مقاله پژوهشی

برنامهٔ جامع مطالعه موردی درس اخلاق بر اساس مدل یادگیری ترکیبی و تأثیر آن بر شاخص‌های یادگیری فعال

عاطفه کرم زاده[۱]، لیلی مصلی نژاد[۲]*، لیلی بذرافکن[۳]

۱- کارشناسی ارشد آموزش پزشکی، مرکز توسعه آموزش، دانشگاه علوم پزشکی جهرم
۲- دانشیار گروه آموزش پزشکی، مرکز آموزش مجازی، داشگاه علوم پزشکی جهرم
۳- دانشیار گروه آموزش پزشکی، مرکز توسعه آموزش، دانشگاه علوم پزشکی شیراز

Journal of Education and Ethics in Nursing, Vol.12, No.1&2, Spring & Summer 2023

چکیده:

مقدمه: در تربیت پزشکان، باید علاوه بر آموزش پزشکی و مهارت‌های بالینی به رعایت عدالت، شأن و حقوق انسانی، توجه ویژه گردد. این موضوع، هدف نهایی اخلاق پزشکی است. هدف از این پژوهش، برنامهٔ جامع مطالعهٔ موردی درس اخلاق، بر اساس مدل یادگیری ترکیبی و تأثیر آن بر شاخص‌های یادگیری فعال می‌باشد.

روش کار: این پژوهش مداخله‌ای نیمه تجربی، بر روی ۷۰ نفر از دانشجویان پزشکی مقطع فیزیوپاتولوژی که واحد درس اخلاق پزشکی را اخذ کرده بودند، انجام شد. برنامهٔ آموزشی دانشجویان، شامل: تدریس مباحث نظری اخلاق پزشکی، بحث در زمینهٔ موردهای اخلاقی، استدلال بالینی، سپس بحث و گفتگو در محیط تالار گفتگو و تکالیف فردی، در سامانهٔ ال ام اس و تکمیل پورتفولیو را به خود اختصاص داد. ارزشیابی دانشجویان، با ارزیابی تأثیر روش بر دانش، نگرش و مهارت استدلال اخلاقی دانشجویان، همراه بود؛ همچنین تأثیر مداخله بر خود راهبری و خودتنظیمی، مورد بررسی قرار گرفت. ابزار گردآوری داده‌ها، پرسشنامه‌های آمادگی خودراهبری گاگلیمینو (۱۹۷۸) و خودتنظیمی بوفارد (۱۹۹۵) بود، که دانشجویان قبل و بعد از مداخله، آن‌ها را پاسخ دادند. در ارزیابی دانشجویان از یک برنامهٔ جامع شامل: مشارکت در فوروم، تکالیف فردی در LMS، آزمون تئوری، آسکی و تکمیل پورتفولیو، استفاده شد. میزان یادگیری دانشجویان، با دانشجویان سال قبل که از طریق روش سنتی، معلم محور انجام شده بود، مقایسه گردید. تجزیه و تحلیل داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار spss در دو سطح آمار توصیفی و استنباطی، انجام شد.

یافته‌ها: نتایج نشان داد که بین خودراهبری دانشجویان، بعد از مداخله نسبت به قبل از مداخله، تفاوت معناداری وجود داشت؛ (p=۰/۰۰۵) اما خودتنظیمی دانشجویان، علیرغم افزایش بعد از مداخله، نسبت به قبل از مداخله، معنادار نبود؛(p=۰/۱۴۹) همچنین نمرات کل درس اخلاق، آزمون آسکی و کتبی دانشجویان، در گروه مداخله، نسبت به گروه سنتی معنادار بود. (p<۰/۰۵)

نتیجه‌گیری: با توجه به یافته‌های پژوهش، پیشنهاد می‌شود ضمن توجه به رویکردهای آموزشی دانشجو محور، مبتنی بر مطالعهٔ موردها، به‌کارگیری آموزش‌های مکمل در قالب یادگیری ترکیبی در درس اخلاق پزشکی، می‌تواند تأثیر مناسبی بر ارتقای مهارت‌های یادگیری و عملکردی دانشجویان داشته باشد.

واژگان کلیدی: آسکی، آموزش پزشکی، اخلاق پزشکی، خودراهبری، خودتنظیمی، یادگیری فعال، یادگیری ترکیبی، مدل فلکس، مطالعه مبتنی بر موردها، حرفه‌ای‌گری

J Educ Ethics Nurs 2023; 12(1&2):62-71

مقدمه

عدم تناسب برخی از آموزش‌ها در سیستم سنتی دانشجویان پزشکی با نیازهای واقعی، از چالش‌های آموزش پزشکی عمومی، در سیستم آموزشی ایران است[۱]. در سیستم آموزش سنتی، دانشجویان پزشکی، به جای تمرکز بر درک مفاهیم و به‌کارگیری آن‌ها به حفظ طوطی‌وار(بدون تعقل و اندیشیدن) مطالب پرداخته و تنها دریافت‌کنندهٔ اطلاعات، از طرف مدرس خواهند بود[۲]. در تربیت پزشکان، باید علاوه بر آموزش پزشکی و مهارت‌های بالینی، به رعایت عدالت، شأن و حقوق انسانی نیز توجه ویژه شود.

*نویسنده مسئول، نشانی: دانشیار گروه آموزش پزشکی، مرکز آموزش مجازی، دانشگاه علوم پزشکی جهرم، جهرم، ایران.
تلفن تماس: ۰۹۱۷۷۹۲۰۸۱۳ پست الکترونیک: Mosallanejad @jums.ac.ir
تاریخ دریافت: ۱۴۰۱/۱۲/۲۸ تاریخ پذیرش: ۱۴۰۲/۶/۲۰

این امر هدف نهایی اخلاق پزشکی می‌باشد[۳]. بعضی از بررسی‌ها، آموزش اخلاق پزشکی را بر بالین و در بیمارستان، مهم‌تر از کلاس درس یا کارگاه‌های آموزشی می‌دانند[۴]؛ اگرچه در بعضی از مطالعات در درس اخلاق پزشکی، روش سخنرانی و آزمون کتبی بیشتر مورد استقبال قرار گرفته است[۵]؛ درحالی‌که این آموزش به‌تنهایی نمی‌تواند نیازهای سیستم بهداشتی–درمانی کشور را جهت داشتن پزشکان متعهد و متخصص، برآورده سازد [۶].

در روش‌های نوین در آموزش، مانند: دانشجو–محوری و راهبردهای یادگیری مسأله–محور، دانشجویان خود دانش و مهارت‌ها را کسب و استنتاج کرده و در این استراتژی‌ها، می‌اندیشند که چگونه در یادگیری به خود متکی بوده و مسئولیت یادگیریشان را بپذیرند[۷]. این نوع یادگیری، خودراهبری نام دارد و به ایجاد دانش در حیطه‌های خاص و نیز توانمندی انتقال دانش مفهومی، در موقعیت‌های جدید می‌پردازد. در آموزش پزشکی، بر یادگیری خودراهبری تأکید شده و فرآیندی است که دانشجویان پزشکی، نیازهای آموزشی خود را تعیین و منابع را برای یادگیری مشخص می‌کنند؛ یعنی راهبردهای یادگیری را انتخاب، اجرا و در نهایت، نتایج یادگیری را ارزیابی می‌کنند[۸, ۹]. فقدان مهارت‌های یادگیری خودراهبری، در دانشجویان باعث اضطراب، ناکامی و غالباً شکست به وجود می‌آورد[۱۰]. مطالعات نشان می‌دهد که دانشجویان سال بالاتر، معمولاً نسبت به دانشجویان سال پایین‌تر، خودراهبرتر هستند. بعضی تحقیق‌ها، میزان آمادگی خودراهبری در یادگیری دانشجویان را در حد متوسط و بعضی از آن‌ها در حد بالا، گزارش کرده‌اند[۱۰, ۱۱].

افراد خودراهبر، اهدافی را برای خود انتخاب، راهبردهای مناسب یادگیری را گزینش و انگیزش خود را حفظ کرده، به نظارت عملکرد خود پرداخته و پیشرفت خود را ارزیابی می‌کنند. زیمرمن (۲۰۰۰)، این سازهٔ مهم در فرآیند آموزش و یادگیری را خودتنظیمی، معرفی می‌کند؛ چنانچه متمرکز بر روشی است که فراگیر، نخستین گام را در یادگیری آغاز و بر آن نظارت کرده است، که یادگیری او را کنترل می‌کند[۱۲]. در واقع خودتنظیمی، اشاره به این دارد که یادگیرندگان می‌توانند، فرآیند یادگیری را صرف‌نظر از توانایی یادگیری قبلی و به‌صرف مساعد بودن محیط، آسان کنند[۱۳].خودتنظیمی، ضمن بهبود مهارت‌های یادگیری و حل مسأله در دانشجویان، [۱۴, ۱۵] باعث می‌شود آن‌ها بر روی عملکرد یادگیری خود متمرکز گردند. این موضوع باعث احساس شایستگی و توانایی در انجام تکالیف برای دانشجویان می‌گردد؛ در حالی‌که رفتارهای خودکنترلی و جاه‌طلبی آموزشی در آن‌ها نیز افزایش می‌یابد[۱۳]. بسیاری از محققان نشان داده‌اند که بین مهارت خودتنظیمی و عملکرد تحصیلی دانشجویان، رابطه وجود دارد[۱۶, ۱۷]؛ اما Demirören و همکاران، نشان دادند که خودتنظیمی بر پیشرفت تحصیلی دانشجویان تأثیر ندارد[۱۸].

به نظر می‌رسد تحقق یادگیری خودراهبر و خودتنظیمی، زمینهٔ لازم را برای شکوفایی و کشف استعداد فراگیران ایجاد و آن‌ها را در پاسخ‌گویی به نیازهای فکری، خلاقیت، جستجوگری در آموزش و یادگیری یاری می‌دهد و سبب مسئولیت‌پذیری فراگیر، در فرآیند یاددهی و یادگیری می‌شود[۱۰, ۱۹]؛ همچنین به‌کار گیری تکنولوژی در کنار آموزش و استفاده از پتانسیل مکمل آن در قالب یادگیری ترکیبی، یکی از رویکردهای مؤثر در ارتقای یادگیری در آموزش علوم پزشکی است. این شیوهٔ آموزشی، در قالب مدل‌های مختلف می‌تواند زمینهٔ ارتقای کیفی آموزش را فراهم سازد. یکی از روش‌های منعطف در این رویکرد، مدل فلکس است،که در این مدل، دانشجو با هدایت مدرس، در فضاهای آموزشی مجازی طراحی شده (محتوا، بحث، ارزشیابی) قرار می‌گیرد و از قابلیت فضای مجازی، در تکمیل فعالیت‌ها و یادگیری خود بهره‌مند می‌شود.

یادگیری ترکیبی می‌تواند، به‌عنوان یک استراتژی یادگیری و یاددهی مؤثر، برای تقویت و یکپارچه‌سازی، ارتباط علوم پایه با موضوعات بالینی باشد و بیشتر بر نتیجهٔ یادگیری تأکید دارد تا فرآیند آموزش و می‌تواند حرکت به سمت آموزش مبتنی بر شایستگی و یادگیری پیوسته در بین دانشجویان پزشکی را افزایش دهد[۲۰]؛ همچنین در رویکرد دانشجو محور، به‌کارگیری روش‌های مختلف، با ارتقای سهم دانشجو در یادگیری خود می‌تواند، در یادگیری دانشجو نقش به‌سزایی داشته باشد. با توجه به اینکه در رویکردهای جدید آموزشی، از پورتفولیوی الکترونیکی و فناوری‌ها برای ارائه ویژگی‌های آموزشی استفاده می‌شود، که این ابزارها را برای معلمان و دانش‌آموزان کاربر مقبول‌تر می‌کند[۲۱] و سهم دانشجو را در یادگیری خود بر اساس رویکرد ساخت‌گرایی، افزایش می‌دهد ؛ همچنین او را در ارزیابی و ساخت دانش مورد نیاز خود، از طریق روش‌هایی مانند: بحث‌های گروهی در تالارهای گفتگو، درگیری با موارد واقعی، کیس‌های بالینی و تکمیل پورتفولیو از عملکرد فرد در طی آموزش درس، میسر می‌سازد؛ به همین دلیل این پژوهش، با هدف بررسی برنامهٔ جامع مطالعهٔ موردی درس اخلاق، بر اساس مدل یادگیری ترکیبی و تأثیر آن بر شاخص‌های یادگیری فعال، انجام شد؛ چنانچه تأثیر آموزش جامع درس اخلاق، بر اساس رویکردهای آموزشی دانشجو محور مبتنی بر کیس‌های بالینی بر شاخص‌های یادگیری فردی، خوداهبری، خودتنظیمی و سپس تأثیر بر دانش، نگرش و عملکرد آن به‌عنوان شاخص مهم، در تأثیر آموزشی مداخلات آموزشی دانشجویان، انجام گردید.

روش کار

نوع مطالعه و مشارکت‌کنندگان

این پژوهش، یک مطالعهٔ مداخله‌ای نیمه تجربی تک گروه، با طرح آزمون قبل و بعد از مداخله است، که در سال تحصیلی ۹۸-۱۳۹۷ در دانشگاه علوم پزشکی جهرم انجام شد. ۷۰ نفر، از دانشجویان پزشکی، در دو دورهٔ مقطع فیزیوپاتولوژی دانشگاه علوم پزشکی جهرم، که واحد درس اخلاق پزشکی را اخذ می‌کنند، به‌صورت سرشماری در مطالعه شرکت کردند. تمامی دانشجویانی که در آزمون‌های استدلال بالینی، شامل: مشارکت در فوروم و بحث دانشجویان در تالار گفتگو، آزمون تئوری، سپس آزمون آسکی و تکمیل پورتفولیو به مطالعه وارد شدند. دانشجویانی که اطلاعات آن‌ها در پرسشنامه و پورتفولیو، ناقص تکمیل شده بود از بررسی خارج شدند. این پژوهش، در کمیتهٔ اخلاق معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی شیراز، با کد اخلاق ذکر شده، مورد تأیید و ثبت قرار گرفته است. ملاحظات اخلاقی مانند: اختیاری بودن ورود و خروج از مطالعه، اطمینان دادن به واحدهای پژوهشی در مورد محرمانه بودن اطلاعات، توضیح در مورد بی‌نام بودن پرسشنامه و همچنین اخذ رضایت شفاهی از واحدهای مورد پژوهش، رعایت گردید.

طراحی آموزشی و اجرا

در این پژوهش، ابتدا به توجیه نحوهٔ تدریس درس اخلاق، بر اساس مراحل تدریس و بیان انتظارات از دانشجو، در برنامهٔ درسی پرداخته شده است. در این زمینه، نحوهٔ کار در تالار گفتگو، استفاده از فضای کاربری با مشارکت در فوروم و بحث دانشجویان در تالار گفتگو، نحوهٔ به‌کارگیری اصول تفسیر اخلاقی، مدل‌ها جهت بحث گروهی از موارد اخلاقی، نحوهٔ تشکیل پورتفولیو و اهداف آن بررسی شد؛ سپس دانشجویان در حیطهٔ برنامهٔ آموزشی، مورد توجیه واقع شدند. قبل از مداخله، پرسشنامه‌های خود راهبری و خودتنظیمی، کدبندی و در اختیار دانشجویان، قرار داده شد؛ سپس سؤالاتی در جهت بررسی سطوح دانش، استدلال دانشجویان در محیط فوروم، با ارائه پنج مسأله موردی، جهت ایجاد حساسیت، نسبت به مباحث اخلاقی و پیش‌زمینهٔ فکری طراحی گردید و در تالار گفتگو، در سایت دانشگاه قرار داده شد. دانشجویان، موظف بودند بر اساس برنامهٔ زمان‌بندی، نسبت به ارائه دیدگاه‌های خود نسبت به مسأله‌های مطرح شده، اقدام کنند. سؤالات به‌صورت روزانه و تا یک هفته (هرروز یک سؤال) در فوروم قبل از شروع مباحث اصلی درس، گذاشته شد. تعداد سؤالات، ۵ مورد و به مدت ۵ روز، طراحی گردید. در این برنامه، ابتدا دانشجو به سؤالات طرح شده به‌صورت فردی، پاسخ داده و بعد از اتمام زمان پاسخ فردی، نسبت به دیدن پاسخ‌های دیگر همتایان، اقدام می‌کرد، که این موضوع زمینه را جهت توسعهٔ حساسیت اخلاقی و سپس بازاندیشی فراگیران، فراهم می‌نمود.

در ادامه، پس از شروع تدریس درس، عناوین به ترتیب مشخص شده، توسط تیمی از اساتید گروه اخلاق پزشکی، بر اساس الگوهای استدلال اخلاقی، در قالب تدریس بین‌رشته‌ای از گروه‌های مختلف پزشکی، علوم پایه و اخلاق، مبانی اخلاق پزشکی، اصول تعهدات و رفتار حرفه‌ای، موضوعات اخلاق پزشکی شامل: اتونومی و رضایت آگاهانه، اخلاق در بخش روان‌پزشکی، اخلاق در بخش زنان، ارتباط پزشک و بیمار، مراقبت‌های پایان حیات، رازداری و حقیقت‌گویی، ملاحظات اخلاقی آغاز و خاتمهٔ حیات، خطاهای پزشکی، اخلاق در آموزش پزشکی، مروری بر متدهای تصمیم‌گیری در چالش‌های اخلاقی و غیره، تدریس شد.

مرحلهٔ بعد، پس از آموزش‌های ارائه شده، به‌موازات مفاهیم تدریس شده، مجموعه‌ای از ۴۰ مورد بالینی در زمینهٔ موضوعات اخلاقی، در اختیار دانشجویان قرار گرفت تا هر دو نفر بتوانند، در بحث گروهی کلاسی بر روی کیس خود بحث و با دیگران به تبادل‌نظر بپردازند. در بخش بحث، دانشجویان در تالار گفتگو، ۵ مورد سناریو، با موضوعات اخلاقی و متناظر با عناوین قرار داده شد و دانشجویان به‌صورت گروهی، به بررسی مسأله‌های اخلاقی پرداخته و سطح استدلالی خود را در زمینهٔ موضوعات موردنظر، به نمایش گذاشتند؛ همچنین پورتفولیو دانشجو، مشتمل بر بحث، تفسیر یک مورد اخلاقی، تفسیر یک مقالهٔ اخلاقی و برداشت دانشجو از مجموعهٔ تدریس، انجام شده است که در حیطهٔ اصول اخلاقی مرتبط، با کیس‌های اخلاقی، توسط دانشجویان تکمیل گردید.

مدل یادگیری، ترکیبی از طریق به‌کار گیری تکنولوژی در امر آموزش، یادگیری در تالار گفتگو و استفاده از محتوای بارگذاری شده، بر روی سامانهٔ دانشگاه و شرایط اجرای مدل یادگیری ترکیبی، بر اساس مدل فلکس، مهیا گردید. بر این اساس یکی از روش‌های آموزشی در این برنامهٔ آموزشی، به‌کار گیری محتوای آنلاین و آفلاین، در فضای ال ام اس، بود. یادگیری از طریق تالار گفتگو و تعامل در این فضا نیز به یادگیری مؤثرتر، کمک شایانی می‌کند.

شیوهٔ ارزشیابی

سنجش دانش دانشجو در فاز اول، با آزمون کتبی که سؤالات آن از نظر اساتید مدرس، با استانداردسازی ضریب سختی و دشواری آن در آرشیو بانک آزمون موجود بود، از دانشجویان انجام شد.

یک هفته بعد از آزمون کتبی، آزمون آسکی برگزار و ایستگاه‌ها با ترکیبی از مهارت‌های استدلال اخلاقی، در قالب مسأله‌های اخلاقی که شامل: ۱۲ ایستگاه مشتمل بر ۱۱ ایستگاه فردی و یک ایستگاه تیمی (تاسکی) طراحی گردید. ایستگاه‌های بخش فردی، مواردی چون: رازداری،خبربد،گواهی خلاف واقع،احکام شرعی،کسب رضایت آگاهانه و سپس ایستگاه تیمی، تصمیم‌گیری بالینی را پوشش داد. هر یک از ۱۱ ایستگاه فردی، غیر از موضوعات اصلی در قالب اهداف آموزشی اخلاق، چند مهارت را همراه با هم مورد بررسی قرار دادند، که مهارت‌های استدلال اخلاقی، ارتباط بین فردی و مؤثر و سپس دانش افراد در زمینه‌های اخلاقی بررسی شد. از ۱۱ بیمار نما و ۱۱ ارزیاب در هر یک از ایستگاه‌ها استفاده و ارزیابان مجزا نیز روند انجام آزمون را مورد بررسی قرار دادند. در آزمون آسکی، هر ۱۱ نفر در یک آزمون تیمی، به تصمیم‌گیری پرداختند و نمرهٔ ایستگاه به همهٔ اعضای گروه تعلق پیدا کرد. روایی آزمون اسکی، از طریق نظر کارشناسان از تدریس‌کنندگان درس اخلاق، تبیین شد؛ همچنین در زمینهٔ مواردی مانند: حداقل نمره و وزن قابل‌قبول برای هر ایستگاه، تدوین گویه‌های استاندارد و حداقل نمرهٔ قابل‌قبول (انگوف تعدیل شده) توافق حاصل شد. جهت ارتقای پایایی آزمون، تلاش گردید تا تعداد ایستگاه‌های آسکی، کافی بوده و بتواند دانش، نگرش و عملکرد ایشان را در مورد کیس بالینی اخلاقی، بررسی کند؛ همچنین از چک‌لیست آماده‌ای که طی سال‌های قبل استفاده شده و دقت آن مورد بررسی قرار گرفته بود، جهت افزایش دقت و بررسی، استفاده شد؛ سپس در فاز دوم، پرسشنامه‌های خود راهبری و خودتنظیمی، دوباره در اختیار دانشجویان قرار گرفت. در ادامه، دانشجویان برای نشان دادن توانایی‌های فرد و سیر یادگیری خود در طول زمان، باید نسبت به تحویل پورتفولیو، در قالب یک تحلیل از مقاله، چکیدهٔ نت دانشجو از مطالبی که یاد گرفته و تحلیل از کیس های ارائه شده به هر دانشجو، به صورت جدا ارائه شده بود، اقدام کردند. سطح دانش، نگرش و عملکرد آن‌ها نیز به‌عنوان معیار یادگیری دانشجویان، از طریق آزمون آسکی بررسی گردید. میزان یادگیری دانشجویان از طریق نمرات تئوری دانشجویان، با نمرات تئوری سال قبل (گروه سنتی) مورد مقایسه قرار گرفت تا تغییر میزان یادگیری و دانش ایشان در درس مذکور، مورد بررسی قرار گیرد. گروه سنتی، شامل: دانشجویانی بود که سال قبل، دورهٔ اخلاق پزشکی را گذرانده بودند و تنها آزمون کتبی و آسکی را به عنوان معیار ازیابی، دریافت کرده بودند. بدین ترتیب ارزیابی عینی و جامعی، از وضعیت استدلال اخلاقی دانشجو در سطوح مختلف دانش، نگرش و عملکرد انجام گردید. تمام ایستگاه‌ها با توجه به روا، پایا بودن و بررسی آن در سال‌های قبل، مجدد تکرار شد؛ همچنین با توجه به وجود آزمون‌های آسکی کشوری، ارائه سؤالات استاندارد و دادن آن به همهٔ دانشگاه‌ها و وجود بانک سؤالات، محتوای ارزشمندی از ایستگاه‌های آزمون آسکی اخلاق را ایجاد کرد، که در آزمون به‌کار گرفته شد. آسکی اجرا شده، مهارت تیم را بر اساس یک مدل اخلاقی و در یک مسأله پرچالش، نیازمند تصمیم‌گیری تیمی را بررسی می‌کرد . موضوع مورد بحث، ویژه بودن منابع، در موقعیت حاد و شرایط فوریتی در آی سی یو، را مطرح می‌کرد .

هر دانشجو موظف بود، پورتفولیو خود را با موارد ارائه خلاصهٔ هر روز، نقدی بر یک مسأله اخلاقی (کیس ارائه شده) به‌صورت فردی و نقد مقاله‌ای از یکی از مجله‌های اخلاق و تاریخ، در دو سال اخیر تکمیل و نسبت به ارائه آن اقدام کند. مجموع امتیازات نهایی دانشجویان، ۲۰ امتیاز بود، که شامل ۸ نمرهٔ آزمون آسکی،۲ نمرهٔ پورتفولیو،۸ نمرهٔ آزمون کتبی (سؤالات Multiple Choice)، حداکثر ۲ نمرهٔ مشارکت در فوروم و بحث دانشجویان در تالار گفتگو، را به خود اختصاص داد.

مبانی طراحی آموزشی برنامه را می‌توان به نحو زیر بیان کرد :

توجیه برنامه ← بررسی خود تنظیمی و خود راهبری← ایجاد حساسیت و سنجس دانش اولیه ← آموزش بحث‌های تخصصی و بحث بر روی موردها ← بحث در تالار گفتگو ← بررسی پرسشنامه‌ها در مرحله دوم .

اجرای آزمون کتبی← اجرای آزمون آسکی← تحویل پورتفولیو.

ابزارهای جمع‌آوری داده‌ها

پرسشنامهٔ خودراهبری مورد استفاده در این پژوهش، مقیاس آمادگی خودراهبری گاگلیمینو (Sdlrs) (۱۹۷۸)، یک پرسشنامهٔ خودگزارشی با ۴۱ ماده، از نوع لیکرت ۵ قسمتی است (به‌ندرت (۱) تا همیشه (۵)) که سه حیطهٔ خودمدیریتی (۱–۱۶)، میل به یادگیری (۱۷–۲۶) و خودکنترلی (۴۱–۲۸) را شامل می‌گردد. همبستگی درونی سؤالات ۰/۹۵ و پایایی آزمون روش بازازمایی ۰/۶۸ محاسبه گردید. نمرات هر حیطه، از ۱۰۰ محاسبه و نمرات کمتر از ۳۳/۳ کم، بین ۳۳/۳ تا ۶۶/۷ متوسط و بیشتر از آن زیاد تلقی می‌گردد. ضریب آلفای کرونباخ را برای خرده مقیاس‌های خودمدیریتی ۰/۸۱، رغبت به یادگیری ۰/۷۸ و خودکنترلی ۸۴/ گزارش شده است. این پرسشنامه، توسط نادی و سجادیان (۱۳۹۱)، بر روی ۱۱۳۵ دانشجوی پزشکی و دندانپزشکی، ارزیابی و روایی و پایایی آن مورد تأیید قرار گرفت. حداکثر نمرهٔ کسب شده در این ابزار، ۲۰۵ و حداقل ۴۱ است[۲۲]. دیگر پرسشنامهٔ مورد استفاده، پرسشنامهٔ خودتنظیمی بوفارد (۱۹۹۵)، بود که حاوی ۱۴ سؤال می‌باشد، که میزان خودتنظیمی را در افراد، مورد بررسی و ارزیابی قرار می‌دهد. شیوهٔ نمره‌گذاری، با استفاده از

مقیاس نمره‌گذاری طیف لیکرت، از کاملاً موافقم (نمره ۵) تا کاملاً مخالفم (نمره ۱) می‌باشد. سؤالات ۵-۱۳-۱۴ به صورت معکوس، نمره‌گذاری می‌شوند. حداقل امتیاز ممکن، ۱۴ و حداکثر ۷۰ خواهد بود. نمرهٔ بین ۱۴ تا ۲۸ ، بیانگر میزان خودتنظیمی در حد پایین، نمرهٔ بین ۲۸ تا ۴۲ ، بیانگر میزان خودتنظیمی، در حد متوسط و نمرهٔ بالاتر از ۴۲ بیانگر میزان خودتنظیمی، در حد بالا می‌باشد. برای روایی سازه، پرسشنامهٔ خودتنظیمی بوفارد، نتایج تحلیل عاملی نشان داد، که ضریب همبستگی بین سؤال‌ها، مناسب بوده و ابزار سنجش از دو عامل تشکیل شده است. بار ارزشی مربوط به عامل‌ها، در حد قابل‌قبول می‌باشد[۲۳]. ضریب پایایی کلی پرسشنامه، بر اساس آلفای کرونباخ توسط کدیور، ۷۱٪ به دست آمده است. پایایی خرده مقیاس راهبردهای شناختی ۰/۷۰ و خرده مقیاس فراشناختی ۶۸٪ گزارش شده است. تجزیه و تحلیل داده‌های پژوهش، با استفاده از نرم‌افزار spss در دو سطح آمار توصیفی، با استفاده از درصد و میانگین، آمار استنباطی با استفاده از آزمون تی زوجی، آزمون من ویتنی و ویلکاکسون در قبل و بعد از مداخله، انجام شد. برای محاسبهٔ نمرهٔ متغیرهای مطالعه، از میانگین نمرات پاسخ داده شده، به گویه‌ها استفاده گردید. در انجام تمام آزمون‌ها، سطح معناداری کمتر از ۰/۰۵ تلقی شد.

یافته‌ها

۷۰ نفر از دانشجویان پزشکی، در دو دورهٔ مقطع فیزیوپاتولوژی در مطالعه شرکت کردند و ۶۷/۱ درصد از آن‌ها دختر و بقیه پسر بودند. سطح خودراهبری، بیش از نیمی از دانشجویان (۵۵/۷ ٪) در سطح قوی بوده است که با مداخلهٔ آموزش اخلاق به ۷۸/۶ درصد افزایش یافته است. سطح خود راهبری، در دو مؤلفهٔ سطح میل به یادگیری بیشتر دانشجویان، در قبل و بعد از مداخله، در سطح قوی بوده است و از ۷۰ درصد در قبل از مداخله به ۷۵/۷ درصد در بعد از مداخله، افزایش یافته است؛ همچنین سطح خودکنترلی، ۶۰ درصد از دانشجویان در قبل از مداخله، در سطح متوسط و ۴۰ درصد در حد ضعیف، می‌باشد. با انجام مداخلهٔ آموزش اخلاق، سطح خودکنترلی ۳۰ درصد دانشجویان، به سطح متوسط و ۷۰ درصد دانشجویان به سطح قوی، ارتقا یافته است. سطح خودمدیریتی، در این شاخص روند افزایشی نداشت.

نتایج آزمون تی تست زوجی، نشان داد که میانگین کلی خود راهبری دانشجویان بعد از مداخله، (۱۵۹/۱۱±۱۳/۳۵) نسبت به قبل از مداخله (۱۵۳/۶۴±۱۶/۲۸) به میزان ۵/۴۷ واحد و به‌طور معناداری افزایش یافته بود.(p=۰/۰۰۵)

اما ابعاد خودراهبری دانشجویان، شامل: خودمدیریتی، میل به یادگیری و خودکنترلی دانشجویان بعد از مداخله نسبت به قبل از مداخله، معنادار نیست؛(p>۰/۰۵) اگرچه میانگین نمرات بعد از مداخله، با میانگین مشخص شده، افزایش یافته است؛ همچنین سطح خودتنظیمی کل، با وجود افزایش میانگین کلی معنادار نبوده است (p=۰/۱۴۹) (جدول ۱).

نتایج کلی، نشان‌دهندهٔ تأثیر مداخله بر شاخص‌های خود راهبری و خودتنظیمی است. میانگین نمرهٔ دانشجویان در نمرهٔ کل درس اخلاق، آزمون آسکی، آزمون کتبی درس اخلاق در گروه مداخله، به‌طور معناداری نسبت به گروه سنتی بهبود یافته بود (جدول ۲).

جدول ۱: بررسی تأثیر آموزش جامع درس اخلاق بر اساس رویکردهای آموزشی دانشجو محور بر خود راهبری و خودتنظیمی دانشجویان

			میانگین	انحراف معیار	اختلاف	آماره	p	آزمون
نمره کل خودراهبری		قبل	۱۵۳/۶۴	۱۶/۲۸	۵/۴۷	۲/۸۸	۰/۰۰۵	تی تست زوجی
		بعد	۱۵۹/۱۱	۱۳/۳۵				
ابعاد خودراهبری	خودمدیریتی	قبل	۶۲/۴۳	۵/۴۴	۰/۱۹	۰/۳۵۳	۰/۵۱۱	تی تست زوجی
		بعد	۶۲/۲۴	۵/۹۸				
	میل به یادگیری	قبل	۳۹/۲۴	۴/۹۹	۰/۲۱	۰/۳۳۸	۰/۷۳۶	ویلکاکسون
		بعد	۳۹/۲۳	۴/۰۵				
	خودکنترلی	قبل	۴۷/۶۳	۱۴/۸۱	۵/۶۱	۱/۹۴۳	۰/۰۵۲	ویلکاکسون
		بعد	۵۳/۲۴	۵/۳۷				
خودتنظیمی نمرهٔ کل		قبل	۴۷/۳۷	۷/۹۲	۱/۳۶	۱/۴۲	۰/۱۴۹	من ویتنی
		بعد	۴۸/۷۳	۳/۷۲				

جدول ۲: بررسی تأثیر آموزش جامع درس اخلاق بر اساس رویکردهای آموزشی دانشجو محور بر یادگیری و عملکرد دانشجویان

	مداخله (۷۲ نفر)		سنتی (۷۰ نفر)		آماره	p	آزمون
	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار			
کتبی (۸ نمره)	۷/۲۳	۰/۴۳	۶/۹۲ *	۰/۷۴	-۲/۷۱۴	۰/۰۴۸	تی تست مستقل
آسکی (۸ نمره)	۶/۸۶	۰/۴۶	۶/۶۵	۰/۴۹	۲/۶۵	۰/۰۰۱	تی تست مستقل
تالار گفتگو و تکالیف فردی (۲ نمره)	۱/۶۸	۰/۵۹	-	-	-	-	
پورتفولیو (۲ نمره)	۲	-	-	-	-	-	
نمرهٔ کل درس اخلاق	۱۷/۸۲	۰/۹۷	۱۳/۵۷	۰/۹۲	-۱۰/۲۵	۰/۰۰۱	من ویتنی

بحث

این پژوهش، با هدف بررسی آموزش جامع درس اخلاق، بر اساس رویکردهای آموزشی دانشجو محور، مبتنی بر مطالعهٔ موردها، رویکرد ترکیبی، تأثیر آن بر شاخص‌های یادگیری خودراهبری، خودتنظیمی و از طرف دیگر دانش، نگرش و عملکرد دانشجویان انجام شد. در زمینهٔ ارتقا و معتبرسازی آموزش اخلاق پزشکی، زمان آن رسیده است، که تلاش‌های مستمری سازمان‌دهی شود. آموزش مؤثر اخلاق پزشکی، موجبات رسیدن به اهداف پزشکی را به‌طور محسوس و چشمگیری فراهم می‌سازد.

نتیجهٔ پژوهش حاضر، نشان داد که آموزش جامع درس اخلاق، بر اساس رویکردهای آموزشی دانشجو محور، بر خودراهبری دانشجویان، تأثیر دارد. می‌توان گفت: آموزش جامع درس اخلاق، باعث شده است که دانشجویان به‌جای رفتار منفعلانه، ابتکار عمل را در یادگیری به صورت هدفمند، به دست گیرند و با توجه به انگیزهٔ بالا، یادگیری ایشان پایداری و تداوم خواهد داشت. از طرفی دیگر آموزش اخلاق، با ایجاد حس جستجوگری در دانشجویان، آن‌ها را به گسترش توانایی‌هایشان در ارزیابی کمبودهای دانش خود تشویق کرده و با جستجو در منابع مرتبط، به رفع کمبودهای دانش خود و پر کردن شکاف بین دانش علمی و مسائل دنیای واقعی می‌پردازند[۲۴]. یافته‌های پژوهش حاضر، با یافته‌های گردان شکن و همکاران (۱۳۸۹)، مصلی نژاد و همکاران (۱۳۹۳) و کیدانه (Kidane) و همکاران (۲۰۲۰)، همسو بود[۷, ۱۹].گردان شکن و همکاران (۱۳۸۹)، با بررسی تأثیر تدریس بستهٔ فراشناختی بر خودراهبری در یادگیری دانشجویان مدارک پزشکی دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، از یک بستهٔ فراشناختی محقق ساخته، که شامل: سه بخش ۱-فراشناخت؛ ۲-حل مسئله؛ ۳- تفکر انتقادی بود استفاده کردند و نشان دادند که بستهٔ فراشناختی محقق ساخته، بر خودراهبری مؤثر است. بستهٔ فراشناختی، در مطالعهٔ آن‌ها از لحاظ مفهوم و ساختار، مشابهت‌هایی با مداخلهٔ پژوهش حاضر داشت؛ همچنین مصلی نژاد و همکاران (۱۳۹۳)، با بررسی تأثیر یک دورهٔ آموزشی کوتاه در قالب یادگیری تیمی و بررسی تأثیر آن بر یادگیری خودراهبر و خودتنظیمی یادگیری دانشجویان پرستاری، نشان دادند که مداخلهٔ آموزشی در قالب تیم، می‌تواند باعث تقویت خودراهبری دانشجویان شود[۱۹]. لیتامیا و همکاران (۲۰۱۶) و نیز فرآیند یادگیری مبتنی بر حل مسئله، ارزیابی، محیط یادگیری، سبک زندگی، درک از موضوعات دانش‌آموزان، را از عوامل مؤثر بر یادگیری خودراهبر دانسته‌اند[۲۵]. با توجه به اینکه در پژوهش حاضر، فرآیند آموزش اخلاق، دانشجو محور بوده و دانشجو، نقش مؤثری در ساخت دانش خود داشته است، که با یافته‌های جعفری ثانی وهمکاران، هم‌جهت می‌باشد[۲۶]، که آن‌ها ساختار ارزشیابی کلاسی ادراک شده مهارت محور را بر خودراهبری در یادگیری، مؤثر می‌دانند. خودراهبری فراگیر در یادگیری، می‌تواند توسط مجموعه‌ای از فاکتورها مثل: مشخصات شخصی و محیط یادگیری آن‌ها تحت تأثیر قرار گیرد[۲۷]. کیدانه و همکاران (۲۰۲۰)، آموزش‌های مربوط به تجزیه و تحلیل مشکلات را به وسیلهٔ مؤلفه‌های برنامهٔ درسی ترکیبی، PBL، می‌تواند در تقویت یادگیری خودراهبری دانشجویان بالینی، مؤثر باشد[۲۸]. در حقیقت می‌توان تقویت خودراهبری فراگیران، در یادگیری را به‌عنوان نتیجهٔ تعامل میان فراگیران و محیطشان در نظر گرفت؛ بنابراین پیشنهاد می‌شود، در آموزش دانشجویان به‌خصوص در تدریس درس اخلاق، به فرآیندهای ترکیبی، استفاده از محیط فوروم، تالار گفتگو و شرکت دادن دانشجویان در بحث‌های تیمی، توجه ویژه شود.

نجفی (۱۳۹۸)، در مطالعهٔ خود نشان دادند که آموزش ترکیبی، با تلفیق نقاط قوت دو شیوهٔ آموزش سنتی و الکترونیکی، می‌تواند تصویرسازی ذهنی، خودتنظیمی، خود انگیزشی و یادگیری در دانشجویان را بهبود بخشیده و بر کیفیت یادگیری مؤثر باشد[۲۹]. از طرفی دیگر Xiaoqin Wu و همکاران(۲۰۲۰)، در پاندمی کورنا، استفاده از فن‌آوری‌های آموزش الکترونیکی را به‌عنوان پایه‌ای، برای توسعهٔ یادگیری ترکیبی، معرفی کرده‌اند؛ اما در این پروسه، باید مشکلات یادگیری ترکیبی مانند: انگیزهٔ ناکافی دانش آموزان

برای یادگیری خودمختار، در آموزش الکترونیکی، توجه ویژه گردد[۳۰, ۳۱].

نتایج پژوهش حاضر، نشان‌دهندهٔ تأثیر آموزش جامع درس اخلاق، بر اساس رویکردهای آموزشی دانشجو محور، بر خودتنظیمی دانشجویان بود. می‌توان گفت: محتوای برنامهٔ درسی اخلاق پزشکی و راهبرد تدریس به‌کار گیری شده، در باز طراحی آموزش اخلاق، امکان ساخت دانش مورد نیاز دانشجو، بازنگری، بازاندیشی و درک عمیق نسبت به یادگیری را برای دانشجویان، فراهم می‌سازد. هماهنگ با نتیجهٔ پژوهش حاضر، مصلی نژاد و همکاران[۱۹]، هوشیار وهمکاران[۳۲] و نامی و همکاران[۳۳]، پدروسا (Pedrosa) و دیگران، با مداخلهٔ استراتژی‌های یادگیری خودتنظیمی در برنامه‌نویسی و مفاهیم آن، در دانشجویان مهندسی کامپیوتر، نشان داد که خودتنظیمی دانشجویان بعد از مداخلهٔ آموزشی، بهبود می‌یابد؛ همچنین ویرتنین و همکاران، راهبردهای خودتنظیمی را با استراتژی‌های یادگیری، دارای ارتباط دانسته‌اند [۳۴]. راجمیکرز و همکاران، نوع مداخلهٔ آموزشی، استفاده از مدل‌سازی ویدئویی را بر بهبود عملکرد و یادگیری خودتنظیمی مؤثر دانسته‌اند[۱۴]. هوشیار و همکاران، بر مداخلهٔ آموزشی مدل‌های یادگیرندهٔ باز، تأکید کرده و نشان دادند که این مداخله موجب ارتقای تفکر فعال در دانشجویان، شده و موجب افزایش یادگیری خودتنظیمی در محیطهای یادگیری آموزش عالی آنلاین، می‌گردد[۳۲]. پدروسا و دیگران، نشان دادند که مداخلهٔ آموزشی بر پایهٔ رویکرد SimProgramming، مبتنی بر چهار مفهوم: ۱- محیط یادگیری شبه عملی؛ ۲- یادگیری خودتنظیمی؛ ۳- هماهنگی یادگیری؛ ۴- ارزیابی تشریحی، می‌باشد، که موجب بهبود استراتژی‌های یادگیری خودتنظیمی، در دانشجویان شده است[۳۵]. لوفلر (Loeffler) و همکاران، مداخلهٔ آموزشی تعاملی(Interactive Ambulatory Assessment) یک رویکرد جدید را برای تسهیل یادگیری خودتنظیمی، در کارهای روزمره، قابل ارائه دانسته‌اند[۳۶]. آناترمان (Anantharaman) و همکاران (۲۰۲۰)، یک دورهٔ کوتاه‌مدت PBL، را بر یادگیری خودتنظیمی و یادگیری مفهومی دانشجویان پزشکی، مؤثر دانسته‌اند[۳۷]. یافته‌های ساکس و همکاران[۳۸]، با یافته‌های پژوهش حاضر، همسو نبود. آن‌ها نشان دادند که یادگیری الکترونیکی و محتوای مبتنی بر رسانه، باعث ایجاد تغییرات چشمگیر، در نحوهٔ یادگیری خودمحور و یادگیری خودتنظیمی نشده‌اند[۳۸]، دانشجویان، غالباً در دانش و استفاده از استراتژی‌های خودتنظیمی، ضعف را نشان می‌دهند و با بیش برآوردی و غلو در میزان دانش خود نشان می‌دهند، که نیازی به خودتنظیمی در فرآیندهای یادگیری ندارند[۳۹].

نتیجهٔ پژوهش حاضر نشان داد، که میانگین نمرهٔ دانشجویان در نمرهٔ کل درس اخلاق، آزمون آسکی و آزمون کتبی درس اخلاق در گروه مداخله، نسبت به گروه سنتی، بهبود یافته بود؛ اما میانگین نمرهٔ دانشجویان در نمرهٔ راند،کاهش یافته بود. می‌توان گفت: روش‌های ارزشیابی سنتی، علاوه بر عدم تناسب با اهداف آموزشی، کارایی لازم جهت سنجش مهارت‌های بالینی و عملکرد دانشجویان را نداشته و اطمینان لازم در زمینهٔ صلاحیت دانشجویان را برای مربیان، فراهم نمی‌کنند[۴۰]. آموزش جامع درس اخلاق، بر اساس رویکردهای آموزشی دانشجو محور و انجام تکالیف فردی در LMS، با شرکت در تالار گفتگو و تبادل‌نظر در خصوص مسأله‌های مطرح شده، به صورت انفرادی و تیمی، باعث شده است که در سطوح دانش، استدلال دانشجویان و همچنین نگرش و مهارت دانشجویان در حوزهٔ اخلاق پزشکی، تقویت گردد. در راستای نتایج پژوهش حاضر، منگ(Meng) و دیگران، استفاده از رویکردهای جدید دانشجو محور، مانند: جلسات خودآموزی، آزمون، سؤال و بحث با استفاده از خودآموز، همکار، یادگیری فعال، را در مقایسه با روش‌های سنتی در بهبود یادگیری و عملکرد دانشجویان داروسازی، مؤثر دانسته‌اند[۴۱]؛ همچنین تالسگارد ودیگران (Tolsgaard)، آموزش مهارت‌های بالینی، در آموزش پزشکی را با استفاده از رویکرد دانش‌محور بر یادگیری و عملکرد دانشجویان، مؤثر دانسته‌اند[۴۲]. برخلاف نتایج پژوهش حاضر، یافته‌های اسکافلد (Schonfeld) و دیگران، گذراندن دورهٔ اخلاق را در عملکرد آزمون‌های کتبی دانشجویان، مؤثر دانسته‌اند[۴۳]. از محدودیت‌های این مطالعه، مشکل دست‌یابی به دانشجویان، بر اساس شلوغی بخش، راندهای آموزشی، همکاری آن‌ها در پر کردن پرسشنامه‌ها و مصاحبه، که با مراجعهٔ حضوری در چند نوبت، این مشکل برطرف گردید؛ همچنین در جمع‌آوری اطلاعات ممکن بود، که پرسشنامه‌ها دارای اطلاعات ناقص باشند و این‌گونه پرسشنامه‌ها از مطالعه حذف شدند.

نتیجه‌گیری

با توجه به یافته‌های پژوهش حاضر، آموزش جامع درس اخلاق بر اساس رویکردهای آموزشی دانشجو محور، مبنی بر مطالعهٔ موردی و مدل‌های یادگیری ترکیبی، به‌عنوان آموزش مکمل می‌تواند، بر خودراهبری و خودتنظیمی دانشجویان، تأثیر داشته باشد؛ همچنین تغییر در دانش، نگرش و عملکرد نیز از پیامدهای این موضوع می‌باشد؛ پس به نظر می‌رسد که الگوی مذکور، از موضوعات مهم و جدیدی است که در کشور،کمتر به آن‌ها پرداخته شده و می‌تواند به‌عنوان یک روش مناسب، برای تدریس درس اخلاق پزشکی، مدنظر قرار گیرد. آموزش و ترویج استفاده

از استراتژی‌های خودراهبری و خودتنظیمی، زمینه را برای عملکرد و موفقیت دانشجویان در آموزش بهبود بخشید؛ با این وجود توجه به این رویکرد آموزشی در سطح محدود، انجام شده است و نیاز به انجام مطالعات گسترده‌تر، تلاش دائمی برای به‌روز کردن محتوا، استفاده از روش‌های آموزش جدید، ارزیابی و بازنگری مداوم آن، همواره باید مدنظر متولیان امر قرار گیرد؛ چرا که هرگونه کاستی در این حیطه، آیندهٔ شغلی دانشجویان، به‌عنوان پزشکان آینده را در معرض خطرات قانونی و اخلاقی قرار می‌دهد.

تشکر و قدردانی

این پژوهش، از پایان‌نامهٔ کارشناسی ارشد عاطفه کرم زاده جهرمی، استخراج شده و معاونت تحقیقات و فناوری دانشگاه علوم پزشکی شیراز، حمایت مالی مطالعه را بر عهده داشته‌اند؛ همچنین از معاونت آموزشی، مدیران، کارکنان مرکز مطالعات و توسعه آموزش پزشکی دانشگاه علوم پزشکی جهرم و دانشجویان شرکت‌کننده در پژوهش، تشکر و قدردانی می‌گردد.

تشکر و قدردانی

از تمام دانشجویانی که در این برنامه مشارکت کرده‌اند و همچنین از اساتید محترم اخلاق، که با توجیه برنامه، در اجرای این مطالعه همکاری داشتند، نهایت قدردانی می‌گردد.

References:

1. Amiresmaili M, Nekoei Moghadam M, Moosazadeh M, Pahlavan EJSiDoME. Challenges of general practice education in Iran: A qualitative study 2013;9(2):118-31.
2. Abedini z, Akhondzadeh k, hA. t. student experiences from combination of problem based learning and work in small group: a qualitative study. Journal of Sabzevar University of Medical Sciences 2010;17(3):8-18. [persian]
3. Khaghanizadeh M, Maleki H, Abbasi M, Abbaspoor AJMEJ. Identity of the medical ethics curriculum based on the experiences of teachers of medical ethics: qualitative research 2011;5(16):95-116. [persian]
4. Ebrahimi S, Alinejad NJIJoME, Medicine Ho. The Impact of Ethics Workshop on the Ethical Knowledge and Competency of fourth Years Medical Students of Shiraz University of Medical Sciences 2017;10(1):55-66. [persian]
5. Managheb S, Y. S-M. Methodology of teaching and evaluation of medical ethics course from the perspective of teachers. Biannual Medical Education, Babol Univ Med Sci 2017;5(1):47-52. [persian]
6. Adel F, Ataei G. The place of ethics in Iranian medical education. J Education and Ethics in Nursing 2012;1(1):1-7.
7. Gordanshekan M, Yarmohammadian MH, Ajami SJIJoME. The Effect of Teaching Meta-cognition Package on Self-Directed Learning in Medical Records Students of Isfahan University of Medical Sciences 2010;10(2):131-40. [persian]
8. El-Gilany A, Abusaad F. Self-directed learning readiness and learning styles among Saudi undergraduate nursing students. J Nurse education today. 2013;33(9):1040-4.
9. Shankar R, Bajracharya O, Jha N, Gurung S, Ansari S, Thapa H. Change In Medical Students' Readiness For Selfdirected Learning After A Partially Problembased Learning First Year Curriculum At The KIST Medical College In Lalitpur, Nepal. J Education for Health 2011;24(2):552.
10. Zaersabet F, Tabari Khomeiran R, Asadi Louyeh A, Kazemnezhad Leili EJRiME. A Survey on Self-Directed Learning Readiness Status and Its Relative Factors in Students of Guilan University of Medical Sciences 2014;6(2):36-43. [persian]
11. Safavi M, Shooshtari S, Mahmoodi M, Yarmohammadian MH. Self-directed Learning Readiness and Learning Styles among Nursing Students of Isfahan University of Medical Sciences Iranian Journal of Med Edu 2010;10(1):27-36. [persian]
12. Zahed A, Rajabi S, M. O. A comparison of social, emotional and educational adjustment and self-regulated learning in students with and without learning disabilities. Journal of Learning Disabilities 2012;1(2):43-62. [persian]
13. Garshasbi A, khorsand E, Taghizadeh A. The Effect of Self- Regulation Skills Training on Academic Achievement Motivation and Academic Performance of Nursing Students in English lesson. J Research in Medical Education 2018;10(1):9-1. [persian]
14. Raaijmakers SF, Baars M, Schaap L, Paas F, van Merriënboer J, van Gog TJIS. Training self-regulated learning skills with video modeling examples: Do task-selection skills transfer? 2018; 46(2):273-90. Doi:10.1007/s11251-017-9434-0 .
15. Vrieling E, Stijnen S, T. B. Successful learning: balancing self-regulation with instructional planning. Teaching in Higher Education 2018; 23(6):685-700.
16. Beyaztas DI, Senemoglu N. Learning approaches of successful students and factors affecting their learning approaches. Egitim ve Bilim. 2015;40(179).
17. Senemoglu N. College of education students' approaches to learning and study skills. Egitim ve Bilim 2011;36(160):65.
18. Demirören M, Turan S, Teker GT. Determinants of self-regulated learning skills: the roles of tutors and students. Adv Physiol Educ 2020;44(1):93-8. Doi:10.1152/advan.00121.2019
19. Mosalenejad L. The Effect of a Short Course Case Study on Team Learning and its Impact on Self-directed Learning and Self-Regulatory Learning in Students. J of Edu Development Studies Center, Shaheed Sadoughi Uni of Med Sci 2014;9:206. [persian]
20. Venkatesh S, Rao YK, Nagaraja H, Woolley T, Alele FO, Malau-Aduli BS. Factors Influencing Medical Students' Experiences and Satisfaction with Blended Integrated E-Learning. Medical Principles and Practice 2020;29(4):396-402. Doi:10.1159/000505210

21.Romero L, Saucedo C, Caliusco ML, Gutiérrez M. Supporting self-regulated learning and personalization using ePortfolios: a semantic approach based on learning paths. International Journal of Educational Technology in Higher Education 2019;16(1):16.
22.Nadi MA, Sadjadian IJIJoME. Validation of a Self-directed Learning Readiness Scale for Medical and Dentistry Students 2011;11(2). [persian]
23.Kadivar P. Psychology of Learning. Tehran: Samt Publication; 2009.
24.Karshaky H, Mohammadzade ghasr A, Taghizadeh N, Geravand H. relationship self directed learning with satisfaction education in nursing and midwifery students mashhad university. the collection of 1st national conference education psychology articles 1391.
25.Leatemia LD, Susilo AP, van Berkel H. Self-directed learning readiness of Asian students: students perspective on a hybrid problem based learning curriculum. J International journal of medical education 2016;7(1):385-92.
26.Jafari Sani H, Balochzade F, Bahmanabadi S. Relationship between skill oriented and performance oriented perceived class evaluation and self-direction on learning from the viewpoint of nursing and midwifery students of Mashhad University of Medical Sciences. J Journal of Med Educ and Dev 2013;7(4):41-51. [persian]
27.Soltani Arabshahi SK, Naeimi L. Assessment of the current situation of - self-directed learning skills in medical students. Razi Journal of Medical Sciences 2013;20(113):10-9. [persian]
28.Kidane HH, Roebertsen H, van der Vleuten CP. Students' perceptions towards self-directed learning in Ethiopian medical schools with new innovative curriculum: a mixed-method study. BMC Med Educ 2020;20(1):1-10. Doi:10.1186/s12909-019-1924-0
29.Najafi H. Comparing of the effect of Blended and Traditional teaching on Learning. rme 2019;11(2):54-63. Doi:10.29252/rme.11.2.54 [eng]
30.Wu X, Li Y. Improving Teaching Effects of Blended Learning by Stimulating Achievement Goals. International Seminar on Education Innovation and Economic Management (SEIEM 2020); china2020.
31.Yaghini O, Yamani N, Daryazadeh S, Barzegar M, Sadeghi A. Medical Students' Clerkship Exposures to Expected Clinical Skills and Comparison with the Specified Minimums. Iranian Journal of Medical Education 2018;18(0):392-402.
32.Hooshyar D, Kori K, Pedaste M, Bardone E. The potential of open learner models to promote active thinking by enhancing self-regulated learning in online higher education learning environments. British Journal of Educational Technology 2019;50(5):2365-86. Doi:10.1111/bjet.12826 [persian]
33.Nami Y, Enayati T, Ashouri M. The Relationship Between Self-Regulation Approaches And Learning Approaches In English Writing Tasks On English Foreign Language Students. Procedia-Social and Behavioral Sciences 2012;47(1):614-8. [persian]
34.Virtanen P, Nevgi A, Niemi H. Self-regulation in higher education: students' motivational, regulational and learning strategies, and their relationships to study success. Studies for the learning society 2013;3(1-2):20-34.
35.Pedrosa D, Cravino J, Morgado L, Barreira C. Self-regulated learning in higher education: strategies adopted by computer programming students when supported by the SimProgramming approach. Production 2017;27(SPE):1-15. Doi:http://dx.doi.org/10.1590/0103-6513.225516
36.Loeffler SN, Bohner A, Stumpp J, Limberger MF, Gidion G. Investigating and fostering self-regulated learning in higher education using interactive ambulatory assessment. Learning and Individual Differences 2019;71:43-57. Doi:https://doi.org/10.1016/j.lindif.2019.03.006
37.Anantharaman LT, Shankar N, Rao M, Pauline M, Nithyanandam S, Lewin S, et al. Effect of Two-month Problem-Based Learning Course on Self-directed and Conceptual Learning among Second Year Students in an Indian Medical College. J Clin Diagn Res 2019;13(5):5-10. Doi:10.7860/JCDR/2019/40969.12874
38.Saks K, Leijen Ä. Distinguishing self-directed and self-regulated learning and measuring them in the e-learning context. Procedia Soc Behav Sci 2014;112:190-8. Doi:https://doi.org/10.1016/j.sbspro.2014.01.1155
39.Sirazieva L, Fakhrutdinova R, Kamasheva L, Leikin M. Self-Regulated Learning in Higher Education. Revista Publicando 2017;4(13):691-9.
40.Hosseinabadi R, Gholami M, Mirzayeesharifi S, Anbari K, Tarverdian A. The comparison of perfomance and feedback of nursing students on Objective structured clinical examination (OSCE) and Traditional methods. Yafteh 2019;20(4):51-62. [persian]
41.Meng X, Yang L, Sun H, Du X, Yang B, Guo H. Using a Novel Student-centered Teaching Method to Improve Pharmacy Student Learning. Am J Pharm Educ 2019;83(2):6505-. Doi:10.5688/ajpe6505
42.Tolsgaard MG. Clinical skills training in undergraduate medical education using a student-centered approach. Dan Med J 2013;60(8):B4690.
43.Schonfeld TL, Spetman MK. Ethics Education for Allied Health Students: An Evaluation of Student Performance. Journal of Allied Health 2007;36(2):77-80.

Original Article

Comprehensive case study program of ethics lesson based on the blended learning model and its effect on active learning indicators

Atefeh Karamzadeh[1], Leili mosalanejad[2*], Leili Bazarafkan[3]

Received:2023/03/19 Revised:2023/08/26 Accepted: 2023/09/11

1. Master of Medical Education, Education Development Center, Jahrom University of Medical Sciences
2. Professor of Medical Education Department, Virtual Education Center, Jahrom Medical Sciences Center
3. Associate Professor of Medical Education Department, Education Development Center of Shiraz University of Medical Sciences

Journal of Education and Ethics in Nursing, Vol.12, No.1&2, Spring & Summer 2023

J Educ Ethics Nurs 2023;12(1&2):62-71

Abstract:

Introduction:
In addition to medical training and clinical skills, special attention should be paid to justice, dignity and human rights. This is the ultimate goal of medical ethics. The purpose of this study is a case study program of a comprehensive ethics course based on a blended learning model and its impact on active learning indicators.

Materials and Methods:
This semi-experimental interventional research was conducted on 70 medical students of physiopathology who had taken the medical ethics course. The educational program of the students included: teaching the theoretical topics of medical ethics, discussion in the field of ethical cases, clinical reasoning, then discussions in the forum environment and individual assignments, in the LMS system, and completed the portfolio. The evaluation of the students was accompanied by the evaluation of the effect of the method on the knowledge, attitude and moral reasoning skills of the students; Also, the effect of the intervention on self-management and self-regulation was investigated. The data collection tool was Gaglimino's (1978) and Bouffard's (1995) self-regulation readiness questionnaires, which the students answered before and after the intervention. In evaluating the students, a comprehensive program was used including: participation in the forum, individual assignments in the LMS, theory test, Asci and completion of the portfolio. The students' learning rate was compared with the previous year's students, which was done through the traditional, teacher-centered method. Data analysis was done using spss software at two levels of descriptive and inferential statistics.

Results:
The results showed that there was a significant difference between students' self-management after the intervention compared to before the intervention; ($p=0.005$) but the students' self-regulation, despite the increase after the intervention, was not significant compared to before the intervention; ($p=0.149$) also, the total scores of the ethics course, Ascii and written test of the students, in the intervention group, was meaningful compared to the traditional group. ($p>0.05$)

Conclusion:
According to the findings of the research, it is suggested that while paying attention to student-centered educational approaches, based on case studies, the use of supplementary education in the form of blended learning in the course of medical ethics can have a good effect on improving students' learning and performance skills.

Keywords: Ascii, Medical Education, Medical Ethics, Self-management, Self-regulation, Active Learning, Blended Learning, Flex Model, Case-Based Study, Professionalism

CC BY NC

* Corresponding author Email: Mosallanejad @jums.ac.ir