درک دانشجویان پرستاری از محیط یادگیری بالینی

رضا میرزایی، فریبا برهانی*، طیبه فصیحی هرندی

چکیده

مقدمه: آموزش بالینی نقش کلیدی در پرستاری دارد. یکی از مهم‌ترین عوامل شناخته شده در زمینه موفقیت برنامه‌های آموزش پرستاری محیط‌های یادگیری است. هدف از انجام این مطالعه بررسی درک دانشجویان پرستاری دانشگاه علوم پزشکی جیرفت و کرمان از محیط یادگیری بالینی است.

روش‌ها: این مطالعه توصیفی بر روی ۱۳۳دانشجو مشغول به تحصیل در دانشکده پرستاری کرمان و جیرفت در سال ۹۳-۱۳۹۲ انجام شد. اطلاعات از طریق پرسشنامه پژوهشگر ساخته جمع‌آوری گردید. پرسشنامه با استفاده از مطالعات چیوان هان، ساریکوسکی، کاچیوالا و سکالویک تهیه شد و روایی آن باضریب روایی ۰/۸ و پایایی آن با استفاده از روش آزمون مجدد و ضریب همبستگی۰/۷۴ تأیید شد. مقیاس پرسشنامه شش درجه ای به صورت کاملا مناسب، مناسب ، تقریباً مناسب، تقریباً نامناسب ، نامناسب و کاملا نامناسب با شیوه نمره‌دهی از صفر تا پنج بود. داده‌ها با استفاده از آزمون‌های آماری تی تست، پیرسون و ANOVA مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

نتایج: میانگین نمره کل بدست آمده از درک محیط یادگیری بالینی ۰/۶۳±۲/۷۹ از ۵ می باشد. کم‌ترین نمره مربوط به حیطه حمایت توسط پرسنل (۱/۱۸±۲/۲۴) و بیش‌ترین نمره مربوط به حیطه ارتباط نظارتی (۱/۰۸±۳/۰۱) بود. میانگین نمره کل درک محیط یادگیری بالینی در دانشجویان پسر و دختر (t=۲/۲۹۷, p=۰/۰۲۳) و در سال تحصیلی دوم و سوم و چهارم (f=۳/۴۳ , p=۰/۰۳۵) از لحاظ آماری تفاوت معناداری داشت.

نتیجه‌گیری: نتایج حاصل از این مطالعه نشان داد درک دانشجویان پرستاری از محیط یادگیری بالینی در سطح متوسط است. در این راستا پیشنهاد می‌شود الگوی مدیریتی بخش‌ها مورد توجه بیش‌تری قرار گیرد و الگوهای موفق و دلایل آن شناسایی شوند، به طوری که یادگیری دانشجویان و روحیه کارگروهی در تمامی بخش‌ها تقویت شود.

واژه‌های کلیدی: درک دانشجو، محیط بالینی، پرستاری، محیط یادگیری، آموزش بالینی

مجله ایرانی آموزش در علوم پزشکی/ مهر ۱۳۹۳؛ ۱۴(۷): ۶۴۱ تا ۶۵۰

مقدمه

محیط یادگیری پزشکی شامل عناصر زیادی است واین محیط می‌تواند به محیط دانشکده (آکادمیک) و محیط بالین تقسیم شود. بر خلاف یادگیری در کلاس درس، یادگیری بالینی در زمینه اجتماعی پیچیده‌ای رخ می‌دهد که مربیان بالینی اغلب باید با نیازهای بیماران، دانشجویان پرستاری و سایر کارکنان مراقبت بهداشتی در همان زمان برخورد داشته باشند(۱). محیط یادگیری بالینی حمایت‌کننده، اهمیت زیادی در افزایش کیفیت یادگیری بالینی به دلیل اثراتش هم بر روی فرایند یادگیری وهم تدریس دارد(۲تا۳). بنابراین، افزایش کیفیت محیط یادگیری بالینی برای پیشبرد یادگیری بالینی در طی عملکرد بالینی حیاتی است(٤). دانشجویان پرستاری نیمی از وقت برنامه آموزشی خود را در

* **نویسنده مسؤول:** دکتر فریبا برهانی (استادیار)، مرکز تحقیقات اخلاق وحقوق پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران. aribaborhani@msn.com
رضا میرزایی (مربی) دانشکده پرستاری جیرفت- دانشگاه علوم پزشکی جیرفت، کرمان، ایران. (rezamirzaei1347@yahoo. com)؛ دکتر طیبه فصیحی هرندی (استادیار)، مرکزتحقیقات عوامل اجتماعی موثربرسلامت، دانشگاه علوم پزشکی وخدمات بهداشتی درمانی البرز، کرج، البرز، ایران. tfasihih@yahoo.com

تاریخ دریافت مقاله: ۹۳/۲/۱۴، تاریخ اصلاحیه: ۹۳/۵/۴، تاریخ پذیرش: ۹۳/۶/۲۴

[Downloaded from ijme.mui.ac.ir on 2026-11-12]

محیط‌های بالینی می‌گذرانند و نیاز به تمرین در بیمارستان‌ها طی آموزش خود دارند. آموزش بالینی موقعیت‌هایی را برای دانشجویان پرستاری فراهم می‌کند تا بتوانند دانش، مهارت و مفاهیم فراگرفته شده در محیط کلاسی را در محیط بالینی و در شرایط واقعی مراقبت از بیمار به کار گیرند(۵تا۶). چان (chan) معتقد است که محیط یادگیری بالینی می‌تواند به تکامل دانشجویان در ابعاد دانش، نگرش، صلاحیت و مهارت‌های روانی- حرکتی کمک کرده تا مهارت‌های ارتباطی، حل مسأله، تفکر انتقادی و صلاحیت‌های حرفه‌ای و بالینی آنان را قدرت بخشد(۷تا۸).

موفقیت موقعیت بالینی از نظر آموزشی برای شکل دادن هویت پرستاری حرفه‌ای که می‌خواهد جنبه‌های مشاهده شده ومشاهده نشده نقشهای پرستاررا در بر داشته باشد، بسیار اهمیت دارد(۹). در میان مطالعات مختلف در زمینه محیطهای یادگیری، یافته‌ها پیشنهاد می‌کنند که تمام محیطها برای یادگیری حمایت‌کننده نیستند. محیطهای یادگیری از نظر این که فرصت‌های یادگیری کافی فراهم نمی‌کنند و محیطهای یادگیری مثبتی نیستند مورد نقد قرار گرفته‌اند(۱۰تا۱۳).چیو یوان هان (Chiu yuen Han)به بررسی محیطهای یادگیری بالینی بیمارستان‌های محلی پرداخت، نتایج نشان داد که این بیمارستان‌ها موجب یادگیری نمی‌شوند و تلاش‌های بیش‌تری باید برای بهبود این محیطها انجام شود(۱۴). در مطالعه پاک پور و همکاران که در سال ۱۳۸۹ بر روی دانشجویان پرستاری دانشگاه علوم پزشکی تهران انجام دادند، دانشجویان درک مثبتی از محیط یادگیری بالینی نداشتند(۱۵). در مطالعه‌ای که چان (Chan) و همکاران در سال ۲۰۰۷ بر روی دانشجویان پرستاری هنگ کنگ انجام دادند تفاوت معناداری بین ادراک دانشجویان از محیط یادگیری بالینی واقعی و محیط یادگیری بالینی ایده‌آل موردنظر آنها وجود داشت. این محققین بر نیاز به یک محیط یادگیری بالینی حمایتی تأکید کردند(۱۶).

مطالعات نشان داده‌اند که مربیان و محیطهای یادگیری دو عامل کلیدی تعیین‌کننده کیفیت عملکرد هستند(۲و۳و۱۱و۱۷و۱۸). در این زمینه پیمان و همکاران نیز بیان می‌دارند که وضعیت موجود آموزش بالینی پرستاری برای حرکت در مسیر بهبود مستمر کیفیت نیازمند توجه بیش‌تری به تامین امکانات و تجهیزات محیط بالین و بازنگری شیوه‌های ارزشیابی بالینی است و برنامه‌ریزی هدف‌مند و تدوین فرآیندهای مناسب جهت ارزشیابی برنامه‌های آموزشی، همچنین تقویت توانمندی‌های مربیان بالینی می‌تواند منجر به بهبود وضعیت آموزش بالینی گردد(۱۹). دراین بین آنچه که مورد تأیید محققان است، اهمیت دیدگاه دانشجویان پرستاری در مورد محیط آموزش بالینی است(۲۰). آنان به اهمیت محیط بالینی مورد انتظار در افزایش انگیزه و یادگیری دانشجویان در بالین توجه داشته و عدم برآورده شدن این انتظارات را ازعوامل بازدارنده یادگیری بالینی می‌دانند(۱۷). با توجه به اهمیت درک دانشجویان پرستاری از محیط یادگیری بالینی نظر به اینکه مطالعات زیادی در زمینه درک دانشجویان پرستاری از محیط یادگیری بالینی در ایران انجام نشده است با توجه به ضرورت انجام مطالعه در محیطی با زمینه فرهنگی متفاوت نسبت به مطالعات قبلی، این مطالعه به بررسی درک دانشجویان دختر و پسر دانشگاه‌های علوم پزشکی جیرفت و کرمان ازمحیط یادگیری بالینی می‌پردازد.

روش‌ها

این مطالعه توصیفی با هدف بررسی درک دانشجویان پرستاری دانشگاه علوم پزشکی کرمان و جیرفت از محیط بالینی در سال ۹۳-۱۳۹۲ به صورت سرشماری انجام گرفت. جامعه آماری مطالعه شامل ۱۸۰ دانشجوی مشغول به تحصیل در دو دانشگاه علوم پزشکی کرمان و جیرفت بود که حداقل یک ترم کار آموزی را گذرانده بودند. ۱۷۰ نفر که معیارهای ورود به مطالعه را داشتند؛ جهت نمونه‌گیری انتخاب شدند و همین تعداد پرسشنامه بین این دانشجویان توزیع گردید معیارهای ورود به مطالعه، گذراندن حداقل یک ترم کارآموزی در محیط

[Downloaded from ijme.mui.ac.ir on 2026-11-12]

بالینی و تمایل به همکاری در مطالعه بود و معیار خروج، عدم تمایل به ادامه همکاری در نظر گرفته شد. در این پژوهش جهت سنجش درک دانشجویان، از پرسشنامه پژوهشگر ساخته‌ی درک بالینی استفاده گردید. به منظور تهیه این پرسشنامه، پرسشنامه مربوط به مطالعات چیویوان‌هان (chiu yuen han)(۱٤)، ساریکوسکی(۲۱)، کاچیوالا(۲۲)، سکالویک(۲۳) مطالعه گردید. سپس در راستای این پرسشنامه‌ها سؤالات پرسشنامه تدوین گردید و به صورت یک پرسشنامه ۸۰ سؤالی درآمد؛ سپس سؤالات تهیه شده به اساتید و اعضای هیأت‌علمی دانشگاه‌های کرمان و جیرفت داده شد و نظرات آنها جمع‌آوری گردید. در نهایت پرسشنامه به صورت یک پرسشنامه شامل ۱۲ حیطه و ٦۹ سؤال در آمد. حیطه‌های آن؛ حمایت اساتید از یادگیری دانشجو شامل ۱۰ سؤال، حمایت پرسنل بیمارستان از یادگیری دانشجو شامل ٤ سؤال، ارتباط مبتنی بر بازخورد شامل ٥ سؤال، ارتباط نظارتی شامل ٦ سؤال، جو بیمارستان شامل ۷ سؤال، نوآوری و خلاقیت شامل ٦ سؤال، تمرکز بر وظیفه ٥ سؤال، منحصر به فرد سازی آموزش بالینی توسط مدرس (تعدیل آموزش بر حسب توانایی فردی دانشجویان) ٥ سؤال، رضایت از محیط یادگیری بالینی ٦ سؤال، درگیر نمودن دانشجو ٥ سؤال، استقلال ٥ سؤال، فرصت‌های یادگیری ٥ سؤال.

جهت انجام روایی محتوای پرسشنامه، نظرات ۱۰ تن از اعضای هیأت‌علمی دانشگاه علوم پزشکی جیرفت و کرمان در زمینه تهیه پرسشنامه جمع‌آوری و ضریب روایی ۰/۸ حاصل گردید و برای انجام پایایی نیز پرسشنامه‌ها بین ۲۰ دانشجوی پرستاری غیز از جامعه‌ی پژوهش توزیع گردید. بعد از ۱۰روز پرسشنامه‌ها مجددا به این دانشجویان داده شد و از آنها خواسته شد که پرسشنامه را مجدداً پر نمایند. با استفاده از روش آزمون مجدد و ضریب همبستگی ۰/۷٤ به دست آمد. مقیاس پرسشنامه شش درجه‌ای به صورت کاملاً مناسب، مناسب، تقریباً مناسب، تقریباً نامناسب، نامناسب و کاملاً نامناسب است. شیوه نمره‌دهی هم از صفر تا پنج بود. در نهایت برای هر حیطه نمره کل به دست آمده تقسیم بر تعداد سؤالات شد و نمره هر حیطه از ٥ به دست آمد. در صورتی که میانگین نمره به دست آمده بین ۱/٦٦-۰ بود ضعیف، بین ۳/۳۲-۱/٦۷متوسط و بین ٥-۳/۳۳خوب در نظر گرفته شد. پرسشنامه‌ها در آخرین روز کارآموزی مربوط به یک بخش، توسط مربی مربوطه به دانشجویان داده شد و از آنها خواسته شد به دقت پرسشنامه را تکمیل نمایند. به آنها اطمینان داده شد که اطلاعات محرمانه باقی خواهد ماند. بعد از ۳۰ دقیقه پرسشنامه‌ها جمع‌آوری گردید. برای تجزیه و تحلیل اطلاعات از نرم‌افزار SPSS-17 و آزمون‌های آماری تی تست جهت سنجش تفاوت بین میانگین نمره به دست آمده از درک محیط یادگیری بالینی بر حسب جنس، وضعیت تأهل و آزمون آنوا جهت سنجش تفاوت بین میانگین نمره به دست آمده از درک محیط یادگیری بالینی و سال تحصیلی همچنین آزمون پیرسون جهت سنجش ارتباط میانگین نمره درک محیط یادگیری بالینی و جنس، وضعیت تأهل، سال تحصیلی استفاده شد. سطح معناداری $p\leq$۰/۰٥ در نظر گرفته شد.

نتایج

در این پژوهش از ۱۷۰ پرسشنامه توزیع شده که ۱۳۳ پرسشنامه برگردانده شد و مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند (برگشت‌پذیری ۷٦٪) ۷۹ نفر(٥۹/٤٪) را دانشجویان دختر و ٥٤ نفر (٤۰/٦٪) را دانشجویان پسر تشکیل دادند. میانگین سنی نمونه‌ها ٤/۷۰ ۲۱/۷۰ بود. ٦۹ نفر (٥۱/۹٪) از دانشجویان مربوط به دانشگاه علوم پزشکی جیرفت و بقیه مربوط به دانشگاه علوم پزشکی کرمان بودند. از نظر سال تحصیلی به ترتیب ٦۳ نفر (٤۷/٤٪)، ۳٦ نفر (۲۷/۱٪)، ۳٤ نفر (۲٥/٦٪) دانشجویان سال دوم، سوم و چهارم بودند. میانگین و انحراف معیار نمره‌ی درک دانشجویان از محیط بالینی در جدول ۱ ارائه شده است. بر اساس نتایج این جدول میانگین نمره کل به دست آمده از درک محیط یادگیری بالینی ۰/۸۳±۲/۷۹ بود. کم‌ترین

[Downloaded from ijme.mui.ac.ir on 2026-11-12]

نمره مربوط به گویه‌ی حمایت توسط پرسنل (۱/۱۸±۲/۲٤) و بیش‌ترین نمره مربوط به گویه ارتباط نظارتی (۱/۰۸±۳/۰۱) بود. بر اساس نتایج این جدول، میانگین نمره‌ی کل پرسشنامه‌ی پسران بیش از دختران بود و این تفاوت بر اساس آزمون آماری تی در نمره‌ی کل و همچنین نمرات در حیطه‌های ارتباط مبتنی بر بازخورد، جو بخش، تمرکز بر وظیفه، رضایت از محیط یادگیری بالینی، فرصت‌های یادگیری معنادار بود.

براساس آزمون آماری تی میانگین نمره‌ی کل پرسشنامه در افراد مجرد نسبت به متأهل تفاوت معنادار داشت(جدول ۲).

آزمون آماری آنوا و آزمون تعقیبی توکی ارتباط معناداری بین سال تحصیلی و حیطه‌های حمایت مدرس از یادگیری دانشجو، حمایت پرسنل از یادگیری دانشجو، ارتباط نظارتی، نو آوری و خلاقیت و نمره کل نشان داد. میانگین نمره در این حیطه‌ها در دانشجویان سال دوم بیش‌تر از دانشجویان سال چهارم بود(جدول ۳).

آزمون آماری پیرسون ارتباط معناداری بین جنس و میانگین نمره درک محیط یادگیری بالینی (r=۰/۲۲۵، p=۰۱۰) سال تحصیلی و میانگین نمره درک محیط یادگیری بالینی (r=۰/۲۲۲، p=۰/۱۰) وضعیت تأهل و میانگین نمره درک محیط یادگیری بالینی (r=/۱۹۷، p=۰/۰۲۳) نشان داد.

جدول ۱: میانگین و انحراف معیار نمره درک دانشجویان پرستاری از محیط یادگیری بالینی برحسب جنس به تفکیک گویه‌های مورد بررسی

گویه‌ها	کل	دختر	پسر	P	t
حمایت از یادگیری دانشجو توسط مدرسین پرستاری	۲/۹۸±۰/۹۱	۲/۹۳±۰/۸۹	۳/۰۷±۰/۹۶	۰/۳۸۴	۰/۸۷۳
حمایت از یادگیری دانشجو توسط پرسنل بیمارستان	۲/۲۴±۱/۱۸	۱/۹۳±۱/۱۰	۲/۶۹±۱/۱۶	۰/۰۰۱	۳/۷۹۷
ارتباط مبتنی بر بازخورد	۲/۸۸±۰/۹۶	۲/۶۸±۱/۰۰	۳/۱۸±۰/۸۳	۰/۰۰۲	۲/۹۹۲
ارتباط نظارتی	۳/۱۰۱±/۰۸	۲/۹۱±۱/۱۱	۳/۱۶±۱/۰۳	۰/۱۹۶	۱/۳۰۰
جو بخش	۲ /۷۷±۰/۹۰	۲/۶۱±۰/۸۸	۳/۰۲±۰/۸۹	۰/۰۱۱	۲/۵۶۵
نوآوری و خلاقیت	۲/۲۹±۱/۲۴	۲/۰۵±۱/۱۵	۲/۶۵±۱/۳۰	۰/۰۰۶	۲/۷۹۳
تمرکز بر وظیفه	۲/۷۶±۰/۹۴	۲/۶۱±۰/۸۸	۲/۹۸±۰/۹۹	۰/۰۲۵	۲/۲۷۴
منحصر به فرد سازی آموزش بالینی توسط مدرس	۲/۶۴±۱/۱۴	۲/۵۰±۱/۱۲	۲/۸۳±۱/۱۵	۰/۱۰۸	۱/۶۱۷
رضایت از محیط یادگیری بالینی	۳/۰۰±۱/۰۹	۲/۸۴±۱/۱۰	۳/۲۵±۱/۰۵	۰/۰۳۶	۲/۱۲۱
درگیر نمودن دانشجو	۲/۷۵±۱/۰۳	۲/۶۳±۰/۹۷	۲/۹۱±۱/۰۹	۰/۱۲۵	۱/۵۴۲
استقلال	۲/۷۹±۰/۹۳	۲/۸۵±۰/۹۰	۳/۱۳±۰/۹۷	۰/۰۹۳	۱/۶۹۲
فرصت‌های یادگیری	۲/۸۵±۱/۱۰	۲/۶۳±۱/۰۴	۳/۱۸±۱/۱۴	۰/۰۰۴	۲/۹۰۵
نمره کل	۲/۷۹±۰/۸۳	۲/۶۳±۰/۷۸	۳/۰۲±۰/۸۶	۰/۰۱۰	۲/۶۲۹

جدول ۲: میانگین و انحراف معیار نمره درک دانشجویان پرستاری از محیط یادگیری بالینی برحسب تأهل به تفکیک گویه‌های مورد بررسی

گویه‌ها	متأهل	مجرد	P	t
حمایت از یادگیری دانشجو توسط مدرسین پرستاری	۲/۶۵±۰/۹۴	۳/۰۶±۰/۹۰	۰/۰۵۳	۱/۹۵۵
حمایت از یادگیری دانشجو توسط پرسنل بیمارستان	۱/۸۶±۱/۲۰	۲/۳۲±۱/۱۶	۰/۰۹۶	۱/۶۷۶
ارتباط مبتنی بر بازخورد	۲/۶۰±۰/۹۷	۲/۹۴±۰/۹۵	۰/۱۱۴	۱/۵۹۰
ارتباط نظارتی	۲/۵۵±۱/۱۱	۳/۱۱±۱/۰۵	۰/۰۲۳	۲/۳۰۵
جو بخش	۲/۵۱±۰/۹۱	۲/۸۳±۰/۸۹	۰/۱۲۴	۱/۵۴۹

[Downloaded from ijme.mui.ac.ir on 2026-11-12]

نوآوری و خلاقیت	۱/۹۱±۱/۲۱	۲/۳۷±۱/۲۳	۰/۱۰۶	۱/۶۲۸
تمرکز بر وظیفه	۲/۴۳±۰/۹۴	۲/۸۴±۰/۹۳	۰/۰۶۱	۱/۸۸۸
منحصر به فرد سازی آموزش بالینی توسط مدرس	۲/۱۴±۱/۰۵	۲/۷۴±۱/۱۳	۰/۰۲۲	۲/۳۱۴
رضایت از محیط یادگیری بالینی	۲/۴۷±۱/۲۰	۳/۱۱±۱/۰۳	۰/۰۰۹	۲/۶۵۳
درگیر نمودن دانشجو	۲/۴۴±۱/۰۲	۲/۸۲±۱/۰۳	۰/۱۱۱	۱/۶۰۶
استقلال	۲/۷۱±۰/۹۸	۳/۰۲±۰/۹۲	۰/۱۴۴	۱/۴۶۹
فرصت‌های یادگیری	۲/۵۹±۱/۰۹	۲/۹۰±۱/۱۱	۰/۲۱۵	۱/۲۴۶
نمره کل	۲/۴۳±۰/۸۷	۲/۸۶±۰/۸۱	۰/۰۲۳	۲/۲۹۷

جدول ۳: میانگین و انحراف معیار نمره درک دانشجویان پرستاری از محیط یادگیری بالینی برحسب سال تحصیلی به تفکیک گویه‌های مورد بررسی

گویه‌ها	سال دوم	سال سوم	سال چهارم	P	F
حمایت از یادگیری دانشجو توسط مدرسین پرستاری	۳/۲۲±۰/۸۱	۲/۸۲±۱/۰۲	۲/۷۲±۰/۹۱	۰/۰۱۸	۴/۱۲۲
حمایت از یادگیری دانشجو توسط پرسنل بیمارستان	۲/۵۰±۱/۱۳	۲/۱۱±۱/۲۰	۱/۸۸±۱/۱۶	۰/۰۳۵	۳/۴۵۲
ارتباط مبتنی بر بازخورد	۳/۰۶±۰/۸۴	۲/۷۷±۱/۰۴	۲/۶۸±۱/۰۴	۰/۱۲۸	۲/۰۹۱
ارتباط نظارتی	۳/۲۶±۰/۹۱	۲/۸۵±۱/۱۳	۲/۷۲±۱/۲۲	۰/۰۳۴	۳/۴۸۰
جو بخش	۲/۹۵±۰/۹۳	۲/۶۵±۰/۹۴	۲ /۹۵±۰/۹۳	۰/۱۰۷	۲/۲۷۶
نوآوری و خلاقیت	۲/۵۹±۱/۰۵	۲/۳۲±۱/۴۲	۱/۷۰±۱/۱۸	۰/۰۰۳	۶/۰۹۹
تمرکز بر وظیفه	۲/۸۶±۰/۹۰	۲/۷۲±۱/۰۲	۲/۶۳±۰/۹۴	۰/۴۷۹	۰/۷۴۰
منحصر به فرد سازی آموزش بالینی توسط مدرس	۲/۷۷±۱/۰۸	۲/۶۳±۱/۱۲	۲/۴۰±۱/۲۴	۰/۳۰۶	۱/۱۹۴
رضایت از محیط یادگیری بالینی	۳/۲۰±۱/۰۹	۲/۱۸۳/۲۱	۲/۸۳±۰/۹۰	۰/۱۵۲	۱/۹۱۱
درگیر نمودن دانشجو	۲/۹۵±۱/۰۰	۲/۵۸±۱/۰۴	۲/۵۵±۱/۰۳	۰/۱۰۰	۲/۳۴۷
استقلال	۲/۹۹±۰/۹۶	۳/۰۰±۰/۹۶	۲/۹۱±۰/۸۸	۰/۹۰۷	۰/۰۹۷
فرصت‌های یادگیری	۳/۰۰±۱/۰۰	۲/۸۱±۱/۳۸	۲/۶۰±۰/۹۴	۰/۲۳۲	۱/۴۷۷
نمره کل	۲/۹۸±۰/۷۶	۲/۶۹±۰/۹۳	۲/۵۴±۰/۸۰	۰/۰۳۵	۳/۴۳۷

بحث

این مطالعه به منظور بررسی درک دانشجویان پرستاری دانشگاه‌های کرمان و جیرفت از محیط یادگیری بالینی انجام گرفت. نتایج حاصل از این مطالعه نشان داد که میانگین نمره درک دانشجویان از محیط بالینی ۰/۸۳ ±۲/۷۹ از ۵ بود که این میزان نسبت به مطالعه معطری و همکاران کم‌تر بود(۲۴). از جمله دلایلی که می‌تواند این تفاوت را توجیه کند تفاوت ابزار پژوهشگران است.

نتایج حاصل از مطالعه حاضر نشان دهنده آن بود که میانگین نمره درک محیط یادگیری در پسران بیش‌تر از دختران بود. از جمله دلایل آن می‌توان به این نکته اشاره کرد که دانشجویان پسر درگیری بیش‌تری در محیط بالین دارند. همچنین در محیط‌های بالینی توجه بیش‌تری به دانشجویان پسر می‌شود و از دانشجویان انتظار فعالیت بیش‌تری در بخش‌ها می‌شود، که این نتیجه هم‌سو با مطالعه موکامی و مطالعه بیرد (Byrd) و همکاران است(۲۵تا۲۶).

میانگین نمره کل درک دانشجویان پرستاری از محیط بالینی دانشجویان سال دوم بیش‌تر از دانشجویان سال سوم و چهارم بود. که این نتیجه هم‌سو با مطالعه بیرد و همکارانش است(۲۵). ناهماهنگی زمانی در ارائه واحدهای علمی و عملی، نابرابری محتوای دروس تئوری و عملی

[Downloaded from ijme.mui.ac.ir on 2026-11-12]

منجر به فراموشی مطالب درسی و افت کیفیت کار بالین می شود. تأثیر هم‌سویی آموزش تئوری و عملی باعث پایه‌گذاری مستحکم اصول شفاهی و عملی شده و در نهایت به تبحر بالینی دانشجویان و ارتقای خدمت رسانی به بیماران کمک شایان توجهی نمود. این ناهماهنگی اثر تجمعی خود را اعمال نموده و به تدریج با افزایش سنوات تحصیلی موجب درک نامناسب‌تر دانشجویان از محیط یادگیری بالینی می شود.

نتایج حاصل از این مطالعه نشان داد که میانگین نمره به دست آمده از درک محیط یادگیری بالینی دانشجویان مجرد نسبت به دانشجویان متأهل بیش‌تر بود. از جمله دلایلی که می‌تواند این تفاوت را توجیه کند درک عمقی دانشجویان مجرد نسبت به یادگیری است که در مطالعه عباس‌زاده و همکاران به آن اشاره شده است(۲۷).

نتایج مطالعه حاضر بیانگر آن است که در بین حیطه‌های مربوط به محیط یادگیری بالینی بیش‌ترین نمره مربوط به حیطه ارتباط نظارتی (۱/۰۸±۳/۰۱) بود. ارتباط نظارتی مدرسین بالینی یک عامل اساسی در فرایند اجتماعی شدن حرفه‌ای است و مهم‌ترین عنصر منفرد فعالیتهای آموزشی پرسنل پرستاری استکه با یافته‌های ساریکاسکی (saarikoski) که در آن ارتباط نظارتی، خوب ارزشیابی شده بودهم خوانی داشت(۲۱). نتایج حاصل از مطالعه حاضر نشان داد میانگین نمره گویه حمایت مدرسین پرستاری از یادگیری دانشجو در سطح متوسط (۰/۹۱±۲/۹۸) بود. اگر مدرسین پرستاری بتوانند به طور منظم با دانشجویان و پرسنل پرستاری در بخش‌ها کار کنند، دانشجویان به پرسنل پرستاری اعتماد می‌کنند و مدرسین پرستاری الگویی را برای پرسنل پرستاری ارائه نموده به طوری که پرسنل پرستاری در نظارت دانشجویان از آن پیروی خواهند کرد. بنابراین می‌توان نتیجه گرفت که حضور مدرسین پرستاری در محیط بالینی می‌تواند به کنترل نمودن این که آیا دانشجویان پرستاری کارها را به درستی انجام داده‌اند، کمک کند(۲۸).

در مطالعه حاضر کم‌ترین نمره مربوط به حیطه حمایت پرسنل بیمارستان از یادگیری دانشجو (۱/۱۸±۲/۲٤) بود. دانشجویان به وسیله کارکنان حرفه‌ای گوناگون با شایستگی‌های حرفه‌ای متفاوت نظارت می‌شوند. در این زمینه باتروورث (Butterworth) و فوجیر (Faugier) اظهار می‌دارند که نقش ناظر، تسهیل رشد حرفه‌ای و شخصی، فراهم نمودن حمایت و کمک، به همراه توسعه استقلال دانشجویان است(۲۹). متأسفانه بعضی از پرسنل پرستاری آموزش لازم را برای نظارت دانشجویان در محیط بالینی ندارند. تمام این عوامل می‌توانند کیفیت نظارتی را که دانشجویان ممکن است در محیط بالینی دریافت کنند به مخاطره بیاندازد، که این نتیجه هم‌سو با مطالعه کاراداگ (Karadag) و آدیس (Addis) است(۳۰). کوین (Quinn) اظهار می‌دارد سوپروایزر بخش باید تضمین کند که تجربیات مناسب برای دانشجویان پرستاری جهت دستیابی به پیامدهای یادگیری فراهم خواهد شد. مسؤول بخش باید قادر باشد مشارکت پرستاران و تعهد آنها را در زمینه یادگیری در دانشجویان پرستاری برانگیخته و تقویت نماید(۳۱).

نتایج حاصل از مطالعه حاضر نشان داد حیطه درگیر نمودن دانشجو در سطح متوسط بود. نتایج مطالعه قدس بین و همکاران نشان داد که از دید دانشجویان پرستاری، مربیان حائز ویژگی‌ها و ملاک‌های یک مدرس خوب می‌باشند و قادرند انگیزه یادگیری را در دانشجویان افزایش داده و کیفیت یادگیری را بهبود بخشند(۳۲). یادگیری و کسب مهارت‌های بالینی، ارتباط مستقیمی‌با ویژگی‌های مدرسان بالینی دار د و به نظر می‌رسد اجرای فرآیند یاددهی- یادگیری از طریق مربیان لایق و کارآمد، می‌تواند دانشجویان را قادر سازد تا حداکثر استفاده مطلوب را از توانایی‌های خود ببرند و در گیر موضوعات موجود در بخش شوند.

در ارتباط با جو بخش نیز دیدگاه دانشجویان در سطح

[Downloaded from ijme.mui.ac.ir on 2026-11-12]

متوسط بود. در پژوهش امیدی دانشجویان امکانات بخش، اعم از کمیت و کیفیت تجهیزات در دسترس و نیز تعداد مراجعین و بیماران بستری را در حد مطلوب نمی‌دانستند(۳۳). پاپ (Papp) و همکاران بیان می‌کنند که داشتن جو خوب در بخش اهمیت دارد زیرا این جو به افراد کمک می‌کند که با هم سازگاری خوبی داشته باشند(۳٤). در مطالعه شهبازی و همکاران دانشجویان معتقد بودند که هماهنگی بین بخش و دانشجو وجود ندارد و همکاری پرسنل بخش با دانشجویان پرستاری نامطلوب است(۳۵).

در ارتباط با حیطه ارتباط مبتنی بر بازخورد، در تحقیقی پیرامون بررسی عقاید مربیان و دانشجویان پرستاری در یکی از دانشگاه‌های ایالت متحده آمریکا این نتیجه به دست آمد که دانشجویان ویژگی‌های ارتباطی مربیان با دانشجو را مهم‌تر از توانایی‌های حرفه‌ای می‌دانند(۳٦). توانایی مربی در ایجاد ارتباط و مشاوره با دانشجو، یکی از مهم‌ترین معیارهایی کم درس خوب است و می‌تواندامر یادگیری را تسهیل و در نهایت احساس رضایت‌مندی را در دانشجو افزایش دهد(۳۲).

نتایج حاصل از مطالعه حاضر نشان داد که در دانشجویان در سطح متوسط بود. قدس بین در مطالعه خود نشان داد که ایجاد فرصت‌های آموزشی، واگذاری امور به دانشجویان و استقلال در انجام امور بالینی، به عنوان عاملت سهیل‌کننده افزایش مهارت‌های بالینی است(۳۲). بعضی مطالعات خاطرنشان می‌سازد که مربی بالینی کسی است که برای ایجاد فرصت‌ها و شرایط لازم برای آموزش در محیط بالینی تلاش می‌کند و بدین ترتیب یادگیری دانشجو را آسان می‌سازد(۳۷).

نتایج حاصل از مطالعه حاضر نشان داد که حیطه نوآوری و خلاقیت در دانشجویان حد متوسط بود (۱/۲٤±۲/۲۹). در مطالعه بور (Boor) نیز شواهد مؤید آن بود که روش‌های یادگیری موجود منجر به رشد عقلانی آنها نمی‌شود و تنها توانایی یک اپراتور را به دست می‌آورند که فقط از آنها انتظار می‌رود کارهای معمول را به صورتی غیراندیشمندانه انجام دهند(۳۸).

میانگین نمره رضایت از محیط یادگیری بالینی۱/۰۹ ±۳/۰۰ بود، در اکثر مطالعات رضایت دانشجویان از محیط بخش‌ها در سطح متوسط گزارش شده است(۲و۳۲و۳۹). از جمله دلایل این تفاوت می‌تواند تفاوت در ابزار مطالعه، محیط‌های مورد مطالعه باشد. به طوری که در بیمارستان‌های تخصصی‌تر این رضایت بیش‌تر است. در مطالعه حاضر نیز میانگین نمره دانشجویان مشغول به تحصیل در کرمان بیش‌تر از دانشجویان جیرفت بود.

در ارتباط با حیطه فرصت‌های یادگیری نیز میانگین نمره به دست آمده در سطح متوسط بود. در مطالعه رایسلر (Raisler) دانشجویان اظهار داشتند که بین اهداف آموزشی و انتظارات بخش هماهنگی مشاهده نمی‌شود، به بیان دیگر در بخش‌ها فرصت‌های مناسبی برای یادگیری وجود ندارد. به عقیده محققین تدوین اهداف واقع بینانه و متناسب با امکانات و شرایط، درارتقای کیفیت آموزش بالینی بسیار مؤثر است و درتدوین برنامه‌های آموزش بالینی این موضوع بایستی همواره مورد توجه باشد(٤۰). در مطالعه دل‌آرام اکثر دانشجویان گزارش کردند که بین اهداف آموزشی و انتظارات پرسنل بخش هماهنگی وجود ندارد. بیش‌ترمطالعات انجام شده دراین زمینه نیز مؤید این یافته است(۳۹تا٤۲).

از جمله محدودیت‌های این مطالعه با توجه به این که فقط یک رشته (پرستاری) مورد بررسی قرار گرفته است قابل تعمیم به سایر رشته‌ها (پزشکی، مامایی، اتاق عمل) نیست. لذا توصیه می‌شود در پژوهش‌های بعدی سایر رشته‌ها هم مورد بررسی قرار گیرند.

نتیجه‌گیری

نتایج حاصل از یافته‌های این مطالعه نشان داد که درک دانشجویان پرستاری در اکثر حیطه‌های محیط یادگیری

[Downloaded from ijme.mui.ac.ir on 2026-11-12]

بالینی در سطح متوسط است و نظر به اهمیت موضوع یادگیری بالینی، باید ارتقای محیط بخش‌ها از جمله تجهیز نمودن بخش‌ها، ایجاد زمینه برای استقلال و درگیر نمودن دانشجو در بخش، حمایت از دانشجو در زمینه خلاقیت و نوآوری، مد نظر مربیان قرار گیرد. همچنین پیشنهاد می‌شود که الگوی مدیریتی مسؤولین بخش‌ها مورد توجه بیش‌تری قرار گیرد و الگوهای موفق و دلایل آن شناسایی شوند به طوری که یادگیری دانشجویان و تقویت روحیه کارگروهی در تمامی‌بخش‌هابیش‌تر مورد توجه قرار گیرد.

قدردانی

این مطالعه حاصل طرح تحقیقاتی مصوب در دانشگاه علوم پزشکی جیرفت به شماره پ/۹۲/۲۱ در تاریخ ۱۳۹۲/۱۰/۲۱ است و از طرف معاونت پژوهشی این دانشگاه حمایت مالی شده است. از کلیه مسؤلین و دانشجویان دانشگاه‌های علوم پزشکی کرمان و جیرفت نهایت تقدیر و تشکر را داریم.

منابع

1. Chan DS. Combining qualitative and quantitative methods in assessing hospital learning environments. Int J of Nurs Stud. 2001; 38(4): 447-59.
2. Kachiwala AY. student nurses opinions regarding the clinical learning environment and supervision at malamulo hospital Malawi[Dissertation]. Malawi; 2006.
3. Davis BD. How nurses learn and how to improve the learning environment. Nurse Educ Today. 1990; 10(6):405-409.
4. Biggs J. What do inventories of students' learning processes really measure? A theoretical review and clarification. British Journal of Educational Psychology. 1993; 63(1): 3-19.
5. Elcigil A, Yildirim Sari H. Determining problems experienced by student nurses in their work with clinical educators in Turkey. Nurse Educ Today. 2007; 27(5): 491-8.
6. Lofmark A, Wikblad K. Facilitating and obstructing factors for development of learning in clinical practice: A student perspective. J Adv Nurs. 2001; 34(1): 43-50.
7. IP WY, Kit Chan DS. Hong Kong nursing studentís Perception of the clinical environment: A question aire survey. Int J Nurs Stud. 2005; 42(6): 665-72.
8. Chan DS. Validation of the clinical learning environment inventory. West J Nurs Res. 2003; 25(5): 519-532.
9. Sharif F, Masoumi S. A qualitative study of nursing student experiences of clinical practice. BMC Nurs. 2005;4: 6.
10. Bigges JB, Moore PJ. The process of learning. 3thed. Sydney: Prentice Hall; 1993.
11. Rotem A, Godwin P, Du J. Learning in Hospital Settings. Teaching and Learning in Medicine : An International Journal. 1995; 7(4): 211-217.
12. Salmani N, Amirian H. [Comparison between nursing students and trainers viewpoints about clinical education environment in Islamic Azad University of Yazd, in the year 2006]. Strides in Development of Medical Education. 2006; 3(1): 11-8. [Persian]
13. Li Mk. Perceptions of effective clinical teaching behaviours in a hospital-based nurse training programme. J Adv Nurs. 1997; 26(6):1252-61.
14. Yuen- Han C. Clinical learning environment and approach to learning: perspectives of mature nursing students in Hong kong [Dissertation]. Hong Kong Korea:the University of Hong Kong; 2005.
15. Pakpur V, Mehrdad N, Shokrabi R, Salimi S. [Nursing Students' Perceptions Regarding Their Educational Environment of Tehran University of Medical Sciences]. Journal of Medical Education Development. 2011; 3(5):16-24. [Persian]
16. Chan DS, Ip WY. Perception of hospital learning environment: a survey of Hong Kong nursing students. Nurse Educ Today. 2007; 27(7):677–84.
17. Chun-Heung L, French P, Education in the practicum: a study of the ward learning climate in Hong

[Downloaded from ijme.mui.ac.ir on 2026-11-12]

Kong. J Adv Nurse. 1997; 26(3): 455-6.
18. Pearcey P, Draper P. Exploring clinical nursing experiences: listening to student nurses. Nurse Educ Today. 2008; 28(5): 595-601.
19. Paymani H, Darash M, SadeghiFar j, Yagoubi M, Yamani N, Alizadeh M. [Evaluating the Viewpoints of Nursing and Midwifery Students about Their Clinical Educational Status]. Iranian Journal of Medical Education. 2011; 10(5): 1121-1130. [Persian]
20. Halter MJ, Kleiner C, Hess RF. The experience of nursing students in anonline doctoral program in nursing: A phenomenological study. Int J Nurs Stud. 2006; 43(1): 99-105.
21. Saarikoski M. Clinical Learning Environment and Supervision: Development and Validation of the CLES Evaluation Scale[Dissertation]. Annales Universitatis Turkuensis; 2002.
22. Yanjanani KA. Student nurses' opinions regarding the clinical learning environment and supervision at Malamulo Hospital, Malawi[Dissertation]. university of the Witwatersrand; 2006.
23. Skaalvik MW, Normann HK, Henriksen N. Clinical learning environment and supervision: experiences of Norwegian nursing students - a questionnaire survey. J Clin Nurs. 2011; 20(15-16):2294-304.
24. Moattari M, Ramazani S. [Nursing Students' Perspective toward Clinical Learning Environment]. Iranian Journal of Medical Education. 2009; 9(2): 137-145. [Persian]
25. Byrd C Y, Hood L, Youtsey N. Student and preceptor views of factors in a successful learning partnership. J Prof Nurs. 1997; 13(6):344-51.
26. Murakami M, Kawabata H, Maezawa M. The influence of learning environments on medical education: a qualitative research study in one Japanese medical school. South East Asian Journal of Medical Education. 2009; 3(2): 45-53.
27. Abbaszadeh A, Borhani F, Sabzevari S, Eftekhari Z. [The Assessment Methods and its Relationship to Learning Approaches of Nursing Students in Kerman University of Medical Sciences, Iran]. Journal of Strides in Development of Medical Education. 2013; 10(2): 60-70. [Persian]
28. Musinski B. The educator as facilitator: A new kind of leadership. Nurs Forum. 1999; 34(1):23-9.
29. Butterworth T, Faugier J,Burnard P. Clinical supervision and mentorship in nursing. Nelson Thornes; 1998.
30. Addis G, Karadag A. An evaluation of nurses' clinical teaching role in Turkey. Nurse Educ Today. 2003; 23(1): 27-33.
31. Quinn FM, Thomas S. Principles and practice of nurse education. 4thed. Nelson Thornes Limited UK; 2000.
32. Ghodsbin F, Shafakhah M. [Facilitating and preventing factors in learning clinical skills from the viewpoints of the third year students of Fatemeh school of nursing and midwifery]. Iranian journal of medical education. 2008; 7(2): 343-351. [Persain]
33. Omidi F. [Amouzesh balini dar parastari va mamaei]. In:The Seminar in quality of nursing and midwifery education services. Hamadan: University of medical sciences & health services; 2000. [Persian]
34. Papp I, Markkanen M, Bonsdorff MV. Clinical environment as a learning environment: student nurses' perceptions concerning clinical learning experiences. Nurse Educ Today. 2003; 23(4): 262-268.
35. Shahbazi L, Salimi T. [vazeyate amouzeshe balini az didgahe daneshjoyane parastari va mamaei]. Journal of Sdoughi university of medical sciences Yazd. 2000; 8(2): 97-103. [Persian]
36. Golaghaei F, Moshfegh K, Rafiei M. [Taheye va taeine etebar va payayie abzare arzeshyabiye morabiyane baliniye parastari va mamaei]. Teb va tazkiye. 2002;(45): 48-54. [Persian]
37. Morgan SA. Teaching activities of clinical instructors during the direct client care period: a qualitative investigation. J Adv Nurs. 1991; 16(10): 1238-46.
38. Boor K, Scheele F, van der Vleuten CP, Teunissen PW, den Breejen EM, Scherpbier AJ. How undergraduate clinical learning climates differ: a multi-method case study. Med Educ. 2008; 42(10): 1029-36.
39. Delaram M. [Clinical Education from the Viewpoints of Nursing and Midwifery Students in Shahrekord University of Medical Sciences]. Iranian Journal of Medical Education. 2006; 6(2): 129-135. [Persian]
40. Raisler J, O'Grady M, Lori J. Clinical teaching and learning in midwifery and women's health. J Midwifery Women's Health. 2003; 48(6):398-406.
41. Cheraghi F, Shamsaie F. [Nazarate daneshjouyane sale akhare parastariye daneshgahe oloum pezeshkiye Hamadan dar mowrede amouzesh balini]. Research in Medical Sciences. 1997; 3(1): 156. [Persian]

[Downloaded from ijme.mui.ac.ir on 2026-11-12]

42. Khorsandi M. , Khosravi S. [Barrasiye vazeyate amouzeshe balini az didgahe daneshjouyane daneshkadeye parastari va mamaiye arak dar sale 1380]. Rahavard Danesh. 2002; 5(1): 29-32. [Persian]

[Downloaded from ijme.mui.ac.ir on 2026-11-12]

Student's perception of clinical learning environment

Reza Mirzaei[1], **Fariba Borhani**[2], **Tayebeh Fasihi Harandi**[3]

Abstract

Introduction: *Clinical education plays a key role in nursing. Clinical learning environment is one of the most important well-known factors for being successful in nursing educational programs. The aim of this study was to investigate the perception of clinical learning environment among nursing students in Jiroft and Kerman Universities of Medical Sciences.*

Methods: *This descriptive study was performed on 133 students of the Faculties of Nursing in Kerman and Jiroft Universities of Medical Sciences in 2013-14 academic years. Data were collected through a researcher-made questionnaire. It was developed by employing studies of Chiu Yuen Han, Saarikoski, Kachiwala and Skaalvik; its validity and reliability were verified by validity coefficient (0.8) and test-retest method and correlation coefficient (0.74) respectively. The questionnaire's six-point scale, rated as absolutely appropriate, appropriate, slightly appropriate, slightly inappropriate, inappropriate, and absolutely inappropriate which were scored from 0 to 5. The collected data were analyzed using descriptive statistics test, t test, ANOVA and Pearson test.*

Results: *The mean of total scores obtained from clinical learning environment perception was 2.79±0.63 out of 5. The lowest score was for personnel's support (2.24±1.18) and the highest score was for supervision communication (3.01±1.08). The means of total scores obtained from perception of clinical learning environment differed significantly in male and female students (t=2.297, p=0.023) and for second, third and fourth year students (f=3.43, p=0.035).*

Conclusion: *The results of this study showed that nursing students' perception of clinical learning environment was average. It is accordingly suggested that successful management models of wards should be considered in order to empower students' learning and teamwork in all clinical wards.*

Keywords: Student`s perception, clinical environment, nursing, learning environment, clinical education.

Addresses:

[1.] Nursing instructor, jieroft nursing college, medical science university of jieroft, Kerman, Iran. Email:Rezamirzaei1347@yahoo.com

[2.] (✉)Assistant professor, medical ethics and rights research center, shahid beheshti medical science university, Tehran. Iran. Email:faribaborhani@msn.com

[3.] Assistant Prof. , Social Determinants of Health Research Center, Alborz University of Medical Sciences, Karaj, Iran. Email: tfasihih@yahoo.com

[Downloaded from ijme.mui.ac.ir on 2026-11-12]