Military Caring Sciences **Original Article**

10.22034/11.4.3

OPEN ACCESS

Comparison of the Effect of Teaching Moral Principles by Peer Education and Narrative Training on Moral Courage of Emergency Nurses in Selected Military Hospitals in Kermanshah

Sari. S[1]
* Sajadi. S A[2]
Farsi. Z[3]

1- Emergency Nursing Department, Nursing School, Aja University of Medical Sciences, Tehran, Iran

*2- Nursing Management Department, Nursing School, Aja University of Medical Sciences, Tehran, Iran (*Corresponding author) Email: arasajadi@yahoo.com*

3- Research and Ph.D. Nursing Departments, Nursing School, Aja University of Medical Sciences, Tehran, Iran

ABSTRACT

Introduction: Moral courage is a key characteristic of nurses, especially in emergency departments (EDs). Effective training can help to strengthen this trait.

Objective: This study aimed to compare the impact of two educational methods–peer teaching and storytelling–on the moral courage of emergency department nurses in selected military hospitals in Kermanshah.

Materials and Methods: A randomized control trial with a pre-test–post-test design was conducted in 2023-04. Forty fine nurses working in the emergency department of three military hospitals in Kermanshah, Iran, were recruited by purposive sampling and randomly assigned to peer education (n=15), narrative training (n=15), and control (n=15) groups. Six educational sessions on moral principles were held for the peer education and narrative training groups. Data were collected through personal characteristics and moral courage questionnaires and analyzed at a significance level of less than 0.05.

Results: In the peer education group, the mean scores of moral courage before (58.60±7.47), immediately after (58.60±7.47), one month after (42.13±16.39), and two months after the intervention (54.20±12.66) showed a significant difference (P=0.011). The mean scores of moral courage in the narrative training group before (66.40±2.23), immediately after (66.40±2.23), one month after (49.13±12.86), and two months after the intervention (65.67±5.11) had a statistically significant difference (P<0.001). The mean scores of moral courage in the control group, before (47.27±3.35), immediately after (47.27±3.35), one month after (49.33±16.95), and two months after the intervention (58.07±8.60) had not statistically significant difference (P=0.051). In addition, the average scores of moral courage between the three groups immediately after the intervention were significantly higher in the narrative training group than in the peer and control groups. (P<0.001).

Conclusion: Considering the positive impact of peer education and narration, these methods can be used in nursing education programs to teach ethical principles.

Keywords: Ethic, Moral Courage, Narration, Nurse, Peer Education, Teach, Education

Cite this article: Sari S, Sajadi S A, Farsi Z. Comparison of the Effect of Teaching Moral Principles by Peer Education and Narrative Training on Moral Courage of Emergency Nurses in Selected Military Hospitals in Kermanshah. Military Caring Sciences. 2024; 11 (4): 261-270.

Received: 2023/07/17 Received in revised form: 2023/08/21 Accepted:2023/08/21 Published: 2024/12/30

©The Author(s)

Publisher: Aja University of Medical Sciences

علوم مراقبتی نظامی

مقاله پژوهشی

مقایسه تأثیر دو روش آموزش همتا و روایتگری بر شجاعت اخلاقی پرستاران بخش اورژانس بیمارستان‌های منتخب نظامی در کرمانشاه

سینا ساری[1]
***سیده اعظم سجادی**[2]
زهرا فارسی[3]

۱- گروه پرستاری اورژانس، دانشکده پرستاری، دانشگاه علوم پزشکی آجا، تهران، ایران

۲- گروه مدیریت پرستاری، دانشکده پرستاری، دانشگاه علوم پزشکی آجا، تهران، ایران (* نویسنده مسئول)، آدرس الکترونیک: arasajadi@yahoo.com

۳- گروه دکترای پرستاری و معاون پژوهش، دانشکده پرستاری، دانشگاه علوم پزشکی آجا، تهران، ایران

چکیده

مقدمه: شجاعت اخلاقی یکی از ویژگی‌های کلیدی پرستاران، به‌ویژه در بخش اورژانس، است. آموزش مؤثر می‌تواند به تقویت این ویژگی کمک کند.

هدف: مطالعه حاضر با هدف مقایسه تأثیر دو روش آموزش همتا و روایت‌گری بر شجاعت اخلاقی پرستاران بخش اورژانس بیمارستان‌های منتخب نظامی در کرمانشاه انجام شد.

مواد و روش‌ها: این کارآزمایی بالینی تصادفی شده با طرح پیش آزمون – پس آزمون در سال ۰۳–۱۴۰۲ انجام شد. ۴۵ پرستار شاغل در بخش اورژانس سه بیمارستان نظامی کرمانشاه به صورت هدفمند وارد مطالعه شدند و به صورت تصادفی ساده به سه گروه آموزش همتا (۱۵ نفر)، روایتگری (۱۵ نفر) و کنترل (۱۵ نفر) تخصیص یافتند. شش جلسه آموزشی در خصوص اصول اخلاقی برای گروه‌های آموزش همتا و روایتگری برگزار شد. داده‌ها از طریق پرسشنامه های مشخصات فردی و شجاعت اخلاقی جمع آوری و در سطح معنی‌داری کمتر از ۰٫۰۵ مورد تحلیل قرار گرفتند.

یافته‌ها: در گروه همتا، میانگین نمرات شجاعت اخلاقی قبل (۵۸/۶۰±۷/۴۷)، بلافاصله بعد (۵۸/۶۰±۷/۴۷)، یک ماه بعد (۴۲/۱۳±۱۶/۳۹) و دو ماه بعد از مداخله (۵۴/۲۰±۱۲/۶۶) تغییر معناداری داشت (P=۰/۰۱۱). همچنین، میانگین نمرات شجاعت اخلاقی گروه روایتگری، قبل (۶۶/۴۰±۲/۲۳)، بلافاصله (۶۶/۴۰±۲/۲۳)، یک ماه (۴۹/۱۳ ±۱۲/۸۶) و دو ماه بعد از مداخله (۶۵/۶۷ ±۵/۱۱) تغییر معناداری داشت (P=۰/۰۰۰۱). در حالی که میانگین نمرات شجاعت اخلاقی در گروه کنترل، قبل (۴۷/۲۷±۳/۳۵)، بلافاصله بعد (۴۷/۲۷±۳/۳۵)، یک ماه بعد (۴۹/۳۳± ۱۶/۹۴۸) و دو ماه بعد از مداخله (۵۸/۰۷ ±۸/۵۹۸) تغییر معناداری نداشت (P=۰/۰۵۱). همچنین میانگین نمرات شجاعت اخلاقی بین سه گروه بلافاصله پس از مداخله به ترتیب در گروه روایتگری و سپس گروه همتا و کنترل به طور معناداری بالاتر بوده است (P=۰/۰۰۰).

نتیجه‌گیری: با توجه به تأثیر مثبت آموزش همتا و روایتگری، این روش‌ها می‌توانند در برنامه‌های آموزش مداوم پرستاری برای آموزش اصول اخلاقی، استفاده شوند.

کلمات کلیدی: آموزش، آموزش همتا، اخلاق، پرستار، شجاعت اخلاقی، روایتگری

استناد: ساری سینا، سجادی سیده اعظم، فارسی زهرا. مقایسه تاثیر دو روش آموزش همتا و روایتگری بر شجاعت اخلاقی پرستاران بخش اورژانس بیمارستان های منتخب نظامی در کرمانشاه. علوم مراقبتی نظامی. ۱۴۰۳؛ ۱۱(۴): ۲۷۰- ۲۶۱.

تاریخ دریافت: ۱۴۰۲/۴/۲۷ تاریخ ویرایش: ۱۴۰۲/۵/۳۱ تاریخ پذیرش: ۱۴۰۲/۵/۳۱ تاریخ انتشار: ۱۴۰۳/۱۰/۱۰

ناشر: دانشگاه علوم پزشکی آجا

©نویسندگان

CC BY NC

مقدمه

رعایت اصول اخلاق در حرفه پرستاری اهمیت بسیاری دارد، زیرا این حرفه با مراقبت و خدمت به افرادی که در شرایط ضعف قرار دارند، مرتبط است (۱). حفظ اصول اخلاقی به پرستاران کمک می‌کند تا در تصمیم‌گیری‌ها به عدالت و انصاف عمل کنند (۲). حفظ حریم شخصی و حقوق و منافع بیماران به معنای شجاعت اخلاقی از مصادیق این اصول اخلاقی می‌باشد. شجاعت اخلاقی در پرستاران به معنای داشتن قدرت و اراده برای رفع نیازهای بیماران و ایفای نقش حرفه‌ای خود است (۳). این ارزش توسط انجمن بین‌المللی پرستاران (Sigma Theta Tau) در سال ۱۹۹۲ معرفی شد (۴). شجاعت باعث می‌شود که حتی به هنگام مواجهه با موقعیت‌های دشوار و پرخطر، پرستار خود را ملزم به حمایت از حقوق و سلامتی بیمار بداند (۵). تقویت قدرت استدلال و شهامت اخلاقی پرستاران می‌تواند به ایفای نقش آن‌ها به عنوان حامی بیمار کمک کند (۶). علی‌رغم اهمیت اقدامات شجاعانه در موقعیت‌های مختلف شغلی، مطالعات نشان داده است که اغلب پرستاران در مواجهه با موقعیت‌ها و مسائل اخلاقی شجاعانه رفتار نمی‌کنند (۷، ۸). عدم وجود شجاعت اخلاقی در بین پرستاران، منجر به ارائه خدمات بی‌کیفیت و بروز واکنش نامناسب به هنگام تنش و آسیب به بیماران و همکاران می‌شود (۹).

از آنجایی که شجاعت اخلاقی در کنترل و کاهش تنش اخلاقی مهم است؛ لذا، پرستاران می‌توانند با تقویت شجاعت اخلاقی، از تنش اخلاقی خود بکاهند و در مقابل، کیفیت مراقبت از بیماران را افزایش دهند (۱۰)؛ بنابراین توجه هرچه بیشتر به مقوله‌ی شجاعت اخلاقی و عوامل مرتبط با آن و ارائه‌ی راهکارهایی برای بهبود آن، باید در رأس توجه سازمان بهداشتی و مدیران پرستاری قرار گیرد (۱۱). شواهد نشان داده است که آموزش بر قدرت تصمیم‌گیری پرسنل پرستاری، تأثیر مثبتی دارد (۱۲).

یکی از شیوه‌های نوین آموزش پرستاران، آموزش از طریق گروه‌های همتا می‌باشد (۱۳). فردی که به عنوان همتای آموزش‌دهنده یا مدرس ایفای نقش می‌کند می‌تواند با دیگر هم‌سالان یا هم‌رده‌های خود که شرایط نسبتاً مشابهی دارند ارتباط برقرار کرده و اطلاعات را به‌طور مؤثری انتقال داده و به‌صورت یک مدل در دسترس، روی افراد آموزش‌گیرنده تأثیرگذار باشد (۱۴). شواهد نشان داده‌اند که این رویکرد موجب افزایش قدرت تفکر، خلاقیت و مشارکت همه‌جانبه افراد در همه مراحل آموزش از برنامه‌ریزی تا اجرا می‌گردد (۱۵).

واژه آموزش توسط همتای نزدیک (Near–Peer) در سال ۱۹۸۸ توسط ویتمن (Whitman) معرفی گردید (۱۶). در واقع، همتایان نزدیک چون به نیازهای آموزشی فراگیران آشناتر هستند، مفاهیم آموزشی را بر اساس تجربیات خود بیان می‌کنند، بدین ترتیب درک آن‌ها برای فراگیران راحت‌تر می‌شود (۱۷). ملر (Meller) آموزش از طریق همتا را عاملی برای بهبود عزت نفس، بهبود ارتباطات و کار تیمی بهتر به شمار می‌آورد (۱۸). از آنجایی که بازخوردها حاکی از دریافت و کسب مزایای قابل توجه این روش تدریس بوده است، در همین راستا برنامه تدریس توسط همتایان به طور موفقیت آمیزی می‌تواند در کوریکولوم های آموزشی به کار گرفته شود (۱۹، ۲۰).

روش دیگری که می‌تواند برای تبیین و انتقال اصول اخلاقی به پرستاران، مورد استفاده قرار گیرد، شیوه‌ی روایتگری است. آموزش اخلاق به روش روایتگری، به پرستاران این امکان را می‌دهد که با شنیدن داستان‌ها و روایت‌ها، در معرض تجارب مرتبط با همدلی و همدردی با بیماران و خانواده آن‌ها را قرار گیرند و بهترین عملکرد اخلاقی را در رابطه با آن‌ها یاد بگیرند (۲۱). به عبارت دیگر فرد از طریق روایتگری می‌تواند به نوعی خودآگاهی دست یافته و خود را در جایگاه دیگران یا شخصیت داستان قرار دهد و از این طریق در معرض تجربیاتی قرار گیرد که در حالت عادی آن تجربیات در حیطه‌ی آگاهی او نیستند (۲۲).

از آنجا که اهمیت شجاعت اخلاقی بر کیفیت مراقبت ارائه شده مورد تائید بوده و همچنین اثربخشی آموزش اخلاق از طریق همتا و روایتگری، در اتخاذ تصمیمات اخلاقی مناسب در پرستاران مورد مناقشه است و تاکنون مطالعه‌ای درباره تأثیر آموزش همتا و روایتگری بر شجاعت اخلاقی پرستاران انجام نشده است، لذا، این پژوهش به منظور بررسی تأثیر دو شیوه‌ی آموزش همتا و روایتگری بر شجاعت اخلاقی پرستاران اورژانس بیمارستان‌های منتخب نظامی کرمانشاه انجام شد.

مواد و روش‌ها

این کارآزمایی بالینی تصادفی شده پیش آزمون – پس آزمون با کد کارآزمایی بالینی IRCT ۲۰۲۳۱۱۷۰۵۷۱۴۷N۱ در سال

۱۴۰۳-۱۴۰۲ انجام شـــد. جامعه هدف کلیه پرستاران شاغل در بخش اورژانس بیمارســـتان‌های نظامی شهر کرمانشاه بودند. این بیمارســـتان‌ها شامل سه بیمارســـتان نظامی کرمانشاه یعنی یک بیمارستان وابســـته به آجا، یک بیمارستان وابسته به سپاه و یک بیمارستان وابسته به فراجا بود. تعداد نمونه با توجه به میانگین و انحراف معیار مطالعه مشـــابه قبلی (۲۳) و با ضریب اطمینان ۹۵ درصـــد و توان آزمون ۹۰ درصد در هر گروه ۱۳ نفر و در کل ۳۹ نفر برآورد شد. سپس، با در نظر گرفتن احتمال ۱۵ درصد ریزش در مطالعه به طور کل ۴۵ پرســـتار به روش هدفمند وارد مطالعه شـــدند. به منظور جلوگیری از انتشـــار اطلاعات، بیمارستان‌ها به صورت تصادفی ســـاده با پرتاب تاس به ســـه گروه آموزش همتا (عدد ۱ و ۲)، آموزش به شـــیوه روایتگـــری (عدد ۳ و ۴) و گروه کنترل (عدد ۵ و ۶) تخصیص یافتند و در هر گروه ۱۵ پرستار به روش هدفمند انتخاب و مورد بررسی قرار گرفتند.

$$n = \frac{\left(Z_{1-\frac{\alpha}{2}} + Z_{1-\beta}\right)^2 (\delta 1^2 + \delta 2^2)}{(\mu_1 - \mu_2)^2} = \frac{(1.96 + 1.28)^2((6.21)^2 + (14.19)^2)}{(73.85 - 60.1)^2} = 13.31$$

$\alpha = 0.05$ $\quad$ $Z\ 1-\alpha/2 = 1.96$

$\beta = 0.1$ $\quad$ $Z1-\beta = 1.28$

μ= میانگین

δ= انحراف معیار

معیارهـــای ورود به مطالعه، شـــامل داشـــتن حداقل تحصیلات کارشناسی پرستاری و حداقل یک سال سابقه کار در بخش اورژانس و نداشتن سابقه شـــرکت در کارگاه‌های اخلاق پرستاری طی یک ســـال گذشـــته بودند. معیارهای خروج از مطالعه شامل انصراف از ادامه شرکت در مطالعه و غیبت در بیشتر از دو جلسه بودند.

ابزار جمع‌آوری داده‌ها شـــامل پرسشـــنامه مشـــخصات فردی و پرسشـــنامه شجاعت اخلاقی حرفه‌ای پرســـتاران بود. پرسشنامه مشخصات فردی شـــرکت کنندگان شامل ســـن، جنس، سابقه کار، وضعیت تأهل، ســـابقه شرکت در ســـمینار و کارگاه اخلاق، سطح تحصیلات و نوع استخدام بود. پرسشنامه شجاعت اخلاقی حرفه‌ای که توسط سکرکا (Sekerka) و باگوزی (Bagozzi) در ســـال ۲۰۰۷ طراحی گردیده است، شامل ۱۵ گویه و دارای پنج بعد عامـــل اخلاقی (Moral agency) (گویه ۱ تا ۳)، ارزش‌های چندگانـــه (Multiple Values) (گویه ۴ تا ۶)، تحمل تهدیدات (Endurance of Threats) (گویـــه ۷ تـــا ۹)، فراتـــر از انطباق (Going Beyond Compliance) (گویـــه ۱۰ تا ۱۲)، اهداف اخلاقی (Moral Goals) (۱۳ تا ۱۵) و هر کدام شـــامل ۳ آیتم می‌باشـــد و هر آیتم با مقیاس پنج‌درجـــه‌ای لیکرت از هرگز (۱) تا همیشـــه (۵) نمره‌گذاری می‌شـــود. دامنه نمرات بین ۷۵-۱۵ می‌باشد. این پرسشـــنامه در ایران توسط محمدی و همکاران به فارسی برگردانده شـــد. در مطالعه مذکور شاخص روایی محتوای پرسشـــنامه ۰/۸۱ و ضریـــب آلفای کرونباخ آن ۰/۸۵ به دســـت آمده بـــود که بر روایی و پایایی مطلوب ابـــزار دلالت دارد (۲۴). در مطالعـــه‌ی حاضر میزان آلفای کرونباخ این پرسشـــنامه ۰/۸۸ به دست آمد.

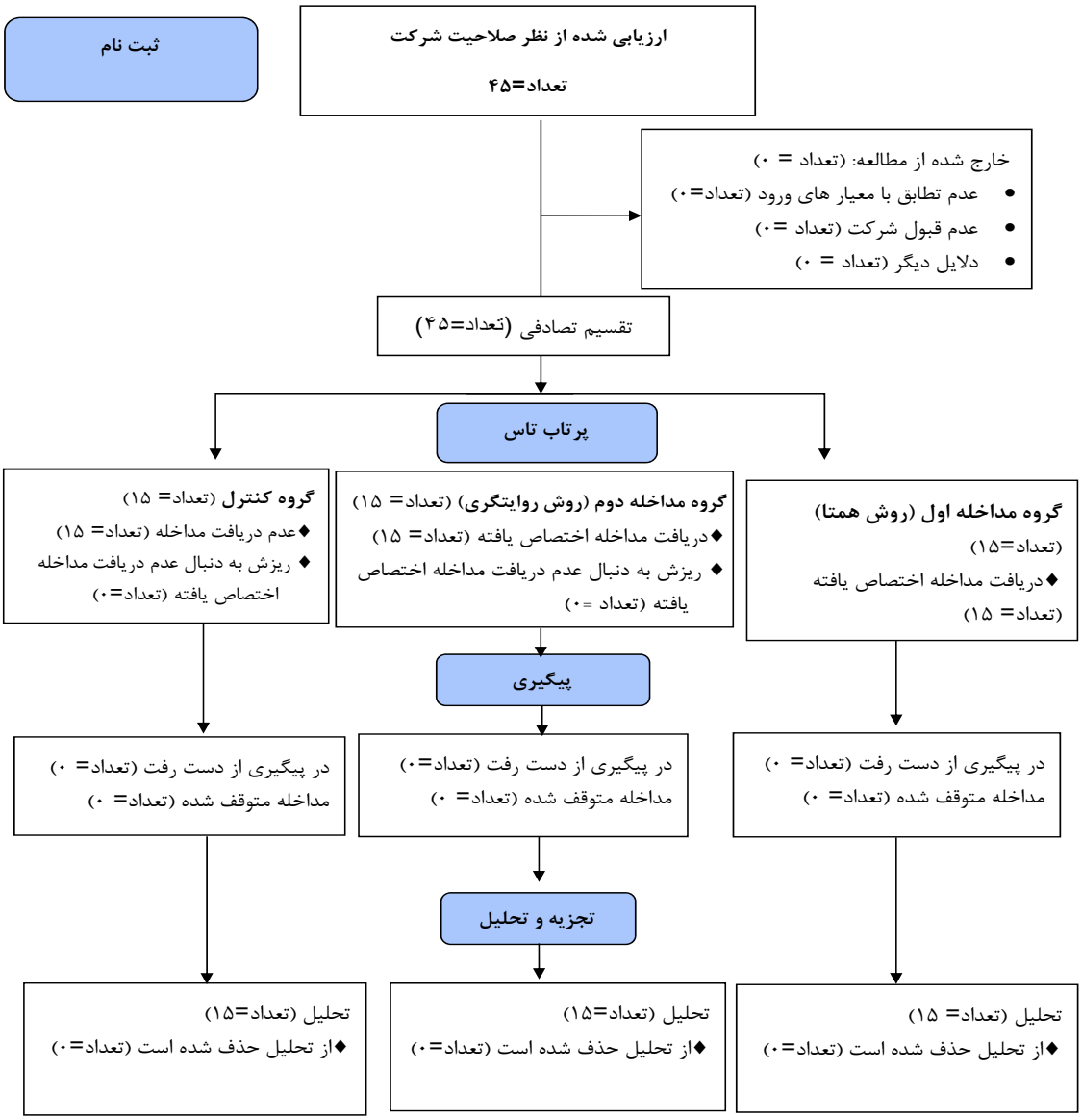
برای انجام مداخله، ابتدا در اولین جلسه، هدف از برگزاری جلسات برای مشارکت‌کنندگان توضیح داده شد و از آنان رضایت‌نامه کتبی آگاهانه کسب شد. سپس پرسشنامه مشخصات فردی و شجاعت اخلاقی، توســـط پرستاران تکمیل گردید. برای پرستاران در گروه مداخله اول آموزش به روش همتا در شـــش جلسه ۴۵ دقیقه ای، توسط پژوهشگر که دانشجوی کارشناسی ارشد پرستاری اورژانس با هشت سال سابقه کار بالینی در بخش اورژانس بیمارستان‌های نظامی بود، ارائه شـــد. محتویات برنامه در جدول شـــماره ۱ ارائه شده اســـت. گروه مداخله دوم به شیوه روایتگری آموزش دیدند. آموزش در این گروه به صورت مجازی در قالب فیلم‌های آموزشی در شـــش هفتـــه و هر هفته یک جلســـه ۴۵ دقیقه ای در فضای اســـکای روم انجام شد. در هر جلسه به اعضای گروه فرصت داده شـــد تا در پایان جلسات بحث و تبادل نظر داشته باشند. لازم به ذکر است که روایت‌ها از ســـناریوهای نوشته شده در قالب تعهد حرفه ای و راهنمای مبتنی بر سناریوهای بالینی استخراج (۲۵) و توسط تیم پژوهش متناسب با عملکرد پرستاری تغییر داده شد. گروه کنترل هیچ‌گونه برنامه آموزشـــی دریافت نکردند. در پایان جلسه ششـــم جهت رعایت اصول اخلاقی پس از اتمام پژوهش، یک ســـیدی آموزشـــی حاوی محتوای آموزش‌های ارائه شده به گروه های مداخله به پرســـتاران گروه کنترل اهدا شـــد. شجاعت اخلاقی پرســـتاران، قبل، بلافاصله بعد و یک ماه بعد از مداخله در دو گروه مداخله و کنترل بررسی شد (نمودار ۱).

جهـــت تحلیل داده‌هـــا از نرم‌افزار SPSS اســـتفاده گردید. برای بررســـی توزیع نرمال متغیرها از آزمون کولموگروف اســـمیرنوف (Kolmogorov_Smirnov) اســـتفاده شـــد. بـــرای مقایســـه متغیرهای کمی بیـــن دو گروه با توجه به نرمال بودن متغیرها از

آزمون‌های پارامتریک مانند آنوای یک طرفه (ANOVA) و جهت بررسی همگنی متغیرهای کیفی بین گروه‌ها از آزمون کای‌اسکوار (Chi-Square) استفاده شـــد. برای مقایسه میانگین نمرات در طـــول زمان به تفکیک گروه از آزمون آنالیـــز واریانس اندازه‌های

جدول ۱- محتوای آموزشی ارائه شده به پرستاران گروه‌های مداخله

جلسه	محتوا
جلسه اول	بیان اهداف دوره، آشنایی با نظریه‌های اخلاقی با رویکرد پرستاری و اهمیت اخلاق در حرفه پرستاری
جلسه دوم	مروری بر مطالب جلسه گذشته، اصل احترام به استقلال بیمار، شامل رضایت آگاهانه، رازداری و حفظ حریم خصوصی
جلسه سوم	مروری بر مطالب جلسه گذشته، اصل سودرسانی، شامل صداقت در ارائه خدمات درمانی و مراقبتی و ایجاد اعتماد در بیمار
جلسه چهارم	مروری بر مطالب جلسه گذشته، اصل ضرر نرساندن
جلسه پنجم	مروری بر مطالب جلسه گذشته، اصل عدالت با محورهای احترام به شأن انسان‌ها و عدالت توزیعی
جلسه ششم	آموزش منشور حقوق بیمار و حمایت از بیمار و جمع‌بندی مطالب



نمودار ۱- فرایند انجام مطالعه

تکـــراری (RM-ANOVA) و آنکـــووا (ANCOVA) (به دلیل معنی‌دار بودن تفاوت شجاعت اخلاقی پرستاران سه گروه قبل از مداخله، این متغیر به عنوان یک مخدوش گر در نظر گرفته شـــد و در مراحل بعدی از آزمون آنکووا اســـتفاده شد) استفاده شد. به منظور بررســـی تأثیر مداخله از اندازه اثر کوهن Cohen استفاده گردید. سطح معنی‌داری کمتر از ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

این مطالعـــه به تصویب کمیته اخلاق دانشـــگاه علوم پزشـــکی آجا با کد اخلاقـــی IR.AJAUMS.REC.۱۴۰۱,۱۸۷ رســـید. پژوهشـــگران در این مطالعه، اصول مندرج در بیانیه هلســـینکی (Helsinki Declaration) از جمله اخذ رضایت آگاهانه، توضیح اهـــداف پژوهش به واحدهـــای پژوهش، رعایـــت محرمانه بودن اطلاعات و ورود و خروج داوطلبانـــــه از مطالعه را رعایت نمودند. همچنیـــن، رعایت اصول کمیته اخلاق نشـــر در پژوهش از دیگر الزامات پژوهشگر در روند اجرای این مطالعه بود.

یافته‌ها

در مطالعه حاضر میانگین سنی پرستاران ۵/۳۵ ±۳۱/۱۱ سال با دامنه سنی ۲۴ تا ۵۴ سال بود. پرستاران به طور میانگین ۴/۹۰± ۸/۶۹ سال سابقه کار داشتند. اکثر پرستاران (۶۴/۵ درصد) خانم، (۵۷/۷ درصد) متأهل، دارای مدرک کارشناسی (۷۵/۵ درصد) و دارای شرایط استخدام رسمی (۶۰ درصد) بودند (جدول ۲).

جدول ۲- مقایسه مشخصات فردی پرستاران در گروه‌های آزمون و گروه کنترل

متغیر		گروه: همتا		روایتگری		کنترل		آزمون و سطح معنی‌داری
		میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	
سن		۳۰/۲۰	۳/۰۳	۳۲/۷۳	۷/۳۶	۳۰/۴۰	۴/۷۵	آزمون آنوای یک‌طرفه F=۱/۰۴ df=۲ P= ۰/۳۶
		فراوانی	درصد	فراوانی		فراوانی	درصد	
جنسیت	مرد	۴	۲۶/۷۱	۶	۴۰	۶	۴۰	آزمون کای‌اسکوار Value= ۰/۷۸ df=۲ P = ۰/۶۸
	زن	۱۱	۷۳/۳	۹	۶۰	۹	۶۰	
وضعیت تأهل	متأهل	۸	۵۳/۳	۸	۵۳/۳	۱۰	۶۶/۷	آزمون کای‌اسکوار Value= ۰/۷۳ df=۲ P = ۰/۷۰
	مجرد	۷	۴۶/۷	۷	۴۶/۷	۵	۳۳/۳	
سطح تحصیلات	کارشناسی	۱۰	۶۶/۷	۱۲	۸۰	۱۲	۸۰	آزمون کای‌اسکوار Value= ۱/۹۰ df=۴ P = ۰/۷۵
	کارشناسی ارشد	۴	۲۶/۷	۳	۲۰	۲	۱۳/۳	
	دکتری	۱	۶/۷	۰	۰	۱	۶/۷	
نوع استخدام	طرحی	۱	۶/۷	۲	۱۳/۳	۰	۰	آزمون کای‌اسکوار Value= ۲/۵۰ df= ۲ P = ۰/۸۷
	شرکتی	۱	۶/۷	۱	۶/۷	۱	۶/۷	
	قراردادی	۴	۲۶/۷	۳	۲۰	۵	۳۳/۳	
	رسمی	۹	۶۰	۹	۶۰	۹	۶۰	

جدول شماره ۳ نشان می‌دهد که در گروه همتا، میانگین نمرات شجاعت اخلاقی قبل (۵۸/۶۰±۷/۴۷)، بلافاصله بعد (۵۸/۶۰±۷/۴۷)، یک ماه بعد (۴۲/۱۳±۱۶/۳۹) و دو ماه بعد از مداخله (۵۴/۲۰±۱۲/۶۶) تغییر معناداری داشت (P=۰/۰۱۱). همچنین، میانگین نمرات شجاعت اخلاقی گروه روایتگری، قبل (۶۶/۴۰±۲/۲۳)، بلافاصله (۶۶/۴۰±۲/۲۳)، یک ماه (۱۲/۸۶± ۴۹/۱۳) و دو ماه بعد از مداخله (۶۵/۶۷±۵/۱۱) تغییر معناداری داشت (P<۰/۰۰۰۱). در حالی که میانگین نمرات شجاعت اخلاقی در گروه کنترل، قبل (۴۷/۲۷±۳/۳۵)، بلافاصله بعد (۴۷/۲۷±۳/۳۵)، یک ماه بعد (۴۹/۳۳±۱۶/۹۴۸) و دو ماه بعد از مداخله (۵۸/۰۷±۸/۵۹۸) تغییر معناداری نداشت (P=۰/۰۵۱). میانگین نمرات شجاعت اخلاقی پرستاران در سه گروه (آموزش همتا، روایتگری و کنترل) قبل، بلافاصله بعد، یک ماه بعد و دو ماه بعد از مداخله، اختلاف آماری معناداری داشت (P<۰/۰۰۰۱) و میانگین نمرات شجاعت اخلاقی در گروه آموزش به شیوه روایتگری، در بازه‌های زمانی قبل، بلافاصله بعد، یک ماه بعد و دو ماه بعد از مداخله نسبت به دو گروه دیگر بالاتر بود.

جدول ۳- مقایسه میانگین نمرات شجاعت اخلاقی قبل، بلافاصله بعد، یک ماه بعد و دو ماه بعد از مداخله در سه گروه (آموزش همتا، روایتگری، کنترل) مورد مطالعه

گروه / بازه زمانی	آموزش توسط همتا		آموزش به شیوه روایتگری		کنترل		نوع آزمون / میزان آماره / درجه آزادی / سطح معناداری
	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	
قبل از مداخله	۵۸/۶۰	۷/۴۷	۶۶/۴۰	۲/۲۳	۴۷/۲۷	۳/۳۵	آنوای یک‌طرفه F=۵۷/۸۴ df=۲ P<۰/۰۰۰۱
بلافاصله بعد از مداخله	۵۸/۶۰	۷/۴۷	۶۶/۴۰	۲/۲۳	۴۷/۲۷	۳/۳۵	آنکووا F=۵۷/۸۴ df=۳ P<۰/۰۰۰۱
یک ماه بعد از مداخله	۴۲/۱۳	۱۶/۳۹	۴۹/۱۳	۱۲/۸۶	۴۹/۳۳	۱۶/۹۵	آنکووا F=۷/۰۷ df=۳ P<۰/۰۰۱
دو ماه بعد از مداخله	۵۴/۲۰	۱۲/۶۶	۶۵/۶۷	۵/۱۱	۵۸/۰۷	۸/۶۰	آنکووا F=۳/۸۹ df=۳ P=۰/۰۲
نوع آزمون	آنوای اندازه‌های تکراری		آنکووا		آنکووا		
آماره آزمون	۶/۰۹۰		۱۹/۴۲		۳/۸۴		
درجه آزادی	۱/۶۴		۱/۲۶		۱/۴۵		
سطح معناداری	P=۰/۰۱۱		P<۰/۰۰۰۱		P=۰/۰۵۱		

بحث و نتیجه‌گیری

هدف این مطالعه مقایسه تأثیر آموزش اصول اخلاقی به روش آموزش همتا و آموزش به شیوه روایتگری بر شجاعت اخلاقی پرستاران اورژانس بیمارستان‌های منتخب نظامی کرمانشاه بود. نتایج مطالعه حاضر نشان داد که میانگین نمرات شجاعت اخلاقی، در گروه آموزش همتا در بازه‌ی زمانی قبل، بلافاصله بعد، یک ماه بعد و دو ماه بعد از مداخله، تغییر معناداری داشت و میانگین نمرات شجاعت اخلاقی یک ماه و دو ماه بعد از مداخله نسبت به قبل و بلافاصله بعد از مداخله کاهش داشته است. این نتایج با برخی مطالعات همخوانی ندارد. به طور مثال، حسینی و همکاران نشان دادند که بلافاصله بعد از مداخله و دو ماه بعد نسبت به قبل از مداخله، میانگین نمرات شجاعت اخلاقی پرستاران گروه آموزش همتا افزایش معناداری داشت (۲۶). همچنین فورد (Ford) و همکاران نشان دادند که آموزش به روش نوین مشارکتی و فعال آموزشی و بحث گروهی بازتاب مثبت و مستمری بر ارتقاء شجاعت اخلاقی پرستاران گروه آموزش همتا داشت و مشارکت آن‌ها در کلاس افزایش یافت (۲۷). نتایج متفاوت مطالعات می‌تواند به دلیل استفاده از شیوه‌های آموزشی، محتوای آموزشی و جامعه پژوهشی متفاوت باشد. در مطالعه حاضر نتایج انحراف معیار و میانگین در گروه همتا قبل از مداخله و بلافاصله بعد از مداخله یکسان بوده است. با توجه به اینکه ایجاد تغییر در میزان شجاعت اخلاقی، مستلزم شناخت مفاهیم شجاعت اخلاقی و سپس کاربست و تجربه در موقعیت‌های بالینی می‌باشد، از این رو توصیه می‌شود که در مطالعات بعدی زمان پس آزمون، بلافاصله پس از مداخله نباشد و جهت دستیابی به نتایج مطلوب‌تر، فرصت بیشتری به فراگیران داده شود که این نتایج همسو با مطالعه مدن (Madden) (۲۸) می‌باشد.

نتایج مطالعه حاضر نشان داد که میانگین نمرات شجاعت اخلاقی، در گروه آموزش روایتگری در بازه‌ی زمانی قبل، بلافاصله بعد، یک ماه بعد و دو ماه بعد از مداخله، تغییر آماری معناداری داشت و نمرات شجاعت اخلاقی در گروه روایتگری در بازه‌ی زمانی یک ماه بعد از مداخله نسبت به قبل از مداخله و بلافاصله بعد از مداخله کاهش داشته است و همچنین نمرات دو ماه بعد از مداخله نسبت به یک ماه بعد از مداخله افزایش یافته است. میانگین نمرات شجاعت اخلاقی پرستاران گروه آموزش روایتگری در بازه‌های زمانی قبل، بلافاصله بعد، یک ماه بعد از مداخله و دو ماه بعد از مداخله، در سطح متوسط بود که با مطالعه مدن (۲۸) هم سو بوده است.

نتایج مطالعه حاضر نشان داد که میانگین نمرات شجاعت اخلاقی، در گروه کنترل قبل، بلافاصله بعد، یک ماه بعد و دو ماه بعد از مداخله، تغییر آماری معناداری نداشت و میانگین نمرات در بازه‌های زمانی ذکر شده در محدوده متوسط بود. هم سو با نتایج پژوهش حاضر در مطالعه‌ی حسینی و همکاران میانگین نمرات شجاعت اخلاقی در گروه کنترل قبل از مداخله و بعد از مداخله تفاوت معنی‌دار آماری نداشت (۲۶)؛ و مدن (۲۸) نیز در گروه کنترل، قبل و بعد از مداخله اختلاف آماری معناداری دیده نشد. میانگین نمرات شجاعت اخلاقی پرستاران در سه گروه (آموزش همتا، روایتگری و کنترل) قبل، بلافاصله بعد، یک ماه بعد و دو ماه بعد از مداخله، اختلاف آماری معناداری داشت و میانگین نمرات شجاعت اخلاقی در گروه آموزش به شیوه روایتگری، در بازه‌های زمانی قبل، بلافاصله بعد، یک ماه بعد و دو ماه بعد از مداخله نسبت به دو گروه دیگر بالاتر بود و نشان‌دهنده‌ی اثر بخشی بیشتر این روش آموزشی نسبت به سایر روش‌های مورد استفاده در این پژوهش بود. این نتایج هم سو با نتیجه مطالعه‌ی عبادی و همکاران بود (۲۹). همچنین، در پژوهش حاضر میانگین نمرات شجاعت اخلاقی در گروه آموزش به روش همتا قبل و بلافاصله بعد از مداخله نسبت به گروه کنترل بالاتر بود، ولی یک ماه و دو ماه بعد از مداخله، میانگین نمرات پایین‌تر بود و نشان‌دهنده‌ی ماندگاری پایین شجاعت اخلاقی در بازه‌ی زمانی ذکر شده بود و این نتایج نیاز به بررسی‌های بیشتر در پژوهش‌های بعدی دارد. نتایج مطالعات حسینی و همکاران (۲۶) و مدن (۲۸) ناهم‌سو با نتیجه پژوهش حاضر بود. در مطالعات مذکور نشان داده شد که روش‌های آموزش مشارکتی و فعال و فراگیر محور اثر مثبتی بر شجاعت اخلاقی فراگیران داشته است (۳۰). به نظر می‌رسد نتایج متفاوت این مطالعه و مطالعات قبلی می‌تواند به دلیل استفاده از شیوه‌های آموزشی، محتوای آموزشی و جامعه پژوهشی متفاوت باشد.

پژوهش حاضر دارای محدودیت‌هایی بود. به طور مثال، با توجه به شاغل بودن پرستاران در نوبت‌های کاری مختلف بیمارستان‌های مذکور، در پژوهش حاضر نیاز به حضور پرستاران هر بیمارستان

در روزهایی معین در مرکز مهارت‌های بالینی بیمارستان‌های مذکور بود. بدین منظور پژوهشگر با هماهنگی سوپروایزر آموزشی و بالینی، در روزها و ساعات مشخصی از پرستاران دعوت نمود تا در مطالعه شرکت نمایند. برای ترغیب پرستاران جهت استمرار مشارکت در پژوهش حاضر، روزهای شرکت در مطالعه به عنوان نوبت کاری و ساعت آموزشی برای آن‌ها منظور شد. همچنین، کم بودن تعداد حجم نمونه و قابل تعمیم نبودن نتایج به سایر جوامع از دیگر محدودیت‌های این پژوهش بود. همچنین داده‌ها به صورت خود گزارشی توسط پرستاران تکمیل شد که پژوهشگر سعی نمود با ارائه توضیحات کافی و جلب اطمینان پرستاران، آنان را به تکمیل صحیح پرسشنامه‌ها ترغیب نماید.

استفاده از روش‌های نوین آموزشی مانند روش‌های فعال مشارکتی فراگیرمحور آموزش همتا و آموزش به شیوه‌ی روایتگری می‌تواند راهبرد مؤثری جهت افزایش شجاعت اخلاقی پرستاران باشد. برگزاری مستمر برنامه‌های آموزشی در خصوص اخلاق حرفه‌ای پرستاری، برگزاری جلسات مشترک بین پرستاران بخش‌های مختلف بیمارستان و بیان چالش‌ها و تعارضات اخلاقی و رفع این تعارضات با استفاده از اصول اخلاقی می‌تواند منجر به افزایش شجاعت اخلاقی پرستاران گردد و در نهایت به بهبود عملکرد و کیفیت مراقبت بهداشتی و درمانی کمک نماید همچنین شجاعت اخلاقی پرستاران را قادر می‌سازد تا با استواری و اعتماد به نفس به اشتباهات و معضلات اخلاقی اعتراف کنند. علاوه بر این، پرستاران می‌توانند از همکاران و رفاه خود در کار حمایت کنند. پیشنهاد می‌شود آموزش اخلاق با استفاده از شیوه‌های آموزشی اثربخش و نوین به همراه محتوای آموزشی مناسب، به صورت مداوم در طرح برنامه آموزشی پرستاران قرار گیرد.

پیشنهاد می‌گردد تأثیر آموزش اصول اخلاقی با استفاده از رویکردهای نوین آموزشی فراگیرمحور، فعال و مشارکتی بر میزان رضایتمندی بیماران و کیفیت مراقبت ارائه شده به آنان در پژوهش‌های آتی مورد بررسی قرار گیرد.

تشکر و قدردانی

این مقاله مستخرج از پایان‌نامه کارشناسی ارشد رشته پرستاری اورژانس می‌باشد که با شماره ۵۴۰۱۲۳۰ در تاریخ ۱۴۰۱/۰۸/۳۰ در دانشگاه علوم پزشکی آجا به تصویب رسیده است. بدین وسیله از کلیه افرادی که در به ثمر رسیدن این مطالعه ما را یاری نمودند به ویژه پرستاران شرکت کننده در این پژوهش تشکر و قدردانی می نماییم.

تضاد منافع

نویسندگان تصریح می‌نمایند که هیچ‌گونه تضاد منافعی در رابطه با مطالعه حاضر وجود ندارد.

References

1. 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. DOI:10.1111/nhs.12805
2. Thorup CB, Rundqvist E, Roberts C, Delmar C. Care as a matter of courage: vulnerability, suffering and ethical formation in nursing care. Scand J Caring Sci. 2012; 26(3): 427-35. DOI:10.1111/j.471-6712.2011.00944.x
3. Hauhio N, Leino-Kilpi H, Katajisto J, Numminen O. Nurses' self-assessed moral courage and related socio-demographic factors. Nurs Ethics. 2021; 28(7-8): 1402-15. DOI: 10.1177/0969733021999763
4. Sadooghiasl A, Parvizy S, Ebadi A. Concept analysis of moral courage in nursing: A hybrid model. Nurs Ethics. 2018; 25(1): 6-19. DOI: 10.1177/0969733016638146
5. Numminen O, Katajisto J, Leino-Kilpi H. Development and validation of nurses' moral courage scale. Nurs Ethics. 2019; 26(7-8): 2438-55. DOI: 10.1177/0969733018791325
6. Moosavi SS, Borhani F, Abbaszadeh A. The moral courage of nurses employed in hospitals affiliated to Shahid Beheshti University of Medical Sciences. Hayat. 2017; 22(4): 339-49. URL: http://hayat.tums.ac.ir/article-1-1633-en.html.
7. Khajevandi H, Ebadi A, Aghaiani Chavoshi A. Investigation of moral courage and its predictive factors in nurses of Baqiyatallah hospital in 2019. Iranian Journal of Medical Ethics and History of Medicine. 2020; 13: 131-41. http://ijme.tums.ac.ir/article-1-6236-en.html.
8. Bickhoff L, Sinclair PM, Levett-Jones T. Moral courage in undergraduate nursing students: A literature review. Collegian. 2017;24(1): 71-83. DOI:10.1016/j.colegn.2015.08.002
9. Murray JS. Moral courage in healthcare: Acting ethically even in the presence of risk. OnlineJournal of Issues in Nursing. 2010;15. DOI: 10.3912/OJIN.Vol15No03Man02
10. Turner S, Harder N, Martin D, Gillman L. Psychological safety in simulation: Perspectives of nursing students and faculty. Nurse Educ Today. 2023; 122. 105712.

DOI:10.1016/j.nedt.2023.105712:105712

11. Kleemola E, Leino-Kilpi H, Numminen O. Care situations demanding moral courage: Content analysis of nurses' experiences. Nurs Ethics. 2020; 27(3): 714-25. DOI:10.1177/0969733019897780
12. Karimi Noghondar M, Tavakoli N, Borhani F, Mohsenpour M. Ethical sensitivity: A comparison between the nursing students and nurses of Azad University. Iranian Journal of Medical Ethics and History of Medicine. 2016; 8(5): 69-76. URL: http://ijme.tums.ac.ir/article-1-5630-en.html
13. Kim JH, Hur M-H, Kim H-Y. The efficacy of simulation-based and peer-learning handover training for new graduate nurses. Nurse Educ Today. 2018; 69: 14-9. DOI: 10.1016/j.nedt.2018.06.023
14. Alhani F. Educational challenges in ethical decision making in nursing. Iranian Journal of Medical Ethics and History of Medicine. 2008; 1(4): 21-30. URL: http://ijme.tums.ac.ir/article-1-296-en.html
15. Speizer IS, Magnani RJ, Colvin CE. The effectiveness of adolescent reproductive health interventions in developing countries: A review of the evidence. J Adolesc Health. 2003; 33(5): 324-48. DOI: 10.1016/s1054-139x(02)00535-9
16. De Menezes S, Premnath D. Near-peer education: A novel teaching program. International Journal of Medical Education. 2016; 7: 160-7. DOI:10.5116%2Fijme.738.3c28
17. Marc Campolo P, SCS A, Maritz CA, Gregory Thielman P, Lora Packel M. An evaluation of peer teaching across the curriculum: Student perspectives. International Journal of Therapies and Rehabilitation Research. 2013; 2(1): 1. DOI: 10.5455/ijtrr.00000016
18. Meller SM, Chen M, Chen R, Haeseler FD. Near-peer teaching in a required third-year clerkship. Yale J Biol Med. 2013; 86(4): 583-9. URL: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24348221/
19. Jackson T, Evans DJR. Can medical students teach? A near-peer-led teaching program for year 1 students. Adv Physiol Educ. 2012; 36(3): 192-6. DOI: 10.1152/advan.00035.2012
20. Walpola RL, Fois RA, McLachlan AJ, Chen TF. Evaluating the effectiveness of a peer-led education intervention to improve the patient safety attitudes of junior pharmacy students: A cross-sectional study using a latent growth curve modelling approach. BMJ Open. 2015;5(12):e010045. DOI: 10.1136/bmjopen-2015-010045
21. Weizenbluth JS, Sokolowski M, Gordon M. The power of stories: Narrative ethics in long-term care. Annals of Long Term Care. 2008; 16: 26-9. URL: https://www.researchgate.net/publication/291810122_The_power_of_stories_Narrative_ethics_in_long-term_care
22. Afshar L, Bagheri A. A review of narrative ethics: An approach to medical ethics education. 2012, 5(5): 10-8. (Persian) URL: http://ijme.tums.ac.ir/article-1-98-en.html
23. Hoseini M, Ebadi M, Farsi Z. The effect of moral motivation training on moral sensitivity in the nurses of military hospitals. Military Caring Sciences. 2017; 4(4): 249-57. (Persian) DOI:10.29252/mcs.4.4.249
24. 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. (Persian) URL: http://ijme.tums.ac.ir/article-1-5384-fa.html.
25. Hashemi A, Yeketaz H, Asghari F. Developing an ethical guideline for clinical teaching in Tehran University of Medical Sciences. Journal of Medical Ethics and History of Medicine. 2015; 8. (Persian) URL: https://jmehm.tums.ac.ir/index.php/jmehm/article/view/98
26. Hoseini M, Ebadi M, Farsi Z. The effect of ethical motivational program on nurses' moral courage in Mashhad's military hospitals. Journal of Military Medicine. 2019; 21(4): 410-7. (Persian) URL: https://militarymedj.bmsu.ac.ir/article_1000841.html?lang=en
27. Ford NJ, Gomes LM, Brown SB. Brave spaces in nursing ethics education: Courage through pedagogy. Nurs Ethics. 2024; 31(1): 101-13. DOI:10.1177/09697330231183075
28. Madden M. Nursing students' moral courage development through incivility simulation education. 2022: 134. URL:http://hdl.handle.net/10950/3988
29. Ebadi A, Sadooghiasl A, Parvizy S. Moral courage of nurses and related factors. Iranian Journal of Nursing Research (IJNR). 2020; 15(2): 24-34. (Persian) URL: http://ijnr.ir/article-1-2392-en.html
30. Gallagher A. Moral distress and moral courage in everyday nursing practice. Online J Issues Nurs. 2011; 16(2): 1-8. DOI:10.3912/ojin.vol16no02ppt03