

تأثیر روایت گویی از طریق شبیه سازی بر استدلال و حساسیت اخلاقی دانشجویان پرستاری

آرزو فردا، اکرم السادات حسینی^{۱*}، انوشیروان کاظم نژاد^۲

- ۱- کارشناس ارشد کودکان، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران
 ۲- دانشیار دانشگاه علوم پزشکی تهران، دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی تهران، عضو مرکز تحقیقات قرآن، حدیث و طب دانشگاه علوم پزشکی تهران، ایران
 ۳- استاد آمار زیستی دانشگاه تربیت مدرس، دانشکده علوم پزشکی، دانشگاه تربیت مدرس، تهران، ایران

Journal of Education and Ethics in Nursing, Vol.11, No.1&2, Spring & Summer 2022

چکیده:

مقدمه: حساسیت پرستاران، به موضوعات اخلاقی و نحوه استدلال آنان در بالین، یکی از اصول حرفه‌ای در پرستاری است که نیازمند توجه ویژه است. بنابراین پژوهش حاضر، با هدف تعیین تأثیر روش روایت گویی، توسط شبیه سازی بر استدلال و حساسیت اخلاقی دانشجویان پرستاری انجام شده است.

روش کار: تحقیق حاضر به شیوه کارآزمایی بالینی، بر روی ۶۰ نفر از دانشجویان مقطع کارشناسی، در حیطه پرستاری است که با پرتاب تاس، به ۲ گروه مداخله و کنترل تقسیم و بررسی شدند. پرسشنامه‌های جمعیت شناختی، استدلال اخلاقی کوهلبرگ و حساسیت اخلاقی لاتزن برای جمع‌آوری داده‌ها، در ۳ نوبت قبل و بعد مداخله و یک ماه بعد تکمیل شدند. مداخله طی ۴ جلسه ۳ ساعته بر اساس ۱۰ سناریوی روایی شده، با مضمون چالش‌های اخلاقی در پرستاری و ۲ جلسه به صورت بیان تجربه‌های دانشجویان، در محیط بالین انجام گشت. داده‌ها توسط نرم افزار SPSS نسخه ۱۶ و با استفاده از آزمون‌های آماری کای دو، دقیق فیشر و ANOVA مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند.

یافته‌ها: نتایج بررسی نشان داد که گروه از نظر متغیرهای دموگرافیک، میزان استدلال و حساسیت اخلاقی، تفاوت معناداری قبل از مداخله نداشتند و هماهنگ بودند. بعد از مداخله، گروه کنترل استدلال اخلاقی $39,23 \pm 6,88$ و مداخله $49,03 \pm 7,55$ بود که به $P < 0,001$ تفاوت معناداری میان دو گروه مشاهده شد که نشان‌دهنده آن بود که در پیگیری نیز تفاوت معناداری وجود دارد. حساسیت اخلاقی بعد از مداخله در گروه کنترل $32,56 \pm 24,03$ و مداخله $44,14 \pm 14,36$ بود که با $P < 0,001$ تفاوت معناداری میان دو گروه مشاهده شد.

نتیجه‌گیری: روایت گویی از طریق شبیه سازی می‌تواند، یک روش مؤثر در جهت افزایش حساسیت و استدلال اخلاقی دانشجویان پرستاری باشد. بنابراین نتایج نشان داد که تحول در روش‌های آموزش اخلاق، باعث افزایش توانمندی‌های اخلاقی دانشجویان پرستاری خواهد شد.

واژگان کلیدی: روایت گویی، حساسیت اخلاقی، استدلال اخلاقی، شبیه سازی، دانشجویان پرستاری

J Educ Ethics Nurs 2022;11(1&2):55-64

مقدمه

باشند تا بتوانند عملکرد متناسب اخلاقی در حل چالش‌های محیط بالینی داشته باشند [۳]. زمینه‌ساز پرستاران بالین توانمند، آموزش متناسب مسائل اخلاقی به دانشجویان است. آنان در کنار مهارت‌ها و شایستگی‌های بالینی، نیازمند شایستگی‌های اخلاقی بالا برای ارائه مراقبت‌های مناسب و حرفه‌ای هستند [۴-۱۰]. حساسیت اخلاقی (Moral Sensivity)، به‌عنوان اولین گام در فرآیند تصمیم‌گیری اخلاقی، قبل از قضاوت اخلاقی در فرد

اخلاق، شامل اصول و ارزش‌هایی است که بر رفتارهای فردی و جمعی، تحت عنوان درست یا غلط حاکمیت دارد. اخلاق در سطح تخصصی در پرستاری مورد توجه است و اهمیت آن را در پاسخ‌دهی به بیماران، حفظ آن‌ها از آسیب و آسایش خانواده و بیماران توصیف کرده‌اند. بنابراین به‌طور عملی، اخلاق و عملکرد بالینی جدا از هم نیستند [۱، ۲]. پرستاران با توجه به اهمیت شغلی و موقعیت اجتماعی، لازم است از سطح اخلاقی بالایی برخوردار

*نویسنده مسئول، نشانی: دانشیار دانشگاه علوم پزشکی تهران. دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی تهران. عضو مرکز تحقیقات قرآن، حدیث و طب دانشگاه علوم پزشکی تهران، ایران.

تلفن تماس: ۰۲۱۶۱۰۵۴۴۲۳

پست الکترونیک: ashoseini@tums.ac.ir

تاریخ دریافت: ۱۴۰۱/۹/۴

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۱/۱۰/۴

معیارهای ورود به پژوهش: ۱) دارا بودن سن ۱۸ تا ۳۰ سال، ۲) دانشجوی ترم ۵ کارشناسی پرستاری دانشگاه علوم پزشکی تهران (۳) گذراندن واحدهای اخلاق، بر اساس کوریکولوم آموزشی دوره کارشناسی و معیارهای خروج از پژوهش مبتنی بر، شرکت نکردن دانشجو در دو جلسه آموزشی بود.

گردآوری داده‌ها، به صورت خود گزارشی، با استفاده از پرسشنامه‌های: الف: مشخصات جمعیت شناختی دانشجویان ب- نسخه فارسی پرسشنامه، بر اساس حساسیت اخلاقی ج: نسخه فارسی پرسشنامه، در قسمت استدلال اخلاقی کولبرگ که در ۳ نوبت (قبل از مداخله، جلسه پایانی مداخله و یک ماه بعد از آخرین جلسه جهت سنجش یادداری شرکت‌کنندگان) تکمیل گردید... پرسشنامه جمعیت شناختی: این پرسشنامه دارای ۳ سؤال مربوط به دانشجویان، شامل: نام یا کد محرمانه، سن (سال)، جنس، تأهل بود.

پرسشنامه حساسیت اخلاقی MSQ: پرسشنامه حساسیت اخلاقی که توسط لوتزن (Lutzen) و همکاران (۱۹۹۵)، طراحی شده است. این پرسشنامه دارای ۲۵ سؤال در مقیاس لیکرت ۵ قسمتی (کاملاً موافق (۴)، نسبتاً موافق (۳)، نسبتاً مخالف (۲)، کاملاً مخالف (۱)) و بی‌نظر (۰) بوده است که در ۷ حیطه آشنایی بین فردی و ارتباطات، ساختار بندی مفاهیم اخلاقی، خیرخواهی، احترام به استقلال بیمار، تجربه تضادها و چالش‌های اخلاقی، اعتماد به دانش حرفه‌ای تخصصی و اصول مراقبت را شامل می‌شود. حداقل و حداکثر نمره این پرسشنامه، بین ۰-۱۰۰ است که عدد بالاتر به معنای حساسیت اخلاقی بیشتر است [۱۹، ۲۰]. روایی محتوای این پرسشنامه، در نسخه فارسی با استفاده از نظرسنجی از ۱۰ نفر از متخصصان اخلاق پزشکی و پرستاری سنجیده شد که این مقدار CVI: ۰/۸۷ به دست آمد. همچنین پایایی نسخه فارسی، با استفاده از آزمون مجدد، روی ۱۲ نفر از پرستاران، در دو نوبت به فاصله دو هفته، انجام گرفت، که این بررسی و تأیید نشان داد که ضریب همبستگی آن ۰/۹۹۷ بود [۲۰].

پرسشنامه استدلال اخلاقی کولبرگ (آزمون معمای اخلاقی پرستاران: (NDT (Nursing Dilemma Test): آزمون معمای اخلاقی پرستاری، بر اساس سطح استدلال اخلاقی کولبرگ طراحی شده است. این پرسشنامه، شامل ۶ سناریو است که در هر سناریو، یک معضل یا معمای فرضی بیان گشته، که در پایان هر سناریو، ۳ سؤال مطرح شده است. هر یک از این ۶ سناریو، توصیف‌کننده یک دو راهی یا معمای اخلاقی برای پرستار می‌باشد. هر سناریو، سه سؤال دارد. سؤال اول: بیان‌کننده این موضوع می‌باشد که پرستار در شرایط توصیف شده چه اقدامی انجام می‌دهد. این پرسش خود عوامل تصمیم‌گیری را به دنبال استدلال اخلاقی نشان می‌دهد. گزینه‌های سؤال اول، به صورت

ضروری است [۱۱، ۱۲]. این حساسیت که ترکیبی از آگاهی فرد از ابعاد اخلاقی نظیر: تحمل، آرامش، مسئولیت‌پذیری و اهمیت دادن به مسائل اخلاقی است، در نگرانی برای عمل کردن منعکس می‌گردد. حساسیت اخلاقی دانشجویان پرستاری، اغلب در انجام دادن مسئولیت حرفه‌ای و تصمیم‌گیری اخلاقی آنان نقش مهمی دارد [۱۳]. از طرفی مکمل حساسیت اخلاقی، استدلال اخلاقی است. استدلال اخلاقی (Moral Reasoning)، به صورت آگاهی و توجه به ارزش‌های اخلاقی موجود در یک موقعیت و خودآگاهی فردی نسبت به نقش و وظیفه در آن موقعیت خاص می‌باشد [۱۴]. به عبارتی دیگر، استدلال اخلاقی، توانایی فرد در انتخاب یک راه حل از میان چندین راه حل در برابر یک معضل اخلاقی و ارائه دلایل متناسب با توجه به دانش و وجدان خود است [۱۵]. از آنجایی که حرفه پرستاری، درصدد ارائه مراقبت‌های مبتنی بر شواهد و عوامل شایسته، به‌ویژه بر اساس اصول انسانی و اخلاقی است بنابراین ارائه مراقبت اخلاقی نیازمند برخورداری پرستار از سطح مناسبی از استدلال اخلاقی می‌باشد که مقتضی تدارک آموزش‌های متناسب با این نیاز است [۲].

روایت‌گویی (Storytelling)، یکی از روش‌های آموزشی است که امکان اجرای آن برای هر فردی وجود دارد. روایت، به‌عنوان یک داستان یا شماری از حوادث و تجربه‌هایی است که می‌تواند واقعی یا ساختگی باشد [۱۶]. روش روایت‌گویی در اخلاق، روشی غیرمستقیم است که به دنبال ایجاد حساسیت، نسبت به موضوع اخلاقی می‌باشد؛ آنگونه که این روش، قدرت تفکر انتقادی را در شنونده افزایش می‌دهد [۱۷، ۱۸].

بر اساس مطالب مذکور و با توجه به ارزش آموزش‌های غیرمستقیم در علوم رفتاری مبتنی بر این فرض، که استفاده از روش روایت‌گویی در آموزش مفاهیم و قواعد اخلاقی، در حوزه علوم پزشکی می‌تواند به نتایج ارزشمندی منجر گردد و همچنین فقدان پژوهش‌های تجربی، به‌طور مستند، می‌تواند تأثیر این شیوه را در حیطه پرستاری کودکان بررسی و مورد تحلیل قرار دهد. این محققان، بر آن شدند، که مطالعه‌ای با هدف، بررسی تأثیر روایت‌گویی، از طریق شبیه‌سازی بر استدلال و حساسیت اخلاقی در دانشجویان کارشناسی پرستاری دانشگاه علوم پزشکی تهران انجام دهند.

روش کار

پژوهش حاضر، از نوع کارآزمایی بالینی (۱۳۹۸)، در دانشگاه علوم پزشکی تهران بر روی ۶۰ نفر از دانشجویان پرستاری، که به روش سرشماری، بر اساس لیست کارورزی ترم ۵ انتخاب و از طریق تخصیص تصادفی به روش انداختن تاس به دو گروه تقسیم شدند؛ که هر گروه شامل یک زیرمجموعه ۳۰ نفره بودند.

یافته‌ها

دو گروه، از نظر مشخصات دموگرافیک (جدول ۱)، نمره استدلال و حساسیت اخلاقی قبل از مداخله همگن بودند و تفاوت معناداری را نشان ندادند.

در رابطه با سنجش استدلال اخلاقی، با شش سناریوی مطرح شده در پرسشنامه نتایج نشان داد که گروه کنترل، در مورد بیشتر سناریوها، از ارائه دادن پاسخ اخلاقی مناسب، ناتوان بودند. به خصوص در سناریوی ۲ (اجبار دارویی)، پاسخ‌های غیراخلاقی به طرز محسوسی بالا می‌باشد (۴۶/۷٪). در گروه مداخله قبل از روایت‌گویی، در مورد بیشتر سناریوها، شرکت‌کنندگان از دادن پاسخ اخلاقی مناسب ناتوان بودند و در سناریوی ۲، پاسخ‌های غیراخلاقی به طرز محسوسی بالا هستند (۷۳/۳٪). پس از مداخله، پاسخ‌ها در گروه مداخله رشد و در زمان پیگیری نیز تفاوت محسوسی با قبل از مداخله نداشته‌اند (جدول ۲).

استدلال اخلاقی گروه کنترل قبل از مداخله، در سطح پس‌عرفی به میزان ۴۰٪ درصد و پس از مداخله ۳۶/۷ درصد بود. استدلال اخلاقی گروه مداخله ۱۳/۳ درصد، در سطح پس‌عرفی بودند که پس از مداخله ۵۶/۷ درصد بود و در دوره پیگیری نیز ۵۳/۳ درصد گروه مداخله، در سطح پس‌عرفی بودند. آزمون کای دو، برای مقایسه سطوح متغیر سطح تکاملی اخلاقی، در دو گروه مداخله و کنترل تشکیل می‌دادند که بعد از مداخله برابر با $P = 0/005$ بود. در حالی که این یافته‌ها دال بر معنادار بودن آن‌ها نیست. این نتیجه نشان می‌دهد میان سطوح تکاملی اخلاقی کلبرگ، پس از مداخله در دو گروه کنترل و مداخله تفاوت معنادار وجود ندارد (جدول ۳).

میانگین نمره استدلال اخلاقی پرستاران در گروه کنترل قبل از مداخله $39/40 \pm 5/98$ و پس از مداخله $39/23 \pm 6/88$ بود. در گروه مداخله قبل از مداخله، میانگین نمره تفکر اخلاقی $39/56 \pm 5/57$ و پس از مداخله $49/03 \pm 7/55$ بود. همچنین پس از پیگیری میانگین نمره تفکر اخلاقی پرستاران $48/03 \pm 6/52$ برآورد شد. همچنین میان نمره استدلال اخلاقی، در گروه کنترل قبل و بعد از مداخله، تفاوت معناداری مشاهده نشد ($P = 0/796$). این در حالی است که بعد از مداخله و پس از پیگیری، تفاوت معناداری در گروه مداخله نسبت به قبل از مداخله نشان داده شد ($P < 0/001$)، اما تفاوت معناداری قبل از مداخله، میان دو گروه مداخله و کنترل مشاهده نشد ($P = 0/912$). در نهایت آزمون اندازه‌گیری‌های مکرر، نشان داد که بین سه بار اندازه‌گیری تفاوت معناداری میان دو گروه مشاهده شد (جدول ۴).

میانگین نمره مواجهه پاسخ‌دهنده با موقعیت‌های مشابه، در پرسشنامه استدلال اخلاقی در گروه کنترل، قبل از مداخله $22/36 \pm 5/26$ بود. پس از مداخله در گروه کنترل، میانگین نمره

بله، خیر و نمی‌تواند تصمیم بگیرد، آورده شده است. سؤال دوم: دارای ۶ گزینه است که در آن استدلال اخلاقی پرستار مورد سنجش قرار گرفته است. این قسمت از پرسشنامه، بر اساس مراحل ۲ تا ۶ رشد تکامل اخلاقی نظریه کولبرگ، طراحی شده است. در اینجا پرستار به ترتیب اولویت، ۶ گزینه را مرتب می‌کند که بیشترین نمره از این قسمت ۱۱ و کم‌ترین نمره ۳ است و نمره کل، حاصل جمع ۶ سناریو، حداقل ۱۸ و حداکثر ۶۶ است. هر چه نمره کسب شده، در این مرحله بالاتر باشد، نشان‌دهنده رشد بیشتر استدلال اخلاقی می‌باشد. در قسمت سوم هر سناریو، میزان مواجهه، پرستار با سناریوی ذکر شده، مورد سؤال قرار گرفته است. چنانچه نمره به دست آمده، از این مرحله بین ۶ تا ۱۷ باشد، نشان‌دهنده مواجهه قبلی، با سناریو و نمره ۱۸ تا ۳۰ نشان‌دهنده عدم آشنایی قبلی پرستار با شرایط مشابه است [۲۱]. روایی این پرسشنامه در تحقیق برهانی (۱۳۸۹)، بر روی پرستاران، ارزیابی و تأیید شده است و پایایی آن با شیوه دو نیمه کردن آزمون و آلفای کرونباخ آن ۰/۸۲ به دست آمده است [۲۲].

مداخله پژوهش، طی ۴ جلسه ۳ ساعته انجام گشت که در هر جلسه حدود نیم ساعت زمان استراحت برای دانشجویان در نظر گرفته شد. کل مداخله در زمان ۲ هفته‌پی در پی انجام گرفت. در ۲ جلسه اول، به گروه مداخله آموزش اخلاق، با استفاده از روش روایت‌گویی از طریق شبیه‌سازی، با استفاده از پخش فیلم‌هایی که از قبل در محیط بیمارستان ضبط شده بودند (فیلم‌ها توسط خود پرستاران، با سناریوهای تأیید شده در محیط واقعی بیمارستان، با اجازه کتبی از مسئولان ذیربط ضبط شد که مدت هر فیلم بین ۵ تا ده دقیقه بود) و بر اساس ۱۰ سناریوی روایی شده توسط، ده تن از استادان در حیطه پرستاری و پرستاران بالینی، با مضمون معضله‌های اخلاقی در پرستاری تشکیل می‌دادند که شامل: ارتباط با بیمار، اختیار، نحوه تصمیم‌گیری در مواقع اورژانس، پاسخ دادن به نیازهای ویژه بیماران، عدالت، سودمندی، ضرر نرساندن، رازداری، گفتن حقیقت به بیمار، گزارش کودک‌آزاری بود داده شد. در ۲ جلسه بعدی، دانشجویان با توجه به تجربه‌های خود، در محیط بالین سناریوهایی با مضمون معضلات اخلاقی نوشته و با روایت سناریوهای خود و ایفای نقش در سناریوها، سعی در شبیه‌سازی موقعیت و تلاش در حل مشکلات و تصمیم‌گیری اخلاقی، به صورت بحث گروهی کردند. بعد از پایان مداخله، در گروه مداخله و جمع‌آوری پرسشنامه‌های آنان، در گروه کنترل نیز به دلیل شیوع کرونا، پرسشنامه‌ها از طریق فضای مجازی تکمیل شدند. در گروه کنترل آموزش اخلاق، به شیوه رایج در دانشگاه، کارگاه اخلاق انجام شد اما مداخله خاصی برای آن‌ها صورت نگرفت.

میانگین نمره کاهش یافته و پرستاران بیشتر به دشواری‌های مشابه توجه می‌کنند (جدول ۵).

میانگین نمره حساسیت اخلاقی، در گروه کنترل قبل از مداخله $31/23 \pm 24/15$ و پس از مداخله در گروه کنترل، میانگین نمره حساسیت اخلاقی پرستاران $32/56 \pm 26/03$ بود. همچنین در گروه مداخله، قبل از مداخله، میانگین نمره حساسیت اخلاقی پرستاران $38/24 \pm 24/55$ و پس از مداخله $84/36 \pm 14/14$ و میانگین این نمره پس از دوره پیگیری $82/4 \pm 14/14$ بود. مطابق جدول ۴-۱۰، بین نمره حساسیت اخلاقی در گروه کنترل، قبل و بعد از مداخله، تفاوت معناداری مشاهده نشد ($P=1/00$). همچنین بعد از مداخله و پس از پیگیری تفاوت معناداری در گروه مداخله، نسبت به قبل از مداخله نشان داده شد ($P<0/001$). تفاوت معناداری، قبل از مداخله میان دو گروه مداخله و کنترل مشاهده نشد ($P=0/248$)، ولی بعد از مداخله، میان دو گروه اختلاف آماری معنادار بود ($P<0/001$). این نتایج بدان معناست، که روایت گویی از طریق شبیه‌سازی، بر حساسیت اخلاقی پرستاران مؤثر می‌باشد (جدول ۶).

مواجه پاسخ‌دهنده با موقعیت‌های مشابه پرستاران $23/13 \pm 5/23$ بود. همچنین در گروه مداخله، قبل از مداخله، میانگین نمره مواجه پاسخ‌دهنده با موقعیت‌های مشابه پرستاران $21/33 \pm 4/8$ و پس از مداخله $15/83 \pm 6/68$ بود و میانگین این نمره پس از دوره پیگیری $15/56 \pm 6/73$ بود. بنابراین بین نمره مواجه پاسخ‌دهنده با موقعیت‌های مشابه در گروه کنترل قبل و بعد از مداخله، تفاوت معناداری مشاهده نشد ($P=0/354$). اما بعد از مداخله و در زمان پیگیری، تفاوت معناداری در گروه مداخله، نسبت به قبل از مداخله نشان داده شد ($P<0/001$). تفاوت معناداری قبل از مداخله میان دو گروه مداخله و کنترل، مشاهده نشد ($P=0/574$)، اما بعد از مداخله، میان دو گروه اختلاف آماری معنادار بود ($P<0/001$). این نتایج بدان معنا می‌باشد که روایت گویی از طریق شبیه سازی، بر میانگین نمره مواجه پاسخ‌دهنده با موقعیت‌های مشابه مؤثر است. با توجه به اینکه نمره ۶ تا ۱۷، بیانگر برخورد و آشنایی پرستار با معضل مشابه است و کسب نمره ۱۸ تا ۳۰، بیانگر عدم برخورد و ناآشنایی با موقعیت‌های مشابه است، بنابراین نتایج پژوهش حاضر، نشان داد که پس از مداخله،

جدول ۱: مقایسه مشخصات دموگرافیک جنس و وضعیت تأهل در دو گروه

مشخصات دموگرافیک		کنترل		مداخله	
		تعداد	درصد	تعداد	درصد
تأهل	متأهل	۲۸	۹۳٫۳	۲۸	۹۳٫۳
مجرد	مجرد	۲	۶٫۷	۲	۶٫۷
آزمون آماری فیشر		P=1			
جنسیت	مذکر	۹	۳۰	۱۳	۴۳٫۳
	مؤنث	۲۱	۷۰	۱۷	۵۶٫۷
آزمون آماری کای دو		P= ۰/۲۸			

جدول ۲: مقایسه دانشجویان پرستاری در خصوص شش سناریوی استدلال اخلاقی در گروه کنترل و مداخله قبل و بعد از مداخله

سناریو	پاسخ‌های موجود برای هر سناریو			پاسخ گروه کنترل		پاسخ گروه مداخله	
	قبل از مداخله	بعد از مداخله	پس از پیگیری	قبل از مداخله	بعد از مداخله	قبل از مداخله	بعد از مداخله
نوزاد با انومالی‌های شدید	۱. نمی‌تواند تصمیم بگیرد.	۶,۷٪	۱۳,۳٪	۲۰٪	۳,۳٪	۳,۳٪	۳,۳٪
	۲. باید نوزاد را همانند سایر نوزادان احیا نماید.	۷۳,۳٪	۷۰٪	۴۳,۳٪	۸۰٪	۸۰٪	۸۰٪
	۳. نباید نوزاد را همانند سایر نوزادان احیا کند.	۲۰٪	۱۶,۷٪	۳۶,۷٪	۱۶,۷٪	۱۶,۷٪	۱۶,۷٪
اجبار دارویی	۱. نمی‌تواند تصمیم‌گیری نماید.	۰٪	۱۳,۳٪	۰٪	۰٪	۰٪	۰٪
	۲. باید دارو را به زور تزریق نماید.	۴۶,۷٪	۴۶,۷٪	۷۳,۳٪	۶۰٪	۵۳,۳٪	۶۰٪
	۳. نباید دارو را به زور تزریق نماید.	۵۳,۳٪	۴۰٪	۲۶,۷٪	۴۰٪	۴۶,۷٪	۴۰٪
تقاضای بالغین برای مردن	۱. نمی‌تواند تصمیم بگیرد	۰٪	۰٪	۶,۷٪	۳,۳٪	۳,۳٪	۳,۳٪
	۲. باید به برقراری تنفس او کمک نماید.	۹۶,۷٪	۹۶,۷٪	۸۶,۷٪	۹۳,۳٪	۹۰٪	۹۰٪
	۳. نباید به برقراری تنفس بیمار کمک نماید.	۳,۳٪	۳,۳٪	۶,۷٪	۳,۳٪	۶,۷٪	۳,۳٪
آشنا سازی یک پرستار جدید	۱. نمی‌تواند تصمیم بگیرد.	۱۰٪	۲۰٪	۰٪	۳,۳٪	۳,۳٪	۳,۳٪
	۲. باید زمان را برای آشنا سازی پرستار جدید اختصاص دهد.	۳۰٪	۳۰٪	۳۰٪	۱۶,۷٪	۲۶,۷٪	۱۶,۷٪
	۳. نباید زمان را صرف آشناسازی پرستار جدید نماید.	۶۰٪	۵۰٪	۷۰٪	۸۰٪	۷۰٪	۷۰٪
اشتباه دارویی	۱. نمی‌تواند تصمیم بگیرد.	۱۰٪	۳,۳٪	۳,۳٪	۰٪	۰٪	۰٪
	۲. باید اشتباه دارویی را حالا گزارش نماید	۹۰٪	۹۰٪	۹۶,۷٪	۱۰۰٪	۱۰۰٪	۱۰۰٪
	۳. نباید اشتباه دارویی را حالا گزارش نماید.	۰٪	۶,۷٪	۰٪	۰٪	۰٪	۰٪
بالغین با بیماری شدید در مراحل انتهایی	۱. نمی‌تواند تصمیم بگیرد.	۱۶,۷٪	۲۶,۷٪	۲۰٪	۶,۷٪	۶,۷٪	۶,۷٪
	۲. باید به سؤالات بیمار پاسخ دهد.	۴۰٪	۴۰٪	۱۶,۷٪	۳۳,۳٪	۳۳,۳٪	۳۳,۳٪
	۳. نباید به سؤالات بیمار پاسخ دهد.	۴۳,۳٪	۳۳,۳٪	۶۳,۳٪	۶۰٪	۶۰٪	۶۰٪

جدول ۳: مقایسه تعداد و درصد سطح تکامل اخلاقی در گروه کنترل و مداخله بعد از مداخله بر اساس پرسشنامه استدلال اخلاقی

سطح تکاملی اخلاقی	گروه کنترل		گروه مداخله	
	تعداد	درصد	تعداد	درصد
سطح پیش عرفی	۱۲	۴۰٪	۴	۱۳,۳٪
سطح عرفی	۱۱	۳۶,۷٪	۷	۲۳,۳٪
سطح پس عرفی	۲	۶,۷٪	۱۷	۵۶,۷٪
ملاحظات بالینی	۵	۱۶,۷٪	۲	۶,۷٪
جمع	۳۰	۱۰۰٪	۳۰	۱۰۰٪
آزمون	Chi-Square			
p-value	P=0.005			

جدول ۴: مقایسه استدلال اخلاقی در سه نوبت اندازه گیری در گروه کنترل و مداخله

گروه	زمان			آزمون
	میانگین \pm انحراف معیار			
	اول	دوم	سوم	p-value ^d
کنترل	۵/۹۸ \pm ۳۹/۴۰	۶/۸۸ \pm ۳۹/۲۳	۶/۸۸ \pm ۳۹/۲۳	۰/۰۰۱
مداخله	۵/۵۷ \pm ۳۹/۵۶	۷/۵۵ \pm ۴۹/۰۳	۶/۵۲ \pm ۴۸/۰۳	۰/۰۰۱
آزمون	p-value ^a	۰/۹۱۲	۰/۰۰۱	۰/۰۰۱
	p-value ^b	۰/۱۴۹		

a: پی مقدار، مربوط به آزمون مقایسه میانگین گروه مداخله و گروه کنترل، در هر زمان با استفاده از آزمون تی مستقل.

b: پی مقدار، مربوط به آزمون اثر گروه در تحلیل واریانس با اندازه‌های تکراری.

c: پی مقدار، مربوط به آزمون اثر متقابل در تحلیل واریانس با اندازه‌های تکراری.

d: پی مقدار، مربوط به آزمون اثر زمان در تحلیل واریانس با اندازه‌های تکراری.

جدول ۵: مقایسه مواجهه پاسخ‌دهنده با موقعیت‌های مشابه در پرسشنامه استدلال اخلاقی در سه نوبت اندازه‌گیری در گروه مداخله و کنترل

گروه	زمان			آزمون
	میانگین \pm انحراف معیار			
	اول	دوم	سوم	p-value ^d
کنترل	۲۲,۳۶ \pm ۵,۲۶	۲۳,۱۳ \pm ۵,۲۳	۲۳,۱۳ \pm ۵,۲۳	۰/۰۰۱
مداخله	۲۱,۳۳ \pm ۴,۸	۱۵,۸۳ \pm ۶,۶۸	۱۵,۵۶ \pm ۶,۷۳	۰/۳۵۴
آزمون	p-value ^a	۰/۵۷۴	۰/۰۰۱	۰/۰۰۱
	p-value ^b	۰/۲۰		

a: پی مقدار، مربوط به آزمون مقایسه میانگین گروه مداخله و گروه کنترل، در هر زمان با استفاده از آزمون تی مستقل.

b: پی مقدار، مربوط به آزمون اثر گروه در تحلیل واریانس با اندازه‌های تکراری.

c: پی مقدار، مربوط به آزمون اثر متقابل در تحلیل واریانس با اندازه‌های تکراری.

d: پی مقدار، مربوط به آزمون اثر زمان در تحلیل واریانس با اندازه‌های تکراری.

جدول ۶: مقایسه حساسیت اخلاقی در سه نوبت اندازه‌گیری در گروه کنترل و مداخله

گروه	زمان			آزمون
	میانگین \pm انحراف معیار			
	اول	دوم	سوم	p-value ^d
کنترل	۳۱,۲۳ \pm ۲۴,۱۵	۳۲,۵۶ \pm ۲۴,۰۳	۳۲,۵۶ \pm ۲۴,۰۳	۰/۰۰۱
مداخله	۳۸,۲۴ \pm ۲۴,۵۵	۸۴,۳۶ \pm ۱۴,۱۴	۸۲,۴ \pm ۱۴,۱۴	۱/۰۰
آزمون	p-value ^a	۰/۲۴۸	۰/۰۰۱	۰/۰۰۱
	p-value ^b	۰/۲۶		

a: پی مقدار، مربوط به آزمون مقایسه میانگین گروه مداخله و گروه کنترل، در هر زمان با استفاده از آزمون تی مستقل.

b: پی مقدار، مربوط به آزمون اثر گروه در تحلیل واریانس با اندازه‌های تکراری.

c: پی مقدار، مربوط به آزمون اثر متقابل در تحلیل واریانس با اندازه‌های تکراری.

d: پی مقدار، مربوط به آزمون اثر زمان در تحلیل واریانس با اندازه‌های تکراری.

بحث

دارد. اما این در حالی است که برای ارائه، مراقبت مطلوب نیاز می‌باشد آنگونه که پرستاران، تصمیمات خود را بر اساس وجدان اخلاقی و در سطح پس عرفی اتخاذ کنند. این همراستا بودن نتایج میان دو پژوهش نشان می‌دهد، آموزش اخلاق باید مورد توجه جدی واقع گردد؛ زیرا پرستاران و دانشجویان پرستاری نیازمند توانمند شدن در حیطه اخلاقی هستند. بنابراین به نظر می‌رسد نیاز به ارتقاء وضعیت استدلال اخلاقی دانشجویان، از طریق آموزش‌های پویا وجود دارد. که این نتیجه با تحقیق‌های متعددی اثبات می‌شود به عنوان نمونه؛ Barger و همکاران (۲۰۰۰)[۲۴]، نشان دادند، که دانشجویان پرستاری بیشتر در سطح عرفی و پس عرفی قرار دارند. همچنین Raines و همکاران (۲۰۰۰)[۲۵]، با بررسی سطح استدلال اخلاقی پرستاران، دریافتند که ۲ درصد پرستاران در سطح پس عرفی استدلال می‌کنند. در پژوهشی که توسط De Casterle و همکاران (۲۰۰۸)[۲۶]، انجام

در این پژوهش، پس از روایت گویی از طریق شبیه‌سازی، نمره استدلال اخلاقی و حساسیت اخلاقی تغییر یافته بود که نشان‌دهنده تأثیر مثبت روایت گویی از طریق شبیه سازی در پرستاران، می‌باشد. در بررسی زیرک و همکاران (۱۳۸۰)[۲۳]، میانگین نمره تفکر اخلاقی دانشجویان پرستاری، ارتقا یافت که مشابه نتایج پژوهش حاضر می‌باشد. همچنین در مقایسه نظرات دانشجویان در خصوص شش سناریو، در سناریو اجبار دارویی تعداد پاسخ‌های غیراخلاقی به طرز محسوسی بالا بود، این نتایج با پژوهش حاضر همسو می‌باشند که نشان می‌دهد استدلال اخلاقی در حوزه دارویی نیازمند توجه ویژه است که در این تحقیق به طور خاص به آن توجه نشده است و نیازمند توجه تام، در مطالعات بعدی می‌باشد. در یک بررسی مروری توسط زیرک و همکاران (۱۳۹۳)[۳]، مشخص شد که استدلال اخلاقی پرستاران و دانشجویان پرستاری، بیشتر در سطوح عرفی و پس عرفی قرار

شد نتایج نشان داد که پرستاران معمولی، بیشتر در سطح عرفی استدلال اخلاقی می‌کنند تا در سطح پس عرفی این در حالی است که پرستاران متخصص، بیشتر در سطح پس عرفی استدلال اخلاقی می‌کنند. Ahn و همکاران (۲۰۱۴) [۲۷]، در بررسی که به سنجش سطح حساسیت و استدلال اخلاقی دانشجویان پرستاری کره جنوبی پرداخته بودند نشان دادند که دانشجویان پرستاری حساسیت اخلاقی ضعیفی داشتند و در سطح پایینی استدلال می‌کنند. رژه و همکاران (۱۳۹۱)، با مطالعه‌ای هدف تعیین سطح استدلال اخلاقی دانشجویان کارشناسی ارشد پرستاری انجام دادند که نتایج نشان‌دهنده این بود، که ۸۸ درصد دانشجویان پرستاری از نظر اخلاقی در سطح عرفی و پس عرفی استدلال می‌کنند [۲۲]. نتایج بررسی‌های مذکور با نتایج تحقیق حاضر قبل از مداخله هماهنگ می‌باشند. همچنین Buzgova و همکاران (۲۰۱۳)، نیز نتایج مشابه را گزارش کردند [۲۸]. در تمامی این موارد مشخص شد که سطوح استدلال اخلاقی در دانشجویان پرستاری، سطح مطلوبی ندارد که بیانگر نیاز به آموزش جدی تر اخلاق برای این گروه از ارائه دهندگان خدمات سلامتی است. Park و همکاران (۲۰۱۲)، در تعیین حساسیت و استدلال اخلاقی دانشجویان پرستاری کره جنوبی نشان دادند که حساسیت و استدلال اخلاقی در دانشجویان پرستاری در سطح مطلوبی قرار دارد، که مغایر با نتایج پژوهش حاضر می‌باشد [۲۹]. به نظر می‌رسد، برای تعیین دلیل این تفاوت باید بر روی کوریکولوم‌های آموزشی و شیوه‌های توانمندسازی پرستاران و دانشجویان پرستاری توجه گردد و از طرفی باید توجه داشت که تفاوت‌های فرهنگی نیز می‌تواند بر این موضوع تأثیرگذار باشد.

با توجه به نتایج تحقیق حاضر و مقایسه با نتایج پژوهش‌های دیگر، نشان می‌دهد که توانایی استدلال اخلاقی می‌تواند متأثر از نوع برنامه درسی، قوانین و مقررات محیط اشتغال، سطح آموزش و تجربه پرستاران و دانشجویان پرستاری از موضوع‌های اساسی در اخلاق و اقدامات بالینی باشد. بنابراین، تفاوت‌های جوامع مختلف از نظر فرهنگی، اجتماعی، سیاسی، مذهبی، اعتقادی، ارزش‌ها و عرف‌های حاکم بر جامعه، تجربه‌های بالینی پرسنل پرستاری، درک پرستاران از نقش خود و آموزش ضمن خدمت پرسنل تأثیر مستقیم و غیرمستقیمی در گسترش استدلال اخلاقی دارد [۳۰].

باید توجه کرد که با وجود اینکه یافته‌های پژوهش‌ها نشانگر این است که دانشجویان پرستاری و پرستاران شاغل بیشتر در سطح عرفی و پس عرفی قرار دارند، اما هنوز با وضعیت مطلوب که همان استدلال اخلاقی در سطح پس عرفی است فاصله وجود دارد. از آنجایی که از پرستاران انتظار می‌رود که اعمال خود را بر اساس وجدان اخلاقی انجام دهند، باید زمینه مناسبی برای ارتقاء

استدلال اخلاقی آنان، به سطوح پس عرفی فراهم شود. یکی از مواردی که در توانمندی کادر پرستاری تأثیر زیادی دارد، توانایی استدلال اخلاقی آنان است. توسعه اخلاق پرستاری، ضرورتی برای ترقی این حرفه و بهبود خدمات است. در نتیجه، اتخاذ تدابیری در زمینه بهبود توانایی استدلال اخلاقی و حساسیت پرستاران و دانشجویان پرستاری از اهمیت بالایی برخوردار است. در پژوهش حاضر سعی بر آن شد که با یک مداخله مؤثر بتوان توانایی استدلال اخلاقی و حساسیت دانشجویان پرستاری را بهبود و قابل قبول جلوه داد. نتایج نشان می‌دهد که روایت‌گویی از طریق شبیه‌سازی، بر استدلال اخلاقی و حساسیت اخلاقی دانشجویان پرستاری مؤثر می‌باشد.

Price و همکاران (۲۰۱۵) [۳۱]، در پژوهشی به بررسی تأثیر استفاده از داستان در ترویج درک عمیق‌تر دانشجویان پرستاری، در مورد مفاهیم مراقبت‌های پرستاری پرداخته بودند. این امر نشان داد که از طریق نوشتن و به اشتراک‌گذاری داستان، دانشجویان ماهیت شخصی و پیچیده مراقبت‌های پرخطر را بهتر درک می‌کنند. این نتایج را می‌توان همسو با پژوهش حاضر، در نظر گرفت؛ زیرا تأثیر مثبت داستان در پژوهش حاضر کاملاً مشهود می‌باشد با وجود اینکه تفاوت‌هایی میان متغیرهای وابسته میان دو پژوهش وجود دارد. Johnston و همکاران (۲۰۱۷) [۳۲]، نیز در تحقیق دیگر، تأثیر روایت‌گویی دیداری و شنیداری در تجربه‌های یادگیری شبیه‌سازی شده، توسط دانشجویان کارشناسی پرستاری را مثبت نشان دادند، که هم‌راستا با نتایج پژوهش حاضر می‌باشد. از طرفی Kunst و همکاران (۲۰۱۸) [۳۳]، در یک مطالعه مروری نشان دادند که پس از بررسی، روش‌های مختلف شبیه‌سازی در مؤثرترین روش در یادگیری دانشجویان پرستاری روایت درمانی بود. Elmes و همکاران (۲۰۱۲) [۳۴]، نشان دادند که یک روش بسیار مناسب برای آموزش دانشجویان در مورد حساسیت اخلاقی و مشکلات اخلاقی، روایت‌گویی می‌باشد. Hunter و همکاران (۲۰۰۸)، گزارش کردند که دانشجویان پرستاری با بررسی داستان‌ها، نقش آینده خود را به نوان پرستار تجسم کرده و نحوه رفتار خود را در شرایط مشابه در یک روز تصور کردند. نتایج این تحقیق نشان داد که یکی از مؤثرترین روش‌های آموزش نوین، روایت‌گویی می‌باشد. نتایج پژوهش‌های مذکور، هماهنگ با نتایج بررسی حاضر می‌باشد. بنابراین با توجه به اثر بخش بودن این روش، در آموزش اخلاق پرستاری و نیاز نشان داده شدن آن در مطالعات ایرانی و غیر ایرانی، جهت توانمندسازی دانشجویان در ابعاد اخلاقی به نظر می‌رسد که این تحقیق نیز هم‌راستا با سایر مطالعات اثر بخشی، آن را مورد تأیید قرار می‌دهد. ایجاد محیط پویا و انگیزشی و دخالت مستقیم دانشجویان در تحلیل و آموزش

قبل از سنجش اولیه، از طریق پرسشنامه‌ها بود که بر اساس تجربه‌های محققان و اصول چهارگانه اخلاق پرستاری (اختیار، عدالت، سودمندی، ضرر نرساندن) تهیه شدند در حالی که بهتر بود بعد از اندازه‌گیری اولیه و به صورت ترکیبی، بر اساس نیاز مخاطبان و اصول اخلاق با یکدیگر تهیه می‌شدند. یکی دیگر از محدودیت‌ها طرح همکاری نکردن افراد خبره در هنر و تهیه ابزارهای آموزشی در روایی فیلم‌ها بود. به طوری که گروه تحقیق، برای از بین بردن این محدودیت، از همکاران هیأت علمی و پرستارانی که اطلاعات میان رشته‌ای در حیطه پرستاری، اخلاق و تهیه فیلم‌های آموزشی داشتند استفاده کرد.

ملاحظات اخلاقی

این پژوهش به تأیید کمیته اخلاق مشترک دانشکده پرستاری، مامایی و توانبخشی با به دست آوردن کد اخلاق (IR.TUMS.VCR.REC.1398.603) و کد کارآزمایی بالینی IRCT20190330043140N1) IRCT رسید.

تشکر و قدردانی

پژوهش حاضر، با گرانت مرکز تحقیقات حدیث، قرآن و طب دانشگاه علوم پزشکی تهران، به شماره ثبت ۱۷۳۰-۴-۱۸۹-۰۲-۹۸، انجام شده است. بدین‌وسیله، از تمام شرکت‌کنندگان در پژوهش و استادان دانشکده، جهت همکاری با اینجانب، تقدیر و تشکر می‌نمایم.

تضاد منافع

این پژوهش هیچ‌گونه تضاد منافی ندارد.

از طریق شبیه‌سازی، به نظر می‌رسد روش آموزشی مناسبی برای ارتقاء دانش اخلاقی دانشجویان پرستاری باشد.

نتیجه‌گیری

روایت‌گویی از طریق شبیه‌سازی، می‌تواند یک روش مؤثر در جهت افزایش حساسیت اخلاقی، تفکر اخلاقی، ملاحظات بالینی باشد. همچنین نتایج روایت‌گویی از طریق شبیه‌سازی، موجب می‌شود پرستاران بیشتر به معضلات مشابه توجه کنند و در پایان، روایت‌گویی از طریق شبیه‌سازی، می‌تواند به‌عنوان یک روش آموزشی مؤثر، در کنار سایر روش‌ها مورد توجه قرار گیرد. از طرفی نتایج این پژوهش، نیاز توجه به اخلاق در آموزش پرستاری و دوره‌های بازآموزی را نشان می‌دهد؛ زیرا به نظر می‌رسد که عملکرد بالینی پرستاران، بدون توجه به استدلال درست اخلاقی و حساسیت اخلاقی می‌تواند حرفه‌ای بودن پرستاران را خدشه دار کند. در نهایت می‌توان گفت برای ارتقاء اخلاق در بالین، نیازمند شیوه‌های نوین و کارآمدتری هستیم که یکی از آنها می‌تواند روایت‌گویی از طریق شبیه‌سازی باشد.

محدودیت‌های طرح

یکی از مهم‌ترین محدودیت‌های طرح، اندازه‌گیری نکردن میزان دانش دانشجویان از اصول اخلاق و اخلاق حرفه‌ای قبل از مداخله است با توجه به اینکه همه دانشجویان، دوره‌های اخلاق را گذرانده بودند، اما پاسخ‌دهی به سؤال‌ها، به طرز ملموسی قبل از مداخله نامطلوب می‌باشد. همچنین اندازه‌گیری میزان دانش، در تحلیل ارتباط دانش با استدلال و حساسیت اخلاقی، کمک شایانی می‌کرد. محدودیت دیگر پژوهش، تهیه فیلم‌ها و متون آموزشی

References:

- Pooneh Y, Hosein H. Moral Intelligence and Its Position in Nursing Profession. Journal of Development Strategies in Medical Education. 2015;2(2):65-73.
- Collins E, Drake M, Deacon M. The physical care of people with mental health problems: a guide for best practice: SAGE; 2013.
- Zirak M, Hasankhani H, Parizad N. The ethical reasoning ability of nurses and nursing students: a literature review. Iranian Journal of Medical Ethics and History of Medicine. 2015;7(6):15-28.
- Begloo ERR, Sadi R, Mohammad-Pour Y. Examining the ethical competence (ec) of nursing students. Revista QUID. 2017;1(1):2803-7.
- Brooks JS, Normore AH. Foundations of educational leadership: Developing excellent and equitable schools: Routledge; 2017.
- Jonasson L-L, Liss P-E, Westerlind B, Berterö C. Empirical and normative ethics: A synthesis relating to the care of older patients. Nursing ethics. 2011;18(6):814-24.
- Reis SM. Turning points and future directions in gifted education and talent development. The Routledge international companion to gifted education. 2009:317-24.
- Torabizadeh C, Homayuni L, Moattari M. Impacts of Socratic questioning on moral reasoning of nursing students. Nursing ethics. 2018;25(2):174-85.
- Zirak M, Moghadasian S, Abdollahzadeh F, Rahmani A. The study of level of ethical development in nurses

- working in training-treatment hospitals affiliated in Tabriz university of medical sciences, Tabriz, Iran. Qom University of Medical Sciences Journal. 2012;6(3):32-9.
۱۰. Campbell SM, Ulrich CM, Grady C. A broader understanding of moral distress. *Moral Distress in the Health Professions*: Springer; 2018. p. 59-77.
 ۱۱. Izadi A, Imani H, Noughabi F, Hajizadeh N, Naghizadeh F. Moral sensitivity of critical care nurses in clinical decision making and its correlation with their caring behavior in teaching hospitals of Bandar Abbas in 2012. *Iranian journal of medical ethics and history of medicine*. 2013;6(2):43-56.
 ۱۲. Corley MC. Nurse moral distress: a proposed theory and research agenda. *Nursing ethics*. 20۰۶;۱۳(۶):۵۰۰-۵۰۶.
 ۱۳. Farasatkish R, Shokrollahi N, Zahednezhad H. Critical care nurses' moral sensitivity in Shahid Rajaei Heart Center Hospital. *Iranian Journal of Cardiovascular Nursing*. 2015;4(3):36-45.
 ۱۴. Imanifar N, Seyedin AV, Afshar L, Sharifzadeh G. Comparison effect of teaching ethical principles using narrative ethics and lecture on the moral sensitivity of nurses. *Medical Ethics Journal*. 2015;9(31):95-125.
 ۱۵. Abbaszade A. Design and test of nurses' ethical performance model. Tabriz: Tabriz University of Medical Science; 2002.
 ۱۶. Vali A. Storytelling: an effective method for teaching complicated concepts in medicine. *Iranian Journal of Medical Education*. 2007;7(1):155-60.
 ۱۷. Pavill B. Fostering creativity in nursing students: a blending of nursing and the arts. *Holistic Nursing Practice*. 2011;25(1):17-25.
 ۱۸. Shieh C. Evaluation of a clinical teaching method involving stories. *International Journal of Nursing Education Scholarship*. 2005;2(۱)
 ۱۹. Lützén K, Nordström G, Evertzon M. Moral sensitivity in nursing practice. *Scandinavian journal of caring sciences*. 1995;9(3):131-8.
 ۲۰. 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.
 ۲۱. Fazljoon E, Borhani F, Hoseini SH, Abbaszadeh A. Nurses' perception of moral distress among nurses working in educational hospitals affiliated to Yazd University of Medical Sciences. *Medical Ethics Journal*. 2017;11(40):7-15.
 ۲۲. Borhani F, Abbaszadeh A, Kohan M, Fazaal MA. Nurses and nursing students' ethical reasoning in facing with dilemmas: a comparative study. *Iranian Journal of Medical Ethics and History of Medicine*. 2010;3(4):71-81.
 ۲۳. Zirak M, Mogadasiyan S, ABDULLAH ZF, Rahmani A. Comparison of ethical reasoning in nursing students and nurses in Tabriz University of medical science. 2012.
 ۲۴. Barger RN. A summary of Lawrence Kohlberg's stages of moral development. University of Notre Dame Retrieved on August. 2000;12:200۶.
 ۲۵. Raines ML. Ethical decision making in nurses: relationships among moral reasoning, coping style, and ethics stress. *JONA'S healthcare law, ethics and regulation*. 2000;2(1):29-41.
 ۲۶. De Casterlé BD, Izumi S, Godfrey NS, Denhaerynck K. Nurses' responses to ethical dilemmas in nursing practice: meta-analysis. *Journal of advanced nursing*. 2008;63(6):540-9.
 ۲۷. Ahn SH, Yeom HA. Moral sensitivity and critical thinking disposition of nursing students in Korea. *International journal of nursing practice*. ۲۰۱۴;۲۰(۵):۴۸۲-۴۸۷.
 ۲۸. Bužgová R, Sikorová L. Moral judgment competence of nursing students in the Czech Republic. *Nurse education today*. 2013;33(10):1201-6.
 ۲۹. Park M, Kjervik D, Crandell J, Oermann MH. The relationship of ethics education to moral sensitivity and moral reasoning skills of nursing students. *Nursing ethics*. 2012;19(4):568-80.
 ۳۰. Alhani F. Educational challenges in ethical decision making in nursing. *Iranian Journal of Medical Ethics and History of Medicine*. 2008;1(4):21-30.
 ۳۱. Price DM, Strodtman L, Brough E, Lonn S, Luo A. Digital storytelling: an innovative technological approach to nursing education. *Nurse educator*. 2015;40(2):66-70.
 ۳۲. Johnston S, Parker CN, Fox A. Impact of audio-visual storytelling in simulation learning experiences of undergraduate nursing students. *Nurse education today*. 2017;56:52-6.
 ۳۳. Kunst EL, Henderson A, Johnston AN. A scoping review of the use and contribution of simulation in Australian undergraduate nurse education. *Clinical Simulation in Nursing*. 20۱۶;۱۶(۱۷):۸
 ۳۴. Elmes M, King K. Moral sensemaking through digital storytelling. *Journal of Business Ethics Education*. 2012;9:259-80.

The Effect of Storytelling through Simulation on Moral Reasoning and Moral Sensitivity of Nursing Students in Tehran University of medical sciences

Arezoo Fard¹, Akramosadat Sadat Hosseini^{2*}, Anoshirvan Kazemnejad³

Received: 2022/11/25

Revised: 2022/12/22

Accepted: 2023/1/1

1. Instructor of Pediatric Nursing, Faculty of Nursing and Midwifery, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran
2. Assistant Professor, Department of Pediatric Nursing, Faculty of Nursing and Midwifery, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran
3. Department of Biostatistics, Faculty of Medical Sciences, Tarbiat Modares University, Tehran, Iran

Journal of Education and Ethics in Nursing, Vol.11, No.1&2, Spring & Summer 2022

J Educ Ethics Nurs 2022;11(1&2):55-64

Abstract:

Introduction:

Nurses' sensitivity to ethical issues and their way of reasoning at the bedside is one of the professional principles in nursing that needs special attention. Therefore, the current research was conducted with the aim of determining the effect of the narrative method on the reasoning and moral sensitivity of nursing students through simulation.

Materials and Methods:

The present research is a clinical trial on 60 undergraduate students in the field of nursing who were divided into 2 intervention and control groups by throwing dice. Demographic questionnaires, Kohlberg's moral reasoning and Latzen's moral sensitivity were completed for data collection in 3 times before and after the intervention and one month later. The intervention was conducted during 4 sessions of 3 hours based on 10 narrated scenarios, with the theme of ethical challenges in nursing and 2 sessions in the form of expressing students' experiences, in the clinical environment. The data were analyzed by SPSS version 16 software and using chi-square, Fisher's exact and ANOVA statistical tests.

Results:

The results of the study showed that the group had no significant difference before the intervention and were harmonious in terms of demographic variables, the level of reasoning and moral sensitivity. After the intervention, the moral reasoning of the control group was 39.23 ± 6.88 and the intervention was 49.03 ± 7.55 , which showed a significant difference between the two groups at $P < 0.001$, which indicated that there is a significant difference in the follow-up. Moral sensitivity after the intervention was 32.56 ± 24.03 in the control group and 84.36 ± 14.14 in the intervention group, with $P < 0.001$, a significant difference was observed between the two groups.

Conclusion:

Storytelling through simulation can be an effective method to increase the sensitivity and moral reasoning of nursing students. Therefore, the results showed that the evolution in ethics education methods will increase the moral capabilities of nursing students.

Keywords: Storytelling, Moral Sensitivity, Moral Reasoning, Simulation, Nursing Students

* Corresponding author Email: ashoseini@tums.ac.ir