دیدگاه دانشجویان پرستاری درباره محیط‌های یادگیری بالینی

مرضیه معطری*، سمیه رمضانی

چکیده

مقدمه: موفقیت برنامه‌های آموزشی پرستاری به کارآیی و کفایت تجربیات بالینی بستگی دارد. یکی از مهم‌ترین عوامل شناخته شده در این زمینه، جو محیط‌های یادگیری است. در این مطالعه ابعاد مختلف مؤثر در جو محیط بالینی از دیدگاه دانشجویان پرستاری مورد ارزشیابی قرار گرفته است.

روش‌ها: کلیه دانشجویانی که در بخش‌های اطفال، بخش مراقبت‌های ویژه جراحی اعصاب، ریکاوری، بخش مراقبت‌های ویژه جراحی، اتفاقات جراحی، اتفاقات داخلی مردان و بخش زنان و زایمان به کسب تجارب بالینی در عرصه مشغول بودند، در این پژوهش توصیفی- مقطعی شرکت داشتند. ابزار گرداوری داده‌ها، یک پرسشنامه ۵۰ سؤالی بود که از تلفیق دو پرسشنامه مقیاس محیط یادگیری بالینی و محیط یادگیری بالینی و نظارت به دست آمد. به وسیله این پرسشنامه دانشجویان در طول نیم‌سال دوم تحصیلی ۸۵-۱۳۸۴ نسبت به ارزیابی محیط بالینی که در آن مشغول به یادگیری بودند، اقدام نمودند. از آزمون‌های آماری ANOVA و Post-hoc برای مقایسه میانگین رتبه‌ها و نرم‌افزار SPSS استفاده شد.

نتایج: میانگین رتبه داده شده به محیط‌های یادگیری بخش‌های مختلف بین ۱/۴ تا ۴/۱ از ۵ متغیر بود. در چهار بخش اتفاقات جراحی، اتفاقات داخلی مردان، اطفال و ریکاوری، ۳ و یا کمتر، و در سه بخش دیگر رتبه به دست آمده بین ۳ و ۴ بود. بخش‌های مورد ارزیابی در شش متغیر از مجموع متغیرها، شامل الگوی مدیریتی مسؤول بخش، یادگیری در بخش، تعهد مسؤول پرستاری، نحوه ارتباط با بیمار، ارتباط بین پرسنل و دانشجو و رضایت دانشجویان با هم متفاوت بودند اما در متغیرهای درک دانشجویان پرستاری از جو بخش، وضعیت مراقبت‌های پرستاری و روابط بین فردی و روابط نظارتی با هم تفاوت معنی‌داری نداشتند.

نتیجه‌گیری: از نظر دانشجویان، جو یادگیری و متغیرهای مربوط به آن در بخش‌های مختلف متفاوت است. لازم است نسبت به ارتقای کیفی بخش‌های مختلف تمهیداتی صورت گیرد.

واژه‌های کلیدی: دیدگاه، دانشجویان پرستاری، محیط یادگیری بالینی، تجربیات بالینی.

مجله ایرانی آموزش در علوم پزشکی / تابستان ۱۳۸۸؛ ۹(۲): ۱۳۷ تا ۱۴۵.

مقدمه

محیط بالینی در فرایند آموزش حرفه‌های علوم پزشکی حائز اهمیت بسیاری است(۱). اما کنترل این محیط به دشواری امکان‌پذیر می‌باشد(۲). محیط بالینی در برگیرنده کلیه شرایط و محرک‌های مؤثر بر یادگیری است. این محیط غنی روان‌شناختی از عوامل شناختی، اجتماعی، فرهنگی، عاطفی، احساسی، انگیزشی و درسی تشکیل شده است. محیط بالینی زمینه را برای یادگیری فراهم می‌کند و همزمان به عنوان یک عامل دخیل در یادگیری و یاددهی عمل می‌نماید و می‌تواند در حمایت، ممانعت و یا محدودیت موقعیت‌های یادگیری دانشجویان نقش‌آفرینی کند(۳).

دانشجویان کارشناسی پرستاری، بخش قابل توجهی

* **آدرس مکاتبه:** دکتر مرضیه معطری (استادیار)، گروه آموزش پرستاری، دانشکده پرستاری و مامایی حضرت فاطمه (س)، دانشگاه علوم پزشکی شیراز، فلکه نمازی، شیراز. moattarm@sums.ac.ir

سمیه رمضانی، مربی گروه داخلی و جراحی دانشکده پرستاری و مامایی حضرت فاطمه (س) دانشگاه علوم پزشکی شیراز (ramezani80@yahoo.com)

این مقاله در تاریخ ۸۶/۵/۵ به دفتر مجله رسیده، در تاریخ ۸۸/۱/۳۰ اصلاح شده و در تاریخ ۸۸/۴/۹ پذیرش گردیده است.

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

از آموزش خود را در محیط‌های آموزشی بالینی می‌گذرانند. اما این مسأله به خودی خود ضامن کفایت آموزش نیست، زیرا متغیرهای بسیاری از جمله دانشجو، مربی بالینی، پرسنل بخش و عوامل موجود در محیط بالینی نتایج یادگیری آنها را تحت تأثیر قرار می‌دهد. برای اطمینان از مفید و مؤثر بودن محیط بالینی در یادگیری، این عوامل نیز باید مشخص شده و مورد ارزشیابی قرار گیرند(۳). علاوه بر این، روابط بین فردی، جو یادگیری، نگرش‌ها، ساختار فیزیکی بخش و الگوهای سلسله مراتبی، عوامل تأثیرگذار دیگری هستند که در نظریه سازمانی و آموزشی لحاظ می‌شوند، بنا بر این، توجه به آنها نیزحائز اهمیت است(۴).

ساریکوسکی و لینوکیلپی (Saarikoski & Leino-Kilpi) به نقل از برخی محققین می‌نویسند: «یک محیط بالینی خوب دارای ساختاری فاقد سلسله مراتب است و در آن معمولاً کار گروهی و ارتباطات خوبی وجود دارد». مطالعات همچنین نشان می‌دهند که وجود جو مثبت و روحیه خوب گروهی، مهم‌ترین ابعاد یک محیط بالینی خوب را تشکیل می‌دهند. در صورتی که پرسنل بخش با هم کار کنند و دارای انگیزه باشند، دانشجویان مورد حمایت قرار داشتن و در عین حال تحت نظارت بودن را بیشتر احساس می‌کنند. همچنین از ویژگی‌های محیط آموزشی خوب، الگوی مدیریتی دموکراتیک است که در آن مدیر بخش از نیازهای جسمی و روحی پرسنل و دانشجویان با خبر می‌باشد(۵).

مسأله آموزش بالینی و کیفیت آن در تحقیقات بسیاری مورد توجه قرار گرفته است(۵). در یک پژوهش نشان داده شد که توانمندی‌های مربیان از طریق شرکت در کارگاه آموزش بالینی تنها بر شش رفتار از مجموع ۲۱ رفتار مؤثر در آموزش بالینی مربیان تأثیر داشته است. پژوهشگران چنین نتیجه‌گیری کرده‌اند که برنامه آموزشی مربیان باید با سایر تمهیدات مؤثر بر اثربخشی آموزش بالینی، از جمله توجه به جو یادگیری و عوامل موجود در آن و نظارت بالینی مؤثر، توأم شود(۶). علاوه بر این، نشان داده شده است که برای به حداکثر رساندن نتایج یادگیری بالینی دانشجویان پرستاری، نیاز به بررسی و ارزشیابی محیط‌های یادگیری بالینی می‌باشد(۷). در راستای توجه به جو یادگیری در محیط‌های بالینی، ابزارهای معتبر و قابل اعتمادی تدوین یافته است(۵و۸تا۱۳). اما استفاده از این ابزارها به ندرت به منظور ارزشیابی محیط‌های بالینی به کار رفته است. این در حالی است که مسأله ارزشیابی مربیان و یا دانشجویان بدون توجه به بستری که در آن به یادگیری بالینی می پردازند از ارزش کمی برخوردار است. بنا بر این، لازم است به سایر عوامل تأثیرگذار بر رضایت و یادگیری دانشجویان نیز پرداخته شود. در این مطالعه، ابعاد مختلف مؤثر در محیط‌های آموزشی بالینی از منظر دانشجویان پرستاری مورد ارزشیابی قرار گرفته است. بنا بر این، هدف مطالعه تعیین دیدگاه دانشجویان پرستاری از محیط‌های یادگیری بالینی بود.

روش‌ها

در این مطالعه توصیفی- مقطعی، کلیه دانشجویان سال آخر ترم دوم سال تحصیلی ۸۵-۱۳۸۴ دانشکده پرستاری مامایی حضرت فاطمه (س) دانشگاه علوم پزشکی شیراز که در طول یک نیم‌سال تحصیلی در بخش‌های اطفال (۲۴ نفر)، بخش مراقبت‌های ویژه جراحی اعصاب (۲۶ نفر)، ریکاوری (۲۳ نفر)، مراقبت‌های ویژه جراحی (۲۷ نفر)، اتفاقات جراحی (۲۳ نفر)، اتفاقات داخلی مردان (۲۳ نفر) و زنان و زایمان (۲۴ نفر) مشغول گذراندن دوره کارآموزی در عرصه بودند، شرکت کردند. علت انتخاب این گروه، وابستگی کمتر به مربیان و استقلال بیشتر دانشجویان و در نتیجه، دیدگاه بهتر آنان از جو محیط یادگیری بود.

ابزار مورد استفاده در این پژوهش شامل دو قسمت بود. در بخش اول پرسشنامه، سن و جنس نمونه‌ها مورد پرسش قرار گرفت، اما بخش اصلی پرسشنامه با تلفیق پرسشنامه تدوین شده توسط دان و برنت (Dunn & Burnett) با عنوان «مقیاس محیط یادگیری بالینی» (Clinical Learning Environment Scale)(۱۴) و پرسشنامه ساریکاسکی و کیلپی (Saarikoski & Kilpi) با عنوان «محیط یادگیری بالینی و نظارت» (Clinical Learning Environment and Supervision (CLES)) (۵) به دست آمد. پرسشنامه اول حاوی ۲۳ سؤال است که متغیرهای روابط بین فردی (۶ سؤال)، تعهد مسؤول بخش (۴ سؤال)، روابط با بیمار (۴ سؤال)، رابطه پرسنل بخش

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

و دانشجو (۵ سؤال) و رضایت دانشجویان (۴ سؤال) را مورد سنجش قرار می‌دهد. پرسشنامه دوم شامل ۲۷ سؤال است و متغیرهای جو بخش (۵ سؤال)، الگوی مدیریتی مسؤول بخش (۴ سؤال)، وضعیت مراقبت پرستاری در بخش (۴ سؤال)، وضعیت یادگیری در بخش (۶ سؤال)، روابط نظارتی (۸ سؤال) را می‌سنجد. پرسشنامه‌ها بعد از تلفیق، ترجمه و برگردان مجدد به زبان انگلیسی، از نظر روایی مورد تأیید قرار گرفت. علاوه بر این، به تعدادی از اساتید دانشکده پرستاری و نیز تعداد ۲۰ نفر از دانشجویان پرستاری داده شد. نظرات اصلاحی آنها در ویرایش پرسشنامه لحاظ گردید. ضمناً برای تعیین پایایی پرسشنامه از ضریب آلفا کرونباخ استفاده شد که r=۰/۹۵ مؤید پایایی پرسشنامه بود. در این پرسشنامه، از مقیاس لیکرت (کاملاً موافقم تا کاملاً مخالفم) برای سنجش متغیرها استفاده شد. بنا بر این، حداکثر نمره برای هر سؤال ۵ و حداقل نمره یک بود.

برای جمع‌آوری داده‌ها در طول یک نیم‌سال تحصیلی، از مربیان هر بخش تقاضا شد تا از همه دانشجویان سال آخر خود بخواهند که در صورت تمایل بخشی را که در آن مشغول به یادگیری هستند مورد ارزیابی قرار دهند. از تعداد ۲۲۰ پرسشنامه در مجموع ۲۰۱ پرسشنامه تکمیل گردید. اطلاعات مربوط به ۳۱ پرسشنامه نیز عملاً قابل استفاده نبود، زیرا مربوط به بخش‌هایی می‌شد که تعداد پرسشنامه‌های جمع‌آوری شده از آنها برای تحلیل آماری کافی نبود. در مجموع، تعداد ۱۷۰ پرسشنامه مربوط به تعداد قابل قبولی از بخش‌ها (هفت بخش از مجموع ده بخش در نظر گرفته شده در برنامه دانشجویان) مورد تحلیل آماری قرار گرفت. میانگین رتبه‌های داده شده به مجموعه‌ای از سؤالات که یک مفهوم خاص را مورد سنجش قرار می‌دهد محاسبه، و به عنوان رتبه مربوطه به آن مفهوم در نظر گرفته شد. بنا بر این، میانگین رتبه‌های هر حیطه و نیز کل پرسشنامه بین ۱ تا ۵ گزارش شده است. به منظور رعایت اصول اخلاقی، مجوز انجام پژوهش از جانب مسؤولین بیمارستان صادر گردید و مسؤولین هر یک از بخش‌ها در جریان هدف و نحوه انجام پژوهش قرار گرفتند. همچنین به آنها اطمینان داده شد که از ذکر نام بیمارستان آنها خودداری خواهد شد.

سپس داده‌ها توسط نرم‌افزار آماری SPSS-11.5 مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. در این پژوهش از آمار توصیفی، برای مقایسه میانگین رتبه‌ها از آزمون آماری ANOVA و در صورت معنی‌دار شدن تفاوت، از آزمون post-hoc برای تعیین محل این تفاوت‌ها استفاده شد.

نتایج

از تعداد ۲۲۰ پرسشنامه توزیع شده، نهایتاً ۱۷۰ پرسشنامه تجزیه و تحلیل آماری شد (response rate=۷۷/۲۴). این پژوهش بر روی کلیه دانشجویان سال چهارم دانشکده پرستاری و مامایی شیراز انجام گردید. میانگین سنی نمونه‌ها ۲۲/۱ سال و جنس ۹۱ درصد آنها مؤنث بود.

میانگین رتبه‌های داده شده توسط دانشجویان به متغیرهای مربوط به این پژوهش در بخش‌های مختلف در جدول یک ارائه شده است. میانگین رتبه داده شده به محیط‌های یادگیری بخش‌های مختلف بین ۱/۴ تا ۴/۱ از ۵ متغیر بود. در چهار بخش اتفاقات جراحی، اتفاقات داخلی مردان، اطفال و ریکاوری ۳ و یا کمتر و در بخش‌های مراقبت ویژه جراحی اعصاب، مراقبت ویژه جراحی و زنان و زایمان رتبه به دست آمده بین ۳ و ۴ بود.

میانگین رتبه کلی داده شده به بخش‌ها نیز بین ۲/۷±۰/۶ (ریکاوری) تا ۳/۲±۰/۶ (بخش مراقبت‌های ویژه جراحی) متغیر بود.

نتایج آزمون ANOVA و post-hoc نشان داد که تفاوت رتبه داده شده توسط دانشجویان به بخش‌های مختلف در رابطه با ابعاد مختلف محیط بالینی، به جز در مورد دیدگاه دانشجویان پرستاری، از «جو بخش»، «وضعیت مراقبت‌های پرستاری» و «روابط بین فردی» و نیز «روابط نظارتی» در سایر موارد معنی‌دار است. از جمله دیدگاه دانشجویان پرستاری از «الگوی مدیریتی مسؤول» تفاوت معنی‌داری را بین بخش‌های مختلف نشان داد (p<۰/۰۰۱ و F=۴/۶۵۹). آزمون post-hoc این تفاوت را بین بخش‌های زنان و زایمان با بخش‌های اتفاقات جراحی (p<۰/۰۵)، اطفال (p<۰/۰۵) و ریکاوری (p<۰/۰۰۱) معنی‌دار نشان داده است. همچنین تفاوت بین بخش‌های ریکاوری و مراقبت‌های ویژه جراحی (p<۰/۰۵) معنی‌دار بود. با توجه به میانگین رتبه‌ها در بخش‌های مختلف، میانگین رتبه‌های مراقبت‌های ویژه جراحی و زنان و زایمان از سایر بخش‌ها بیشتر است.

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

جدول ۱: میانگین و انحراف معیار رتبه‌های داده شده توسط دانشجویان پرستاری به هر یک از متغیرهای مورد ارزشیابی در بخش‌های مختلف

متغیرها	زنان و زایمان	اتفاقات داخلی مردان	اتفاقات جراحی	اطفال	مراقبت‌های ویژه جراحی اعصاب	ریکاوری	مراقبت‌های ویژه جراحی	کل
جو بخش	۳/۵±۰/۸	۳±۰/۷	۳/۱±۰/۹	۳±۱/۱	۳/۳±۰/۸	۳±۰/۹	۳/۱±۰/۹	۳/۱±۰/۲
الگوی مدیریتی مسؤول بخش	۳/۵±۰/۹	۳±۰/۸	۲/۷±۰/۸	۲/۷±۱	۳/۱±۰/۷	۲/۴±۰/۷	۳/۲±۰/۸	۲/۹±۰/۴
وضعیت مراقبت پرستاری در بخش	۳/۱±۰/۸	۳/۳±۰/۸	۳±۰/۸	۳/۳±۱	۳/۳±۰/۸	۳/۱±۰/۸	۳/۴±۰/۹	۳/۲±۰/۱
وضعیت یادگیری در بخش	۳/۲±۰/۹	۴/۱±۰/۷	۳/۳±۰/۷	۲/۸±۱	۳/۱±۰/۶	۲/۶±۰/۹	۳/۳±۰/۵	۳/۲±۰/۵
روابط نظارتی	۳/۳±۰/۸	۳/۱±۰/۸	۳/۲±۰/۹	۳/۱±۰/۸	۳/۳±۰/۷	۳±۰/۸	۳/۵±۰/۶	۳/۲±۰/۲
روابط بین فردی	۳/۲±۰/۷	۳±۰/۸	۲/۹±۰/۹	۲/۸±۰/۹	۳±۰/۸	۲/۵±۰/۸	۳±۰/۸	۲/۹±۰/۲
تعهد مسؤول بخش	۲/۷±۱/۳	۲/۶±۱/۱	۱/۷±۰/۷	۲±۰/۸	۲/۲±۰/۹	۱/۴±۰/۴	۲/۴±۰/۷	۲/۱±۰/۵
روابط با بیمار	۲/۶±۰/۷	۳/۲±۰/۷	۳±۰/۸	۳/۱±۱/۱	۳/۵±۰/۸	۳/۱±۰/۸	۳/۳±۰/۸	۳/۱±۰/۳
رابطه پرسنل بخش و دانشجو	۳/۴±۰/۷	۳±۰/۷	۲/۸±۰/۶	۲/۴±۰/۷	۲/۷±۰/۷	۲/۷±۰/۸	۲/۸±۰/۷	۲/۸±۰/۳
رضایت دانشجویان	۳/۲±۱	۳/۲±۰/۸	۳/۹±۰/۸	۳/۲±۰/۹	۳/۲±۱	۲/۸±۱	۳/۴±۰/۹	۳/۳±۰/۳
کل	۳/۲±۰/۷	۳±۰/۶	۳±۰/۶	۲/۸±۰/۸	۳/۱±۰/۶	۲/۷±۰/۶	۳/۲±۰/۶	۳/۱±۰/۷

میانگین رتبه «وضعیت یادگیری» نیز بین بخش‌های مختلف معنی‌دار شده است (p<۰/۰۵ و F=۲/۸۸۳). آزمون post-hoc این تفاوت را بین بخش ریکاوری و بخش‌های مراقبت‌های ویژه جراحی (p<۰/۰۵) و نیز اتفاقات جراحی معنی‌دار نشان داده است (p<۰/۰۵). بدین معنی که میانگین رتبه وضعیت یادگیری در ریکاوری کمتر بود.

«تعهد مسؤول بخش» نیز از نظر دانشجویان پرستاری در بخش‌های مختلف بطور معنی‌داری متفاوت بود (p<۰/۰۰۱ و F=۷/۰۰۹). آزمون post-hoc تعهد مسؤول بخش را بین بخش زنان و زایمان و بخش‌های اتفاقات جراحی (p<۰/۰۱) و ریکاوری (p<۰/۰۰۱) و نیز بین ریکاوری و بخش‌های مراقبت‌های ویژه جراحی (p<۰/۰۰۵) و مراقبت‌های ویژه جراحی اعصاب (p<۰/۰۵) معنی‌دار نشان داد. همچنین بین بخش اتفاقات داخلی مردان و بخش‌های اتفاقات جراحی (p<۰/۰۰۵) و ریکاوری (p<۰/۰۰۱) تفاوت معنی‌داری وجود داشت. میانگین رتبه‌های مربوط به تعهد مسؤول بخش در بخش‌های اتفاقات جراحی و ریکاوری پایین‌تر بود.

دانشجویان پرستاری «نحوه ارتباط با بیمار» را در بخش‌های مختلف بطور معنی‌داری متفاوت تشخیص داده‌اند (p<۰/۰۱ و F=۲/۸۵۴). بر اساس آزمون post-hoc تفاوت بین بخش زنان و زایمان با هر یک از بخش‌های مراقبت‌های ویژه جراحی اعصاب (p<۰/۰۱) و مراقبت‌های ویژه جراحی (p<۰/۰۵) معنی‌دار بود بدین معنی که نحوه ارتباط با بیمار در بخش‌های مراقبت‌های ویژه جراحی اعصاب و مراقبت‌های ویژه جراحی بهتر از بخش زنان و زایمان است.

«ارتباط بین پرسنل و دانشجو» مورد دیگری است که دانشجویان آن را در بخش‌های مختلف بطور معنی‌داری متفاوت ارزیابی کرده‌اند (p<۰/۰۰۱ و F=۴/۸۴۳). این تفاوت بین بخش زنان و زایمان با کلیه بخش‌ها به جز اتفاقات داخلی مردان معنی‌دار شد. بخش زنان دارای میانگین رتبه بالاتری نسبت به سایر بخش‌ها بود.

در نهایت، «رضایت دانشجویان پرستاری» در بخش‌های مختلف نیز متفاوت بود (p<۰/۰۵). این تفاوت بین بخش‌های اتفاقات جراحی و ریکاوری معنی‌دار بود (p<۰/۰۱ و F =۲/۷۴۶). بدین صورت که میانگین رتبه مربوط به این متغیر در بخش اتفاقات جراحی بیشتر است.

بحث

هدف از انجام این مطالعه، بررسی جو یادگیری در محیط‌های یادگیری بالینی از دیدگاه دانشجویان سال

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

چهارم پرستاری دانشگاه علوم پزشکی شیراز بود. نتایج پژوهش نشان داد دانشجویان مورد مطالعه نمره قابل قبولی را به جو محیطهای بالینی خود نداده‌اند (۳/۱ از ۵). در یک تحقیق کیفی که به منظور مطالعه جو یادگیری در بخش انجام شد، آموزشی بودن تجارب بالینی دانشجویان مورد تردید قرار گرفت. دانشجویان اظهار نمودند 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 غیر اندیشمندانه انجام دهند(۱۵).

بر اساس یافته‌های این پژوهش، می‌توان عناصر مربوط به جو یادگیری در محیط بالینی را به ترتیب از بیشتر به کمتر طبقه‌بندی نمود: رضایت دانشجویان، روابط نظارتی و وضعیت یادگیری در بخش و وضعیت مراقبت پرستاری در بخش، جو بخش، روابط با بیمار، روابط بین فردی و الگوی مدیریتی بخش، رابطه پرسنل بخش و دانشجو. از بین این متغیرها، جو بخش، وضعیت مراقبت پرستاری، روابط نظارتی و روابط بین فردی در بخش‌های مختلف با هم تفاوتی ندارند. این مسأله می‌تواند ناشی از تشابه سیستم مدیریت و فرهنگ سازمانی در زمینه‌های فوق باشد. در تحقیقی که با روش مطالعه موردی انجام شد، معلوم گردید که بخش‌های مختلف و ویژگی‌های دانشجویان بر جو یادگیری مؤثر است(۱۶). اما به هر حال، بخش‌های مورد ارزیابی در این مطالعه در شش متغیر دیگر با هم متفاوت بوده است. الگوی مدیریتی بخش از جمله این موارد است. این باور وجود دارد که وجود فرهنگ مثبت در یک بخش تحت تأثیر الگوی مدیریتی مسؤول بخش باشد(۱).

وجود روحیه قدردانی از کارکنان، کار تیمی و ارائه بازخورد به کارکنان، از جمله مواردی بودند که در رابطه با الگوی مدیریتی مسؤول بخش در این پژوهش مورد ارزیابی قرار گرفت. در حقیقت، الگوی مدیریتی مسؤول بخش، مهم‌ترین عنصر می‌باشد چرا که تعیین‌کننده رابطه بین مسؤول بخش و پرستاران و همچنین بین پرستاران و دانشجویان پرستاری است(۱۸). مسؤول بخش باید قادر باشد مشارکت پرستاران و تعهد آنها را در زمینه ایجاد یادگیری در دانشجویان پرستاری برانگیخته و تقویت نماید(۴). بنا بر این، پیشنهاد می‌شود که الگوی مدیریتی مدیران (مسؤولین بخش‌ها) مورد تحلیل بیشتری قرار گیرد و الگوهای موفق و دلایل آن شناسایی و تقویت شود بطوری که یادگیری دانشجویان و تقویت روحیه کارگروهی و ساختار دموکراتیک در تمامی بخش‌ها بیشتر مورد توجه قرار گیرد.

در زمینه متغیر یادگیری، بخش ریکاوری کمترین نمره را به خود اختصاص داده است. علت این امر ممکن است مرتبط با ویژگی‌های بخش ریکاوری، از جمله تعداد کم بیمار و کوتاه بودن مدت زمان تماس با بیمار در این بخش باشد. چنین به نظر می‌رسد که فرصت یادگیری برای دانشجویان در این بخش نسبت به سایر بخش‌ها کمتر فراهم شده است. در عین حال، توجه به عواملی دیگر از جمله نقش مربیان و تعداد دانشجو در بخش، نباید نادیده گرفته شود. همچنین باید توجه داشت که حضور دانشجویان در این بخش در زمان انجام این پژوهش نسبتاً طولانی (۱۰ روز از کارآموزی در عرصه) بوده است و مربیان نیز تکراری بودن مهارت‌های آموزشی و محتوای قابل یادگیری در این بخش (نظیر کنترل علائم حیاتی و...) را از علل این امر می‌دانند. نتایج یک تحقیق در ایران نشان داده است که ناکارآمدی آموزش‌دهندگان، توانایی تکنیکی پرسنل و محیط یادگیری غیر هدایت‌گر از عواملی است که بر آمادگی بالینی دانشجویان پرستاری اثر می‌گذارد(۱۸). در تحقیقی دیگر که به منظور بررسی تأثیر برنامه ارشدیت (mentorship) بر یادگیری بالینی انجام شده، دانشجویان بر نیاز به تأکید بیشتر بر کسب مهارت‌های تحلیلی و در نتیجه آمادگی برای کار در آینده توافق داشتند(۱۹).

در زمینه تعهد مسؤول بخش نیز بین تعدادی از بخش‌ها تفاوت معنی‌داری مشاهده می‌شود بطوری که تعهد مسؤول بخش در بخش زنان بیشتر است. در اتفاقات جراحی و ریکاوری، تعهد مسؤول بخش کم‌ترین نمره را به خود اختصاص داده است علت این امر ممکن است با مشارکت محدود مسؤولین بخش‌ها در آموزش دانشجویان مرتبط باشد. مسؤولین این بخش‌ها به علت مشغله‌های فراوان کاری و نیز نبودن آموزش دانشجویان

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

در شرح وظایفشان، تمایل زیادی به شرکت مستقیم در فعالیت‌های آموزشی دانشجویان نشان نمی‌دهند. البته باید توجه نمود که در این پژوهش تنها دیدگاه و نظریات دانشجویان مورد بررسی قرار گرفته است، بنا بر این، برای قضاوت منطقی، سایر دیدگاه‌ها، بویژه دیدگاه مدیران و پرستاران بخش نیز باید لحاظ شود. در تحقیق سلگرن (Sellgren) مشخص شد زیردستان از مدیران پرستاری انتظار رفتارهای مدیریتی واضح‌تری نسبت به آنچه خود مدیران ترجیح داده و از خود نشان می‌دهند دارند. سلگرن به نقل از کوک می‌نویسد: «مدیران پرستاری شایسته و کارا باید از پنج ویژگی برخوردار باشند: جلب توجه افراد به مسائل مهم، احترام‌گذاری، تأثیرگذاری، خلاقیت و حمایت»(۲۰). در یک پژوهش، لزوم حمایت از پرستاران تازه‌کار نیز مورد تأکید قرار گرفته است(۲۱). بدیهی است که با تقویت این ویژگی‌ها می‌توان نسبت به ارتقای تعهد مدیریتی مسؤولین بخش‌ها تلاش نمود. البته شایان ذکر است که در این پژوهش، تعهد مدیریت پرستاری بیشتر نسبت به دانشجویان، و از لحاظ میزان توجه وی به بعد آموزشی دانشجویان مورد بررسی قرار گرفته است. فاصله بین آموزش و سرویس، کمرنگ بودن نقش آموزشی مسؤول بخش و مشغله‌های متعدد در بخش همگی می‌توانند از دلایل نارسایی مسؤول بخش در آموزش دانشجویان باشد. این در حالی است که مدیران پرستاری بطور نسبی مسؤولیت حفظ استانداردهای مراقبت را بر عهده داشته‌اند و ارتقای مداوم حرفه‌ای توسط آنان، عامل مهمی در رضایت پرسنل تحت پوشش آنها محسوب می‌شود(۲۲).

نحوه ارتباط با بیمار در بخش زنان و زایمان کم‌ترین نمره را به خود اختصاص داده است. شاید بتوان علت این نتیجه را به کوتاه بودن طول دوره بستری بیماران و آمار زیاد پذیرش و ترخیص بیماران در هر شیفت و بار کاری زیاد پرستاران نسبت داد، زیرا این امر می‌تواند مانع ایجاد ارتباط کافی و مؤثر با بیماران در این بخش باشد. سوکالا و لینو کیلپی (Suikkala & Leino-Kilpi) معتقدند در آموزش بالینی باید بر اهمیت رابطه بین پرستار و بیمار تأکید شود. هر چند که پرستار هدایتگر پروسه‌های مراقبتی می‌باشد، محتوای این مراقبت مبتنی بر بیمار و در راستای کمک به بیمار برای ارتقای مهارت‌ها، برطرف کردن مشکلات و تبدیل شدن به یک فرد مستقل است(۲۳).

رابطه بین پرسنل و دانشجو در بخش زنان و زایمان نسبت به اکثر بخش‌ها بهتر بوده است. سطح معلومات قابل توجه پرسنل این بخش، جوان بودن پرسنل و سر پرستار و درک متقابل دانشجویان، از علل احتمالی این نتیجه محسوب می‌شود. ساریکوسکی، به نقل از استارک (Stark) بیان می‌کند که هر جا پرستاری برای رابطه بین بیمار و پرسنل و نیز رابطه بین دانشجویان پرستاری و پرسنل اهمیت قائل است، چنین ارتباطی باعث ایجاد یک حس احترام و اعتماد متقابل می‌گردد(۱۷).

در نهایت، رضایت دانشجویان پرستاری در بخش اتفاقات جراحی نسبت به ریکاوری بطور معنی‌داری بهتر بوده است. بر اساس شواهد موجود، مربیان بخش اتفاقات جراحی نیز بازخوردهای مثبت فراوانی از سوی دانشجویان دریافت می‌کنند که علت آن را جالب و جدید بودن مهارت‌های پرستاری و تشخیص‌های بیماران از دید دانشجویان و محتوای آموزشی قابل توجه این بخش‌ها دانسته و بطور کلی آموزش بالینی در بخش‌های اتفاقات را یکی از عوامل کمک‌کننده در ایجاد اعتماد به نفس بیشتر در دانشجویان پرستاری می‌دانند. بایکال به نقل از دمینگ می‌نویسند: «یک دانشگاه موفق دانشگاهی است که سعی می‌کند ظرفیت خود را برای برآورده کردن نیازها و انتظارات دانشجویان و کارکنان آموزشی افزایش دهد»(۲۴).

این پژوهش در جهت ایجاد یک تصویر کلی از وضعیت بخش‌های مورد مطالعه مفید می‌باشد، اما از آنجا که عوامل متعددی بر نتایج پژوهش‌های ارزشیابی تأثیر می‌گذارد، می‌توان نتایج این پژوهش را تعمیم داد و بنا بر این، هرگونه قضاوت و تصمیم‌گیری بر این اساس مستلزم تکرار پژوهش است. چنین گفته می‌شود که نقش مربی بالینی در راستای تضمین کیفیت محیط یادگیری بالینی مورد انتقاد است و پیشنهاد شده که درصورتی که مربی بالینی باید نیازهای پرستاران و دانشجویان را در بالین تأمین کند. نقش او باید متفاوت و انعطاف‌پذیر باشد. این نقش باید بین معلم، پرستاران و دانشجویان مورد مذاکره

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

قرار گیرد به نحوی که نیاز بیماران تأمین شود(۲۵).

پیشنهاد می‌شود که در پژوهش‌های بعدی رابطه جو یادگیری در محیط بالینی و نمرات بالینی دانشجویان مورد ارزیابی قرار گیرد. همچنین ارائه کارگاه‌های آموزشی در زمینه تسهیل و ارتقای جو یادگیری و نیز ارزشیابی جو یادگیری در محیط‌های بالینی و کشف نقاط ضعف و قوت و ارائه راه حل‌های مناسب می‌تواند منجر به بهبود کیفیت آموزش بالینی شود.

نتیجه‌گیری

بررسی جو یادگیری در محیط‌های بالینی دانشجویان پرستاری در این تحقیق نشانگر تفاوت معنی‌دار و قابل ملاحظه محیط‌های بالینی در برخی از متغیرهای مورد سنجش، از جمله الگوی مدیریتی مسؤول بخش، یادگیری، تعهد مسؤول بخش، نحوه ارتباط با بیمار، رابطه بین پرسنل و دانشجو و در نهایت، رضایت دانشجویان پرستاری از محیط بالینی میان بخش‌های مختلف آموزش بالینی دانشجویان است. بر اساس نتایج این پژوهش، لزوم توجه به تفاوت‌های موجود در محیط‌های آموزش بالینی در برنامه‌ریزی‌های آموزشی محسوس است. علاوه بر این، استمرار در ارزشیابی جو یادگیری و توجه به جو یادگیری در آموزش بالینی دانشجویان سایر حرفه‌ها از جمله پزشکی، قابل توصیه است.

قدردانی

نویسندگان از خانم نرگس طیاری برای ترجمه پیش-نویس اولیه پرسشنامه و نیز تعیین روایی آن در پروژه درس سنجش و ارزشیابی سپاسگزاری می‌نمایند.

منابع

1. Raij K. Clinical learning in a hospital environment as described by student nurses. [research report]. University of Helsinki, Department of Education. 2000.
2. Papp I, Markkanen M, von Bonsdorff M. Clinical environment as a learning environment: student nurses' perceptions concerning clinical learning experiences. Nurse Educ Today 2003 May; 23(4): 262-8.
3. Sand-Jecklin KE. Student Evaluation of Clinical Education Environment (SECEE): instrument development and validation. [cited 2009 Jun 2]. Available from: http://wvuscholar.wvu.edu:8881//exlibris/dtl/d3_1/apache_media/5897.pdf
4. Rambo A. Relationship among self-efficacy, anxiety, perceptional of clinical instructor effectiveness and senior bachlorate nursing students perception of learning in the clinical environment. [Dissertation]. University of Oklahama. Graduate College. [cited 2009 Jun 13]. Available from: http://proquest.umi.com/pqdweb?index=0&did=736607661&SrchMode=1&sid=3&Fmt=6&VInst=PROD&VType=PQD&RQT=309&VName=PQD&TS=1244450912&clientId=48030
5. Saarikoski M, Leino-Kilpi H. The clinical learning environment and supervision by staff nurses: developing the instrument. Int J Nurs Stud 2002 Mar; 39(3): 259-67.
6. Moattari M, Moghaddasi M, Mousavi Nasab M, Razavieh A. [The effect of clinical education workshop on nursing and midwifery instructors' effective behaviors in clinical education]. Iranian Journal of Medical Education 2007; 6(2): 97-106. [Persian]
7. Chan DS. Nursing students' perceptions of hospital learning environments: an Australian perspective. Int J Nurs Educ Scholarsh 2004; 1: Article 4.
8. Hosoda Y. Development and testing of a clinical learning environment diagnostic inventory for baccalaureate nursing students. J Adv Nurs 2006 Dec; 56(5): 480-90.
9. Chan DS. Validation of the clinical learning environment inventory. West J Nurs Res 2003 Aug; 25(5): 519-32.
10. Chan D. Development of the clinical learning environment inventory: using the theoretical framework of learning environment studies to assess nursing students' perceptions of the hospital as a learning environment. J Nurs Educ 2002 Feb; 41(2): 69-75.
11. Dunn SV, Burnett P. The development of a clinical learning environment scale. J Adv Nurs 1995 Dec; 22(6): 1166-73.
12. Dunn SV, Hansford B. Undergraduate nursing students' perceptions of their clinical learning

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

environment. J Adv Nurs 1997 Jun; 25(6): 1299-306.
13. Boor K, Scheele F, van der Vleuten CP, Scherpbier AJ, Teunissen PW, Sijtsma K. Psychometric properties of an instrument to measure the clinical learning environment. Med Educ 2007 Jan; 41(1): 92-9.
14. Chun-Heung L, French P. Education in the practicum: a study of the ward learning climate in Hong Kong. J Adv Nurs 1997 Sep; 26(3): 455-62.
15. 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 Oct; 42(10): 1029-36.
16. Saarikoski, M. Clinical learning environment and supervision, development and validation of the CLES evaluation scale. [dissertation]. Turku: University of Turku. 2002.
17. Cheraghi MA, Salasli M, Ahmadi F. Factors influencing the clinical preparation of BS nursing student interns in Iran. Int J Nurs Pract 2008 Feb; 14(1): 26-33.
18. Kilcullen NM. Said another way: the impact of mentorship on clinical learning. Nurs Forum 2007 Apr-Jun; 42(2): 95-104.
19. Sellgren S, Ekvall G, Tomson G. Leadership styles in nursing management: preferred and perceived. J Nurs Manag 2006 Jul; 14(5): 348-55.
20. Kelly D, Simpson S, Brown P. An action research project to evaluate the clinical practice facilitator role for junior nurses in an acute hospital setting. J Clin Nurs 2002 Jan; 11(1): 90-8.
21. Gould D, Kelly D, Goldstone L, Maidwell A. The changing training needs of clinical nurse managers: exploring issues for continuing professional development. J Adv Nurs 2001 Apr; 34(1): 7-17.
22. Suikkala A, Leino-Kilpi H. Nursing student-patient relationship: experiences of students and patients. Nurse Educ Today 2005 Jul; 25(5): 344-54.
23. Baykal U, Sokmen S, Korkmaz S, Akgun E. Determining student satisfaction in a nursing college. Nurse Educ Today 2005 May; 25(4): 255-62.
24. Forrest S, Brown N, Pollock L. The clinical role of the nurse teacher: an exploratory study of the nurse teacher's present and ideal role in the clinical area. J Adv Nurs 1996 Dec; 24(6): 1257-64.

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

Nursing Students' Perspective toward Clinical Learning Environment

Moattari M, Ramezani S.

Abstract

Introduction: *The prosperity of nursing educational programs depends on the efficiency and sufficiency of clinical experiences. One of the most important factors recognized in this field is learning environment. In this study, different aspects of clinical environment have been evaluated from students' viewpoints.*
Methods: *All interns attaining clinical experiences in the wards of pediatrics, neurosurgical ICU, recovery, surgical ICU, surgical emergencies, men medical emergencies, and obstetrics and gynecology took part in this descriptive cross-sectional study. Data gathering tool was a 50 item questionnaire developed through combining two questionnaires of clinical learning environment scale and clinical learning environment and supervision. Students assessed their clinical environment by completing this questionnaire during the second semester of 2006-2007 academic year. Data was analyzed by SPSS software using ANOVA and Post-hoc tests in order to compare the means of the ranks.*
Results: *The mean of given ranks to the learning environment of different wards varied from 1.4 to 4.1 out of five. Four wards of surgical emergencies, male medical emergencies, pediatrics and recovery received a score of 3 or less while, other 3 wards had a score between 3 and 4. The evaluated wards were different in 6 of the variables including management pattern of ward administrator, learning in the ward, the commitment of nursing supervisor, the manner of communication with patient, the relationship between personnel and students, and students' satisfaction. But, no significant difference was observed in nursing students' perception of the ward's atmosphere, the status of nursing care, and interpersonal and supervision relationships in different wards.*
Conclusion: *From the students' viewpoints, learning environment and its related variables vary in different wards. More attention has to be paid to the quality improvement of different wards.*

Keywords: Viewpoints, Nursing students, Clinical learning environment, Clinical experiences.

Addresses
Corresponding Author: Marzieh Moattari, Assistant Professor, Department of Nursing Education, Hazrate Fatemeh School of Nursing and Midwifery, Shiraz University of Medical Sciences, Namazi Square, Shiraz, Iran. E-mail: moattarm@sums.ac.ir
Somayeh Ramazani, Instructor, Department of Medical Surgical, Hazrate Fatemeh School of Nursing and Midwifery, Shiraz University of Medical Sciences, Shiraz, Iran. E-mail: ramezani80@yahoo.com

Source: Iranian Journal of Medical Education 2009 Sum; 9(2): 137-144.

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