

مجله پرستاری و مامایی تبریز

شماره ۱۸ (تابستان ۱۳۸۹) ص ۶۴-۵۷

## مقبولیت راهبردهای آموزشی بالینی (فرهنگی-اجتماعی محور) مدرسان پرستاری

### دانشگاه علوم پزشکی تبریز و ارومیه ۱۳۸۹

ابراهیم علی افسری ممقانی: کارشناس ارشد پرستاری (نویسنده رابط)

Email: ealiafsari@gmail.com

دکتر وحید زمان زاده: دکترای پرستاری، استادیار دانشکده پرستاری و مامایی تبریز

دکتر اسکندر فتحی آذر: دکترای علوم تربیتی، استاد دانشکده علوم تربیتی تبریز

دریافت: ۸۹/۶/۳۰ پذیرش: ۸۹/۹/۲

#### چکیده

**مقدمه:** کوچک‌ترین بی‌توجهی به حرفه پرستاری که با جان آدمی سرو کار دارد، ممکن است باعث از دست دادن جان یک فرد شود. آموزش بالینی در رشته پرستاری قلب و کانون توجه تعلیم و تربیت بوده و مسلماً بایستی این آموزش متناسب با نیازهای به وجود آمده از پیشرفت و تحول در عرصه مراقبت سلامت باشد. اذعان می‌شود راهبردهای آموزش بالینی سنتی پاسخگوی این تحولات نبوده و استفاده از راهبردهای مبتنی بر تئوری فرهنگی اجتماعی مفید است. این مطالعه با هدف بررسی وضعیت موجود به دلیل نارضایتی از آموزش بالینی و مطلوب نبودن کمیت و کیفیت آن در ایران انجام گرفته است.

**مواد و روشها:** این مطالعه توصیفی در سال ۱۳۸۹ بر روی ۳۸ نفر از مدرسان بالینی پرستاری شاغل در دانشکده‌های پرستاری و مامایی تبریز و ارومیه انجام شد (حجم نمونه با جامعه برابر بود). ابزار گردآوری داده پرسشنامه استاندارد بود که توسط بونک و کیم در سال ۱۹۹۸ تهیه شده بود. بعد از ترجمه ابزار به زبان فارسی، از روایی ترجمه و محتوایی استفاده گردید و همچنین برای تعیین پایایی ابزار از روش باز آزمایی استفاده شد که ضریب همبستگی پیرسون ۰/۹۰ محاسبه گردید. داده‌های بدست آمده توسط نرم افزار SPSS/ ver13 مورد تجزیه تحلیل گردید و از آمار توصیفی نظیر، میانگین، فاصله اطمینان ۹۵٪ و انحراف معیار استفاده شد.

**یافته‌ها:** نتایج نشان داد که مقبولیت اکثریت راهبردهای آموزش بالینی فرهنگی- اجتماعی محور متوسط می‌باشد (۲/۷۲±۰/۴۴ از ۴). مقبولیت راهبردهای سکو سازی، سؤال کردن، مدیریت آموزشی، مربی‌گری، آموزش مستقیم و تغییرپذیری بالاترین اولویت و راهبرد توضیح دادن پایین‌ترین رتبه را به خود اختصاص داده‌اند.

**بحث و نتیجه‌گیری:** راهبردهای آموزش بالینی فرهنگی- اجتماعی محور با هم و در کنار هم به کار برده می‌شوند و برای آموزش بالینی ممکن است چندین راهبرد هم‌زمان توسط مدرس استفاده گردد. راهبرد سکو سازی به عنوان اصلی‌ترین راهبرد این نظریه بیشترین مقبولیت را در میان مدرسان بالینی دارد که این خود نقطه قوتی برای آموزش بالینی ما می‌باشد.

**کلمات کلیدی:** مقبولیت/ آموزش پرستاری/ تئوری فرهنگی- اجتماعی / راهبردهای آموزشی

#### مقدمه

با اشراف به این مطلب که آموزش مؤثر و موفق، حداقل بر پایه سه عامل مؤثر محیط، معلم و فراگیر استوار می‌باشد (۵) و مدرسین بالینی بیشترین تأثیر را در آموزش بالینی دارند (۶،۷) به طوری که دست اندر کاران آموزش معتقدند که هر گونه اصلاح و پیشرفت در کیفیت آموزش فراگیران به طور مستقیم به کیفیت آموزش مربیان بستگی دارد (۸) و لذا وجود مدرسان باصلاحیت، متخصص، عالم و ماهر در آموزش بالینی

پرستاری به عنوان حرفه علمی نیاز به آموزش بر مبنای یک چهارچوب نظری دارد که به دانشجویان امکان فراگیری مهارت‌های بالینی را در مراقبت از بیماران بدهد (۱). از طرفی، برنامه‌ریزان آموزش پرستاری، اصلی‌ترین بخش در آموزش پرستاری را آموزش بالینی می‌دانند (۱،۲) و این آموزش بالینی فرصت‌های لازم جهت عملی کردن آموخته‌های قبلی را برای دانشجویان فراهم می‌سازد (۳،۴).

که ۶ نفر از این تعداد دانشجوی دوره دکتری بودند که در دسترس نبودند و از تعداد باقی مانده (۴۳ نفر)، ۳۸ نفر در مطالعه شرکت کردند.

پرسشنامه مورد استفاده شامل دو قسمت است که قسمت اول مشخصات فردی- اجتماعی مدرسان را بررسی می‌کند و قسمت دوم مربوط به راهبردهای آموزش بالینی فرهنگی- اجتماعی محور است که در اول هر ده راهبرد توضیحی مختصر به همراه مثال- های مرتبط با راهبرد برای آشنایی بیشتر مدرس با راهبرد مورد نظر آورده شد. این ابزار شامل ده راهبرد و برای هر راهبرد شش سؤال یکسان وجود دارد که به صورت لیکرت در چهار گزینه «کاملاً موافق»، «موافق»، «کاملاً مخالف» و «مخالف» آورده شده است که به ترتیب نمره چهار تا یک به آن‌ها تعلق می‌گیرد (لازم به ذکر است که در تمام راهبردها سؤال سه تا پنج به علت بار معنایی منفی به صورت عکس نمره دهی شده‌اند). میانگین نمرات کسب شده توسط هر راهبرد به سه قسمت، نمره ۱ تا ۱/۹ به عنوان مقبولیت پایین، ۲ تا ۲/۹ به عنوان مقبولیت متوسط و ۳ تا ۴ به عنوان مقبولیت بالا تقسیم بندی شده است و نیز با استفاده از فاصله اطمینان ۹۵٪ مقبولیت این راهبردهای رتبه‌بندی شده است.

ابزار مورد استفاده که توسط بونک و کیم<sup>۱</sup> بر اساس نظریه فرهنگی- اجتماعی ویگوتسکی تهیه شده بود (۲۰)، و فیلیپس<sup>۲</sup> در بررسی خود از این ابزار استفاده کرده بود که ایشان در تحقیق خود تاکید می‌کنند که روایی و پایایی ابزار تایید شده است و آلفای کرونباخ ۰/۸۶ تا ۰/۹۴ می‌باشد (۲۱).

در تحقیق حاضر بعد از ترجمه ابزار به زبان فارسی، به منظور روایی ترجمه از نظرات سه نفر کارشناس زبان انگلیسی و جهت روایی محتوایی از نظرات ده نفر از اساتید دانشگاه علوم پزشکی و دانشگاه تبریز استفاده گردید و همچنین برای تعیین پایایی ابزار از روش باز آزمایی استفاده شد که ضریب همبستگی پیرسون ۰/۹۰ محاسبه گردید.

ابزار به دست آمده برای بررسی مقبولیت راهبردهای آموزش بالینی فرهنگی- اجتماعی محور در تبریز و

نقش مؤثری در ایجاد علاقه و نگرش مطلوب در دانشجویان، افزایش مهارت و عملکردهای نقشی، تعیین مسوولیت‌ها و وظایف خواهد داشت (۹). هر چند روش‌های آموزش سنتی سال‌ها است در این حرفه به کار می‌رود ولی پشتیبان کافی برای یاددهی و یادگیری مناسب دانشجویان برای مقابله با تغییرات اساسی و سیستم مراقبت سلامت چندمنظوره امروزی نیست (۱۰، ۱۱).

با توجه به اینکه بررسی‌های انجام شده در رابطه با آموزش پرستاری بالینی اکثراً با دیدگاه یک نظریه و یا یادگیری رفتاری است (۱۲، ۱۳) و چون الگوهای یادگیری رفتاری در توضیح وقوع یادگیری در محیط- های پویا، پیچیده و سیستم‌های ناپایدار ناتوان است (۱۴)، به طبع برای رفع این مشکل نظریه‌های زیادی پیشنهاد شده است، از این میان عده‌ای از صاحب نظران آموزش بر این باورند که نظریه یادگیری فرهنگی اجتماعی بیشتر جوابگوی مشکلات موجود در روش سنتی آموزش پرستاری است (۱۵، ۱۶).

با توجه به اهمیت آموزش بالینی از دیدگاه صاحب- نظران آموزش پرستاری، و اظهار نارضایتی دانشجویان از عملکرد بالینی مربیان (۱۷) و مطلوب نبودن کمیت و کیفیت آموزش بالینی در ایران (۱۹، ۸، ۱۸) اهمیت این مسئله دو چندان می‌شود.

به دلیل اینکه در بررسی‌های به عمل آمده، متون زیادی راجع به کاربرد این نظریه به خصوص در داخل کشور یافت نشد، بر آن شدیم تا وضعیت مقبولیت راهبردهای آموزش بالینی فرهنگی- اجتماعی محور را بررسی کنیم.

## مواد و روشها

مطالعه توصیفی موجود بر روی مدرسان بالینی پرستاری دانشگاه‌های تبریز و ارومیه در سال ۱۳۸۹ انجام گرفت به گونه‌ای که مدرسان شرکت کننده در تحقیق بایستی حداقل یک سال سابقه تدریس بالینی داشته و در زمان بررسی فقط به عنوان مدرس بالینی در بیمارستان حضور داشته باشند. در دو دانشکده مورد بررسی ۴۹ مدرس شرایط ورود به تحقیق را داشتند

آمده توسط نرم افزار SPSS/ ver 13 مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند. از آمار توصیفی برای تجزیه و تحلیل داده‌ها میانگین، انحراف معیار و فاصله اطمینان ۹۵ درصد مورد استفاده قرار گرفت.

### یافته‌ها

از ۳۸ نفر مدرسان بالینی پرستاری که در پژوهش شرکت کرده بودند ۶۰/۵ درصد مؤنث و ۳۹/۵ درصد مذکر بوده و اکثراً (۷۳/۷ درصد) جزو گروه آموزشی داخلی و جراحی با میانگین سنی ۳۸/۶±۷/۸۶ بودند. نتایج به دست آمده نشان می‌دهد که مقبولیت راهبردهای آموزش بالینی در حد متوسط می‌باشد و همان گونه که در جدول یک آورده شده است، رتبه-بندی مقبولیت راهبردها نشان می‌دهد که راهبردهای سکو سازی، سؤال کردن، مدیریت آموزشی، مربی‌گری، آموزش مستقیم و تغییرپذیری بالاترین رتبه مقبولیت را در میان مدرسان بالینی پرستاری و توضیح دادن کم‌ترین رتبه مقبولیت را به خود اختصاص داده است و سه راهبرد دیگر حالت بینابینی در میان این راهبردها را دارند.

ارومیه به کار گرفته شد. به گونه‌ای که بعد از اخذ مجوز از معاونت آموزشی و پژوهشی دانشکده، پرسشنامه‌ها در اختیار مدرسان بالینی دانشکده پرستاری و مامایی تبریز و ارومیه قرار داده شد و در حدود یک هفته بعد پرسشنامه‌های تکمیل شده توسط پژوهشگر جمع‌آوری شدند. ملاحظات اخلاقی پژوهش عبارت بودند از: کسب معرفی از معاونت محترم پژوهشی دانشکده پرستاری و مامایی تبریز به مدرسان بالینی پرستاری دانشکده و به معاونت پژوهشی دانشکده پرستاری و مامایی ارومیه جهت انجام همکاری با پژوهش، اخذ اجازه انجام پژوهش از معاونت محترم پژوهشی دانشکده پرستاری و مامایی ارومیه، معرفی پژوهش و پژوهشگر به معاونت پژوهشی دانشکده پرستاری و مامایی ارومیه، اختیاری بودن شرکت واحدهای مورد پژوهش در مطالعه، معرفی پژوهشگر به واحدهای پژوهش و توضیح اهداف پژوهش، عدم درج نام شرکت‌کنندگان در پرسشنامه، دادن اطمینان به واحدهای پژوهش مبنی بر محرمانه ماندن اطلاعات، ارایه نتایج به مراکز مورد پژوهش در صورت درخواست، رعایت اصول اخلاقی در استفاده از سایر منابع و پژوهش‌ها، داده‌های بدست

جدول ۱: میانگین، انحراف معیار و فاصله اطمینان ۹۵٪ مقبولیت راهبردهای آموزش بالینی فرهنگی- اجتماعی محور از طرف مدرسان

| نام راهبرد        | انحراف معیار ± میانگین | حدود اطمینان ۹۵٪ |
|-------------------|------------------------|------------------|
| سکو سازی          | ۲/۹۸±۰/۴۶              | ۳/۱۳-۲/۸۲        |
| سوال کردن         | ۲/۹۶±۰/۴۵              | ۳/۱۱-۲/۸۱        |
| مدیریت آموزشی     | ۲/۹۰±۰/۴۲              | ۳/۰۴-۲/۷۶        |
| مربی‌گری          | ۲/۸۸±۰/۴۳              | ۳/۰۲-۲/۷۴        |
| آموزش مستقیم      | ۲/۸۳±۰/۵۷              | ۳/۰۲-۲/۶۳        |
| تغییرپذیری        | ۲/۸۰±۰/۴۱              | ۲/۹۴-۲/۶۷        |
| سازمان دهی شناختی | ۲/۵۷±۰/۳۲              | ۲/۶۷-۲/۴۶        |
| بازخورد           | ۲/۵۷±۰/۴۷              | ۲/۷۳-۲/۴۱        |
| الگودهی           | ۲/۵۳±۰/۳۷              | ۲/۶۵-۲/۴۱        |
| توضیح دادن        | ۲/۲۰±۰/۵۸              | ۲/۳۹-۲/۰۰        |

جدول ۲: میانگین، انحراف معیار و فاصله اطمینان ۹۵٪ کاربرد راهبردهای آموزش بالینی فرهنگی - اجتماعی  
محور از طرف مدرسان

| نام راهبرد        | انحراف معیار $\pm$ میانگین | حدود اطمینان ۹۵٪ |
|-------------------|----------------------------|------------------|
| سکو سازی          | ۳/۲۴ $\pm$ ۰/۹۲            | ۳/۵۵-۲/۹۳        |
| سوال کردن         | ۳/۴۹ $\pm$ ۰/۷۶            | ۳/۷۴-۳/۲۳        |
| مدیریت آموزشی     | ۳/۲۷ $\pm$ ۰/۸۷            | ۳/۵۶-۲/۹۸        |
| مربی گری          | ۳/۳۲ $\pm$ ۰/۷۴            | ۳/۵۷-۳/۰۸        |
| آموزش مستقیم      | ۳/۱۴ $\pm$ ۰/۹۴            | ۳/۴۵-۲/۸۲        |
| تغییرپذیری        | ۳/۰۸ $\pm$ ۰/۷۵            | ۳/۳۳-۲/۸۳        |
| سازمان دهی شناختی | ۲/۳۵ $\pm$ ۰/۸۲            | ۲/۶۳-۲/۰۸        |
| بازخورد           | ۲/۴۹ $\pm$ ۰/۸۷            | ۲/۷۸-۲/۲         |
| الگودهی           | ۲/۴۹ $\pm$ ۰/۷۳            | ۲/۷-۲/۲۲         |
| توضیح دادن        | ۱/۷۸ $\pm$ ۰/۸۲            | ۲/۰۶-۱/۵۱        |

تعداد کافی، فقدان هماهنگی مناسب میان آموزش- های بالینی دانشکده و امکانات و عملکرد در بیمارستان، مناسب نبودن زمان لازم تماس با هر مورد بیماری جهت تمرین کامل آموخته‌ها در محیط بالین، در دسترس نبودن دایم مدرس جهت رفع نیازهای آموزش دانشجوی، عدم به‌کارگیری تشویق‌های لازم برای دانشجوی در محیط‌های بالینی (۱) استرس‌زا بودن انجام روش‌های بالینی، عدم توانایی دانشجوی در به‌کار بردن راهبردهای حمایتی تطبیق با استرس (۸)، آشنایی کم مدرسان بالینی نسبت به راهبردهای آموزش بالینی فرهنگی- اجتماعی محور و یا کمبود وقت مدرسان بالینی مرتبط باشد که باعث می‌شود فرصت‌ها و امکانات آموزشی کمتری در اختیار دانشجوی قرار گیرد یا از فرصت‌های موجود استفاده‌ی بهینه نشود.

با در نظر داشتن مطالب فوق، در زیر رتبه مقبولیتی کسب شده توسط هر راهبرد با نتایج کار فیلیپس مقایسه شده و توضیحات مختصری راجع به اهمیت راهبرد داده شده است.

راهبرد "سکو سازی" بیشترین مقبولیت را در میان ده راهبرد آموزش بالینی داشت که این راهبرد در بررسی فیلیپس (۲۱) چهارمین رتبه مقبولیتی را از سوی مدرسان بالینی کسب کرده بود، این راهبرد آموزشی باعث می‌شود فراگیر بتواند بین دانش قدیم و جدید ارتباط برقرار کند، به سوی عملکرد مستقل حرکت

با توجه به جدول دو در مورد کاربرد و استفاده از راهبردهای آموزش بالینی فرهنگی اجتماعی محور، یافته‌ها نشان داد که تمام راهبردهای آموزش بالینی با رتبه مقبولیتی بالا بر اساس فاصله اطمینان ۹۵ درصد هم‌زمان توسط مدرسان بالینی پرستاری مورد استفاده قرار می‌گیرند.

### بحث و نتیجه گیری

نتایج مطالعه حاضر نشان داد که تمام راهبردها مقبولیت نسبی داشتند، در حالی که نتایج کار فیلیپس (۲۱) نشان می‌دهد که ۴۰ درصد از راهبردهای آموزش بالینی فرهنگی- اجتماعی محور مقبولیت مطلوب، ۵۰ درصد از این راهبردها مقبولیت متوسط و ۱۰ درصد مقبولیت پایین داشتند. لازم به ذکر است که مقبولیت کلی راهبردهای آموزش بالینی فرهنگی- اجتماعی محور در مطالعه حاضر در حد متوسط (۲/۷۲  $\pm$  ۰/۴۴) می‌باشد که با نتایج حاصل از بررسی فیلیپس (۲۱) (۲/۸۲  $\pm$  ۰/۴۵) هم‌خوانی دارد.

نداشتن مقبولیت بالا در راهبردهای آموزش بالینی مطالعه حاضر، به نظر می‌رسد که به دلایل عدم وجود مدرسان متبحر، تعداد زیاد دانشجوی، کمبود وسایل و امکانات، امکانات رفاهی، مشکلات مربوط به محیط آموزش بالینی، دانشجوی، برنامه‌ریزی آموزشی و مشکلات مرتبط با حرفه (۸)، وضعیت ساختمانی بیمارستان‌ها و مراکز آموزشی درمانی (۲۲)، به ندادن به آموزش بالینی، عدم دسترسی به مدرسان بالینی به

و زمانی که خوب طراحی شود با موفقیت بالایی همراه است (۳۱).

راهبرد «تغییر پذیری» ششمین رتبه را در مقبولیت کسب کرده است در حالی که در بررسی فیلیپس (۲۱) اولین رتبه را از نظر مقبولیت داشت. استفاده از این راهبرد فراگیران را در فعالیت بیشتر حرفه‌ای (۳۲)، افزایش خود آگاهی و رشد حرفه‌ای (۳۳)، افزایش سطح بازخورد (۳۴) و پیشرفت در بحث، مشاوره و اجتماعی شدن (۳۵) کمک می‌کند.

راهبرد «ساختار بندی شناختی کار» هفتمین رتبه مقبولیتی را داشت که در نتایج کار فیلیپس (۲۱) این راهبرد آموزشی نهمین رتبه مقبولیتی را به خود اختصاص داده بود. کاربرد این راهبرد در آموزش پرستاری شامل آموزش سازماندهی کارها است در حالی که فراگیران مهارت‌های پرستاری را تمرین می‌کنند و می‌توانند در موقعیت‌های آینده آن‌ها را به خاطر آورده و به کار بگیرند (۲۸) که استفاده از این راهبرد توانایی حل مسأله‌ی فراگیران را نیز تقویت می‌کند (۳۶).

راهبرد «بازخوردن» هشتمین رتبه مقبولیتی را داشت که با نتایج کار فیلیپس (۲۱) مشابهت دارد. استفاده از این راهبرد در آموزش بالینی باعث پیشرفت دانش نظری و دانش بالینی شده (۳۷) و دانشجویان را در آنالیز دانش فردی و حرفه‌ای، جمع کردن نظری و عملی و توسعه‌ی صلاحیت بالینی کمک می‌کند (۳۸). راهبرد «الگودهی» نهمین رتبه مقبولیت را در میان مدرسان بالینی داشت که در نتایج کار فیلیپس (۲۱) این راهبرد آموزشی پنجمین رتبه‌ی مقبولیتی را کسب کرده بود. استفاده از این راهبرد باعث تشکیل موقعیت اجتماعی منجر به یادگیری می‌شود تا دانشجو به یادگیری در درون ZPD خود دست یابد (۲۱).

راهبرد «توضیح دادن» کم‌ترین مقبولیت را در میان ده راهبرد آموزش بالینی دارد که با نتایج فیلیپس (۲۱) در این زمینه مطابقت دارد. کاربرد این راهبرد از طریق حل مسأله باعث افزایش نمرات فراگیران شده (۳۹) و پرستاری بالینی را پیشرفت می‌دهد (۴۰).

در حالت کلی آن گونه که از نتایج برمی‌آید، مقبولیت

کند (۲۱)، علاقه فراگیر تحریک شده و انگیزه انجام کار بیشتر شود (۲۳)، حفظ دانش و کاربرد مستقل آن بهبود یابد (۲۴).

مقبولیت راهبرد «سؤال کردن» در میان ده راهبرد آموزش بالینی دومین رتبه مقبولیت را دارد که در بررسی فیلیپس (۲۱)، این راهبرد هفتمین رتبه مقبولیتی را داشت. سؤال کردن در بالغین در مرحله اول با فراهم کردن کمک خاص برای تحریک تفکر دانشجو و بعد با حمایت مدرس از فراگیر برای مرتبط کردن نظری کلاسی با عملی بالین انجام می‌گیرد (۲۵،۲۶،۲۷،۲۸،۲۹). با توجه به مقبولیت بالای این راهبرد از سوی مدرسان بایستی نحوه استفاده از این راهبرد برای ارایه سؤالات سطح بالا به مدرسان آموزش داده شود (۲۷) تا دانش و عملکرد بهبود یابد (۳۰).

راهبرد «مدیریت آموزشی با بازخورد<sup>۱</sup> عملکرد و تقویت مثبت» سومین رتبه مقبولیت راهبرد آموزش بالینی فرهنگی- اجتماعی محور را از سوی مدرسان کسب کرده است که مقبولیت این راهبرد در بررسی فیلیپس (۲۱) ششمین رتبه را داشت. این راهبرد در کمک به فراگیران برای گذر از وابستگی به استقلال در ZPD<sup>۲</sup> آن‌ها به کار می‌رود (۲۰،۲۸) که باعث به وجود آمدن چالشی برای دانشجو در رسیدن به پتانسیل‌های یادگیری‌اش در محدوده‌ی ZPD آنها می‌شود (۲۱).

راهبرد «مربی‌گری» چهارمین رتبه مقبولیتی را در میان راهبردهای آموزش بالینی دارد که مقبولیت این راهبرد در بررسی فیلیپس (۲۱) دومین رتبه را داشت. استفاده از این راهبرد باعث افزایش استقلال عملکرد فراگیر می‌شود (۲۸) و اگر در داخل ZPD افراد استفاده شود بهترین موقعیت آموزشی را برای فراگیران فراهم خواهد کرد (۲۱).

راهبرد «آموزش مستقیم» پنجمین رتبه مقبولیتی را از سوی مدرسان بالینی کسب کرده است که مقبولیت این راهبرد در بررسی فیلیپس (۲۱) سومین رتبه را داشت. استفاده از این راهبرد از دیدگاه حفظ و مدیریت زمان انجام کار و یادگیری مهارت مفید بوده

1 - feed back

2 - zone of proximal development

نحوه‌ی پاسخگویی آن‌ها به سؤالات تأثیر داشته باشد و نیز نزدیکی بعضی از راهبردهای فرهنگی - اجتماعی آموزش بالینی ممکن است باعث شود که واحدهای مورد پژوهش نتوانند راهبردهای نزدیک به هم را از هم تفکیک دهند، هرچند با آرایه‌ی توضیحات کامل و مثال‌های متنوع سعی شد این محدودیت کاهش یابد و چون این پژوهش بر روی مدرسان دانشکده‌های پرستاری و مامایی تبریز و ارومیه انجام یافته لذا تعمیم آن به سایر دانشکده‌ها جای تأمل خواهد داشت که توصیه می‌شود این پژوهش در سایر دانشگاه‌های کشور با رتبه‌های دانشگاهی متفاوت نیز اجرا شود و با توجه به محدودیت‌های تحقیق کمی، توصیه می‌شود پژوهش کیفی در خصوص راهبردهای فرهنگی - اجتماعی محور انجام گیرد و نیز توصیه می‌شود تأثیر هر یک از راهبردهای فرهنگی اجتماعی محور بر روی یادگیری به طور جداگانه مورد پژوهش قرار گیرد.

### تقدیر و تشکر

مقاله حاضر برگرفته از نتایج طرح تحقیقاتی مصوب تیم پژوهش پرستاری دانشگاه علوم پزشکی تبریز و پایان‌نامه دانشجویی کارشناسی ارشد پرستاری می‌باشد. در پایان از کلیه استادان بزرگوار دانشکده‌های پرستاری و مامایی تبریز و ارومیه و همچنین مسوولین محترم این دانشکده‌ها که نهایت همکاری را با محققان داشتند سپاسگزاری می‌شود.

و کاربرد این راهبردها باهم و در کنار هم می‌باشد، به گونه‌ای که مدرس ممکن است برای آموزش بالینی خود از چند راهبرد آموزشی به طور هم‌زمان استفاده نماید که در این میان راهبردهایی که رتبه‌ی مقبولیتی بالایی دارند همبستگی کاربرد هم‌زمان این راهبردها نیز بیشتر می‌باشد.

با آگاهی بر راهبردهای با مقبولیت بالا به عنوان اولین قدم می‌توان با آموزش روش صحیح استفاده از این راهبردها، توان آموزش بالینی پرستاری را در این برهه زمانی که با پیشرفت سریع در تحول و تغییر است، بهبود بخشید و با توجه به مقبولیت متوسط راهبردهای آموزش بالینی فرهنگی - اجتماعی محور از سوی مدرسان بالینی، امکان تأکید بیشتر برای به کار گیری این راهبردهای آموزش بالینی توسط مدرسان در بالین وجود دارد که برای شروع آموزش بالینی فرهنگی - اجتماعی محور توصیه می‌شود ابتدا از راهبردهای آموزشی سکو سازی، سؤال کردن، مدیریت آموزشی، مربی‌گری، آموزش مستقیم و تغییرپذیری که در حد بالا ارزش یابی شده بود استفاده شود و با اطلاع از راهبردهایی که رتبه مقبولیتی پایینی دارند می‌توان کارگاه‌های آموزشی را به این سمت سوق داد که در حالت کلی اطلاع از وضعیت موجود درباره مقبولیت راهبردهای آموزش بالینی می‌تواند برای برنامه ریزان آموزشی کمک کننده باشد ولی تمایلات، احساسات و تعصبات واحدهای مورد پژوهش ممکن است بر

### References

1. Nahas V.L, Nour V, Al-Nobani M. (1999). Jordanian undergraduate nursing students' perceptions of effective clinical teachers. *Nurse Education Today*, 19, 639-648.
2. Wong J, Wong S. (1987). Towards effective clinical teaching in nursing. *Journal of Advanced Nursing*, 12, 505-513.
3. Watson R. (2002). *Clinical competence: Starships enterprise or strait jackets*. *Nursing Education Today*, 22(6), 476-480.
4. Monaham R. (1991). *Potential outcomes of clinical experience*. *Journal of Nursing Education*, 30(4), 176-181.
5. Shoarinagad A (1991). [General Psychology]. 1st ed, Volume I and II, Tehran, Gods publisher. (Persian)
6. Rahimi A, Ahmadi F, Salsali M, CHeragi M, Dinmohamadi M. (2006). [Clinical Education status from the viewpoint of nursing students and clinical instructors in the Nursing & Midwifery Faculty of Hamedan]. *Proceedings of National Conference on Clinical Education in Nursing, Iran, 1*, 49. (Persian)
7. Godsbin F, SHafabakhsh M. (2006). [Evaluation of inhibitor factors in

- learning of clinical skills from the viewpoint of thirty year nursing students in nursing faculty of Hazrat Fatima (SA) in Shiraz, Iran]. *Proceedings of National Conference on Clinical Education in Nursing, Iran, 1*, 98. (Persian)
8. Niknam F. (2004). [Problems of Clinical education in view of instructors and nursing students in faculty of Nursing & Midwifery, in Tabriz University of Medical Sciences & Health Service] . Unpublished master's thesis, Tabriz nursing & midwifery faculty, Iran. (Persian)
9. Busari J.D, Scherpbier A.J.J.A, Alberta J.J.A, Van der Vleuton C.P.M, Cess .PM. (2000). Residents' perception of their role in teaching under graduated students in clinical setting. *Med Teach: International Medical Education*, 24(4), 348-353.
10. Bevis E.O, Watson J. (1989). *Toward a caring curriculum: A new pedagogy for nurses*, 1st ed. New York, National League for Nursing, 210.
11. Diekelman N. (2003). *Teaching the practitioners of care: New pedagogies for the health professions*, 1st ed. Madison: University of Wisconsin Press, 151.
12. De Young S. (2003). *Teaching strategies for nurse educators*, 1st ed. Upper Saddle River, NJ, Prentice Hall, 89.
13. Gaberson K.B, Oermann M.H. (2007). *Clinical teaching strategies in nursing education*, 2nd ed. New york, Springer, 168.
14. Bleakley A. (2006). *Broadening conceptions of learning in medical education: The message from team working*. *Medical Education*, 40, 150-157.
15. Marsick V.J. (1988). *Learning in the workplace: The case for reflectivity and critical reflectivity*. *Adult Education Quarterly*, 38(4), 187-198.
16. Toffler A. (1990). *Powershift: Knowledge, wealth, and violence at the edge of the 21st century*, 1st ed. New York, Bantam Books, 238.
17. Zare Ekbatani F. (2006). [Nursing students comments about clinical instructors Performance in Hamedan, Iran]. *Proceedings of National Conference on Clinical Education in Nursing, Iran, 1*, 82. (Persian)
18. Shahbazi L, Salimi T. (2000). [Clinical Education status from the viewpoint of Shahid Sadogi of Yazd and Isfahan nursing and midwifery students]. *Sadogi Yazd Uni Med Sc J*, 8, 97. (Persian)
19. Ebrahimi A .(1998). [Comparison of clinical problems from the viewpoint of teachers and senior nursing students]. *Proceeding of Conference on Medical Education Tabriz university of medical Science ,Iran*, 3,16-20. (Persian)
20. Bonk C.J, Kim K.A (1998). *Extending sociocultural theory to adult learning in: Smith M.C, Pourchot T (eds). Adult learning and development: Perspectives from educational psychology*, 1st ed. Mahawah, NJ, Lawrence Erlbaum Associates, 67-88.
21. Phillips J. (2010). *Clinical nurse educators' adoption of socioculturally-based teaching strategies*. Unpublished doctoral dissertation, Indiana University, United States, Indiana.
22. Spence L, Aschinger H.(1990). *Helping student apply a nursing conceptual framework in the clinical setting*. *Nurse Educator*, 15(3), 20-24.
23. Peer S, McClendon R. (2002). *Sociocultural learning theory in practice: Implications for athletic training educators*. *Journal of Athletic Training*, 37, 136-140.
24. Kao M.T. (1996). *Scaffolding in a computer-based constructivist environment for teaching statistics to college learners*. Unpublished doctoral dissertation, Purdue University, United States, Indiana.
25. Hsu L.L. (2007). *Conducting clinical post-conference in clinical teaching: A qualitative study*. *Journal of Clinical Nursing*, 16(8), 1525-1533.

26. Phillips N, Duke M. (2001). *The questioning skills of clinical teachers and preceptors: A comparative study.* *Journal of advanced Nursing*, 33(4), 523-529.
27. Profetto-McGrath J, Smith K.B, Day R.A, Yong O. (2004). *The questioning skills of tutors and students in a cotext based baccalaureate nursing program.* *Nurse Education Today*, 24, 363-372.
28. Sanders D, Welk D.S. (2005). *Strategies to scaffold student learning: Applying Vygotskys zone of proximal development.* *Nurse Educator*, 30(5), 203-207.
29. Sellappah S, Hussey T, Blackmore A.M, Murray A. (1998). *The use of questioning strategies by clinical teachers.* *Journal of Advanced Nursing*, 28(1), 142 -148.
30. Albergaria-Almeid A.P. (2010). *Classroom questioning: teachers' perceptions and practices.* *Procedia - Social and Behavioral Sciences*, 2(2), 305-309.
31. Slavin R.E, Madden N.A, Dolan L.J, Wasik B.A (1996). *Every child, every school: Success for all*, 2nd ed. Thousand Oaks, C.A, Corwin, 281.
32. Fonteyn M.W, Cahill M. (1998). *The use of clinical logs to improve nursing students metacognition: A pilot study.* *Journal of Advanced Nursing*, 28(1), 149-154.
33. Ritchie M.A. (2003). *Faculty and student dialogue through journal writing.* *Journal for Specialists in Pediatric Nursing*, 8(1), 5-12.
34. Jensen S.K, Joy C. (2005). *Exploring a model to evaluate levels of reflection in baccalaureate nursing students journals.* *Journal of Nursing Education*, 44(3), 139-142.
35. Daroszewski E.B, Kinser A.G, Lioyd SL. (2004). *Online, directed journaling in community health sdvanded practice nursing clinical education.* *Journal of Nursing Education*, 43(3), 175-180.
36. Cholowski K.M, Chan L.S. (2004). *Cognitive factors in student nurses' clinical problem solving.* *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, 10, 85-95.
37. Peters M. (2000). *Does constructivist epistemology have a place in nursing education?* *Journal of Nursing Education*, 39(4), 166-172.
38. Burrows D.E. (1995). *The nurse teachers rol in the promotion of reflective practice.* *Nurse Education Today*, 15, 13-23.
39. Wang J, Lo C.K, Ku Y. (2004). *Problem solving strategies integrated into the nursing process to promote clinical problem solving abilities.* *Nursing Education Today*, 24, 589-595.
40. Ku Y, Lo C, Wang J, hsieh J.L, Chhen k. (2002). *The effectiveness of teaching strategies for creativity in a nursing concepts teaching protocol of the creative thinking of two-year RN-BSN students.* *Journal of Nursing Research*, 10(2), 105-112.



