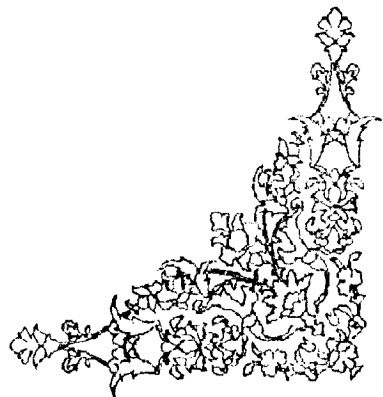
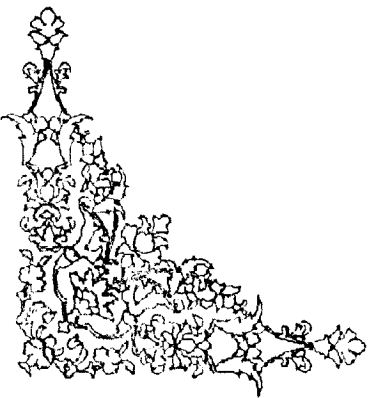


بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ





دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی تهران
دانشکده پرستاری و مامایی

پایان نامه
جهت اخذ درجه کارشناسی ارشد پرستاری
(گرایش آموزش دافلی و جراحی)

عنوان:

بررسی تأثیر تدریس به روش نقشه‌کشی مفاهیم بر
یادگیری دانشجویان کارشناسی پرستاری دانشکده‌های
پرستاری شهر تهران، ۸۱-۱۳۸۰

استاد راهنما:

۱۳۸۲ / ۸ / ۲۰

سرکار خانم دکتر زهره پارسا یکتا

استاد مشاور آمار:

جناب آقای عباس مهران

ترتیب اختاعات درون آبی
تسبیح مدرک

نگارش:

مروّت گیوی

۴۶۲۴۵

زمستان ۱۳۸۱

تقدیم به:

رهبرم،

پدرم،

و منیر همیشگی راهم،

مادر م منیر

و

تقدیم به اساتید ارجمندی که در این دوره از بنده
هیچگونه یاری را دریغ فرمودند.

بنام آنکه مرا حکمت آموخت

قُلْ رَبِّ زِدْنِي عِلْمًا

بگو: "خدایا بر علم من بیفزای"



سپاس و ستایش خالق بی همتایی که نعمت های بی شمار به بندگان خود ارزانی داشته و توان کسب علم و دانش را به ما عطا فرمود. درود بی پایان خود را به اندیشمندانی که مسیر علم و پژوهش را با راهنمایی ها و هدایت های خود همواره پیر رونق نگاه داشته اند، تقدیم می دارم.

در طول دوران تحصیل از منظر اساتید گرانقدری بهره جستیم که بدون راهنمایی ایشان این مهم به انجام نمی رسید. بدینوسیله از استاد راهنمای ارجمندم سرکار خانم دکتر زهره پارسا یکتا که با سعه صدر و در کلیه مراحل پژوهش و تدوین این پایان نامه مرا مساعدت فرمودند، کمال تشکر و قدردانی را می نمایم. همچنین از استاد محترم مشاور آمار جناب آقای عباس مهران کمال تشکر و قدردانی را دارم. از زحمات بی شائبه سرکار خانم مرضیه شبان مدیر محترم گروه داخلی و جراحی و سرکار خانم فرشته جمالی اساتید محترم ناظر کمال امتنان را دارم. جای دارد از زحمات فاضلانه سرکار خانم دکتر تقوی، واحد تحصیلات تکمیلی، اداره آموزش بخصوص سرکار خانم محمدنژاد و محمدنژاد، کاپه کارکنان محترم و زحماتش کتابخانه و واحد رایانه بویژه آقایان انصاری و خانم میرعماد، پرسنل محترم سمعی و بصری، دانشجویان کارشناس پرستاری دو گروه مورد و شاهد و کلیه عزیزانی که در این مسیر بنده را یاری نموده اند، تشکر نمایم و برایشان بهترین ها را آرزو می نمایم.

چکیده پژوهش

پژوهش حاضر یک مطالعه نیمه تجربی است که با هدف کلی "تعیین تأثیر تدریس به روش نقشه‌کشی مفاهیم بر یادگیری دانشجویان کارشناسی پرستاری دانشکده‌های پرستاری شهر تهران" انجام شد. بر اساس معیارهای مورد نظر ۲۳۰ دانشجوی ترم چهارم کارشناسی پرستاری از طریق نمونه‌گیری آسان انتخاب و بصورت تصادفی ساده به دو گروه مورد (۱۰۴ نفر) و گروه شاهد (۹۹ نفر) تقسیم شدند. از این تعداد ۹ نفر از گروه مورد و ۱۶ نفر از گروه شاهد بعلت نداشتن معیارهای انتخاب واحدهای پژوهش، از مطالعه کنار گذاشته شدند. دوره مطالعه ۵ هفته و هر هفته یک جلسه بود. پژوهشگر بعد از اخذ اجازه از دانشکده‌ها و گروه‌های داخلی و جراحی سر کلاس دانشجویان حاضر شده و به آنها مبحث عروق از درس قلب عروق واحد داخلی و جراحی سه را تدریس نمود. در گروه شاهد از روش سنتی تدریس (سخنرانی به همراه وسایل سمعی و بصری) و در گروه مورد از شیوه نقشه‌کشی مفاهیم برای تدریس استفاده شد. هر دو گروه توسط یک مدرس (خود پژوهشگر) تدریس شدند. در شروع هر جلسه کلاس ابتدا پیش‌آزمون گرفته شده و بعد از ارائه محتوای درسی پس‌آزمون فوری گرفته شد. در گروه مورد بعد از گرفتن پیش‌آزمون، ابتدا نقشه مفهومی درس توسط اورهد نمایش داده شد. سپس گام به گام و از روی نقشه مفهومی درس جلسه ارائه گردید. در پایان هر جلسه برای جمع‌بندی محتوای تدریس شده، نقشه مفهومی مورد نقد و بررسی قرار می‌گرفت و سپس پس‌آزمون فوری گرفته می‌شد. چهار هفته (۲۵ روز) بعد از آخرین جلسه کلاس پس‌آزمون تأخیری (امتحان یادداری) گرفته شد. در گروه شاهد بطور معمول درس بصورت سخنرانی با استفاده از اورهد جهت نمایش تصاویر و رؤوس مطالب ارائه گردید.

ابزار گردآوری داده‌ها شامل پرسشنامه ۱۳ سئوالی مشخصات فردی و آزمون ۱۰۰ سئوالی معلم ساخته معیار - مرجع با ضریب پایایی کودر - ریچاردسون ۰/۹۶ بود. داده‌های جمع‌آوری شده با استفاده از آزمون‌های χ^2 ، فیشر، t جفت، t مستقل تجزیه و تحلیل شدند و یافته‌های پژوهش در قالب ۲۳ جدول خلاصه گردید. نتایج نشان داد که اکثریت واحدهای مورد پژوهش (۸۳/۹۰٪) در رده سنی ۲۳-۲۰ سال قرار داشته؛ مونث (۹۱/۲۲٪)، ساکن منزل (۷۲/۶۸٪)، مجرد (۸۲/۹۳٪) بودند. همچنین از نظر تحصیلی معدل ترم قبلی آنها (۵۰/۲٪) در دامنه ۱۸-۱۶ و بین ۹۵-۸۰ واحد در ترم‌های گذشته پاس کرده بودند (۵۵/۱٪) و از نظر مشخصات فردی همگن و همتراز می‌باشند.

همچنین مشخص گردید که تدریس به روش نقشه‌کشی مفاهیم روی میزان یادگیری دانشجویان کارشناسی پرستاری تأثیر دارد و متوسط نمره پس‌آزمون گروه مورد (به میزان ۲۲/۵٪) از پس‌آزمون گروه شاهد بیشتر بود ($p=0/005$). نتایج آزمون یادداری حاکی از آن بود که تدریس به روش نقشه‌کشی مفاهیم با افزایش میزان یادداری مطالب یادگرفته شده همراه است. در این مطالعه بین متوسط نمره پس‌آزمون و آزمون یادداری گروه مورد اختلاف آماری معناداری یافت نشد ($p=0/613$). درحالی‌که بین متوسط نمره آزمون یادداری گروه مورد و گروه شاهد اختلاف آماری قابل توجهی مشاهده گردید ($p=0/005$) و بین متوسط نمره آزمون یادداری گروه مورد و گروه شاهد اختلافی حدود ۲۰ نمره مشاهده شد.

بر اساس این یافته‌ها می‌توان اظهار نمود که: تدریس به شیوه نقشه‌کشی مفاهیم موجب افزایش یادگیری و همچنین یادداری مطالب یادگرفته شده می‌گردد. لذا می‌توان از این شیوه جهت افزایش پیشرفت تحصیلی دانشجویان پرستاری و همچنین انتقال بهتر مطالب یادگرفته شده به بالین استفاده نمود.

کلید واژه‌ها: نقشه‌کشی مفاهیم، نقشه مفهومی، تدریس، یادگیری، میزان یادگیری

فهرست مندرجات

صفحه	عنوان
۲	زمینه و اهمیت پژوهش
۷	بیان عنوان پژوهش:
۷	اهداف پژوهش
۷	هدف کلی:
۷	اهداف ویژه:
۸	سئوالات پژوهش:
۸	فرضیه پژوهش
۹	پیش فرضهای پژوهش
۱۰	تعریف واژه‌ها
۱۰	نقشه‌کشی مفاهیم:
۱۰	تدریس:
۱۱	یادگیری:
۱۱	میزان یادگیری:
۱۲	محدودیت‌های پژوهش
۱۴	چهارچوب پنداشتی (نظری) مطالعه
۱۴	نظریه یادگیری معنادار از طریق شبیه سازی آزوبل
۱۷	انواع یادگیری معنادار:
۱۷	نکات کلیدی برای ارتقاء یادگیری فراگیران:
۱۸	نقشه‌کشی مفاهیم
۱۸	تاریخچه نقشه‌کشی مفاهیم:
۲۲	نقشه مفهومی چیست؟
۲۷	چگونه نقشه بکشیم:
۲۸	چه زمانی نقشه بکشیم:
۲۸	نظریه یادگیری و نقشه‌کشی مفاهیم:
۳۰	اهداف آموزشی نقشه‌کشی مفاهیم:
۳۱	نقشه‌کشی مفاهیم و تفکر نقادانه:
۳۲	اثربخشی نقشه‌کشی مفاهیم بعنوان یک ابزار شناختی:
۳۴	فراشناخت: شناخت خود
۳۵	الگوریتمی سازمانی نقشه‌کشی مفاهیم:

۳۶	مزایای نقشه‌کشی مفاهیم:
۳۷	معایب نقشه‌کشی مفاهیم:
۳۷	کاربردهای نقشه‌های مفهومی:
۳۹	نقشه‌کشی مفاهیم و برنامه ریزی درسی:
۴۰	ارزشیابی نقشه‌ای مفهومی:
۴۰	معیارهای ارزشیابی نقشه‌های مفهومی:
۴۲	مروری بر مطالعات قبلی
۵۶	روش پژوهش
۵۶	نوع پژوهش:
۵۶	جامعه پژوهش:
۵۶	نمونه پژوهش
۵۶	روش تعیین حجم نمونه
۵۶	محاسبه تعداد نمونه‌ها:
۵۷	روش نمونه‌گیری
۵۷	مشخصات واحدهای مورد پژوهش
۵۷	محیط پژوهش
۵۸	روش گردآوری داده‌ها
۵۸	ابزار گردآوری داده‌ها:
۵۸	تعیین روایی و پایایی ابزار گردآوری داده‌ها:
۵۸	رویه استفاده از ابزار گردآوری داده‌ها:
۵۹	تجزیه و تحلیل داده‌ها
۵۹	ملاحظات اخلاقی
۶۲	یافته‌های پژوهش:
۸۸	بحث یافته‌ها:
۹۶	نتیجه‌گیری نهایی:
۹۹	کاربرد یافته‌ها در پرستاری:
۱۰۱	پیشنهادات برای پژوهش‌های بعدی:
۱۰۲	فهرست منابع مورد استفاده

فهرست جداول

جدول

صفحه

جدول شماره ۱. توزیع فراوانی مطلق و نسبی سن (سال) واحدهای مورد پژوهش	۶۴
جدول شماره ۲. توزیع فراوانی مطلق و نسبی جنس واحدهای پژوهش	۶۵
جدول شماره ۳. توزیع فراوانی مطلق و نسبی محل سکونت واحدهای پژوهش	۶۶
جدول شماره ۴. توزیع فراوانی مطلق و نسبی وضعیت تأهل واحدهای پژوهش	۶۷
جدول شماره ۵. توزیع فراوانی مطلق و نسبی معدل ترم قبل واحدهای پژوهش	۶۸
جدول شماره ۶. توزیع فراوانی مطلق و نسبی تعداد واحدهای پاس شده نمونه‌های مطالعه	۶۹
جدول شماره ۷. توزیع فراوانی مطلق و نسبی نمرات پیش‌آزمون و پس‌آزمون جلسه اول گروه شاهد	۷۰
جدول شماره ۸. توزیع فراوانی مطلق و نسبی نمرات پیش‌آزمون و پس‌آزمون جلسه دوم گروه شاهد	۷۱
جدول شماره ۹. توزیع فراوانی مطلق و نسبی نمرات پیش‌آزمون و پس‌آزمون جلسه سوم گروه شاهد	۷۲
جدول شماره ۱۰. توزیع فراوانی مطلق و نسبی نمرات پیش‌آزمون و پس‌آزمون جلسه چهارم گروه شاهد	۷۳
جدول شماره ۱۱. توزیع فراوانی مطلق و نسبی نمرات پیش‌آزمون و پس‌آزمون جلسه پنجم گروه شاهد	۷۴
جدول شماره ۱۲. توزیع فراوانی مطلق و نسبی نمرات پیش‌آزمون و پس‌آزمون جلسه اول گروه مورد	۷۵
جدول شماره ۱۳. توزیع فراوانی مطلق و نسبی نمرات پیش‌آزمون و پس‌آزمون جلسه دوم گروه مورد	۷۶
جدول شماره ۱۴. توزیع فراوانی مطلق و نسبی نمرات پیش‌آزمون و پس‌آزمون جلسه سوم گروه مورد	۷۷
جدول شماره ۱۵. توزیع فراوانی مطلق و نسبی نمرات پیش‌آزمون و پس‌آزمون جلسه چهارم گروه مورد	۷۸
جدول شماره ۱۶. توزیع فراوانی مطلق و نسبی نمرات پیش‌آزمون و پس‌آزمون جلسه پنجم گروه مورد	۷۹
جدول شماره ۱۷. توزیع فراوانی مطلق و نسبی نمرات پیش‌آزمون و پس‌آزمون تجمعی گروه شاهد	۸۰
جدول شماره ۱۸. توزیع فراوانی مطلق و نسبی نمرات پیش‌آزمون و پس‌آزمون تجمعی گروه مورد	۸۱
جدول شماره ۱۹. توزیع فراوانی نسبی و مطلق نمرات پیش‌آزمون تجمعی دو گروه مورد و شاهد	۸۲
جدول شماره ۲۰. توزیع فراوانی نسبی و مطلق نمرات پس‌آزمون تجمعی دو گروه مورد و شاهد	۸۳
جدول شماره ۲۱. توزیع فراوانی نسبی و مطلق نمرات پس‌آزمون و آزمون یادداری گروه شاهد	۸۴
جدول شماره ۲۲. توزیع فراوانی نسبی و مطلق نمرات پس‌آزمون تجمعی و آزمون یادداری گروه مورد	۸۵
جدول شماره ۲۳. توزیع فراوانی نسبی و مطلق نمرات آزمون یادداری دو گروه مورد و شاهد	۸۶

فهرست شکل‌ها

شکل	صفحه
شکل ۱. انواع یادگیری از دیدگاه نظریه شبیه سازی آزوبل	۱۵
شکل ۲. نقشه مفهومی چهارچوب نظری مطالعه	۱۶
شکل ۳. نقشه مفهومی تقسیم بندی مفاهیم	۲۱
شکل ۴. نقشه مفهومی کلی با قضایای ارتباطی آن	۲۳
شکل ۵. نقشه مفهومی اجزاء و عناصر نقشه‌های مفهومی	۲۵
شکل ۶. نقشه مفهومی نظریه یادگیری زیرساخت نقشه‌کشی مفاهیم	۳۰

فصل اول

زمینه پژوهش

اهداف پژوهش

فرضیه پژوهش

تعریف واژه‌ها

پیش فرض‌ها

محدودیت‌های پژوهش

زمینه و اهمیت پژوهش

اولین مدرسه پرستاری جهان در سال ۱۸۷۲ در شهر بوستون^۱، فیلادلفیا^۲ و با حمایت جدی پزشکی بنام بیرد^۳ آغاز بکار نمود و پرستارانی با تحصیلات دانشگاهی تربیت می‌کرد. بیشترین پیشرفت‌های آموزش حرفه‌ای پرستاری در سالهای ۱۹۵۰ اتفاق افتاده است. مثلاً در سال ۱۹۵۱ مدرسه مونتگ^۴ پرستارانی با مدرک تحصیلی فوق دیپلم پرستاری تربیت نمود (لیندبرگ، لاهانتر، و کروزیسکی^۵، ۱۹۹۸، ص ۴۱-۴۰). در ایران سالهای ۱۹۴۹ تا ۱۹۵۵ با تأسیس سه مدرسه پرستاری مصادف می‌باشند، در سال ۱۹۴۹ مدرسه پرستاری اشرف پهلوی به سبک بریتانیایی، در سال ۱۹۵۴ مدرسه پرستاری نمازی در شیراز به سبک آمریکایی و در سال ۱۹۵۵ مدرسه جندی شاهپور در اهواز تأسیس شد. در سال ۱۹۵۷ سازمان بهداشت جهانی کنگره سالانه خود را در تهران برگزار نمود که حاصل آن توصیه به کشور جهت ارتقاء حرفه پرستاری و مراقبت از بیمار، و بازنگری و ارزشیابی آنها بود. روی کار آمدن جمهوری اسلامی بنظر میرسد ایده‌های خوبی برای تداوم و ارتقاء آموزش عمومی و آموزش پرستاری بدنبال داشته است. بهرحال موانع موجود برای آزادی افراد و حرمت آنها برطرف شده است و جهشی به سطوح خیلی بالاتر در آینده نه خیلی دور دیده خواهد شد (مورا و مورا^۶، ۱۹۹۵، ص ۵۹).

یکی از مسائل خاصی که از زمان شروع آموزش دانشگاهی پرستاران با آن درگیر بوده‌اند، مسئله پاسخگویی^۷ در قبال اعمال خود می‌باشد. پرستاران می‌بایست در مقابل قانون، همکاران، کارفرمایان، و مشتریان پاسخگویی اعمال خود باشند که این مسئله مستلزم آموزش حرفه‌ای مناسب و رعایت استانداردهای حرفه‌ای عملکرد خود می‌باشد (لیندبرگ و همکاران، ۱۹۹۸، ص ۴۱-۴۰).

در طی یک چهارم آخر قرن بیستم تعداد پرستاران لیسانسه و همچنین تعداد پرستاران به ازاء هر ۱۰۰ هزار نفر جمعیت جهان دو برابر شده است و پرستاران زیادی در رده‌های مختلف کاری استخدام شده‌اند. برنامه‌های آموزش کارشناسی ارشد و دکترای پرستاری در این دوره بسیار زیاد شده و عده زیادی از این مقاطع فارغ‌التحصیل شده‌اند. این اطلاعات حاکی از آن است که حرفه ما تحت تغییرات بنیادی مهمی در طی ۲۵ سال گذشته قرار گرفته است. هیچ تغییری مهمتر از رشد تکنولوژی نیست که موجب الگودهی مجدد ماهیت ارائه مراقبت، تدریس، و یادگیری شده است. پیشرفت‌های تکنولوژی ارائه مراقبت در منزل را امکانپذیر ساخته است و منجر به ایجاد رقابت‌های جدیدی در تدریس بالینی پرستاری شده است. کنفرانس‌های ویدئویی و دوره‌های آموزش با

1 Boston

2 Philadelphia

3 Beard

4 Montag

5 Lindberg, Love Hunter, & Kruszewski

6 Mura & Mura

7 accountability

اینترنت رواج یافته است و موجب تغییر نگرش ما به آموزش و یادگیری شده‌اند. فراگیران از نظر سن، جنس، نژاد، شیوه یادگیری دارای تنوع زیادی شده‌اند و برنامه‌های آموزشی بیشتر بر پایه نکات قوت و پایه دانش و آگاهی فراگیران طراحی می‌شوند و آموزش بجای فرآیند بر برآیند متمرکز شده‌است (مک‌براید^۱، ۱۹۹۹، ص ۱۱۵-۱۱۴).

می‌توان گفت که در طی ۲۵ سال گذشته آموزش پرستاری به سمت برآیندمداری بدون نادیده گرفتن اهمیت فرآیندها، پیش رفته‌است و در همین راستا باید اطمینان یافت که فرآیندها به برآیندهای مورد نظر می‌انجامد. این برآیندمداری کاملاً مشهود شده و بطور مداوم در حال تقویت است و مقصد آن برآورده کردن نیازها با هزینه - اثربخش‌ترین رویه می‌باشد. آموزش پرستاری در حال طی طریق به سمت یادگیری "در طول عمر"^۲ می‌باشد و ارتباط بین آموزش پرستاری و خدمات پرستاری در حال رشد مداوم است. بهر حال آموزش پرستاری زمانی می‌تواند پویایی خود را حفظ کند که مرزهای زمانی و مکانی را بشکند و به سمت ابداعات و نوآوریها و توسعه آنها و استفاده از روشهای نوین تدریس و یادگیری پیش رود (جارویک^۳، ۱۹۹۷، ص ۲۶-۲۴).

سیاستهای اقتصادی ناشی از بازارهای امروزی، تغییر و توسعه قابل ملاحظه تکنولوژی، تغییر مشخصات فردی و ویژگیهای دموگرافیک، و انفجار دانش بطور سریعی موجب تغییر مراقبت‌های بهداشتی و مؤسسات آموزشی شده و فضای تغییر مداوم، سریع و پیوسته ایجاد گردیده است. ما در عصر تغییرات سریع زندگی می‌کنیم، عصری که در آن تغییرات آنقدر سریع و عمیق است که گذشته کمک کمی در کنار آمدن با این آینده می‌کند. عصر جدید با تغییر دائمی الگوها^۴ همراه است و این تغییرات در کلیه حیطه‌های حرفه‌ای پرستاری به وضوح دیده می‌شوند (لیندمن^۵، ۲۰۰۰، ص ۶). این انفجار دانش و آگاهی، روی تمام جوامع (همچنین جامعه مراقبین بهداشتی) تأثیر گذاشته و وضعیت را خلق کرده‌است که دانشجویان پرستاری به سختی می‌توانند مباحث یادگیری را با دیدی نقادانه بنگرند (بیتز^۶، ۱۹۹۸، ص ۳۵). در این حال دانشکده‌های پرستاری روی یادگیری برای ارائه خدمت^۷، تفکر نقادانه^۸، مشارکت بین بخشی، یکپارچه سازی کاربرد برآیندهای آموزشی متمرکز شده‌اند (مک‌براید، ۱۹۹۹، ص ۳۵). برنامه درسی آموزش پرستاری نیز در راستای تغییرات ایجاد شده در آموزش عمومی در حال دگرگونی و تغییر می‌باشد. محققان و نظریه پردازان آموزشی دریافته‌اند که استفاده از راهبردهای تدریس/یادگیری موجب پیشبرد یادگیری معنادار شده و استفاده از مهارت‌های فراشناختی^۹ به احتمال بیشتری موجب پرورش متفکران نقاد می‌شود.

1 MacBride

2 lifelong learning

3 Jarvic

4 continuous paradigm shift

5 Lindeman

6 Beitz

7 service learning

8 critical thinking

9 metacognitive

بدست آوردن چنین برآیندی مستلزم یک تغییر الگو^۱ در آموزش پرستاری می‌باشد. هدف حرکت از برنامه درسی رفتاری به سمت برنامه درسی آموزش دهنده^۲ می‌باشد که در آن معلمان و دانشجویان به کشف دانش و آگاهی بپردازند (باو و ملوت^۳، ۱۹۹۸، ص ۲۵۳).

طبق ادعای بویس^۴ (۱۹۸۹) مسئولیت مربیان پرستاری تغذیه فراگیران در کسب روحیه مراقبت‌گری، ایجاد حس کنجکاوی، آزاد سازی سائق‌های خلاقیت، ایجاد اطمینان به خود، کسب ایده‌آل‌های اخلاقی، ارتقاء روحیه تفحص و پژوهشگری، اشتیاق گفتگو در مورد پرستاری می‌باشد. در طی این تغذیه شدن، فراگیران به کشف دانش و آگاهی پرستاری فردی خود می‌پردازند. بنابراین دانشکده‌ها و مربیان فعالیت‌های یادگیری را باید به شکلی طراحی کنند که ایجاد این خصیصه‌ها را در فراگیران بهبود بخشد (ص ۴). بویس همچنین اظهار داشته است که هدف چنین فعالیت‌های تدریس و یادگیری ارتقاء یادگیری آموزش دهنده^۵ در مقابل یادگیری تکنیکی می‌باشد (ص ۵).

لاوینگ و ویلسون^۶ (۲۰۰۰) چنین نوشته‌اند: مربیان پرستاری بطور سنتی از یک مدل قیاسی^۷ جهت تدریس در کلاس درس استفاده می‌کنند. برنامه‌های آموزش پرستاری بطور عمیقی روی پوشش محتوا و آزمون اهداف رفتاری متمرکز می‌باشند. بعلت تمایل زیاد مربیان پرستاری به فلسفه آموزشی زیرساخت برنامه‌های آموزش پرستاری، از مدل قیاسی جهت طراحی تدریس خود استفاده می‌کنند. ویژگی غالب این فلسفه وجود سلسله مراتب در بین مربیان و فراگیران می‌باشد. مربیان تدریس می‌کنند و فراگیران یاد می‌گیرند، یا حداقل وانمود می‌کنند آنچه معلم تدریس کرده‌است را فرا گرفته‌اند (ص ۷۰).

فلسفه جایگزین آن مسئولیت ساختاردهی تدریس را به مربیان واگذار نموده‌است، ساختاری که در آن فراگیران بتوانند بهتر یاد بگیرند و در آن یاد بگیرند که چگونه یاد بگیرند^۸. فراگیران از این ساختار بطور مستقل و بطور مشارکتی جهت یادگیری استفاده خواهند کرد. استفاده از این فلسفه آموزشی موجب تسهیل ایجاد توانمندی‌های تفکر نقادانه در فراگیران یعنی اصلی‌ترین هدف آموزشی می‌شود. دستیابی به چنین هدفی مستلزم این است که مربیان تدریس خود را طراحی کرده، از شیوه‌های نوین تدریس استفاده نمایند، و ضمن ارزیابی مناسب آن با اهداف آموزشی، لزوم تغییر را درک کنند (لاوینگ و ویلسون، ص ۷۱).

وقتی که امید و اشتیاق به یادگیری آموزش دهنده و تصور تبادل تجربیات واقعی در پرستاری وجود داشته باشد، فراگیران و مربیان می‌توانند یکدیگر را توانمند^۹ سازند، وضعیتی که در شیوه‌های سنتی تدریس و یادگیری شانس آن وجود ندارد. اگر مربیان خطر ایجاد و بکارگیری

- 1 paradigm shift
- 2 educative
- 3 Baugh & Mellott
- 4 Bevis
- 5 educative learning
- 6 Loving & Wilson
- 7 didactic model
- 8 learning how to learn
- 9 empowerment

الگوهای جدید تدریس را بپذیرند، به هدف تغذیه فراگیران در کسب محتوا و رویه‌ها و نیز کسب خصیصه‌های مطلوب پرستاران حرفه‌ای و کشف دانش شخصی خود رسیده و فراگیران مسئولیت یادگیری خود را خواهند پذیرفت (لوتز، پتروویچ، و میلر^۱، ۱۹۹۱، ص ۴۲-۴۱).

به موازات افزایش مقدار و پیچیدگی دانش پرستاری همراه با پیشرفت تکنولوژی، راهبردهای پیشبرد یادگیری معنادار و اثربخش نیز باید ایجاد شوند. دانشجویانی که به یادگیری بصورت بخاطر سپاری طوطی‌وار و یادگیری قطعه قطعه شرطی شده‌اند، در ورود به دانشکده‌های پرستاری، آموزش پرستاری را مخوف و گاهی تجربه‌ای ناموفق خواهند یافت. درک و فهم مفاهیم، اصول، و نظریه‌های زیست شناختی جهت فهمیدن دلیل و منطق فعالیت‌های پرستاری مهم می‌باشد (کاتول، گایگر، هارتیج^۲، ۱۹۹۸، ص ۳۱). دالی^۳ (۱۹۹۶) چنین می‌گوید: وقتی که یادگیری معنادار اتفاق بیافتد، دانشجو مفاهیم را در ساختار شناختی منحصر خود بطریقی که معنی و سازمان ویژه‌ای را نشان دهند سازماندهی کرده، به هم ربط داده و با هم جمع می‌کند (ص ۱۸).

یادگیری معنادار بویژه در محیط‌های آموزش بالینی اهمیت می‌یابد، چرا که پرستاران از بیماران یعنی انسانها مراقبت می‌کنند. اساتید بایستی از تکنیک‌هایی بهره ببرند که به دانشجویان کمک کند مفاهیم را به شیوه‌ای معنادار یاد گرفته و آنها را در موقعیت بالینی بکار ببندند. دانشجویان باید تشویق شوند که از طریق یادگیری محتوایی، ترکیبی، و یادگیری از طریق سنوآل و تحقیق یاد گرفته‌های خود را درونی سازند (باو و ملوت، ۱۹۹۸، ص ۲۵۳).

ایروین (۱۹۹۵) نوشته است که اخیراً عملکرد دانشجویان پرستاری نشانگر یادگیری شناختی سطحی و کمبود دانش در مورد عقاید پایه می‌باشد. نقشه‌کشی مفاهیم را بعنوان یک ابزار فراشناختی می‌توان در تمام حیطه‌های آموزش پرستاری بکار برد و یک عامل کلیدی در توسعه یادگیری معنادار در دانشجویان می‌باشد. یکی از اهداف آموزش پرستاری حرکت از روشهای یادگیری سطحی و حفظی به سمت یادگیری معنادار می‌باشد (ص ۱۱۷۷).

دانسته‌های قبلی فراگیر مهمترین عامل مؤثر بر یادگیری وی می‌باشد. یادگیری معنادار زمانی اتفاق می‌افتد که فراگیر به جستجوی روابط و یکپارچه‌سازی دانش جدید با دانش قبلی موجود در حافظه بلند مدت خود بپردازد. یادگیری معنادار به موادی که تازه یاد گرفته شده‌است، مقدار و کیفیت دانش قبلی، و میزان انگیزه فراگیر در پردازش و یکپارچه‌سازی دانش جدید و قدیمی بستگی دارد (آل و هیونس^۴، ۱۹۹۷، ص ۱۲۱۲). نقشه‌های شناختی / مفهومی^۵ ابزارهای قدرتمندی جهت کمک به یادگیری معنادار، و متعاقب آن ذخیره سازی اطلاعات در حافظه بلند مدت می‌باشند (ایروین^۶، ۱۹۹۵؛ مک کاک و دانسروا^۷، ۱۹۹۱).

1 Lutz, Petrovic, miller

2 Kathol, Geiger, & Hartig

3 Daley

4 All & Havens

5 cognitive/concept mapping

6 Irvine

7 McCagg & Dansereau

مجله اطلاعات در کار علمی ایران
تاسیس در کار

دانشجویان پرستاری شدیداً به درک و فهم سئوالات و مشکلات زیادی که در رشته انتخابی خود با آن مواجه هستند، نیاز دارند. اگر این درک و فهم ایجاد نشود، آنها ممکن است داده‌های شبیه سازی نشده را فقط به حافظه کوتاه مدت خود بسپارند و در این صورت هیچ یادگیری معناداری اتفاق نخواهد افتاد (آل و هیونس، ۱۹۹۷، ص ۱۲۱۰). نقشه‌کشی مفاهیم یکی از راهبردهایی است که موجب ارتقاء فراشناخت و یادگیری معنادار و همچنین کاهش مشکلات مربوط به مباحث یادگیری و تفکر نقادانه در حرفه پرستاری می‌گردد. نقشه‌کشی مفاهیم موجب افزایش کفایت و کارایی یادگیری و کاهش اضطراب گردیده و در واقع دانشجویان را در یادگیری چگونه یادگرفتن یاری می‌دهد (باو و ملوت ۱۹۹۸، ص ۲۵۳).

نقشه‌کشی مفاهیم مدت بیست سال است که بطور موفقیت‌آمیز و اثربخشی در آموزش شغل‌هایی از قبیل پزشکی، آموزش علوم، روانشناسی تربیتی، آموزش استثنائی، تدریس موسیقی، ریاضیات، آمار، و بیولوژی استفاده می‌شود. تحقیقات نشان داده‌است که نقشه‌کشی مفاهیم موجب ارتقاء یادگیری معنادار می‌شود، زیرا دانشجویان را وادار می‌سازد که بطور صحیحی پدیده‌های انتزاعی را بصورت شیوه‌های شناختی و زندگی خود درک کنند و بطور ساده‌ای خوشه‌های علائم و عوامل خطر آفرین را تشخیص دهند. نقشه‌کشی مفاهیم به طریقه‌ای نسبتاً ساده موجب تسریع یادگیری و پیشبرد و ابقاء بلند مدت موضوعات یاد گرفته شده می‌گردد (بیتز ۱۹۹۸، ص ۳۵). بهر حال هر ابزاری که موجب تشویق و تقویت یادگیری معنادار شود، نهایتاً موجب تقویت تفکر نقادانه و ابقاء بلند مدت (یادداری) اطلاعات مربوطه می‌شود (بیتز، ۱۹۹۸ b، ص ۴۹).

با توجه به نکات پیشگفت و اهمیت آموزش پرستاری در ایفای نقش بالینی پرستاران، لزوم انجام پژوهشی به منظور بررسی و آزمودن نقشه‌کشی مفاهیم بعنوان یک روش جدید تدریس که با برآیند یادگیری معنادار و یادداری بهتر اطلاعات همراه می‌باشد، ضروری بنظر می‌رسد. به همین دلیل پژوهشگر مصمم شد تا تحقیقی درباره اثرات تدریس به شیوه نقشه‌کشی مفاهیم بر یادگیری دانشجویان انجام دهد و امیدوار است که نتایج حاصله از این تحقیق راهگشای مطالعات بعدی بوده و با پژوهش روی اثربخشی روش تدریس نقشه‌کشی مفاهیم در ارتقای آموزش پرستاری تلاش نماید.

بیان عنوان پژوهش:

این پژوهش به بررسی "تأثیر تدریس به روش نقشه‌کشی مفاهیم بر یادگیری دانشجویان کارشناسی پرستاری دانشکده‌های پرستاری شهر تهران در سال ۸۱-۱۳۸۰" می‌پردازد.