیت اخلاقی دانشجویان در گروه مداخله و کنترل بعد از مداخلات نسبت به قبل از مداخله در حیطه صداقت $P=0/34$ ، در حیطه مفاهیم $P=0/48$ ، در

جدول ۲. نمرات حساسیت اخلاقی شرکت کنندگان به تفکیک حیطه ها

| اولین ارزیابی بعد از مداخله | | | | |
|-----------------------------|--------------|------------|--------------|---------|
| گروه مداخله | | گروه کنترل | | حیطه ها |
| میانگین | انحراف معیار | میانگین | انحراف معیار | |
| ۶۰.۹۳ | ۱۰.۳۴ | ۵۳.۰۰ | ۹.۶۹ | کل |
| ۷.۳۱ | ۲.۱۲ | ۶.۷۴ | ۲.۳۳ | استقلال |
| ۱۴.۳۱ | ۲.۶۸ | ۱۳.۰۹ | ۳.۴۰ | ارتباط |
| ۳.۲۴ | ۱.۷۶ | ۳.۵۴ | ۱.۷۶ | دانش |
| ۷.۷۹ | ۲.۴۲ | ۵.۹۶ | ۲.۲۵ | کشمکش |
| ۱۰.۶۵ | ۳.۱۸ | ۹.۷۷ | ۳.۳۷ | مفاهیم |
| ۱۵.۶۵ | ۳.۲۹ | ۱۴.۰۳ | ۳.۸۵ | صداقت |
| دومین ارزیابی بعد از مداخله | | | | |
| گروه مداخله | | گروه کنترل | | حیطه ها |
| ۵۸.۸۲ | ۱۴.۰۳ | ۵۳.۱۶ | ۹.۵۰ | کل |
| ۶.۸۶ | ۲.۲۴ | ۶.۷۴ | ۲.۳۳ | استقلال |
| ۱۴.۴۸ | ۳.۱۰ | ۱۳.۰۹ | ۳.۴۰ | ارتباط |
| ۳.۶۵ | ۱.۸۹ | ۳.۵۴ | ۱.۷۶ | دانش |
| ۶.۹۳ | ۲.۷۲ | ۵.۹۶ | ۲.۲۵ | کشمکش |
| ۱۱.۴۴ | ۳.۶۴ | ۹.۷۷ | ۳.۳۷ | مفاهیم |
| ۱۵.۴۴ | ۵.۴۴ | ۱۴.۰۳ | ۳.۸۵ | صداقت |
| نمره کل بعد از مداخله | | | | |
| ۵۲.۷۹ | ۸.۶۶ | ۵۳.۱۶ | ۹.۵۰ | کل |
| ۶.۶۵ | ۲.۲۵ | ۶.۷۴ | ۲.۳۳ | استقلال |
| ۱۱.۵۱ | ۳.۴۶ | ۱۳.۰۹ | ۳.۴۰ | ارتباط |
| ۳.۴۱ | ۱.۵۴ | ۳.۵۴ | ۱.۷۶ | دانش |
| ۶.۵۱ | ۲.۳۳ | ۵.۹۶ | ۲.۲۵ | کشمکش |
| ۱۰.۴۴ | ۲.۸۴ | ۹.۷۷ | ۳.۳۷ | مفاهیم |
| ۱۴.۲۴ | ۲.۸۷ | ۱۴.۰۳ | ۳.۸۵ | صداقت |

همچنین نتایج نشان داد interaction بین نمرات شجاعت و حساسیت در دو گروه مداخله و کنترل در طول زمانی معنی-دار نبود ($P = 0/87$).

نمرات شجاعت دانشجویان در جدول شماره ۳ نشان داده شد. نتایج آزمون RM-ANOVA نشان داد تغییر معنی داری بین گروه مداخله و کنترل قبل و پس از مداخله یک هفته و سه ماه گزارش نشده است ($P = 0/82$). همچنین این تفاوت در گروه‌های جنسیتی نیز معنی داری نداشته است ($P = 0/74$).

جدول ۳. نمرات شجاعت اخلاقی شرکت کنندگان دو گروه مداخله و کنترل قبل و بعد از مداخله

| گروه ها | | | | حیطه ها | |
|---------|--------------|---------|--------------|--------------|-------------------------|
| مداخله | | کنترل | | | |
| میانگین | انحراف معیار | میانگین | انحراف معیار | | |
| ۴۰.۷۵ | ۵.۶۲ | ۴۰.۶۱ | ۶.۶۰ | پیش آزمون | نمره کل شهامت اخلاقی |
| ۴۱.۹۶ | ۸.۱۲ | ۴۰.۶۱ | ۶.۶۰ | پس آزمون اول | |
| ۴۱.۸۸ | ۵.۴۷ | ۴۰.۶۱ | ۶.۶۰ | پس آزمون دوم | |
| ۴۱.۵۲ | ۶.۴۹ | ۴۰.۶۱ | ۶.۵۳ | نمره کل | عامل اخلاقی |
| ۹.۱۰ | ۱.۴۲ | ۸.۹۰ | ۱.۷۵ | پیش آزمون | |
| ۹.۵۱ | ۲.۰۱ | ۸.۹۰ | ۱.۷۵ | پس آزمون اول | |
| ۸.۸۸ | ۱.۵۲ | ۸.۹۰ | ۱.۷۵ | پس آزمون دوم | |
| ۹.۱۷ | ۱.۶۷ | ۸.۹۰ | ۱.۷۳ | نمره کل | ارزش های چندگانه |
| ۷.۹۶ | ۱.۷۲ | ۸.۲۲ | ۲.۰۶ | پیش آزمون | |
| ۸.۲۰ | ۲.۰۰ | ۸.۲۲ | ۲.۰۶ | پس آزمون اول | |
| ۸.۰۳ | ۱.۸۰ | ۸.۲۹ | ۲.۱۷ | پس آزمون دوم | |
| ۸.۰۷ | ۱.۸۳ | ۸.۲۴ | ۲.۰۷ | نمره کل | تحمل تهدید |
| ۷.۳۱ | ۱.۷۱ | ۶.۸۰ | ۱.۴۰ | پیش آزمون | |
| ۷.۴۱ | ۲.۱۴ | ۶.۸۰ | ۱.۴۰ | پس آزمون اول | |
| ۷.۵۹ | ۱.۳۹ | ۶.۸۰ | ۱.۴۰ | پس آزمون دوم | |
| ۷.۴۳ | ۱.۷۶ | ۶.۸۰ | ۱.۳۸ | نمره کل | حساسیت اخلاقی |
| ۷.۴۴ | ۱.۸۲ | ۷.۷۴ | ۲.۰۹ | پیش آزمون | |
| ۷.۹۶ | ۱.۹۳ | ۷.۶۴ | ۱.۹۴ | پس آزمون اول | |
| ۸.۲۲ | ۱.۶۰ | ۷.۷۴ | ۲.۰۹ | پس آزمون دوم | |
| ۷.۸۷ | ۱.۸۰ | ۷.۷۰ | ۲.۰۲ | نمره کل | اهداف اخلاقی |
| ۸.۹۳ | ۱.۳۰ | ۸.۹۳ | ۱.۹۹ | پیش آزمون | |
| ۸.۸۶ | ۲.۱۱ | ۸.۸۷ | ۱.۹۲ | پس آزمون اول | |
| ۹.۱۴ | ۱.۵۱ | ۸.۸۷ | ۱.۹۲ | پس آزمون دوم | کل |
| ۸.۹۷ | ۱.۶۶ | ۸.۸۹ | ۱.۹۳ | | |

بحث

حساسیت اخلاقی و شجاعت اخلاقی به عنوان مهمترین اجزای رفتارهای اخلاقی شناخته می‌شود. نتایج حاضر نشان داد نمرات شجاعت اخلاقی و حساسیت اخلاقی شرکت کنندگان در سطح متوسط گزارش شد. نتایج مطالعه حاضر نشان داد مواجهه دانشجویان با کیس‌های آموزشی مختلف که فرصت مواجهه، تحلیل و حل مسئله در رابطه با رفتارهای حرفه‌ای و غیرحرفه‌ای را فراهم می‌کند موجب بهبود حساسیت دانشجویان و حفظ آن در طول زمان شد. در رابطه با شجاعت به عنوان یک مفهوم مبتنی بر رفتار، روش یادگیری مبتنی بر مورد موجب بهبود شده است. اگرچه نسبت به گروه کنترل در طول زمان معنی‌داری نداشته است.

در این مطالعه حاضر حساسیت اخلاقی به عنوان اولین جز در فرایند رشد رفتارهای اخلاقی مورد توجه قرار گرفت (۲۲). حساسیت اخلاقی نوعی از تفسیر موقعیت، آگاهی از جنب‌ها و فاکتورهای اخلاقی آن موقعیت و تعیین مناسب بودن پاسخ اخلاقی است. در حساسیت اخلاقی، مهارت‌های هیجانی مورد نیاز برای آگاهی در موقعیت دشوار اهمیت دارد (۵). نتایج حاضر نشان داد بکارگیری روش یادگیری مبتنی بر بحث با ایجاد فرصت‌های متنوع مواجهه با چالش‌های اخلاقی در ارائه خدمات مراقبتی پرستار به طور معنی‌داری باعث بهبود حساسیت اخلاقی شرکت کنندگان در گروه مداخله شده بود. نمرات حساسیت شرکت کنندگان در گروه مداخله در طول زمان (یک هفته بعد و سه ماه بعد) مقدار کم کاهش یافت که با توجه به اینکه ابعاد شناختی و نگرشی/هیجانی در حساسیت اخلاقی نقش دارد، توجیه پذیر است. همسو با مطالعه حاضر، Jasemi با استفاده از سه گروه شرکت کننده اثربخشی روش‌های آموزشی ایفای نقش و سخنرانی با گروه کنترل در طول زمان بررسی کرد. نتایج وی نشان داد حساسیت اخلاقی و رفتار اخلاقی دانشجویان در طول زمان بهبود یافت. نتایج وی تاکید کرد بکارگیری روش ایفای نقش بر حساسیت اخلاقی و رفتار

شرکت کنندگان نسبت به سخنرانی اثربخشی بیشتری داشت (۳۳).

نتایج حاضر نشان داد در رابطه با حساسیت اخلاقی، نمرات حیطة ارتباط شرکت کنندگان در گروه مداخله به طور معنی‌داری بهبود یافت و تفاوت در سایر حیطة‌های مورد بررسی معنی‌دار نبود. حساسیت اخلاقی در ابتدا به واکنش‌های هیجانی نیاز دارد تا فرد بر روی موقعیت تمرکز کند و سپس باید آن موقعیت را از دیدگاه‌های متعدد بررسی کند (۵، ۳۴). ایجاد موقعیت‌های به اشتراک گذاری تجربیات و دیدگاه‌های مختلف در گروه‌های کوچک، تبادل نظرات برای حل یک چالش اخلاقی علاوه بر ایجاد درک بهتر بنظر می‌رسد در رشد نمرات ارتباطات شرکت کنندگان هم موثر بود. Kim در مطالعه خود نشان داد بکارگیری روش آموزش اخلاق مبتنی بر بحث موجب بهبود قضاوت اخلاقی و تصمیم‌گیری دانشجویان کارشناسی پرستاری در مقایسه با روش سخنرانی شد. اگرچه تفاوت نمرات در حساسیت اخلاقی دانشجویان در دو روش معنی‌دار نبود (۲۶). در مطالعه Ertuğrul، Oies نشان داد یک برنامه‌ی آزمایشگاهی اخلاق با بکارگیری روش‌های آموزش تعاملی، مانند سناریوهای اخلاقی، مطالعات موردی، ایفای نقش، بحث‌های گروهی، پروژه‌های مقاله‌ای و تماشای فیلم، موجب بهبود درک و مسئولیت‌پذیری نسبت به ارزش‌های حرفه‌ای می‌گردد؛ اما نسبت به گروه کنترل بهبود معنی‌داری در حساسیت اخلاقی شرکت کنندگان در گروه مداخله آموزشی گزارش نشد (۳۵). نتایج مطالعه Yeom نشان داد آموزش با استفاده از تحلیل کیس، سخنرانی و بحث گروهی تاثیری بر حساسیت اخلاقی نداشت (۲۵). نتایج مطالعات Ertuğrul و Yeom و Kim با نتایج حاضر متفاوت است. چگونگی اجرای آموزش و نیز عوامل فردی و محیطی (۳) می‌تواند بر حساسیت اخلاقی دانشجویان پرستاری تاثیرگذار باشد. Yeom بیان کرد نیاز به توسعه نوآوری در محتوا، ساختار، روش‌های آموزش برنامه‌های آموزش اخلاق در پرستاری برای بهبود حساسیت اخلاقی دانشجویان است (۲۵).

فرصت مناسبی برای ارتقای شجاعت اخلاقی فراهم می‌کند که با نتایج حاضر متفاوت است (۲). عوامل فردی مانند تعهد به ارائه خدمات درمانی اخلاقی، درک اهمیت شجاعت اخلاقی و تعهد فردی برای توسعه شجاعت در بین دانشجویان می‌تواند در توسعه شجاعت اخلاقی پرستاران مؤثر باشد (۲، ۳۸، ۳۹). معنی‌دار نشدن نمرات شجاعت اخلاقی در مطالعه حاضر می‌تواند ناشی از ضعف در عوامل فردی در بین دانشجویان مورد مطالعه باشد. همچنین عوامل سیستمی و فرهنگ سازمانی نیز می‌تواند در نشان دادن شجاعت اخلاقی و بروز رفتار اخلاقی و یا واکنش به معضلات اخلاقی تأثیرگذار باشد که نیازمند مطالعات بیشتر است. Edmonson نشان داد آموزش موجب بهبود شجاعت اخلاقی رهبران پرستاری شده است. تفاوت با نتایج حاضر می‌تواند ناشی از مخاطرات اخلاقی مورد مواجهه گروه هدف و نیز تفاوت در بلوغ رفتاری و حرفه‌ای گروه‌های مورد مطالعه باشد (۴۰). نتایج مطالعه Hauhio نشان داد آموزش رسمی و غیررسمی اخلاق، نقش مؤثری در شجاعت افراد دارد (۴۱). ضعف آموزش اخلاق در برنامه آموزش پرستاری در محتوای مورد مطالعه می‌تواند بر عدم رشد شجاعت اخلاقی تأثیرگذار باشد.

نتایج نشان داد ارتباط معنی‌داری بین حساسیت و شجاعت شرکت‌کنندگان مشاهده نشد. این نتایج می‌تواند ناشی از حجم نمونه محدود باشد. نتایج مطالعه انجام شده در فلیپین نشان داد بین حساسیت اخلاقی و شجاعت اخلاقی رابطه وجود دارد (۱۶). با توجه به اینکه عوامل فردی و محیطی و سازمانی بر درک افراد و رفتار اخلاقی تأثیرگذار است (۲)، تفاوت نتایج مطالعه انجام شده در فلیپین و مطالعه حاضر می‌تواند تحت تأثیر عوامل مذکور باشد.

محدودیت: مطالعه حاضر به صورت نیمه تجربی با گروه کنترل غیر هم ارز طراحی شد. عدم تصادفی‌سازی یکی از مهمترین محدودیت مطالعه حاضر بود. پرسشنامه‌ها به صورت خوداظهاری تکمیل شد و تمایل به پاسخ‌های متوسط از دیگر محدودیت‌های حاضر بود.

پرستاران برای آرایه مراقبت همه جانبه در ارتباط با بیمار و خانواده آن‌ها و سایر اعضای تیم درمان قرار می‌گیرند. این ارتباط، آن‌ها را با چالش‌ها و دوره‌های اخلاقی زیادی مواجه می‌کند که پیامد حاصل از تصمیم و عمل آن‌ها، بر بیمار و کیفیت مراقبت تأثیرگذار است. پس زمانی که پرستاران شجاعت اخلاقی کافی داشته باشند و خود را عامل اخلاقی در سازمان بدانند می‌توانند با آمادگی و توانایی مناسب، مسایل اخلاقی را مدیریت کنند و آنچه را درست می‌دانند به شیوه درست و به موقع انجام دهند. شجاعت اخلاقی موجب می‌شود فرد توانایی، توجه و آمادگی فوری برای پرداختن و حل مسایل اخلاقی را کسب کند و در جهت انجام کار درست تلاش کند (۳۶). نتایج مطالعه حاضر نشان داد شجاعت اخلاقی شرکت‌کنندگان در طول زمان در مقایسه با گروه کنترل تفاوت معنی‌داری نداشت. شجاعت اخلاقی به عنوان یکی از اجزای لازم برای انجام رفتار اخلاقی شناخته می‌شود و به معنای مسوولیت‌پذیری فرد هنگام مواجهه با یک مسأله و در نهایت مدیریت آن است. به عبارت دیگر فردی که در این جزء در سطح بالا باشد مهارت لازم برای نشان دادن رفتارهای اخلاقی در حرفه خود دارد (۳۴). نتایج نشان داد بکارگیری روش یادگیری مبتنی بر بحث، نتوانسته است مهارت شجاعت اخلاقی شرکت‌کنندگان را به عنوان مهمترین مؤلفه تأثیرگذار بر بروز رفتار اخلاقی توسعه دهد. روش یادگیری مبتنی بر بحث به عنوان یکی از روش‌های توسعه استدلال و تفکر در سطوح بالا مورد توجه است. اگرچه انتظار می‌رفت ایجاد موقعیت‌های یادگیری مبتنی بر مورد بتواند از طریق ایجاد شبیه‌سازی موقعیت چالشی و تمرین فرد برای مدیریت آن در گروه‌های کوچک بر رشد شجاعت اخلاقی تأثیرگذار باشد (۲، ۳۷) اما این موضوع در مطالعه حاضر تایید نشد. این مطالعه بر روی دانشجویان پرستاری انجام شده بود که کامل نشدن فرایند بلوغ حرفه‌ای شرکت‌کنندگان ممکن است بر نتایج تأثیرگذار باشد. نتایج مطالعه مروری Pajakoski و همکاران نشان داد ارتقای همکاری چندحرفه‌ای و بحث در رابطه با دوره‌های اخلاقی

نتیجه گیری

نتایج حاضر نشان داد بعد از مداخله آموزش با استفاده از روش یادگیری مبتنی بر بحث، میانگین نمرات شجاعت اخلاقی و حساسیت اخلاقی شرکت کنندگان در سطح متوسط گزارش شد. نتایج مطالعه حاضر نشان داد مواجهه دانشجویان با کیس-های آموزشی مختلف از طریق فرصت مواجهه، تحلیل و حل مسئله در رابطه با رفتارهای حرفه‌ای و غیرحرفه‌ای موجب بهبود حساسیت دانشجویان و حفظ آن در طول زمان شد. روش یادگیری مبتنی بر مورد بر شجاعت اخلاقی به عنوان یک مفهوم مبتنی بر رفتار موجب بهبود شده است اما این بهبود نسبت به نمرات گروه کنترل رشد معنی‌دار نداشت.

تشکر و قدردانی

بدینوسیله از مرکز ملی تحقیقات راهبردی آموزش پزشکی بخاطر حمایت از طرح مربوط تشکر می‌گردد. همچنین از کلبه دانشجویانی که ما را در انجام این پژوهش یاری نمودند قدردانی می‌شود. از سرکار خانم عهدیه بحری جهت انجام طرح مربوط تشکر می‌گردد.

تعارض منافع

بدینوسیله نویسندگان اظهار می‌کنند هیچ‌گونه تعارض منافی برای ایشان وجود ندارد.

مشارکت نویسندگان

(ا. فضل جو، ف. کشمیری) مطالعه را طراحی نمودند. مراحل اجرا توسط (ا. فضل جو) انجام شد. تجزیه و تحلیل و تفسیر داده‌ها (ف. کشمیری) و تهیه مقاله و ادیت آن بعد از داوری توسط (ا. فضل جو، ف. کشمیری) صورت گرفت.

حمایت مالی

این مطالعه توسط طرح پژوهشی مصوب در مرکز ملی تحقیقات راهبردی آموزش پزشکی با کد ۹۸۴۵۶۴ مورد حمایت مالی قرار گرفته شده است.

References

1. International Council of Nurses (2012) *The ICN Code of Ethics for Nurses*. <http://www.icn.ch/who-we-are/code-of-ethics-for-nurses>
2. Pajakoski E, Rannikko S, Leino-Kilpi H, Numminen O. *Moral courage in nursing - An integrative literature review*. Nurs Health Sci. 2021; 23(3): 570-85.
3. Tuveson H, Lützn K. *Demographic factors associated with moral sensitivity among nursing students*. Nursing Ethics. 2017; 24(7): 847-55.
4. Chambers DW. *Developing a Self-Scoring Comprehensive Instrument to Measure Rest's Four-Component Model of Moral Behavior: The Moral Skills Inventory*. Journal of dental education. 2011; 75(1): 23-35.
5. Morton KR, Worthley JS, Testerman JK, Mahoney ML. *Defining features of moral sensitivity and moral motivation: Pathways to moral reasoning in medical students*. Journal of moral education. 2006; 35(3): 387-406.
6. Omid A YN, Adibi P. *The Outcomes of Ethics Education to Medical Students Based on Moral Reasoning Models*. Iranian Journal of Medical Education 2014;13 (12): 1099-113.
7. Numminen O, Repo H, Leino-Kilpi H. *Moral courage in nursing: A concept analysis*. Nursing ethics. 2017; 24(8): 878-91.
8. sadrollahi a kz. *A survey of professional moral sensitivity and associated factors among the nurses in west Golestan province of Iran*. Iranian Journal of Medical Ethics and History of Medicine. 2015; 8(3): 50-61.

9. Mahdiyoun SA ,Pooshgan Z, Imanipour M, Razaghi Z. *Correlation between the nurses, moral sensitivity and the observance of patients' rights in ICUs*. Medical Ethics Journal. 2017; 11(40): 7-14.
10. Hassanpoor M, Hosseini M, Fallahi Khoshknab M, Abbaszadeh A. *Evaluation of the impact of teaching nursing ethics on nurses' decision making in Kerman social welfare hospitals in 1389*. Iranian Journal of Medical Ethics and History of Medicine. 2011; 4(5): 58-64.
11. Karimi Noghondar M, Tavakkoli N, Borhani F, Mohsenpour M. *Ethical sensitivity: A comparison between the nursing students and nurses of Azad University*. 2016; 8(5): 69-76.
12. Roshanzadeh M, Borhani F, Mohammadi S. *Moral sensitivity and moral distress in critical care Unit Nurses*. Medical Ethics Journal. 2017; 10(38): 19-28.
13. Gibson E. *Longitudinal learning plan for developing moral courage*. Teaching and Learning in Nursing. 2019; 14(2): 122-4.
14. Comrie RW. *An analysis of undergraduate and graduate student nurses' moral sensitivity*. Nursing ethics. 2012; 19(1): 116-27.
15. Bickhoff L, Sinclair PM ,Levett-Jones T. *Moral courage in undergraduate nursing students: A literature review*. Collegian. 2017; 24(1): 71-83.
16. Escolar-Chua RL. *Moral sensitivity, moral distress, and moral courage among baccalaureate Filipino nursing students*. Nursing ethics. 2018; 25(4): 458-469.
17. Black S, Curzio J, Terry L. *Failing a student nurse: A new horizon of moral courage*. Nursing Ethics. 2014;21(2):224-38.
18. Mohammadi S, Borhani F, Roshanzadeh M. *Relationship between moral distress and moral courage in nurses*. Iranian Journal of Medical Ethics and History of Medicine. 2014; 7(3); 26-35
19. Gallagher A. *Moral distress and moral courage in everyday nursing practice*. Online journal of issues in nursing. 2011; 16(2): 8.
20. Milliken A. *Nurse ethical sensitivity:An integrative review*. Nursing ethics. 2018; 25(3): 278-303.
21. McLeod-Sordjan R. *Evaluating moral reasoning in nursing education*. Nursing ethics. 2014; 21(4): 473-83.
22. Spekkink A, Jacobs G. *The development of moral sensitivity of nursing students: A scoping review*. Nursing ethics. 2021; 28(5): 791-808.
23. Kim MS. *Influence of moral sensitivity and ethical values on biomedical ethics awareness of nursing students*. The Journal of Korean Academic Society of Nursing Education. 2015; 21(3): 382-92.
24. Akca NK, Simsek N, Arslan DE, Senturk S, Akca D. *Moral sensitivity among senior nursing students in Turkey*. Int J Caring Sci. 2017; 10(2): 1031-9.
25. Yeom H-A, Ahn S-H, Kim S-J. *Effects of ethics education on moral sensitivity of nursing students*. Nursing ethics. 2017; 24(6): 644-52.
26. Kim W-J, Park J-H. *The effects of debate-based ethics education on the moral sensitivity and judgment of nursing students: A quasi-experimental study*. Nurse Education Today. 2019; 83: 104200.
27. Alba B. *Factors that impact on emergency nurses' ethical decision-making ability*. Nursing ethics. 2018; 25(7): 855-66.
28. Murray JS. *Moral courage in healthcare: Acting ethically even in the presence of risk*. Online J Issues Nurs (OJIN). 2010; 15(3).
29. Hasanpour-Dehkordi A, Solati K. *The efficacy of three learning methods collaborative, context-based learning and traditional, on learning, attitude and behaviour of undergraduate nursing students: integrating theory and practice*. Journal of clinical and diagnostic research: JCDR. 2016; 10(4): VC01-VC02.
30. Williams B, Day R.A. *context based learning*. Philadelphia, Lippincott. 2006.
31. Lützn K, Nordström G, Evertzon M. *Moral sensitivity in nursing practice*. Scandinavian Journal of Caring Sciences. 1995; 9(3): 131-8.

32. Sekerka LE, Bagozzi RP, Charnigo R. *Facing ethical challenges in the workplace: Conceptualizing and measuring professional moral courage*. Journal of Business Ethics. 2009; 89(4): 565-79.
33. Jasemi M, Goli R, Zabihi RE, Khalkhali H. *Educating ethics codes by lecture or role-play; which one improves nursing students' ethical sensitivity and ethical performance more? A quasi-experimental study*. Journal of Professional Nursing. 2022; 40: 122-9.
34. Omid A, Yammani N, Adibi P. *The Outcomes of Ethics Education to Medical Students Based on Moral Reasoning Models*. Iranian Journal of Medical Education. 2014; 13(12): 1099-113.
35. Ertuğrul B, Arslan GG, Ayik C, Özden D. *The effects of an ethics laboratory program on moral sensitivity and professional values in nursing students: A randomized controlled study*. Nurse Education Today. 2022; 111:105290.
36. Moosavi SS, Borhani F, Abbaszadeh A. *The moral courage of nurses employed in hospitals affiliated to Shahid Beheshti University of Medical Sciences*. Journal of Hayat. 2017; 22(4):339-49.
37. Taraz Z, Loghmani L, Abbaszadeh A, Ahmadi F, Safavibiat Z, Borhani F. *The relationship between ethical climate of hospital and moral courage of nursing staff*. Electronic Journal of General Medicine. 2019;16(2).
38. Numminen O, Katajisto J, Leino-Kilpi H. *Development and validation of nurses' moral courage scale*. Nursing ethics. 2019;26(7-8):2438-55.
39. Simola S. *Fostering collective growth and vitality following acts of moral courage: A general system, relational psychodynamic perspective*. Journal of Business Ethics. 2018;148(1):169-182.
40. Edmonson C. *Strengthening Moral Courage Among Nurse Leaders*. Online Journal of Issues in Nursing. 2015; 20(2): 9.
41. Hauhio N, Leino-Kilpi H, Katajisto J, Numminen O. *Nurses' self-assessed moral courage and related socio-demographic factors*. Nursing ethics. 2021; 28(7-8): 1402-15.

Investigating the Effect of Educational Intervention Using the Case-based Learning Method on the Sensitivity and Moral Courage of Nursing Students

Keshmiri F (Phd)¹, Fazljoor SE (MSc)^{2}*

¹ Associate Professor, Faculty of Health, Department of Medical Education, Shahid Sadoughi University of Medical Sciences, Yazd, Iran

² Instructor, Faculty of Nursing, Department of Nursing, Shahid Saboughi University of Medical Sciences, Meibod, Iran

Received: 22 May 2024

Revised: 24 Aug 2024

Accepted: 03 Sep 2024

Abstract

Introduction: The study aimed to assess the impact of Case-based Learning on nursing students' sensitivity and moral courage.

Method: The present study is semi-experimental with non-equivalent control group. The research population is nursing students in Medical Sciences who entered the study by census (61 people). The educational program was designed, and the principal learning method was based on case-based learning (CBL). Latzen's ethical sensitivity questionnaire was used to check the level of moral sensitivity, and Sekerka's questionnaire was used to determine the level of moral courage. The students completed the questionnaires before and twice after the educational interventions. The data were analyzed with descriptive and analytical tests (Pearson RM-ANOVA).

Results: The number of 61 students participated in the present study. The 29 people were in the intervention group and 32 in the control group. The average age of the participants was 18.41 ± 0.49 . The study results showed that the moral sensitivity scores of the students in the intervention and control groups changed significantly over time (one week and three months after the intervention) compared to before the intervention ($P = 0.02$). Regarding moral courage scores, no significant change was reported between the intervention and control groups before, one week, and three months after the intervention ($P = 0.82$).

Conclusion: The present results showed that the educational intervention using the case-based learning method improved the student's moral sensitivity and maintained it over time. However, improvement in moral courage over time has not been reported significantly.

Keywords: Moral sensitivity, Moral courage, Education, Case-based learning, Nursing student

This paper should be cited as:

Keshmiri F, Fazljoor SE. *Investigating the Effect of Educational Intervention Using the Case-based Learning Method on the Sensitivity and Moral Courage of Nursing Students*. J Med Edu Dev 2024; 19(2): 811 - 823.

* **Corresponding Author:** Tel: +983532362141, Email: efazljoor@gmail.com