کمیت و کیفیت بازخورد در محیط بالینی از نظر دانشجویان مامایی

سهیلا ضیایی[1]

[1] کارشناس ارشد، آموزش مامایی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد کازرون، کازرون، ایران

مجله راهبردهای توسعه در آموزش پزشکی دوره سوم شماره اول بهار و تابستان ۹۵ صفحات ۴۷-۳۵.

چکیده

مقدمه و هدف: اگرچه بازخورد به عنوان بخش جدایی‌ناپذیر از فرآیند آموزشی به رسمیت شناخته‌شده اما پیچیدگی شبکه آموزشی از یک جامعه آموزشی به جامعه دیگر، دادن، گرفت و تطبیق با بازخورد را برای مدرسین و فراگیران چالش‌برانگیز کرده است. ارائه برنامه آموزشی جهت توانمند کردن مدرسین و فراگیران در این زمینه، نیاز به تعیین خلاءهای آموزشی در ارائه موثر بازخورد دارد. بر این اساس، این پژوهش جهت بررسی وضعیت کمی و کیفی ارائه بازخورد در آموزش بالینی دانشجویان مامایی دانشگاه آزاد اسلامی واحد کازرون طراحی و اجرا شده است.

روش‌ها: این پژوهش از نوع توصیفی –تحلیلی است که جمعیت و نمونه آن را تمام دانشجویان مامایی با حداقل تجربه یک دوره کارآموزی زایمان (۱۳۰ نفر)، تشکیل دادند. اطلاعات با استفاده از پرسشنامه چهار بخشی شامل: ۱–اطلاعات دموگرافیک، ۲–سوالات بسته‌ای در رابطه با زمان، روش، شرایط و ساختار بازخورد دریافتی، ۳–۱۶ جمله در مقیاس چهار رتبه‌ای لیکرت در بررسی کیفی بازخود دریافتی از سه جنبه شیوه ارائه (۵ جمله)، انطباق با اهداف آموزشی (۵ جمله) و مفید و سازنده بودن بازخورد (٦ جمله) و ٤–یک سوال باز "چه عواملی مانع استفاده از بازخورد می‌شود یا بازخوردهای محیط بالینی را در یادگیری شما بی‌اثر می‌کند " –جمع‌آوری شد. ۱۳۰ پرسشنامه در اختیار دانشجویان قرار گرفت و ۱۲۰ پرسشنامه کامل جمع‌آوری شد. اطلاعات با استفاده از نرم‌افزار SPSS نسخه ۱۹ مورد تحلیل قرار گرفت. از تحلیل توصیفی و مقایسه میانگین‌ها برای توصیف داده‌ها استفاده شد.

یافته‌ها: از نظر کمی، یافته‌ها نشان داد ۷۲/۵٪ دانشجویان به طور مرتب بازخورد دریافت کردند و بازخوردهای دریافتی آن‌ها در اکثریت موارد حین انجام پروسیجر (۷۵/۸۳٪)، به صورت فردی (۶۰٪)، شفاهی (۸۱/٦٦٪) و با توضیح جزئیات (٦١/٧٪) بود. از نظر کیفی، میانگین نمره‌ای که دانشجویان به شیوه ارائه بازخوردهای دریافتی خود و مفید و موثر بودن آن‌ها دادند به ترتیب ۰/۵±۲/٦ و ۰/۷۵±۲/۷ در مقیاس چهار رتبه‌ای لیکرت بود. به استثنای ٦ گویه، اکثر دانشجویان گزینه گاهی اوقات را برای پاسخ به گویه‌ها کیفی انتخاب کردند. در هر سه حیطه مورد بررسی، دانشجویان سال سوم نسبت به دانشجویان سال چهارم ارزیابی بهتری از بازخورد دریافتی خود داشتند.

نتیجه‌گیری: بازخورد در روند آموزش مامایی فاکتور فراموش‌شده‌ای نیست و حتی از نظر کمّی در سطح مطلوب است اما از نظر کیفی به خصوص از نظر دانشجویان سنوات بالاتر در حد بهینه ارائه نمی‌گردد. گرچه توانمندسازی مربی می‌تواند در تغییر نظر دانشجویان نسبت به کفایت بازخورد موثر باشد اما کافی نیست. چرا که حتی اگر ما مربیان توانمند در ارائه بازخورد باشیم تا زمانی که فراگیران در دریافت و استفاده از بازخورد توانا نباشد و نسبت به آن تمایل نداشته باشند؛ تلاش مربیان بی ثمر خواهد بود. برای رسیدن به بازخورد موثر در حرفه بهداشتی پرورش گیرنده بازخورد ضروری است.

کلیدواژه‌ها: بازخورد، آموزش بالینی، دانشجوی مامایی.

نویسنده مسئول:
سهیلا ضیایی
گروه مامایی دانشگاه آزاد اسلامی، واحدکازرون
کازرون – ایران
پست الکترونیکی:
s_ziaee115@yahoo.com

نوع مقاله: پژوهشی

دریافت مقاله: ۹۵/۴/۲۱ اصلاح نهایی: ۹۵/۵/۲۹ پذیرش مقاله: ۹۵/۶/۲۴

ارجاع: ضیایی سهیلا. کمیت و کیفیت بازخورد در محیط بالینی از نظر دانشجویان مامایی. راهبردهای توسعه در آموزش پزشکی ۱۳۹۵؛ ۳(۱): ۳۵-۴۷.

مقدمه:

محیط بالینی، محیط یادگیری غیرقابل پیشگویی و پیچیده است و فرصت‌های آموزشی را ایجاد می‌کند که در محیط کلاسی ایجاد نمی‌شود. در این محیط که دانشجویان فرصت به‌کارگیری عملی آموخته‌های خود را داشته و می‌کوشند تا عملکرد خود را در مسیر استانداردهای عملکردی تکامل بخشند؛ بازخورد نقش حیاتی دارد (۱).

[Downloaded from dsme.hums.ac.ir on 2026-11-25]

بازخورد فرآیند پویایی است که هدف آن ایجاد پلی بین شکاف سطح واقعی عملکرد و هدف موردنظر آموزشی است (۲). با این حال، تغییر شکاف عملکردی – آموزشی با تأثیر بر یادگیری برای بسیاری قابل‌قبول است (۳). بازخورد بسته به محیط یادگیری، نیاز فراگیر، هدف از وظیفه، پارادایم پذیرفته شد برای بازخورد می‌تواند عملکرد متفاوت داشته باشد (٤).

بازخورد کار یا وظیفه، بازخورد فرآیند، بازخورد خود تنظیم، خود بازخورد (٥)، بازخورد انگیزشی، تقویتی و اطلاعاتی از انواع بازخورد است که می‌تواند اثرات متفاوتی بر یادگیری فراگیر داشته باشند (٦).

بازخورد می‌تواند ارائه مستقیم اطلاعات اصلاحی یک متخصص به فراگیر منفعل در مورد چگونگی انجام کار (۷) و یا گفتگویی تسهیل‌کننده باشد؛ که در طی آن مربی با ارائه توصیه‌ها و پیشنهادها، هم توانمندی فراگیر را در اصلاح و بازبینی خود افزایش داده و به او در دریافت درک جدید کمک می‌کند (۸) و هم خود از فراگیر یاد می‌گیرد. در این فرآیند پویا، مدرس و فراگیر به درک مشترک رسیده، مسئولیت فراگیر در جستجو و عمل به بازخورد افزایش می‌یابد (۹).

اهمیت بازخورد، با تبدیل شدن پارادایم آموزش پزشکی به سمت آموزش مبتنی بر شایستگی که در آن انتظار می‌رود فراگیران به نقطهٔ عطف خاصی برسند که آن‌ها را قادر می‌سازد تا در محیط کاری خود به عنوان پزشک عمل کنند، بیشتر مشخص می‌شود (۱۰). بازخورد موثر از هر دو دیدگاه، ارائه و دریافت، برای رسیدن فراگیران به آن نقاط عطف کمک‌کننده است (۱۱). بدون دریافت بازخورد، فراگیران یا بر نتایج حاصل از خود ارزیابی تکیه خواهند کرد یا خود را با دانشجوی سال بالاتر مقایسه می‌کنند که در هر دو حالت به ارزیابی نادرستی از خود دست می‌یابند و این امر با کاهش عزت نفس فرد، در ادامه‌ی کار او تأثیر منفی گذاشته و با ایجاد اختلال در یادگیری فرد و فراگیرانی که از او می‌آموزند در نهایت تهدیدی برای مراقبت از بیمار است (۱۲).

در جریان بازخورد، دانشجو وضعیت آموزشی خود را درمی‌یابد، خطاها و اشتباهات یادگیری خود را کاهش می‌دهد و تکالیف و وظایفش را با دقت بیشتری انجام داده (۱۳) و همکارش در فعالیت‌های بخش بهبود می‌یابد (۱٤). بازخورد در تعمیق یادگیری، افزایش انگیزش، اعتمادبه‌نفس و توانایی به‌کارگیری آموخته‌ها موثر بوده (۱٥) و نقش مهمی در تسهیل تکامل دانشجویان به عنوان فراگیران مستقل یعنی کسانی که قادرند یادگیری خود را در عملکرد حرفه‌ای – حتی بعد از فارغ‌التحصیلی – پایش، ارزیابی و تنظیم کنند؛ دارد (۱٦).

هرچند شواهد حاصل از اثر بازخورد مثبت بر فراگیران متنوع است و بسیاری از اثر بازخورد مثبت بر اعتمادبه‌نفس و انگیزه فراگیران صحبت کرده‌اند (۱۰).

Martens و همکاران دریافتند که تفاوتی در عملکرد فراگیران صرف‌نظر از نوع بازخورد (مثبت، منفی، خنثی) وجود ندارد (۱۷).

بازخورد چه مثبت و چه منفی باید به طور سازنده ارائه شود (۱۸). اما پذیرش، رد یا تعدیل بازخورد به نوع پردازش فراگیران از پیام و محتوای بازخورد و پیوند آن با دانش قبلی آن‌ها بستگی دارد (۱۹). عکس‌العمل فراگیران به بازخورد، ملاک معتبری در موفقیت برنامه است (۲۰).

بازخورد حتی اگر بهینه ارائه گردد؛ اگر مورد استفاده قرار نگیرد، تأثیری بر یادگیری فرد ندارد. مثال‌های بسیاری از ناتوانی فراگیران جهت سرمایه‌گذاری روی فرصت بازخورد با عدم استفاده از بازخورد حتی زمانی که خوب ارائه‌شده؛ وجود دارد (۳۸-۲۱).

Burr و همکاران نیز اذعان می‌دارند؛ گرچه دانشجویان پزشکی به دنبال بازخورد دقیق هستند اما بسیاری از آن‌ها از بازخورد دریافتی خود به طور موثر استفاده نمی‌کنند (۳۹). تأثیر عاطفی بازخورد، هوش آموزشی، تجارب گذشته، حفظ مقاصد یادگیری و پایداری فراگیر در برابر مشکلات از عوامل موثر بر توانایی و تمایل فراگیر در عمل به بازخورد است (٤۰).

ناتوانی در سرمایه‌گذاری بر روی بازخورد، خود انعکاسی از این واقعیت است که برخی از فراگیران دانش و فهم پیش‌نیاز انجام کار و توانایی انجام کار را ندارند (٤۱) یا اهداف عملکردی خود را در سطح میانه یعنی سطح انجام کار تنظیم کرده‌اند (٤۲).

بدون دانش کافی از مفاهیم اساسی، فراگیران نمی‌توانند از جملات بازخوردی در جهت بهبود عملکرد خود استفاده کنند (٤۳) و زمانی که هدف فقط انجام کار باشد، فراگیر توجهی به جزئیات کار و انجام تخصصی آن ندارد و از طرفی خطاهای

[Downloaded from dsme.hums.ac.ir on 2026-11-25]

ایجادشده بسیار مقاوم به اصلاح با آموزش و بازخورد بیشتر است (٤٢). پیچیدگی شبکه‌های آموزشی، دادن و گرفتن و پذیرش بازخورد را از یک جامعه به جامعه دیگر برای مدرس و فراگیر چالش‌برانگیز کرده است (٤٢). با وجودی که اکثر اساتید با اصول ارائه بازخورد آشنا بوده و عقیده دارند که به دانشجویان خود، بازخورد موثر ارائه می‌دهند اما دانشجویان از کمبود ارائه بازخورد در آموزش بالینی شاکی هستند (٤٨-٢٠). Liberman و همکاران در پژوهش خود به این نتیجه رسیدند که با وجود اینکه ۹۰٪ اساتید جراحی گزارش داده‌اند که با موفقیت بازخورد ارائه می‌دهند ولی تنها ۱۷٪ از رزیدنت‌ها با این ادعا موافق بودند (٤٨). در مطالعه طیبی و همکاران، کلیه مربیان گزارش داده‌اند که به فراگیران خود بازخورد عملکردی ارائه داده اند اما ۷۶/۳۵٪ فراگیران دریافت بازخورد عملکردی را تأیید کردند (٢٠). ٤٦٪ دانشجویان پزشکی و ۳۳/۳٪ دستیاران مورد مطالعه مودب و همکاران با مفید بودن بازخوردها به طور کلی موافق بودند (٤٤) که همگی نشانه نقصی در روند ارائه بازخورد است. گرچه بازخورد به عنوان بخش جدایی‌ناپذیر از فرآیند آموزشی به رسمیت شناخته‌شده و برای چندین دهه مورد تأکید در آموزش پزشکی قرار گرفته است (٤٩) اقدامات کمی برای توانمندسازی اساتید (٥٠) و گیرندگان بازخورد (فراگیران) در پذیرش و استفاده از بازخورد به طور موثر انجام شده است (٤٩). از طرفی مشکلات مرتبط با ارائه بازخورد چون ناآشنایی مربیان پزشکی با بازخورد، محدودیت‌های زمانی و مکانی، نگرانی در رابطه با شکستن رابطه آموزشی بین معلم و فراگیر در بازخوردهای منفی (٥١)،

مقاومت دانشجو در برابر انتقادها، عمومی بودن بیش از حد بازخوردها، مرتبط نبودن با کار بالینی دانشجو، راهنمایی نکردن دانشجو برای اصلاح رفتار، بازخورد متناقض از منابع متعدد، عدم رعایت احترام دانشجو از جانب منبع بازخورد (٢٠) و واکنش‌های نامطلوب دانشجو مثل عصبانیت، دفاع از خود، خجالت (١٤) گاهی سبب نادیده انگاشتن این بخش مهم در آموزش بالینی گردیده است.

توجه به تأثیر مثبت بازخورد موثر در یادگیری فعلی و آتی فراگیران و ارائه خدمات و مراقبت‌های درمانی با حداقل خطا، محدودیت استفاده از تجارب جوامع آموزشی دیگر به علت پیچیدگی شبکه آموزشی از یک جامعه به جامعه دیگر، ضرورت نیازسنجی قبل از هر گونه برنامه‌ریزی آموزشی برای مدرسین و فراگیران و نهایتاً، نبود مطالعه قبلی در این رابطه موجب شد که وضعیت ارائه بازخورد به دانشجویان مامایی دانشگاه آزاد اسلامی واحد کازرون مورد بررسی قرار گیرد. لذا این پژوهش با هدف تعیین کمیت و کیفیت بازخورد در محیط بالینی آموزش مامایی دانشجویان این دانشگاه طراحی و اجرا شد. در این پژوهش، عواملی که مانع استفاده از بازخورد شده یا بازخورد را در یادگیری بی‌اثر می‌کند نیز مورد توجه قرار گرفت.

روش‌ها:

پژوهش توصیفی - تحلیلی حاضر در سال ١٣٩٤ در دانشگاه آزاد اسلامی واحد کازرون انجام شد. تمامی دانشجویان مامایی که حداقل یک دوره کارآموزی زایمان را گذرانده بودند؛ جمعیت مورد مطالعه را تشکیل دادند. نمونه پژوهش سرشماری جامعه‌ی پژوهش بود. کل دانشجویان مامایی سال سوم و چهارم دانشگاه آزاد اسلامی واحد کازرون که در زمان مطالعه ۱۳۰ نفر بودند؛ ویژگی‌های لازم برای مطالعه را داشتند. یعنی دانشجوی مهمان نبوده و بعد از سپری کردن کارآموزی‌های پیش‌نیاز (کارآموزی فن، نوزادان، نشانه‌شناسی، بارداری)، حداقل یک دوره کارآموزی زایمان را به اتمام رسانده بودند. لذا کل این دانشجویان به عنوان نمونه پژوهش انتخاب شدند. برای دستیابی به اطلاعات در خصوص بازخورد دریافتی، از پرسشنامه چهار قسمتی محقق ساخته استفاده شد. اطلاعات دموگرافیک، ٥ سوال به منظور سنجش ویژگی‌های کمّی بازخوردهای دریافتی، ١٦ گویه جهت بررسی کیفی بازخوردهای ارائه‌شده و یک سوال باز بخش‌های مختلف پرسشنامه را تشکیل دادند. برای بررسی ویژگی‌های کمّی بازخوردها، از ٥ سوال بسته که به ترتیب به فراوانی ارائه بازخورد در آموزش بالینی، زمان دریافت بازخورد از سوی مربی در ارتباط با پروسیجرهای محوله، روش دریافت بازخورد، شرایط دریافت بازخورد و ساختار بازخورد اشاره داشت؛ استفاده شد.

در بررسی کیفی، از ١٦ گویه در مقیاس ٤ رتبه‌ای لیکرت استفاده شد که بازخورد دریافتی را از نظر شیوه ارائه (٥ جمله)،

[Downloaded from dsme.hums.ac.ir on 2026-11-25]

انطباق با اهداف آموزشی (۵ جمله) و مفید و سازنده بودن بازخورد (٦ جمله) مورد بررسی قرار می‌داد. " چه عواملی مانع استفاده از بازخورد می‌شود یا بازخوردهای محیط بالینی را در یادگیری شما بی‌اثر می‌کند " سوال باز مطرح‌شده در بخش چهارم پرسشنامه بود. پرسشنامه‌ها طی یک جلسه کلاسی در اختیار دانشجویان موردنظر قرار گرفت و بعد از توضیحات لازم در رابطه با بازخورد از آن‌ها خواسته شد که به سوالات باز و بسته پرسشنامه به دقت پاسخ دهند و کیفیت بازخورد دریافتی در طول آموزش‌های بالینی خود را با یکی از مقیاس‌های همیشه (٤)، اغلب (۳)، گاهی اوقات (۲) و به ندرت (۱) مشخص نمایند. همچنین توضیح داده شد که دانشجویان در رابطه با روش و زمان دریافت بازخورد می‌توانند بیش از یک تجربه را داشته باشند؛

لذا می‌توانند بیش از یک گزینه را انتخاب کنند. در نهایت، ۱۲۰ پرسشنامه کامل جمع‌آوری شد. لازم به ذکر است توضیحات لازم در رابطه با پژوهش به افراد واجد شرایط ارائه شد و در صورت رضایت، پرسشنامه در اختیارشان قرار گرفت و با روش خودایفایی تکمیل شد. اطلاعات شرکت‌کنندگان به صورت کاملاً محرمانه مورد بررسی قرار گرفت.

در تفسیر کیفی بازخورد، نمره کمتر از ۲ به عنوان بازخورد ضعف، نمره ۲ تا ۳ بازخورد متوسط و نمره ۳ تا ۳/۵ بازخورد خوب و نمره بیش از ۳/۵ به عنوان بازخورد در حد عالی در نظر گرفته شد. گویه‌های مورد استفاده در رابطه باکیفیت بازخورد دریافتی از پرسشنامه مودب و همکاران اقتباس شد. مودب و همکاران روایی و پایایی پرسشنامه خود را با روش اعتبار محتوا و آلفای کرونباخ (α =/٨٤) تعیین کردند (٤٤).

روایی پرسشنامه با اعتبار محتوا و پایایی آن با آلفای کرونباخ (۰/۸۹) تأیید شد. اطلاعات به دست آمده از مطالعه با استفاده از نرم‌افزار SPSS نسخه ۱۹ مورد تحلیل قرار گرفت. برای توصیف داده‌ها از تحلیل توصیفی که شامل شاخص‌های فراوانی و درصد می‌باشد؛ استفاده شد. برای مقایسه فراوانی پاسخ‌گویی به گزینه‌های مختلف (سوالات پرسشنامه) بین دانشجویان سال سوم و چهارم از مقایسه میانگین‌ها استفاده شد. لازم به ذکر است سطح معناداری آزمون ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

یافته‌ها:

اکثریت دانشجویان مورد مطالعه مجرد (٦٥/٤٪)، بومی (٥٨/٢٪)، غیر شاغل (٩٧/٤٪) و بدون مشکل آموزشی (۷۹٪) با میانگین سنی ۱/۳۵±۲۳/٤۳ سال و میانگین معدل ترم قبل ۱/۳±۱٥/۲٤ بودند.

از نظر کمی، یافته‌ها نشان داد که ۷۲/۵٪ دانشجویان به طور مرتب بازخورد دریافت کردند. بازخوردهای دریافتی آن‌ها در ۷٥/۸۳٪ موارد حین انجام پروسیجر، ٦۰٪ موارد به صورت فردی، ۸۱/٦٦٪ به صورت شفاهی و ٦۱/۷٪ با توضیح جزئیات بود. فراوانی مطلق و نسبی پاسخ‌ها به سوالات کمّی در جدول ۱ آورده شده است.

در رابطه با زمان ارائه بازخورد در ارتباط با انجام پروسیجرها (قبل، حین، بعد) و روش ارائه بازخورد (شفاهی، کتبی، عملی)، حدود ۵/۸٪ دانشجویان تجربه دریافت بازخورد را در هر سه زمان و سه روش و به ترتیب ٤۰٪، ۳٦/٦٪ دانشجویان تجربه دریافت بازخورد را در دو زمان و دو روش داشتند. میانگین نمره‌ای که دانشجویان به بازخوردهای دریافتی خود دادند ۱۰/۹±٤۱/۹۹ از کل امتیاز (٦٤) و ۰/٦۸±۲/٦ در مقیاس چهار رتبه‌ای لیکرت بود. اکثر دانشجویان گزینه گاهی اوقات را برای پاسخ به تمام گویه‌های به جز گویه‌های شماره ۳، ٦، ۷، ۸،۹ و ۱۲ انتخاب کردند. جدول ۲ فراوانی نسبی پاسخ‌ها و میانگین نمرات ارائه‌شده به هر یک از گویه‌های بازخورد را نشان می‌دهد. در کمیت بازخوردهای دریافتی، تفاوتی بین دانشجویان سال سوم و چهارم نبود. اما در کیفیت بازخورد، بررسی نشان داد که دانشجویان سال سوم، در هر سه حیطه مورد بررسی، ارزیابی بهتری از بازخوردهای دریافتی خود داشتند. جدول ۳، مقایسه میانگین و انحراف معیار امتیاز حیطه‌های بازخوردهای دریافتی دانشجویان سال سوم و چهارم را نشان می‌دهد.

در پاسخ به سوال باز پرسشنامه یعنی چه عامل یا عواملی مانع استفاده از بازخوردهای دریافتی می‌شود یا بازخوردهای محیط بالینی را در یادگیری شما بی‌اثر می‌کند؟

۸۵٪ دانشجویان به فاکتورهای مدرس و ۱۵٪ به فاکتورهای دانشجویی علاوه بر مدرس اشاره کرده‌اند. در حیطه دانشجو به مواردی چون "بی‌خیالی دانشجو"،" هدف نداشتن دانشجویان"، "عدم اشتیاق"، " کمبود اعتمادبه‌نفس آن‌ها" و همچنین "داشتن

[Downloaded from dsme.hums.ac.ir on 2026-11-25]

سابقه ذهنی بد از استاد که عامل مهمی برای نداشتن حرف‌شنوی دانشجو از مربی است"، اشاره شده است و در حیطه مدرسین به " بازخورد متناقض از منابع متعدد"، "عدم تناسب بازخوردها با میزان فعالیت فراگیران"، "کلی و عمومی بودن بیش از حد بازخوردها"، "بی‌احترامی به دانشجو"، "تشویق نامناسب"، "ارائه بازخورد در حضور بیمار"، "روشن و دقیق نبودن بازخورد"، "فرافکنی مدرس و کارکنان"، "پاسخ نامناسب به سوالات"و " بی‌حوصلگی مدرس" اشاره کردند.

جدول ۱- فراوانی ویژگی‌های کمی بازخوردهای دریافتی دانشجویان مامایی در محیط بالینی

کمیت بازخورد از نظر:	فراوانی مطلق و نسبی پاسخ‌ها		
فراوانی ارائه بازخورد در ارتباط با پروسیجرها	در تمام پروسیجرها (۸۷ نفر) ٪۷۲/۵	اغلب پروسیجرها (نفر ۱٤) ٪۱۱/٦٦	برخی از پروسیجرها (نفر ۱۱) ٪۹/۱٦
شرایط دریافت بازخورد	فردی و خصوصی (۹ نفر) ٪۷/۵	فردی در حضوردیگران (٦۳ نفر) ٪۵۲/۵	گروهی در حضوردیگران (٤۸ نفر) ٪٤۰
زمان‌بندی در ارتباط با پروسیجرهای محوله	قبل از پروسیجر (۱٤ نفر) ٪۱۱/٦٦	حین انجام پروسیجر (۹۱ نفر) ٪۷۵/۸۳	بعد از انجام پروسیجر (فوری یا تاخیری) (۷۷ نفر) ٪٦٤/۱٦
روش ارائه بازخورد	شفاهی (۹۸ نفر) ٪۸۱/٦٦	کتبی (۲۲ نفر) ۱۸/۳۳	عملی (۵۸ نفر) ٪٤۸/۳۳
ساختار ارائه بازخورد	جزئی (۷٤ نفر) ٪٦۱/۷	کلی (٤٦ نفر) ٪۳۸/۳	

جدول ۲- فراوانی نسبی پاسخ‌ها، میانگین و انحراف معیار نمره هر یک از گویه‌های کیفیت بازخوردهای دریافتی

	بازخوردهایی که در آموزش بالینی دریافت کرده‌ام:	فراوانی نسبی پاسخ‌ها: همیشه ۴	اغلب ۳	گاهی اوقات ۲	میانگین ±انحراف معیار
شیوه ارائه بازخورد	۱. بیان روشن و صریح	۲۰	۳۷/۵	۳۸/۳	۲/۷٦ ±/۸۳
	۲. ارائه در زمان و به شیوه مناسب	۱۹/۲	۳٤/۲	۳۷/۵	۲/٦۳ ±/۸۸
	۳. تحقیرکننده نبودن	٤۰/۹	۳۹/۲	۱۱/۷	۳/۱۲ ±/۹۲
	۴. محرمانه بودن	۷/۵	۲۱/۷	٤۹/۲	۲/۱۵ ±/۸٤
	۵ مثبت بودن	۱۲/۵	۲٤/۲	۳۰/۹	۲/۱٦ ±۱/۰۳
	امتیاز مناسب بودن شیوه ارائه				۲/٦±۰/۵
در راستای اهداف درسی	۶. تأکید بر مهارت‌های تخصصی	۱۸/۳	٤٤/۲	۳٦/۷	۲/ ۷±/۸۹
	۷. مرتبط با حرفه آینده	۱۹/۲	۵۳/۳	۱۷/۵	۲/۸۲ ±/۸٦
	۸ مرتبط با مهارت‌های بالینی	۱۷/۵	٤۲/۵	۳۲/۵	۲/۷ ±/۸٤
	۹. مرتبط با یک موضوع	۱۰/۸	٤۰/۸	۳٦/۷	۲/۵۱ ±/۸٤
	۱۰. مرتبط با موضوعات خاص آموزشی	۱۱/۷	۲۸/۳	۵۲/۵	۲/٤٤ ±/۷۹
	امتیاز در راستای اهداف آموزشی بودن				۲/٦۵±۰/۷۵
مفید و سازنده بودن	۱۱. مفید بودن برای اصلاح نگرش	۱٦/٦	۳٤/۲	٤۵/۸	۲/٦٤ ±/۷۹
	۱۲. مفید بودن برای اصلاح عملکرد	۲۱/٦	٤۱/۷	۳۱/۷	۲/۸ ±/۸٤
	۱۳. مفید بودن برای اصلاح رفتار	۲۰	۳۳/۳	٤۲/۵	۲/٦۹ ±/۸۳
	۱۴. برانگیزنده یادگیری بیشتر	۲۰/۸	۳۷/۵	۳۹/۲	۲/۷٦ ±/۷۸
	۱۵. مشوق خودارزیابی	۲۰/۸	۲۹/۲	٤۰	۲/٦ ±/۹٤
	۱۶. مورد انتظار بودن	۱۸/۳	۲۵/۸	٤۳/۳	۲/۵ ±/۹٤
	امتیاز مفید و سازنده بودن بازخورد				۲/۷±۰/۷۵
	امتیاز کلی		٤۱/۹۹±۱۰/۹		۲/٦۲±۰/٦۸

جدول ۳- مقایسه میانگین و انحراف معیار امتیاز حیطه‌های کیفی بازخوردهای دریافتی از نظر دانشجویان سال سوم و چهارم

بازخوردهایی که در آموزش بالینی دریافت کرده‌ام:	دانشجوی سال سوم میانگین ± انحراف معیار	دانشجوی سال چهارم میانگین ± انحراف معیار	T test P<
به شیوه مناسب ارائه شد.	۱۲/۵۲ ± ۲/۲۸	۱۱/٦۲± ۲/٤٦	</۰۰۰
در راستای اهداف آموزشی بود.	۱۰/۹٤ ±۲ /٦۳	۸/۹٦± ۳/۱۸	</۰۰۰
مفید و سازنده بود.	۱۲/۸٤±٤ /۲۸	۱۱/٤۲± ۳/٦۵	</۰۰۰

[Downloaded from dsme.hums.ac.ir on 2026-11-25]

بحث و نتیجه‌گیری:

بازخورد یک جز مهم رشد و پیشرفت فراگیران بوده و مربیان و اساتید بالینی باید در مورد اهمیت ارائه بازخورد آموزش‌دیده و ابزارهای مناسب برای انجام موثر آن را در اختیار داشته باشند (۵۲). هر گونه برنامه‌ریزی آموزشی به منظور توانمندی اساتید و دانشجویان در رابطه با بازخورد، به شناخت نیازهای آموزشی در این رابطه احتیاج دارد و این نیازها جز با بررسی وضعیت موجود حاصل نخواهد شد. لذا، این پژوهش با هدف تعیین وضعیت بازخورد در آموزش بالینی دانشجویان مامایی و پاسخگویی به این سوالات طراحی و اجرا شد.

۱. بازخورد دریافتی دانشجویان از نظر کمی (توالی، زمان، روش، شرایط، ساختار) چگونه بوده است؟
۲. از نظر دانشجویان، بازخوردهای دریافت شده طی کارآموزی قبلی آن‌ها از نظر کیفی ("شیوه ارائه"، "انطباق با اهداف آموزشی " و " مفید و سازنده بودن") چگونه بوده است؟
۳. آیا تفاوتی بین نظر دانشجویان سال سوم و چهارم در رابطه با کمیت و کیفیت بازخوردهای ارائه‌شده وجود دارد؟
٤. از نظر دانشجویان مورد مطالعه، مهم‌ترین عواملی که مانع استفاده از بازخوردهای دریافتی می‌شود یا بازخوردهای محیط بالینی را بر یادگیری آن‌ها بی‌اثر می‌کند؛ کدام است؟

در پاسخ به اولین سوال پژوهش یعنی " بازخورد دریافتی دانشجویان از نظر کمی (توالی، زمان، روش، شرایط، ساختار) چگونه بوده است"، پژوهش نشان داد که اکثریت دانشجویان (۸٤/۱٦٪) در بیشتر موارد آموزشی خود بازخورد دریافت داشته‌اند. این امر صرف‌نظر از اثری که بازخورد بر فراگیر داشته است، نشانه عملکرد خوب مربیان در جهت هدایت و راهنمایی فراگیران در راستای اهداف آموزشی بوده است. در مطالعه طیبی و همکاران نیز اکثریت دانشجویان دریافت بازخورد را در کارآموزی‌های خود تأیید کردند (۲۰).

از نظر زمان‌بندی، یافته‌ها نشان داد که اکثریت دانشجویان (۷۵/۸۳٪) حین انجام پروسیجرها بازخورد دریافت داشته‌اند و ارائه بازخورد قبل از اجرای پروسیجر با بازنگری حافظه و یادگیری دانشجو حداقل (۱۱/٦٦٪) بوده است. گرچه احمدی و همکاران نشان دادند که بازخوردهای آنی و برنامه‌ریزی‌شده در طول کارآموزی موجب افزایش رضایتمندی دانشجویان پرستاری از این فرآیند می‌شود (۱۳)؛ اما توافقی در رابطه با زمان ارائه بازخورد وجود ندارد. بازخورد فوری و تأخیری بسته به تفاوت دانشجویان و وظیفه آن‌ها هر دو می‌تواند مفید باشد (۵۳) و هر دو فرمت در آموزش بالینی استفاده می‌شود (۳۷). اما بازخورد تأخیری به خصوص در رابطه با فراگیرانی که نسبت به توانایی خود عملکرد خوبی داشته و هدف از ارائه آن، انتقال فراگیر به زمینه‌های دیگر یادگیری است (٥٤) و همچنین در فراگیران با اهداف عالی و وظایف پیچیده، به منظور حمایت بیشتر و کاهش اختلال در عملکرد آن‌ها (۸) مناسب‌تر است.

مدارکی نیز در رابطه با موثر بودن ارائه پیش‌نویس به دانشجویان قبل از انجام کار وجود دارد (۵۵). اما در مواردی که این فرصت فراهم باشد، تعداد زیادی از دانشجویان نمی‌توانند از آن استفاده کنند (٤۲) و قابلیت اجرایی آن‌ها در محیط‌های آزمایشگاهی بیشتر از محیط‌های بالینی است که هر گونه تأخیر در مراقبت‌های طبی و درمانی با عواقب ناگواری همراه است. البته توجه به شرایط نیاز به بازخورد نیز مهم است. بسته به وضعیت واقعی گاهی نیاز به بازخورد فوری است (۳۷). تجربه نیز ثابت کرده است؛ به دلایلی چون اهمیت مراقبت‌های طبی چه از نظر فوریتی و چه اجرای صحیح آن، مشکل در رابطه با فراموشی فراگیران، انکار اشتباهات و عدم تلاش آن‌ها در تصحیح اشتباهات، باید بسیاری از خطاها فوراً و حین اجرا گوشزد شود و شرایط برای تصحیح فوری آن فراهم گردد تا حداقل آسیب به مراقبت گیرنده وارد شود.

در رابطه با روش، شرایط و ساختار دریافت بازخورد، اکثر دانشجویان دریافت بازخورد را به صورت شفاهی (۸۱/٦٦٪)، فردی (٦۰٪) و با جزئیات (٦۱/۷٪) مطرح کردند. دریافت بازخورد عملی یعنی اجرای پروسیجر جلوی دانشجو روی مولاژ یا بیمار و بازخوردهای کتبی در مراتب بعدی قرار داشت. دانشجویان مورد بررسی طیبی و همکاران نیز کمترین امتیاز را به بازخورد کتبی دادند (۲۰) که نشان می‌دهد بازخورد کتبی در آموزش بالینی کمتر استفاده می‌شود. گرچه شرایط پرمشغله

[Downloaded from dsme.hums.ac.ir on 2026-11-25]

محیط بالینی استفاده از این روش بازخورد را محدود می‌کند ولی شاید لازم باشد تا زمان بیشتر به این نوع بازخورد اختصاص داده شود. زارع نهندی و همکاران نشان دادند که ارائه بازخورد کتبی و تأخیری به دستیاران پزشکی به شکل ارائه نواقص و اشکالات موجود در پرونده، نارضایتی‌های احتمالی بیمار یا کادر پزشکی، کپی مستندات موجود در پرونده و راهنمایی‌های لازم جهت کاهش و پیشگیری از اشتباهات بعدی موجب رضایت دستیاران و افزایش یادگیری آن‌ها شده است (۲۲). نوری فروتقه و همکاران نیز نشان دادند که بازخورد کتبی، فوری و تکرارشونده؛ دقت و تسلط دستیاران تخصصی قلب را در تفسیر الکتروکاردیوگرام افزایش داده و ماندگاری یادگیری آن‌ها را بیشتر کرده است (۲۳).

احمدی و همکاران اثر بازخوردهای فوری (کتبی و شفاهی)، فردی (در اتاق آموزش و بر بالین بیمار) همراه با خودارزیابی و نظرخواهی از دانشجویان پرستاری را در افزایش رضایت‌مندی آن‌ها از بازخورد نشان دادند (۱۳). نقش موثر بازخورد عملی و مختص رفتار در بهبود رفتار دانشجویان پزشکی و بازخورد کلامی مربی متخصص در بهبود مهارت‌های جراحی نیز نشان داده شده است (۲۴،۲۵). صرف‌نظر از مزایای بحث گروهی (۲۶) بررسی‌ها نشان می‌دهد که دانشجویان بازخورد فردی را به گروهی ترجیح می‌دهند (۲۷). اما مطلوبیت بازخورد همراه با جزئیات بیشتر از بازخورد ساده نیست (۲۸).

در کل در مورد روش و ساختار بازخورد تنوع بسیاری وجود دارد و هیچ روشی ضرورتاً بهترین روش نیست. به عبارتی، توافق کلی برای نوع بازخوردی که مفیدتر است و چرا مفید است یا در بازخورد دانشجویی "چی بهتر کار می‌کند" یا "کدام بازخورد برای کدام محیط مناسب است" و "از چه ادبیاتی استفاده شود که ضمن حمایت دانشجو بتوان او را بدون استرس در گفتگوی تسهیل‌کننده خودقضاوتی و خودتنظیمی وارد کرد"، وجود ندارد (۳۱–۲۹، ۹). گرچه توصیه می‌شود که بازخورد شفاف، اختصاصی، بر اساس مشاهده‌ی مستقیم، توصیفی، غیرقضاوتی، با تأکید بر جنبه‌های مثبت کار، با هدف تأیید و تقویت رفتار و تصحیح و بهبود عملکرد آینده (۳۲،۳۳) و به طور کلی متمرکز بر وظیفه و عملکرد فرد به جای فرد یا هر بخشی از خودپنداره او و غیرتهدیدکننده نفس باشد. با این حال، حتی اگر بازخورد در سطح کار ارائه شود؛ ممکن است هنوز در سطح خودپنداره دریافت گردد (۳۰). چرا که تفسیرکننده دانشجو است و معلوم نیست آنچه که از نظر مدرس شفاف، اختصاص، توصیفی و... است، از نظر فراگیر هم همین گونه باشد. تفاوت برداشت‌هاست که استفاده از بازخورد را برای مدرس و فراگیر مشکل می‌سازد و تقریباً همیشه عدم رضایت دانشجو را به همراه دارد.

در پاسخ به دومین سوال پژوهش یعنی "از نظر دانشجویان بازخوردهای دریافت شده طی کارآموزی قبلی آن‌ها از نظر کیفی ("شیوه ارائه"، "انطباق با اهداف آموزشی" و "مفید و سازنده بودن") چگونه بوده است؟" یافته‌های نشان داد که اکثر دانشجویان پاسخ اغلب موارد را به گویه بازخورد برای اصلاح عملکرد من مفید بود، تأکید بر مهارت‌های تخصصی داشت، مرتبط با حرفه آینده‌ام بود، مرتبط با مهارت‌های بالینی و یک تا دو موضوع بود؛ دادند و پاسخ همیشه را به گویه تحقیرکننده نبود و پاسخ گاهی اوقات را به مابقی گویه‌ها دادند. میانگین امتیاز گویه‌ها به جز گویه تحقیرکننده نبود در محدوده بین ۲ و ۳ قرار گرفت. در کل میانگین نمره‌ای که دانشجویان به بازخوردهای دریافتی خود دادند ۱۰/۹±۴۱/۹۹ از کل امتیاز ٦٤ و ۰/٦۸±۲/٦ در مقیاس چهار رتبه‌ای لیکرت بود. به عبارتی، دانشجویان بازخوردهای دریافتی خود را در حد متوسط ارزیابی کردند.

نتایج این مطالعه هم‌ردیفِ سایر مطالعات در این زمینه نشان می‌دهد که نتایج حاصل از بازخورد هنوز مطلوب نیست (۱، ۳٦–۳٤). مودب و همکاران نیز در بررسی خود بازخورد ارائه‌شده به دستیاران و دانشجویان دوره پزشکی عمومی را مناسب ارزیابی نکردند (٤٤). دانشجویان علوم پزشکی مورد مطالعه طیبی و همکاران نیز به بازخورد دریافتی خود امتیاز ۹۰ از ۱٤٥ را دادند که بالاتر از حد متوسط و امیدوارکننده ارزیابی شد (۲۰).

در پرداختن به موضوع ناتوانی فراگیران در بهترین استفاده از موقعیت‌های بازخورد، sadler عنوان می‌کند که مشکل در رابطه با کیفیت بازخورد کمتر از کمیت آن یعنی مناسب‌ترین روش برای بهبود یادگیری و چگونگی ساخت محیط‌های یادگیری متفاوت برای کار موثر است (٤۳).

در حیطه "شیوه ارائه بازخورد" بیشترین امتیاز را گویه تحقیرآمیز نبود (۳/۱۲±/۹۲) و کمترین امتیاز را محرمانه بودن

[Downloaded from dsme.hums.ac.ir on 2026-11-25]

(۰/۸٤±۲/۱٤) به خود اختصاص داد. در حیطه "در راستای اهداف آموزشی بودن" به ترتیب بیشترین و کمترین امتیاز به گویه مرتبط با حرفه آینده‌ام بود (۰/۸٦±۲/۸۱) و مرتبط با موضوعات خاص آموزشی بود (۰/۷۹± ۲/٤٤) اختصاص یافت و در حیطه "مفید و سازنده بودن" گویه‌های برای اصلاح عملکرد من مفید بود (۰/۸٤±۲/۸) و مورد انتظار من بود (۰/۹٤±۲/٥٦) به ترتیب بیش‌ترین و کمترین امتیاز را دریافت کردند. به عبارتی، بازخوردها اگر چه کمتر محرمانه بود اما خیلی تحقیرکننده نبود و اگرچه در راستای اهداف آموزشی بود اما بیشتر به یک یا دو موضوع مربوط می‌شد و با وجود اثر نسبی در اصلاح عملکرد فردی اما اثر کمتری در زمینه تشویق خودارزیابی فراگیر داشته است و با توجه به حداقل امتیاز گویه‌ی "مورد انتظار بودن" به نظر می‌رسد که حتی خود ارزیابی‌های موجود هم در سطح واقعی نبوده و فراگیران خود را بهتر از آنچه که واقعاً باید باشند (نظر مربی) برآورد کرده‌اند. خودارزیابی یا " توانایی فرد در ارزیابی آنچه انجام داده " مفهومی مرتبط با بازخورد است و مطالعات نشان می‌دهد؛ این مهارت در افرادی که کمتر در معرض ارزیابی بیرونی قرار می‌گیرند و همچنین افراد با اعتمادبه‌نفس بالا کمتر است (۳۷). بهبود خودارزیابی و در نتیجه‌ی آن شناسایی ضعف‌ها، به بهبود پذیرش بازخورد و تغییرات مثبت رفتاری و عملکردی منجر می‌شود (٤۹). احمدی و همکاران نشان دادند؛ خودارزیابی قبل از هر گونه بازخورد به علاوه نظرخواهی از دانشجویان در خصوص شرایط و تأثیر بازخوردهای ارائه‌شده با افزایش رضایتمندی و افزایش فرصت‌های یادگیری دانشجویان پرستاری همراه بوده است (۱۳).

در پاسخ به سومین سوال پژوهش یعنی "تفاوتی بین نظر دانشجویان سال سوم (کارآموز) و چهارم (کارورز) در رابطه با کمیت و کیفیت بازخوردهای ارائه‌شده وجود دارد"؟ مطالعه نشان داد که در کمیت بازخوردهای دریافتی، تفاوتی بین دانشجویان سال سوم و چهارم نبود. اما در رابطه با کیفیت بازخورد، کارآموزان در هر سه حیطه مورد بررسی ارزیابی بهتری از بازخوردهای دریافتی خود نسبت به کارورزان داشتند. در مطالعه مودب و همکاران نیز پزشکان عمومی نسبت به دستیاران ارشد از بازخورد دریافتی در طول آموزش بالینی خود رضایت بیشتری داشتند (٤٤). تفاوت پاسخ به بازخورد در تجارب بالینی و ایجاد واکنش‌های هیجانی در فرآیند بازخورد منفی، می‌تواند از علل تفاوت نظرات فراگیران باشد. اما تفسیر دیگر می‌تواند این گونه باشد که کارآموزان در ابتدای راه آموزشی بالینی خود بوده به یادگیری تک‌تک موارد و رساندن آن‌ها به استانداردهای مربی یا همان نقاط عطفی که نشانه شایستگی حرفه‌ای آنان است؛ اهمیت بیشتری می‌دهند. اما به دنبال کسب تجربه در محضر مربیان متعدد و آشنایی بیشتر با روتین‌ها و مقررات بخش، به تدریج اهمیت رعایت استانداردها از نظر فراگیران کم رنگ شده و آن‌ها تأکیدات مربی در جهت اصلاح عملکرد را به جای آنکه مثمر برآورد کنند؛ به تفاوت روش مربی نسبت داده آن‌ها را مخل در انجام وظایف معمول خود دانسته و استرس‌آور می‌پندارند. در پاسخ به چهارمین سوال پژوهش، یعنی مهم‌ترین عواملی که مانع استفاده از بازخوردهای دریافتی می‌شود یا بازخوردهای محیط بالینی را بر یادگیری بی اثر می‌کند؛ کدام است؟ اکثریت دانشجویان عملکرد مدرس را عامل عمده در عدم استفاده از بازخورد دانسته‌اند و به ترتیب فراوانی بیشتر به "بازخورد متناقض از منابع متعدد"، "عدم تناسب بازخوردها با میزان فعالیت فراگیران"، "عمومی بودن بیش از حد بازخوردها"، "بی‌احترامی به دانشجو" اشاره کرده اند. فقط ۱٥٪ دانشجویان به فاکتورهای دانشجویی با عناوینی چون "بی‌خیالی دانشجو"، "هدف نداشتن دانشجویان"، "عدم اشتیاق"، "کمبود اعتمادبه‌نفس آن‌ها" و همچنین "داشتن سابقه ذهنی بد از استاد که عامل مهمی برای نداشتن حرف‌شنوی دانشجو از مربی است"، اشاره کرده‌اند. Evans فاصله بین دریافت و اقدام به بازخورد را به گستردگی پیچیدگی احساس فراگیران، استفاده و دادن بازخورد می‌داند (٤۲). Jensen، پیچیدگی زمینه‌های یادگیری، تغییرات موقت در گشادگی فراگیر و مدرس، و توانایی ارائه و دریافت بازخورد را به ترتیب از عوامل موثر در ایجاد فاصله‌ی بین دریافت و اقدام به بازخورد می‌شناسد (٥٦). Maringe و Evans- waring تفاوت‌های فردی چون جنس، فرهنگ و درآمد را از عوامل موثر بر دسترسی به بازخورد، درک بازخورد و عمل به آن بر می‌شمارد (٥۷،٥۸).

Weaver به سطح بلوغ فکری و تجارب قبلی دانش‌آموزان به عنوان عوامل موثر در پذیرش بازخورد اشاره می‌کند (٥۹) و

[Downloaded from dsme.hums.ac.ir on 2026-11-25]

Vickerman عنوان می‌کند، راهی که افراد اطلاعات را بدست می‌آورند؛ متأثر از سبکِ شناختی و یادگیری آن‌ها و راهی است که اطلاعات را پردازش می‌کنند (۶۰).

طیبی و همکاران، تنوع و دوگانگی روش‌های آموزشی اساتید را از مهم‌ترین موانع ارائه بازخورد از نظر دانشجویان و مربیان معرفی می‌کند (۲۰). اما این دوگانگی که به تناقض بازخوردی هم منجر می‌شود از کجا نشأت می‌گیرد؟ روش و سبک فردی، حاصل تفاوت در نوع تصمیمات مراقبتی –درمانی و میزان انحراف آن از استانداردهای موجود است که در روند آموزشی فرد نیز وارد می‌شود. مشکل در پذیرش بازخورد از این تفاوت در سبک مربیان و با شروع دوره کارآموزی شروع می‌شود. یعنی زمانی که فراگیران درمی‌یابند استانداردهای آموزشی دقیقاً در محیط بالینی قابل‌اجرا نیست و لازم است هنرمندانه هر پروسیجر را با حداقل وسایل موجود اجرا کرد. پذیرش سبک مربی در این مرحله آسان است اما نقض آن در دوره بعدی – توسط مربی/کارکنان یا پزشک – موجب سردرگمی دانشجو و احساس بی‌کفایتی آن‌ها می‌شود. تداوم اشتباهات، بازخوردهای دریافتی را عمومی کرده و تکرار آن به خصوص در حضور بیمار احساس بی‌احترامی به دانشجو داده و با رسیدن دانشجو به درجه‌ای از تبحر توجه آن‌ها را به بازخوردها کاهش می‌دهد. دانشجو بازخوردها را غیرسازنده دانسته و با همین تفکر ارائه آن را نامناسب ارزیابی کرده به آن عمل نمی‌کند. این مشکل در رابطه با دانشجویان فعال‌تر بیشتر خواهد بود. بازخورد در روند آموزش مامایی دانشجویان دانشگاه آزاد واحد کازرون فاکتور فراموش‌شده‌ای نیست و حتی از نظر کمّی در سطح مطلوبی است اما از نظر کیفی به خصوص از نظر دانشجویان سنوات بالاتر بهینه ارائه نمی‌گردد.

با توجه به عملکرد خوب مربیان در ارائه کمی بازخورد، حداقل به سه دلیل، توانمندسازی مربیان به تنهایی نمی‌تواند در تغییر نظر دانشجویان نسبت به کفایت بازخورد موثر باشد. اول، تفاوت نسل‌ها است که عامل محدودکننده در ارائه و عمل به بازخورد است؛ دوم، پرمشغله بودن محیط عملکرد پزشکی است که صرف‌نظر از توانمندی مربیان بر روش ارائه بازخورد تأثیر گذاشته و این فرآیند را محدود می‌کند (۵۵) و سوم، مسئولیت فراگیران و نقش بیشتر آن‌ها در فرآیند یادگیری است (۹). توانمندسازی فراگیران علاوه بر مدرسین کمک خواهد کرد تا آن‌ها منافع این ابزار مهم آموزشی را دریافت کنند و خود در جستجو، دریافت و پس از آن رسیدگی به بازخورد موثر باشند (۴۹). با رویکرد حمایت از فرهنگ بازخورد، تداوم بازخورد و پرورشِ گیرنده بازخورد ممکن است بتوان به حداکثر اثر رسید.

مهم‌ترین محدودیت این پژوهش استفاده از روش خود گزارش دهی با فرمت بسته برای جمع‌آوری اطلاعات بود. در این روش، فرد می‌تواند خود و دیگران را بسیار بهتر و یا بدتر از آنچه که هستند، ارزیابی کند. از طرفی، محدود بودن گزینه‌ها امکان ارائه پاسخ‌های دیگر را از فرد می‌گیرد و او را محدود به انتخاب پاسخی می‌کند که شاید دقیقاً مدنظر او نبوده یا برای آن توضیح اضافه دارد. اضافه کردن سوال باز به پرسشنامه برای کنترل این محدودیت بوده است. با استفاده از نتایج پژوهش، مدیران محترم آموزش مامایی می‌توانند برنامه آموزشی مناسبی را جهت توانمندسازی اساتید و فراگیران طراحی و اجرا کنند. مربیان محترم، می‌توانند در وضعیت ارائه بازخورد فردی خود تعدیل و تنوع ایجاد نمایند. همکاران محترم ماما در مراکز درمانی و بیمارستان می‌توانند روی عملکرد خود در رابطه با دانشجویان تجدیدنظر نمایند و نهایتاً دانشجویان محترم با استفاده از نتایج و بحث حاصل می‌توانند بر عملکرد آموزشی خود و تقاضاهای خود از مربی و همکاران کارکنان تجدیدنظر نمایند. از خود بیش از دیگران انتظار داشته باشند و به جای تمرکز بر کمیت و کیفیت بازخورد، به بازخوردهای داده‌شده به خوبی عمل کنند. مطمئناً عملکرد خوب آن‌ها به بازخورد موجب تشویق مدرسین برای ارائه بیشتر و بهینه‌تر بازخورد خواهد شد.

سپاسگزاری:

بدین وسیله از مسئولین دانشگاه آزاد اسلامی واحد کازرون و همچنین تمامی دانشجویانی که ما را در اجرای این پژوهش یاری کردند، تشکر و قدردانی می‌نماییم.

[Downloaded from dsme.hums.ac.ir on 2026-11-25]

Refrences

1. Boud D, Molloy E. Feedback in Higher and Professional Education. Routledge. London and New York: Taylar and Francis Group; 2013.
2. Lizzio A, Wilson K. Feedback on Assessment: Students' Perceptions of Quality and Effectiveness. Assessment and Evaluation in Higher Education 2008; 33:263-75.
3. Wiliam D. What is Assessment for Learning? Studies in Educational Evaluation 2011; 37: 3-14.
4. Poulos A, Mahony MJ. Effectiveness of Feedback: The Students' Perspective. Assessment and Evaluation in Higher Education 2008; 33, 143–54.
5. Hattie J, Timperley H. The Power of Feedback. Review of Educational Research 2007; 77: 81–112.
6. Nelson MM, Schunn CD. The Nature of Feedback: How Different Types of Peer Feedback Affect Writing Performance. Instructional Science 2009; 37: 375–401.
7. Montserrat BN, Beatriz F, Alba P. Assessment Feedback in Higher Education: Preliminary Results in a Course of Strategic Management. 1st International Conference on Higher Education Advances, HEAd'15. Universitat Politècnica de València, València; 2015.
8. Archer JC. State of the Science in Health Professional Education: Effective Eeedback. Medical Education 2010; 44: 101–8.
9. Carless D, Salter D, Yang M, Lam J. Developing Sustainable Feedback Practices. Studies in Higher Educatio 2011; 36: 395–407.
10. Ferguson P. Student Perceptions of Quality Feedback in Teacher Education. Assessment & Evaluation in Higher Education 2011; 36: 51–62.
11. Issenberg S, McGaghie WC, Petrusa ER, Lee Gordon D, Scalese RJ. Features and Uses of High-Fidelity Medical Simulations that Lead to Effective Learning: A BEME Systematic Review. Med Teach 2005; 27: 10–28.
12. Gigante J, Dell M, Sharkey A. Getting beyond "Good Job": How to Give Effective Feedback. Pediatrics 2011; 127(2): 205-7.
13. Ahmady S, Zand S, Nikravan-Mofrad M, Rafiei F. To Study Student Satisfaction on Getting Feedback in Clinical Teaching. JMes Edu Dev 2015; 10(3):208-18. [In Persian]
14. Clynes M, Raftery S. Feedback: An Essential Element of Student Learning in Clinical Practice. Nurse Education in Practice. Nurse Education in Practice 2008; 8(6): 405-11.
15. Koh LC. Refocusing Formative Feedback to Enhance Learning in Pre-registration Nurse Education, Nurse Education in Practice 2008; 8(4): 223-30.
16. Ferguson P. Student Perceptions of Quality Feedback in Teacher Education. Assessment & Evaluation in Higher Education 2011; 36: 51–62.
17. Martens R, de Brabander C, Rozendaal J, Boekaerts M, van der Leeden R. Inducing Mind Sets in Self-regulated Learning with Motivational Information. Educational Studies 2010; 36: 311–27.
18. Yasir H, Sajid M. Understanding Constructive Feedback: A Commitment between Teachers and Students for Professional Development. Journal of the Pakistan Medical Association 2010; 60(3): 224-7.
19. Hattie J, Timperley H. The Power of Feedback. Review of Educational Research 2007; 77(1):81-112.
20. Tayebi V, Tavakoli Ghoochani H, Armat M. Student and Teachers' Point of View on Feedback and Related Factors in Clinical Education at North Khorasan University of Medical Sciences. Journal of North Khorasan University of Medical Sciences 2011; 3(1):69-74. [In Persian]
21. Fisher R, Cavanagh J, Bowles A. Assisting Transition to University: Using Assessment as a Formative Learning Tool. Assessment and Evaluation in Higher Education 2011; 36: 225–37.

[Downloaded from dsme.hums.ac.ir on 2026-11-25]

22. Zarenahand M, Banagozar Mohammady A, Ostady A. Offering a New Approach in Teaching, Assessment and Feedback on Residents Duty in Clinical Ward. Journal - Research Development Affairs Jundishapur 2015; 6(3):275-6. [In Persian]

23. Noorfrootaghe A, Yazdani SH, Raeissadat A, Foroghi M, Mehrabi Y, Safi M, etal. The Effect of Formative Assessment and Giving Feedback on ECG Interpretation Skill among Cardiovascular Residents of Shahid Beheshti University of Medical Sciences. Iranian Journal of medical Education 2014; 13(1):931-41. [In Persian]

24. Boehler ML, Rogers DA, Schwind CJ, Mayforth R, Quin J, Williams RG, et al. An Investigation of Medical Student Reactions to Feedback: A Randomised Controlled Trial. Med Edu 2006; 40(8): 746-9.

25. Porte MC, Xeroulis G, Reznick RK, Dubrowski A. Verbal Feedback from an Expert is More Effective than Selfaccessed Feedback about Motion Efficiency in Learning New Surgical Skills. Am J Surg 2007; 10(1): 105-19.

26. Hayes KD, Devitt AA. Classroom Discussions with Student-led Feedback: A Useful Activity to Enhance Development of Critical Thinking Skills. Journal of Food Science Education 2008; 7: 65–8.

27. Cramp A. Developing First-year Engagement with Written Feedback. Active Learning in Higher Education 2011; 12: 113–24.

28. Elder BL, Brooks DW. Simple Versuse Elaborate Feedback in a Nursing Science Course. Journal of Science Education and Technology 2008; 17(4):334-40.

29. Nelson MM, Schunn CD. The Nature of Feedback: How Different Types of Peer Feedback affect Writing Performance. Instructional Science 2009; 37: 375–401.

30. Ball EC. Annotation an Effective Device for Student Feedback: A Critical Review of the Literature. Nurse Education in Practice 2010; 10:138–43.

31. Crossouard B, Pryor J. Using Email for Formative Assessment with Professional Doctorate Students. Assessment and Evaluation in Higher Education 2009; 34: 377–88.

32. Shrivastava SR, Shrivastava PS, Ramasamy J. Effective Feedback: An Indispensible Tool for Improvement inQ of Medical Education.Journal of Pedagogic Development 2014; 4(1):12-20.

33. Nottingham S, Henning J. Feedback in Clinical Education, Part I: Characteristics of Feedback Provided by Approved Clinical Instructors. Journal of Athletic Training 2014; 49(1):49–57.

34. McIlwrick J, Nair B. How Am I Doing? Many Problems But Few Solutions Related to Feedback Delivery in Undergraduate Psychiatry Education. Academic Psychiatry 2006; 30(2):130-5.

35. Molloy E, Boud D. Seeking a Different Angle on Feedback in Clinical Education: The Learner as Seeker, Judge and User of Performance Information. Medical Education 2013; 47(3):224-31.

36. De SK, Henke PK, Ailawadi G, Dimick JB, Colletti LM. Attending, House Officer, and Medical Student Prceptions about Teaching in the Third-year Medical School General Surgery Clerkship. J Am Coll Surg 2004; 199: 932–42.

37. Peter A. M. Anderson. Giving Feedback on Clinical Skills: Are We Starving Our Young? Journal of Graduate Medical Education 2012; 4(2):154-8.

38. Bloxham S, Campbell L. Generating Dialogue in Assessment Feedback: Exploring the Use of Interactive Cover Sheet. Assessment & Evaluation in Higher Education 2010; 35: 291–300.

39. Burr SA, Brodier E, Wilkinson S. Delivery and Use of Individualised Feedback in Large Class Medical Teaching. BMC Medical Education 2013; 13:63.

40. Price M, Handley K, Millar J, O'Donovan B. Feedback: All that Effort but what is the Effect? Assessment and Evaluation in Higher Education 2010; 35: 277–89.

41. Quinton S, Smallbone T. Feeding forward: Using feedback to Promote Student Reflection and Learning: A Teaching Model. Innovations in Education and Teaching International 2010; 47: 125–35.

[Downloaded from dsme.hums.ac.ir on 2026-11-25]

42. Evans C. Making Sense of Assessment Feedback in Higher Education. Review of Education Research 2013; 83 (1): 70-120.

43. Sadler DR. Beyond Feedback: Developing Student Capability in Complex Appraisal. Assessment and Evaluation in Higher Education 2010; 35: 535–50.

44. Moaddab N, Mohammadi E, Bazrafkan L. The Status of Feedback Provision to Learners in Clinical Training from the Residents and Medical Students' Perspective at Shiraz University of Medical Sciences, 2014. Magazine of E-Learning Distribution in Academy 2015; 6(1):58-63. [In Persian]

45. Dinmohammadi M, Jalali A, Bastani F, Parvizi S, Barimnezhad L. Feedback: Basic Element of Clinical Education. Iran Journal of Medical education 2010; 9(3): 278-82. [In Persian]

46. Yarris LM, Linden JA, Gene Hern H, Lefebvere C, Nestler SM Fu R, et al. Attending and Resident Satisfaction with Feedback in the Emergency Department. Academ Emerg Med 2009; 16(2s): S76-81.

47. William T, Branch JPA. Feedback and Reflection: Teaching Methods for Clinical Settings. Academic Medicine 2002; 77(12):1185-8.

48. Liberman A, Liberman M, Steinert Y, McLeod P, Meterissian S. Surgery Residents and Attending Surgeons has Different Perceptions of Feedback. Med Teach 2005; 27 (5):470–2.

49. Algiraigri A. Ten Tips for Receiving Feedback Effectively in Clinical Practice. Med Educ Online 2014; 19:25141.

50. Fisher D, Frey N. Feed Up, Back, Forward. Educational Leadership 2009; 67(3):20-5.

51. Dent J, Harden RM. A Practical Guide for Medical Teachers. New York: Elsevier Health Sciences; 2013.

52. Anderson P. Giving Feedback on Clinical Skills: Are We Starving Our Young? Journal of Graduate Medical Education 2012; 4(2):154-8.

53. Fluckiger J, Vigil Y, Tixier Y, Pasco R, Danielson K. Formative Feedback: Involving Students as Partners in Assessment to Enhance Learning. College Teaching 2010; 58, 136–40.

54. Poulos A, Mahony MJ. Effectiveness of Feedback: The Students' Perspective. Assessment and Evaluation in Higher Education 2008; 33: 143–54.

55. Veloski J, Boex JR, Grasberger MJ, Evans A, Wolfson DB. Systematic Review of the Literature on Assessment, Feedback and Physicians' Clinical Performance: BEME Guide No. 7. Med Teach 2006; 28: 117–28.

56. Krause-Jensen J. Seven Birds with one Magic Bullet: Designing Assignments that Encourage Student Participation. Learning and Teaching. The International Journal of Higher Education in the Social Sciences 2010; 3: 51–68.

57. Maringe F. Leading learning: Enhancing the Learning Experience of University Students through Anxiety Auditing. Education, Knowledge, and Economy 2010; 4: 15–31.

58. Evans C, Waring M. Student Teacher Assessment Feedback Preferences: The Influence of Cognitive Styles and Gender. Learning and Individual Differences 2011; 21: 271–80.

59. Weaver MR. Do Students Value Feedback? Student Perceptions of Tutors' Written Responses. Assessment and Evaluation in Higher Education 2006; 31: 379–94.

60. Vickerman P. Student Perspectives on Formative Peer Assessment: An Attempt to Deepen Learning? Assessment and Evaluation in Higher Education 2009; 34: 221–30.

[Downloaded from dsme.hums.ac.ir on 2026-11-25]

The Quantity and Quality of Feedback in Clinical Education from the Viewpoint of Midwifery Students

Soheila Ziaee [1]

[1]MSc, Department of Midwifery Education, Islamic Azad University, kazerun Branch, Kazeroun, Iran.

(Received 11 July, 2016 Accepted 14 Sep, 2016)

Original Article

Abstract

Introduction: Although feedback is recognized as an integral part of the educational process; it has challenged the educational network complexity from one learning community to another. Providing training programs to empower teachers and learners in this respect requires identifying educational gaps in the provision of effective feedback. Accordingly, this study is designed and implemented to evaluate quantitative and qualitative feedback in clinical education of students of Islamic Azad University of Kazerun.

Methods: This is a descriptive - analytical study that population and sample of which consists of all midwifery students experienced at least one training course of delivery (130). Data were collected by a four-part questionnaire (1- demographic information, 2- closed questions in relation to the time, method, conditions and structure of the received feedback, 3- 16 statements on a four point Likert scale in the study of received qualitative feedback from three aspects of presentation (5 sentences), compliance with educational objectives (5 sentences) and constructive feedback (6 sentences) and 4- an open question: "What factors hinder the use of feedback or has been made ineffective clinical environment feedback in your learning"). One hundred thirty questionnaires were administered to students and 120 completed questionnaires were collected. Data were analyzed using SPSS 19. Descriptive analysis and comparisons of means were used to describe data.

Results: In terms of quantity, the results showed that 72.5% of students regularly received feedback and their received feedback during the procedure in the majority of cases (75.83%) included individual (60%), oral (66.81%) and with detailed explanations (7.61%), respectively. In terms of quality, the mean score of students by providing their received feedback and their effectiveness were 2.6±0.5 and 2.7±0.75, respectively, on four point Likert scale. With the exception of six items, most students selected the option of "sometimes "to respond to quality items. In all three areas of study, students in the third year had a better assessment of their received feedback compared to fourth year students.

Conclusion: Feedback is not neglected factor in the process of midwifery education, and even desirable in quantitative terms, but qualitative terms, especially in terms of students in higher education levels, is not offered at optimal level. Although empowerment of teachers can be effective in changing students' opinion about the adequacy of feedback; it is not sufficient. This is because efforts of teachers will be futile as long as students are not capable of receiving and using feedback and do not tend towards it even if trainers to be competent in providing feedback. To achieve effective feedback in the health professions, growing of the receiver of feedback is essential.

Correspondence:
S. Ziaee
Department of Midwifery,
Islamic Azad University,
Kazerun Branch.
Kazerun, Iran
Email:
s_ziaee115@yahoo.com

Key words: Feedback, Clinical Education, Midwifery, Students.

Citation: Ziaee S. The Quantity and Quality of Feedback in Clinical Education from the Viewpoint of Midwifery Students. Journal of Development Strategies in Medical Education 2015; 3(1): 35-47.

[Downloaded from dsme.hums.ac.ir on 2026-11-25]