مجله دانشگاه علوم پزشکی خراسان شمالی
بهار ۱۳۹۰
دوره ۳، شماره۱، صفحات ۷۴-۶۹

Journal of North Khorasan University of Medical Sciences
Spring 2011
Vol. 3; Issue 1, Pages : 69-74

وضعیت ارائه بازخورد به فراگیر در آموزش بالینی و عوامل مرتبط با آن از دیدگاه مربیان و دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی خراسان شمالی، سال ۸۹-۸۸

ویدا طیبی[1*]، حمید توکلی قوچانی[2]، محمدرضا آرمات[1]

چکیده

زمینه و هدف: ارائه بازخورد موثر به فراگیر در حین آموزش بالینی، یکی از شاخص‌های تدریس اثربخش است. با این حال، مطالعات نشان می‌دهد که گاه این مرحله مهم در تدریس بالینی نادیده گرفته می‌شود. در پژوهش حاضر وضعیت ارائه بازخورد از سوی مربی به دانشجو در حین آموزش بالینی بررسی شده است.

مواد و روش کار: در این مطالعه مقطعی، اطلاعات مربوط به ۱۴۸ دانشجو و ۲۶ مربی به کمک دو پرسشنامه پژوهشگر ساخته خود ایفا جمع‌آوری شد. پرسشنامه‌ها شامل سؤالات مربوط به اطلاعات فردی، و نیز سؤالاتی در مورد وضعیت ارائه و دریافت بازخورد در حین آموزش بالینی و عوامل مرتبط با آن بود. سپس داده‌های مربوطه با استفاده از نرم افزار SPSS16 و آزمون‌های آماری تی، من ویتنی، ضریب همبستگی اسپیرمن و کروسکال والیس بررسی گردید.

یافته‌ها: بین میانگین امتیازات وضعیت بازخورد دو گروه دانشجویان و مربیان اختلاف معنا دار آماری وجود داشت ($P<۰/۰۰۱$). کلیه مربیان بیان داشتند در آموزش خود، بازخورد عملکرد ارائه کرده‌اند، در حالی که ۷۷/۳۵ ٪ از دانشجویان اظهار کردند بازخورد دریافت نموده‌اند. اکثر دانشجویان و مربیان، ارائه بازخورد را ضروری دانسته و تمایل به دریافت و ارائه بازخورد بیشتر داشتند. همچنین در دو گروه مربیان و دانشجویان، اختلاف معناداری بین امتیاز بازخورد در بعد بازخورد شفاهی و رفتاری وجود داشت. در بین موانع ارائه بازخورد در دو گروه دانشجویان و مربیان، بیشترین اولویت مربوط به "زیاد بودن تعداد دانشجو" و "تنوع و دوگانگی روشهای آموزشی اساتید" بود.

نتیجه گیری: وضعیت ارائه بازخورد در آموزش بالینی، از دیدگاه مربیان و دانشجویان یکسان نبود.

واژه‌های کلیدی: ارائه بازخورد، آموزش بالینی، بازخورد، دانشجو، مربی

۱-کارشناس ارشد آموزش پرستاری، عضو هیأت علمی دانشگاه علوم پزشکی خراسان شمالی
۲-کارشناس ارشد آموزش بهداشت، عضو هیأت علمی دانشگاه علوم پزشکی خراسان شمالی
[*] **نویسنده مسئول:** بجنورد، خیابان شهریار، دانشکده پرستار و مامایی
تلفن: ۰۵۸۴-۲۲۹۶۷۸۷ پست الکترونیک:Vi_tay@yahoo.com

[Downloaded from journal.nkums.ac.ir on 2026-11-14]

مقدمه

آموزش بالینی، پایه و اساس آموزش علوم پزشکی و جزء مهمترین معیارهای آموزش حرفه ای است که در تثبیت آموخته‌های دانشجویان نقش بسیار مهمی ایفا می‌کند. در عمل، بیش از ۵۰٪ وقت دانشجویان پرستاری بر بالین سپری می‌شود. از طرفی محیطهای بالینی به علت غیر قابل پیش بینی بودن و تنش زایی، حساستر و مهمتر از آموزش تئوری تلقی می‌شوند (۱). در طی این آموزش، توانایی مدرسین در تبدیل تجربیات دانشجو به آمادگی و شناخت مناسب، بسیار مهم بوده و این امر بدون ارائه بازخورد[1] مناسب در حین آموزش امکان پذیر نمی باشد.

در اواخر سال ۱۹۴۰، مفهوم بازخورد، توسط راکت اینجینیرز[2] گسترش یافت (۲) و در اوایل دهه ۱۹۸۰ به سرعت پیش رفت (۳) تا آنجا که امروزه صاحب نظران معتقدند، یک مربی اثر بخش بایستی بطور منظم و مداوم، بازخورد ارائه دهد (۴). بازخورد، یک توصیف عینی در مورد عملکرد فراگیر می‌باشد، به طوری که او را در فعالیتهای بعدی راهنمایی می کند (۵). به عبارتی، بازخورد هدیه با ارزشی است که باید جهت کمک به پیشرفت فراگیران به آنها ارائه نمود (۳). هدف از بازخورد، کمک به فراگیر در شناسایی قابلیت‌ها و نیز بخش هایی است که نیاز به پیشرفت دارد؛ کمک به پیشبرد فرایند یادگیری بدون قضاوت یا رد و قبول (۴)، که به عنوان یکی از شاخص‌های تدریس اثر بخش در پژوهش‌های داخلی وخارجی شناخته شده است.

این امر در تعمیق یادگیری، انگیزش و اعتماد به نفس، یادگیری خود کنترل شده[3] و افزایش توانایی بکار گیری آموخته‌ها موثر است (۶) و همچنین شواهدی مبنی بر تاثیر بازخورد در توسعه عملکرد و مهارتهای تشخیصی، کاهش هزینه اتاق‌های عمل، افزایش کاربرد مناسب تست‌های آزمایشگاهی و کیفیت مستندات پزشکی (۷) وجود دارد. تحقیقات نشان می‌دهند که در اوقات شک و تردید، در موارد نا آشنا و چالش برانگیز، پرستاران با دریافت بازخورد مثبت از دیگران، درک بهتری از صلاحیت خود پیدا می‌کنند (۸).

در این بین، صاحبنظران به کرات به مربیان بالینی توصیه می کنند که جوی غیر تهدیدآمیز برای یادگیری ایجاد نمایند که: واضح، قابل درک، توصیفی، قابل بررسی، مقایسه ای، خاص، رفتار محور[4]، غیر قضاوتگر، مداوم، بموقع، محدود اما کافی، دو جانبه و بی پایان[5]، همراه با یک طرح عملی برای پیشرفت باشد (۳). در مورد روش و ساختار جلسات بازخورد نیز تنوع بسیاری وجود دارد (۴). آموزش پزشکی به روش سنتی، بر روی بازخورد منفی تاکید می‌کرد و اساتید، خاطرات دردناکی از تجارب یاد گیری خود به یاد دارند و به دلایل مختلفی از دادن بازخورد منفی یا سازنده خودداری می‌کنند (۹). دادن بازخورد مناسب به فراگیران بدون ایجاد خاطرات ناخوشایند یادگیری، از جمله دغدغه‌ها و چالش‌هایی است که مربیان با آن روبرو هستند. عواملی از جمله: ترس از خدشه دار شدن ارتباط معلم- شاگردی، ترس از ارزشیابی منفی، نگرانی مربی در مورد نوع تاثیر بازخورد در دانشجو، واکنشهای نامطلوب دانشجو مثل عصبانیت، دفاع از خود، خجالت؛ همگی سبب می‌شوند که ارائه بازخورد به دشواری "راه رفتن روی شیشه" جلوه نماید. در همین راستا، تحقیقات مختلف، راهبردهایی را جهت ارائه بازخورد صحیح معرفی می‌کنند که نیاز به آموزش و تمرین دارد. ارائه بازخورد مثل دریافت آن، همیشه یک عمل غیر فعال و ساده نیست. برای رسیدن به هدف توسعه مهارتهای بالینی در فراگیر، نیازمند بلوغ، صداقت و دوری از خود پرستی می‌باشیم (۱۰). البته علاوه بر آمادگی ارائه بازخورد موثر توسط مربی، درک وفهم پاسخ دانشجو به بازخورد و برخورداری از مهارتهای ارتباط موثر، ضروری می‌باشد (۱۱).

پاسخ به بازخورد نیز به ویژگی‌های فردی، بلوغ، درجه تمایل به شنیدن و کنترل عکس العمل فردی و بینش و آشنایی فراگیر با این فرایند بستگی دارد. دانشجو باید دریابد که به او احترام گذاشته می شود و باید مطمئن باشد که بازخورد سازنده، از ارزشیابی پایانی کاملا جداست (۴). به همین خاطر، عکس العمل فراگیران به بازخورد، ملاکی معتبر درموفقیت برنامه است (۱۰). با اینکه اهمیت بازخورد برکسی پوشیده نیست، اما تجربه نشان می‌دهد که ارائه بازخورد، در سخن، آسان تر از عمل به آن است و مشکلات مرتبط با ارائه آن، گاهی سبب نادیده انگاشتن این بخش مهم درآموزش بالینی می‌گردد (۳) و حتی در ارائه آن به دانشجویان تناقضاتی وجود دارد (۱۱). به نظر می‌رسد ابهام در نحوه ارائه بازخورد مناسب، باعث شده است که مدرسان در رسیدن به مهمترین جزء آموزش خود، موفقیت کافی نداشته باشند. مطالعات بسیاری درباره محیطهای بالینی و مشکلات آنها وجود دارد، اما درباره روشهای تدریس و مولفه‌های آن از جمله بازخورد در این محیط ها، مطالعات گسترده‌ای وجود ندارد.

دراین راستا و از آنجا که ارتقائ کیفیت آموزش بالینی به بررسی مستمر وضعیت موجود، شناخت نقاط قوت و اصلاح نقاط ضعف نیاز دارد، این پژوهش، به دنبال شناخت وتعیین وضعیت ارائه بازخورد از سوی مربیان به فراگیران درحین آموزش بالینی است.

روش کار

در این مطالعه مقطعی که در ابتدای نیمسال دوم ۸۹-۸۸ به شیوه سرشماری انجام گردید، اطلاعات مربوط به دانشجویان و مربیان دانشگاه علوم پزشکی خراسان شمالی، که حداقل یک ترم فعالیت بالینی داشتند به کمک دو پرسشنامه پژوهشگر ساخته خود ایفا مبتنی برچک لیست وستبرگ (۱۲) که برای هر دو گروه به طور جداگانه طراحی شده بود، جمع آوری گردید. دانشجویانی که در زمان اجرای طرح به هر دلیل شاغل به تحصیل نبوده‌اند جزء واحدهای پژوهش قرار نگرفتند.

1. feedback
2. Rocket Engineers
3. Self Regulated Learning
4. focused on behaviors
5. unfinalized

[Downloaded from journal.nkums.ac.ir on 2026-11-14]

پرسشنامه شامل سه بخش بود. بخش اول درمورد دانشجویان حاوی اطلاعات فردی مانند جنس، سن، رشته تحصیلی، مقطع تحصیلی، تعداد ترم‌های گذرانده شده و معدل ترم قبل، و در مورد مربیان شامل جنس، سن، رشته تحصیلی، مقطع تحصیلی، سابقه تدریس بالینی و نوع استخدام بود. بخش دوم شامل سؤالاتی در مورد وضعیت ارائه بازخورد بود که کلیه این سؤالات در هر دو گروه، به شیوه لیکرت نمره بندی شد، به طوری که نمره بالاتر بر ارائه بازخورد بهتر دلالت داشت. دربخش سوم، پرسشنامه ها، حاوی تعدادی سؤال باز و نیمه باز در مورد عوامل مرتبط با ارائه بازخورد همچون نوع بازخوردها و موانع ارائه بازخورد بود. همچنین تعدادی سؤال به منظور "راستی آزمایی" پاسخگویان در نظر گرفته شده بود تا صحت پاسخ‌های قبلی را تأیید نماید و در صورت عدم همخوانی پاسخها، پرسشنامه مربوط حذف می‌گردید.

روایی ابزارها به شیوه روایی صوری و محتوی احراز شد. بدین شکل که پرسشنامه‌های تهیه شده توسط پژوهشگر ابتدا با منابع علمی و به روز، مقایسه شده و جهت بررسی و اصلاحات لازم به اعضای هیات علمی با تجربه در زمینه آموزش پزشکی ارائه گردید و پس از کسب نظرات و رفع اشکالات، مجددا به رؤیت متخصصین رسید. کسب پایایی به شیوه آزمون مجدد بررسی گردید، به طوری که طی یک مطالعه پایلوت ابتدا پرسشنامه‌ها توسط ۹ نفر از دانشجویان و ۳ نفر از مربیان تکمیل گردید، سپس مجدداً یک هفته بعد همان افراد پرسشنامه‌ها را تکمیل نمودند. با تعیین ضریب همبستگی نتایج دو آزمون (r_s=۰/۸ و P=۰/۰۰۳) پایایی مطالعه احراز گردید.

کلیه پرسشنامه‌ها در نیمه ابتدایی ترم تحصیلی به دانشجویان و مربیان در طی آموزش بالینی ارائه و با راهنمایی‌های لازم پیرامون اختیاری بودن تکمیل پرسشنامه‌ها و محرمانه ماندن اطلاعات و تاکید بر اهمیت این گونه پژوهش‌ها از سوی همکاران پژوهشگر، افراد نسبت به تکمیل و عودت پرسشنامه‌ها اقدام نمودند. سپس داده‌های مربوطه با استفاده از نرم افزار SPSS16 و آزمون‌های آماری تی، من ویتنی، ضریب همبستگی اسپیرمن و کروسکال والیس تجزیه و تحلیل گردید.

یافته ها

واحدهای پژوهش شامل ۱۴۸ دانشجو و ۲۶ مربی بودند که ۱۱۴ نفر (۷۷٪) ازدانشجویان زن و ۳۴ نفر (۲۳٪) مرد و میانگین سنی آنها ۱/۲۸± ۲۱/۲۳ سال بود. تمامی دانشجویان در مقطع کارشناسی مشغول به تحصیل بوده، میانگین معدل ترم قبل آنها ۱/۳۱ ± ۱۷/۱۸ و حداقل ترمهای گذرانده شده توسط آنها ۱ و حداکثر ۹ ترم بود.

۱۵نفر (۵۷/۷٪) ازمربیان زن و ۱۱نفر (۴۲/۳٪) مرد بودند و میانگین سنی آنها ۸/۹۳±۳۸/۲۳ سال بود. گروه مربیان را ۱۲ نفر (۴۶/۱۵٪) مربی پرستاری، ۹ نفر (۳۴/۶۱ ٪) مربی مامایی، ۴ نفر (۱۵/۳۸٪) مربی بهداشت و ۱ نفر (۳/۸۴٪) پزشک تشکیل می‌داد، به طوری که نیمی از آنها (۵۰٪) دارای مدرک کارشناسی ارشد، ۱۲ نفر (۴۶/۱۵٪) کارشناسی، و ۱ نفر (۳/۸۴٪) دکتری حرفه‌ای بودند. همچنین میانگین سابقه تدریس بالینی آنان بر حسب ترم ۱۰/۳۹ ±۱۰/۴۸ (حداقل ۱ ترم و حداکثر ۳۶ ترم) بود. از نظر نحوه استخدام، ۸ نفر (۳۰/۷۶ ٪) عضو هیات علمی، و به همین تعداد مربی حق التدریس، ۴ نفر (۱۵/۳۸٪) شاغل رسمی و ۶ نفر (۲۳/۰۷٪) پیمانی بودند.

جدول ۱: فراوانی دانشجویان بر حسب رشته تحصیلی

رشته تحصیلی	(درصد) تعداد
پرستاری	۷۹ (۵۳/۳)
مامایی	۵۰ (۳۳/۸)
هوشبری	۱۹ (۱۲/۹)
جمع	۱۴۸ (۱۰۰)

۱۱۳ نفر (۷۶/۳۵٪) ازدانشجویان به مورد "آیا در کارآموزی ترم جاری خود بازخورد عملکرد دریافت کرده‌اید؟" پاسخ بلی و ۳۵ نفر (۲۳/۶۵ درصد) پاسخ خیر دادند. کلیه مربیان به سوال "آیا در کارآموزی ترم جاری خود بازخورد عملکرد به دانشجو داده‌اید؟" پاسخ بلی دادند. ۱۰۷ نفر (۹۴/۲٪) از دانشجویان و ۲۲ نفر (۸۴/۶٪) از مربیان، ارائه بازخورد را در آموزش بالینی ضروری دانستند، همچنین ۱۰۳ نفر (۹۱/۲٪) از دانشجویان و ۲۲ نفر (۸۴/۶٪) از مربیان تمایل به دریافت و ارائه بازخورد بیشتر را ابراز داشتند. یافته‌ها نشان داد که از ۱۴۵ امتیاز کل وضعیت موجود ارائه بازخورد در هر دو گروه، میانگین امتیاز از دیدگاه مربیان ۱/۹۶±۱۳۱/۸۴ و از دیدگاه دانشجویان ۱/۵۳±۹۰/۹۸ بود.

مقایسه میانگین امتیازات وضعیت بازخورد از دیدگاه مربیان و دانشجویان با آزمون تی بین این دو گروه اختلاف معنا دار آماری نشان داد (P <۰/۰۰۱). همچنین الگوی رتبه بندی سؤالات مرتبط با بازخورد که بر اساس امتیاز هر سؤال حاصل شد، تا حد زیادی در هر دو گروه دانشجویان و مربیان شباهت داشت، به طوری که ضریب همبستگی اسپیرمن، رابطه مستقیم و معناداری دراین مورد نشان داد (r_s=۰/۴۸ و P=۰/۰۰۸).

جهت مقایسه امتیاز وضعیت بازخورد از دیدگاه مربیان و دانشجویان در مورد سوالات با بیشترین و کمترین امتیاز و بررسی میزان همخوانی آن‌ها با یکدیگر در دو گروه، ضریب همبستگی اسپیرمن محاسبه گردید. دراینجا نیز، همانند کل سؤالات، این ضریب دارای جهت مستقیم بود و همبستگی متوسطی را نشان داد ولی از نظر آماری معنادار نبود (r_s=۰/۴۳ و P=۰/۲۴).

آزمون من ویتنی اختلاف معناداری بین امتیاز نحوه بازخورد از دیدگاه مربیان و دانشجویان در بعد بازخورد شفاهی (P=۰/۰۰۵) و رفتاری (P=۰/۰۰۴) نشان داد، ولی در بعد بازخورد کتبی بین دو گروه تفاوت معناداری وجود نداشت.

[Downloaded from journal.nkums.ac.ir on 2026-11-14]

جدول ۲: عوامل دارای بیشترین امتیاز وضعیت بازخورد درآموزش بالینی از دیدگاه مربیان و دانشجویان

سمت	عوامل دارای بیشترین امتیاز بازخورد	میانگین و انحراف معیار
مربی	- توجه به تحقیر نشدن دانشجو بهنگام ارائه بازخورد	۴/۵۴ ± ۰/۱۱
	- توجه به نیازهای آموزشی فراگیر درحین ارائه بازخورد	۴/۳۸± ۰/ ۱۱
	- نشان دادن حمایت خود از دانشجو پس از ارائه بازخورد	۴/۳۸±۰/۱۲
	- سودمند بودن بازخورد	۳/۳۸± ۰/۹۹
دانشجو	- بیان واضح و روشن بازخورد توسط مربی	۳/۳۷±۱/۰۳
	- بروزعکس العمل منفی فراگیر پس از ارائه بازخورد	۳/۳۶±۱/۱۱

جدول ۳: عوامل دارای کمترین امتیاز وضعیت بازخورد درآموزش بالینی از دیدگاه مربیان و دانشجویان

سمت	عوامل دارای کمترین امتیاز بازخورد	میانگین و انحراف معیار
مربی	- بازخورد سریع و بلافاصله مربی به عملکرد دانشجو	۲/۵±۰/۱۷
	- تهیه یادداشت برای دانشجوجهت راهنمایی‌های بعدی	۳/۰۸± ۰/۱۸
	- مواجهه مربی با عکس العمل منفی فراگیر پس از ارائه بازخورد	۳/۳۱± ۰/۲۳
	- تهیه یادداشت برای دانشجو جهت راهنمایی‌های بعدی	۲/۶± ۰/۹۷
دانشجو	- بازخورد سریع و بلا فاصله مربی به عملکرد دانشجو	۲/۶۳±۰/۹۷
	- اجازه مربی به دانشجو جهت نشان دادن عکس العمل خود به بازخوردهای دشوار	۲/۸۳ ±۰/ ۹۹

جدول ۴: میانگین و انحراف معیار امتیاز نوع ارائه بازخورد در آموزش بالینی از دیدگاه مربیان و دانشجویان

سمت	نوع بازخورد		
	شفاهی	کتبی	رفتاری
مربی	۴/۱۹± ۰/۲۰	۲/۱۵± ۰/۲۱	۴ ± ۰/۱۲
دانشجو	۳/۶۵± ۰/۰۹	۲/۲۰± ۰/۱۰	۳/۵۰±۰/۰۸

۲۳/۱ درصد از مربیان "کمبود وقت" را به عنوان اولویت دارترین مشکل ارائه بازخورد بیان نمودند. ۱۹/۲ درصد "زیاد بودن تعداد دانشجو" را اولویت دوم مشکل ارائه بازخورد و۲۳/۱ درصد "تنوع و دوگانگی روشهای آموزشی توسط اساتید مختلف" را اولویت سوم مشکل ارائه بازخورد قلمداد کردند.

در مورد اولویت‌های موانع بازخورد و نمره وضعیت بازخورد دردانشجویان نیز، آزمون کروسکال والیس ارتباط معناداری نشان نداد (اولویت اولχ^2=۵/۳۶ و P=۰/۷۱ ، اولویت دومχ^2= ۴/۵۲ و P=۰/۸۰، اولویت سوم χ^2=۴/۹۰ و P=۰/۷۶). امتیاز بازخورد در مربیان با سن ارتباط داشت، به طوری که آزمون ضریب همبستگی اسپیرمن مقادیر (r_s=۰/۴۷ و P=۰/۰۱۵) را نشان داد. همچنین این آزمون، همبستگی معکوس و ضعیفی را بین امتیاز بازخورد و سابقه کار نشان داد (r_s= -۰/۲۳) که از لحاظ آماری معنادار نبود.

میانگین کل امتیاز بازخورد در دانشجویان با سن و تعداد ترمهای گذرانده شده آنها ارتباط داشت، بطوری که آزمون ضریب همبستگی اسپیرمن رابطه معکوس و ضعیفی را به ترتیب با مقادیر: (r_s= -۰/۲۷ و P=۰/۰۰۵) و (r_s= -۰/۳۱ و P=۰/۰۰۱) نشان داد. در مورد اولویت‌های موانع بازخورد و نمره وضعیت بازخورد در مربیان، آزمون کروسکال والیس ارتباط معناداری نشان نداد (اولویت اولχ^2=۱/۵۵ و P=۰/۹۰ ، اولویت دوم χ^2=۴/۵۸ و P=۰/۵۹ ، اولویت سوم χ^2=۵/۵۹ و P=۰/۵۲).

۲۰/۴ درصد از دانشجویان"زیاد بودن تعداد دانشجو" را به عنوان اولویت دارترین مشکل ارائه بازخورد بیان نمودند. ۱۵/۹ درصد "تنوع و دوگانگی روشهای آموزشی توسط اساتید مختلف" را اولویت دوم مشکل ارائه بازخورد و ۱۳/۳ درصد " نگرانی از عکس العمل منفی مربی" را اولویت سوم مشکل ارائه بازخورد قلمداد کردند.

امتیاز بازخورد درمربیان با سن ارتباط داشت، به طوری که آزمون ضریب همبستگی اسپیرمن مقادیر (r_s= ۰/۴۷ و P=۰/۰۱۵) را نشان داد. همچنین این آزمون، همبستگی معکوس و ضعیفی را بین امتیاز بازخورد و سابقه کار نشان داد (r_s= -۰/۲۳) که از لحاظ آماری معنادار نبود. میانگین کل امتیاز بازخورد در دانشجویان با سن و تعداد ترمهای گذرانده شده آنها ارتباط داشت، به طوری که آزمون ضریب همبستگی اسپیرمن رابطه معکوس و ضعیفی را به ترتیب با مقادیر: (۰/۲۷ -r_s= و P=۰/۰۰۵) و (r_s= -۰/۳۱ و P=۰/۰۰۱) نشان داد.

همچنین میانگین کل امتیاز بازخورد در بین دانشجویان رشته‌های تحصیلی پرستاری و مامایی بر اساس آزمون آنالیز واریانس یک طرفه، تفاوت معنادار آماری نشان نداد. اما این امتیاز در دانشجویان رشته تحصیلی هوشبری (۱۰۱/۵۳±۱۳/۶۶) بیش ازدانشجویان دو رشته دیگر بوده و تفاوت معنادار آماری داشت (P=۰/۰۰۱).

بحث

یافته‌های پژوهش، وجود تفاوت بین دیدگاه مربیان و دانشجویان در رابطه با وضعیت ارائه بازخورد در آموزش بالینی را نشان داد. مربیان به وضعیت بازخورد ارائه شده توسط خود، نمره بالاتری نسبت به دانشجویان داده بودند که می‌تواند حاکی از تفاوت درک این دو گروه از مفهوم بازخورد باشد. تفسیر دیگر می تواند این گونه باشد که مربیان به علت وقوف و توجه بیشتر به لزوم ارائه بازخورد در مقایسه با فراگیران، زمان‌های ارائه بازخورد را بهتر به یاد آورده و طبیعتاً امتیاز بیشتری به موراد بازخورد خواهند داد. همچنین ممکن است مربیان به نوعی تمایل به دفاع از عملکرد آموزشی خود را با دادن امتیاز بالاتر نشان داده اند. از طرفی، میانگین امتیاز دانشجویان به ارائه بازخورد مربی، از حد متوسط بالاتر بود (۹۰/۹۸±۱/۵۳ از حداکثر ۱۴۵ امتیاز). این یافته تاحدودی با نتیجه گیری فصیحی مبنی بر میانگین بالای نمره دانشجویان پزشکی به کیفیت ارائه بازخورد در طول دوره بالینی، مطابقت دارد (۱۳) و امیدوارکننده است. اما یکسان بودن

[Downloaded from journal.nkums.ac.ir on 2026-11-14]

الگوی رتبه بندی سوالات بر حسب نمره تعلق گرفته از دیدگاه هر دو گروه، تا حدود زیادی توافق آنها را در این مورد نشان داد. کلیه مربیان بیان داشتند که در آموزش بالینی خود، بازخورد عملکرد ارائه داده‌اند و این در حالی است که ۷۶/۳۵ ٪ از دانشجویان اظهار کردند که بازخورد دریافت نموده اند. مک ایلوریک و نیر[1] در تایید این نکته می‌نویسند: خیلی از اوقات اگر از متخصصی بپرسیم که آیا به دانشجویان خود بازخورد عملکرد می‌دهد یا نه؟ جواب می‌دهد: مطمئنا من همیشه این کار مهم را انجام می‌دهم. در حالی که اگر از یک رزیدنت در این مورد سؤال کنیم، خواهیم شنید که: من بندرت خودم بازخورد دریافت می‌کنم، اما همیشه به دانشجویانم می‌گویم که چگونه کار می‌کنند. ولی اگر از یک دانشجوی پزشکی بپرسیم، خواهد گفت که: هیچ کس به من بازخورد نمی‌دهد و وقتی هم این کار را انجام می‌دهند واقعا به من کمکی نمی کنند(۷). ملاحظه می‌شود که تفاوت بارزی در اظهار نظر دو گروه مشاهده می شود. احتمالاً این امر به فاکتورهایی از قبیل روشهای ارائه بازخورد و واضح نبودن آن (۱۴) و نیز عدم آگاهی مربیان مربوط است (۷).

اکثر دانشجویان و مربیان ارائه بازخورد را امری ضروری دانسته و تمایل خود را به دریافت و ارائه بیشتر بازخورد ابراز داشتند. طی تحقیق سلطانی، بازخورد کافی به دانشجو از ویژگی‌های تدریس اثر بخش شناخته شد (۱۵). همچنین مطالعه بر روی ۳۱۲ نفر دانشجوی پزشکی نشان داد که ۹۵٪ رزیدنتها اعتقاد دارند که بازخورد یک مفهوم مهم جهت اطمینان از درستی یادگیری است و تعداد زیادی از آنها بیان کردند که از دریافت بازخورد بیشتر در مورد عملکرد خود رضایت دارند (۷). چاودهاری[2] به نقل از نوولز[3] در مورد فراگیران بزرگسال بیان می‌دارد وقتی که بازخورد به آنها بر اساس عملکرد و اهدافشان باشد، از آن استقبال می‌کنند (۲).

بین دو گروه دانشجویان و مربیان بالینی درامتیاز نحوه بازخورد در بعد بازخورد شفاهی و رفتاری تفاوت وجود داشت اما در بعد کتبی این تفاوتی مشاهده نشد و در هر دو گروه کمتر از ابعاد دیگر امتیاز گرفت. بدین معنا که بازخورد کتبی در آموزش‌های ما کمتر وجود دارد که شاید بدلیل احساس نیاز به اختصاص زمان بیشتر برای این نوع بازخورد باشد. البته در مورد روش و ساختار جلسات بازخورد، تنوع بسیاری وجود دارد؛ از جمله تحقیق الدر و بروک[4]، که در طی یک دوره آموزشی پرستاری، دو روش بازخورد ساده در مقابل بازخورد همراه با جزئیات به دانشجویان ارائه شد و هیچ تفاوت معناداری مشاهده نگردید (۱۶). به هرصورت جا دارد که در مورد چگونگی و نوع بازخورد به ویژه روش کتبی آن نیز بررسی‌های بیشتری انجام گیرد.

اولویت‌دارترین موانع مشترک اظهار شده در ارائه بازخورد در بین مربیان و دانشجویان"زیاد بودن تعداد دانشجو" و "تنوع و دوگانگی روشهای آموزشی توسط اساتید مختلف" بود. این یافته منطبق بر نظر انده[5] می‌باشد. بدین شکل که تنوع روش‌های آموزشی و اساتید مختلف، امکان دریافت بازخورد موثر را کم می‌کند (۱۰). علاوه بر آن، کلاینس[6] نیز آموزش ناکافی مربی، محیط آموزشی نامطلوب بخش، و وقت ناکافی را از موانع بازخورد موثر می‌داند (۱۱).

همچنین در پژوهشی کیفی که توسط کریمی مونقی و همکاران درباره روش تدریس در آموزش بالینی پرستاری مربیان ایرانی انجام گرفت، مشکل آموزشی غالب، کثرت روش آموزش بود (۱۷). این امر بایستی مربیان را ترغیب کند که درباره روش‌های آموزشی، بیشتر آگاهی کسب کنند و آنها را در محیط‌های آموزش بالینی به طور مناسبی به کار گیرند. گرچه پژوهش سلطانی درمورد" بررسی تاثیر کارگاه آموزشی مهارت‌های تدریس بر کیفیت تدریس دستیاران"، تفاوت معناداری را در تمام زمینه‌ها در دانشگاه علوم پزشکی ایران، قبل و بعد از کارگاه نشان داد، اما در زمینه ارائه بازخورد، در دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه، تفاوت معنی داری رانشان نداد (۱۵).

در تحقیقی که توسط هانسن[7] انجام شد، افکار ۲۱ مربی در مورد ارائه بازخورد مورد سوال قرار گرفت. در تایید مطالعات قبلی، مسایلی مانند نگرانی در مورد تخریب رابطه، ابهام در مورد نقش معلمی هنگام ارائه بازخورد، فقدان زمان کافی، ترس از واکنش قانونی دانشجویان، روشن شد (۴). نظارت کافی بر فرد فرد دانشجویان در بالین نیز، از جمله مواردی است که در تحقیق کیقبادی از درجه تنش زایی بالایی برای مربیان به شمار رفته است (۱۸). ناگفته نماند که دانشجویان در پژوهش حاضر، نگرانی از عکس العمل منفی مربی را نیز جزء موانع بازخورد بیان نمودند. میانگین کل امتیاز بازخورد در مربیان با سن ارتباط داشت، بدین معنی که مربیان با بالا رفتن سن نسبت به ارائه بازخورد خود، امتیاز بهتری دادند. همچنین این امتیاز با افزایش سابقه کار نیز ارتباط ضعیفی نشان داد که از لحاظ آماری معنادار نبود. در صورتی که دانشجویان با افزایش سن و تعداد ترمهای گذرانده شده به وضعیت بازخورد ارائه شده مربی امتیاز کمتری داده و رضایت کمتری داشتند. این امر می‌تواند بیانگر این نکته باشد که مربیان با افزایش تجربیات خود باید انعطاف لازم جهت انتقال بهتر تجارب به دانشجویان داشته باشند تا دانشجو نیز پا به پای مربی درک بهتری از مولفه‌های آموزش از جمله بازخورد داشته باشد، به طوری که با افزایش سنوات تحصیلی خود، رضایت بیشتری از بازخورد ارائه شده ابراز نمایند. شاید یکی دیگر از علل نارضایتی بیشتر دانشجویان ترمهای بالاتر نسبت به بازخورد ارائه شده، عدم دریافت بازخورد مناسب از سوی مربیان است. علت دیگری که ممکن است مطرح باشد این است که احتمالاً مربیان آموزش بالینی به دانشجویان با سابقه تر حقیقتاً بازخورد کمتری داده‌اند، تنها به این دلیل که آنان را متبحرتر از همقطاران آنان در سال‌های ابتدایی آموزش می‌دانند و نیاز به دادن بازخورد را در این گروه کمتر تشخیص داده‌اند.

1. Mcilwrick & Nair
2. Chowdhury
3. Knowles
4. Elder & Brooks
5. Ende
6. Clines
7. Hansen

[Downloaded from journal.nkums.ac.ir on 2026-11-14]

مک ایلوریک[1] در این باره نیز می‌نویسد: علی رغم تلاش برای ارتقا بازخورد، تنها ۱۰٪ از دانشجویان در یک بخش جراحی آن را "مفید" خواندند؛ و آنالیز دیگری از توضیحات اعضای هیات علمی و رزیدنت‌های سال بالا نشان داد که بیشترین توضیحات، کلی بودند و به یاد گیری دانشجویان کمکی نمی کرد و تنها ۱۴٪ از توضیحات بطور خاص به صلاحیت و مهارت آنها مربوط می‌شد (۷). میانگین کل امتیاز بازخورد در بین دانشجویان رشته تحصیلی هوشبری به طور معناداری بیش ازدانشجویان دو رشته دیگر بود. با توجه به یافته قبلی مبنی بر اختصاص امتیاز بیشتر بازخورد توسط دانشجویان دارای سن و تعداد ترمهای گذرانده کمتر، می‌توان این دو عامل را به‌یکدیگر ربط داد. زیرا میانگین سنی و ترمی دانشجویان هوشبری نسبت به دو گروه دیگر کمتر بوده است.

نتیجه گیری

دیدگاه مربیان و دانشجویان در مورد وضعیت ارائه بازخورد در آموزش بالینی یکسان نیست. به نظر می‌رسد ابهام در نحوه بازخورد مناسب، عدم شناخت کافی مربیان و دانشجویان از مفهوم بازخورد، باعث شده است که در رسیدن به مهمترین جزء آموزش خود، موفقیت کافی نداشته باشیم. توجه به توانمند سازی مربیان بالینی در این رابطه امری ضروری به نظر می‌رسد. از آنجا که عکس العمل فراگیران به بازخورد، یک ملاک معتبر در موفقیت برنامه آموزشی شمرده می‌شود، جا دارد که با توجه به این امر در مورد انواع بازخورد و نحوه ارائه آن نیز بررسی‌های بیشتری انجام گیرد.

تشکر وقدردانی

پژوهشگران مراتب تقدیر و تشکر خود را ازمعاونت و مدیریت محترم پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی خراسان شمالی به خاطر حمایت مالی طرح، سرکار خانم زهرا صالحی و جناب آقای هادی دولتی که در نمونه گیری و تکمیل پرسشنامه‌ها همکاری داشته‌اند و همچنین کلیه اعضای هیات علمی و آموزشی دانشگاه و دانشجویانی که درطرح فوق همکاری نموده‌اند، اعلام می‌دارند.

References

1. Salehi SH, Hasan Zahraei R, Ghazavi Z, Amini P, Ziaei SH, Shahneh M, The characteristics of effective clinical teachers as Perceived by nursing faculty and students, Iranian Journal of Medical Education 2004;1(11):35-41[Persian].
2. Chowdhury RR, Kalu G, Learning to give feedback in medical education, The obstetrician & Gynaecologist 2004;6(4):243-247.
3. Spickard A, Words hard to say and hard to hear, JGIM 1998; 13(2):142-143.
4. Hansen AC, Mc Lean S, On being a supervisor:the importance of feedback and how to give it, Australian Psychiatry 2006; 14(1):67-71.
5. Miser WF, Clinical education giving effective feedback, Available at: URL: http:// cte.umdnj.edu/clinical_education/clined_feedback.cfm, (Accessed November 2008).
6. Koh LC, Refocusing formative feedback to enhance learning in Pre-registration nurse education, Nurse Education in Practice 2008;8(4): 223-230.
7. 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):130-135.
8. Fereday J, Muir CE, The role of Performance feedback in the self assessment of comPetence :A research study with nursing clinicians, Collegian: Journal of the Royal College of Nursing Australia, 2006; 13;(1): 10-15.
9. Kaprielian VS, Gradison M, Effective use of feedback, Fam Med 1998;30(6):406-7
10. Ende J, feedback in Clinical medical education, JAMA 1983;250:777-781.
11. Clynes Mary P, Raftery s, Feedback :An essential element of student learning in clinical practice, Nurse Education in Practice 2008; 8(6): 405-411.
12. Westberg J, Jason H, Teaching creatively with video: fostering reflection, communication,and other clinical skills, New york,Springer Publishing, 1994.
13. Fasihi harandi T, Soltani Arabshahi SK, Tahami SA, Mohammadalizadeh S, View points of medical students about the quality of clinical education, Journal of Qazvin University of Medical Sciences & Health Services 2004;30(8) :9-4[Persian].
14. Sharing ideas-topics for articles, Available from: URL:http://Whats new in theworld.blogspot.com/,(Accessed: December 2006)
15. Soltani arabshohi SK, Ghaderi A, Compiling effective teaching criterion : characteristics of effective teaching as viewed by Iran university of medical sciences & health services basic sciences centers students and staffs, Journal of Iran University of Medical Sciences, 2001; 22(7): 279-287[Persian].
16. Elder BL, Brooks DW, Simple versuse elaborate feedback in a nursing science course, Journal of science education and technology 2008; 17(4):334-340
17. Karimi Monaghi H, Dabbaghi F,Oskouie F,Vehvilainen K, Binaghi T, Teaching style in clinical nursing education:Aqualititative study of Iranian nursing teachers experiences, Nurse Education in Practice 2010; 10(1): 8-12
18. Kayghobadi S, Teaching stressors in nursing instructors of nursing and midwifery faculties in Tehran, Iranian Journal of Medical Education 2002; 2(1):61-66 [Persian].

1. Mcilwrick

[Downloaded from journal.nkums.ac.ir on 2026-11-14]