مجله مرکز مطالعات و توسعه آموزش علوم پزشکی یزد
دورهٔ هشتم، شماره ۴، شماره پیاپی ۱۲، زمستان ۹۲
ص ۱۰-۲

# مقایسه میزان رضایتمندی و نوع عکس‌العمل دانشجویان پرستاری در دو روش ارائه بازخورد شفاهی و کتبی در آموزش بالینی

**ویدا طیبی[۱]، حمید توکلی قوچانی[۲]، محمدرضا آرمات[*۳]،علیرضا نظری[۴]، محبوبه طباطبایی چهر[۵]، فهیمه رشیدی فکاری[۶]، مریم حسن زاده بشتیان[۷]، افسانه گرشاد[۸]**

۱،۳،۴،۸ کارشناس ارشد آموزش پرستاری، دانشگاه علوم پزشکی خراسان شمالی، بجنورد، ایران
۲- کارشناس ارشد آموزش بهداشت، مربی عضو هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی خراسان شمالی، بجنورد، ایران
۵،۷- کارشناس ارشد مامایی، مربی عضو هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی خراسان شمالی، بجنورد، ایران
۶ - کارشناس ارشد مامایی، دانشگاه علوم پزشکی تبریز، تبریز، ایران

تاریخ دریافت: ۱۳۹۱/۸/۲۰ تاریخ پذیرش: ۱۳۹۲/۹/۴

**چکیده**

**سابقه و اهداف:** آموزش بالینی، قلب آموزش علوم پزشکی و بازخورد عملکرد، هسته مرکزی مسئولیت مربیان بالینی می باشد. پژوهش حاضر به مقایسه میزان رضایتمندی و عکس‌العمل دانشجویان نسبت به دو روش بازخورد شفاهی و کتبی می پردازد.

**روش بررسی:** این پژوهش یک کارآزمایی کنترل شده تصادفی دو گروهه و یکسوکور است. نمونه ها از میان دانشجویان ترم آخر پرستاری به صورت مبتنی بر هدف انتخاب شدند (۴۴ نفر) و بطور تصادفی به همراه مربیان خود (سه نفر) در یکی از گروه‌های بازخورد کتبی یا شفاهی قرار گرفتند. هر مربی در هر دو نوع بازخورد حضور داشت. در ابتدا مربیان در مورد ساختار جلسات بازخورد، آموزش هایی را طبق اصول ارائه بازخورد موثر، از سوی پژوهشگر دریافت کردند. هر مربی فرم جلسات بازخورد را بطور روزانه و در طول دوره ۹ روزه کارآموزی ثبت نمود. در پایان دوره نیز، پرسشنامه رضایتمندی از ارائه بازخورد توسط دانشجویان در هر دو گروه تکمیل گردید.

**یافته‌ها:** تفاوت معنادار آماری در میزان رضایتمندی دانشجویان از دو روش بازخورد مشاهده نشد. اما ارتباط شدت عکس العمل منفی دانشجو با نوع بازخورد در سطح اطمینان ۹۰ درصد معنی‌دار بود، بدین صورت که تعداد عکس العمل‌های شدید در گروه بازخورد شفاهی بیش از گروه بازخورد کتبی بود.

**نتیجه گیری:** هر دو روش ارائه بازخورد کتبی و شفاهی میزان یکسانی از رضایتمندی در دانشجویان را به دنبال داشتند، اما وقوع عکس العمل‌های منفی شدیدتر در گروه بازخورد شفاهی تأکیدی بر یافته‌های مطالعات گذشته می‌باشد.

**واژه‌های کلیدی:** ارائه بازخورد، بازخورد شفاهی، بازخورد کتبی، آموزش بالینی، رضایتمندی، عکس‌العمل

[*] (نویسنده مسئول)؛ تلفن: ۰۷۱۱-۲۱۲۲۸۳۵، آدرس الکترونیکی: rezaarmat@gmail.com

ارجاع به این مقاله به صورت زیراست:
Tayebi V, Tavakoli H, Armat M. R, Nazari A. R, Tabatabaee Chehr M, Rashidi Fakari F, Hassanzadeh Bashtian M, Garshad A. ***Nursing students' satisfaction and reactions to oral versus written feedback during clinical education.*** Journal of Medical Education and Development. 2014; 8(4): 2-10

[ Downloaded from jmed.ssu.ac.ir on 2026-11-19 ]

**مقدمه**

آموزش بالینی یا به عبارتی قلب آموزش علوم پزشکی، یک موقعیت پیچیده یادگیری است که به وسیله عواملی چون محتوی آموزش، محیط، عمل و عکس‌العمل‌های فراگیران تأثیر می‌پذیرد و این امر را به موضوعی بحث برانگیز و گیج کننده آموزشی مبدل می‌سازد که هنوز با ابهامات بسیاری روبه‌روست (۱).

در این میان، ارائه بازخورد به عنوان یک جزء کلیدی در فرایند آموزش (۲) و به خصوص آموزش بالینی دانشجویان (۳) به شمار می‌رود.

در اواخر سال ۱۹۴۰، مفهوم بازخورد توسط راکت اینجینیرز گسترش یافت و در اوایل دهه ۱۹۸۰ به سرعت پیش رفت تا آنجا که امروزه صاحب نظران معتقدند یک مربی اثر بخش بایستی به طور منظم و مداوم، بازخورد ارائه دهد (۴). بازخورد در آموزش بالینی یعنی ارائه اطلاعات ویژه درباره عملکرد دانشجوی مورد مشاهده و مقایسه آن با یک استاندارد، که در جهت پیشرفت وی به او ارائه می‌گردد (۵،۶،۷). به عبارتی، بازخورد هدیه با ارزشی است که باید در جهت کمک به پیشرفت فراگیران به آن‌ها ارائه نمود (۸). هدف از بازخورد، کمک به فراگیر در شناسایی قابلیت‌ها و نقاط ضعف وی در جهت کمک به پیشبرد فرایند یادگیری است، بدون اینکه هیچ‌گونه قضاوتی در رد یا قبول فرد انجام گیرد (۹).

درباره خصوصیات بازخورد موثر و انواع آن تحقیقات زیادی انجام شده است (۱،۵،۹) و تاکنون به سؤالات بسیاری در زمینه زمان، میزان، خصوصیات، رضایتمندی، اهمیت و موانع ارائه بازخورد، پاسخ داده شده است و تمامی این تحقیقات نشانگر این مطلب مهم هستند که مربیان وظیفه دارند به فراگیران خود بازخوردهای معنادار ارائه داده و فراگیران نیز باید فعالانه به دنبال دریافت بازخورد باشند (۵).

از آنجا که ارتباط بین ارائه بازخورد و نتیجه، همیشه امری ثابت و مشخص نیست و ممکن است نتایج مطلوب به دست نیاید، توجه به نحوه ارائه بازخورد و ظرایف آن، باید در جهت هدایت دانشجو بهبود یابد. بازخورد مناسب ممکن است منجر به افزایش انگیزه و اعتماد در دانشجو شود همچنان که بازخورد نامناسب می‌تواند در وی ایجاد بی‌انگیزگی نماید (۶).

شواهد نشان می‌دهد گرچه ارائه بازخورد تأثیرات اساسی در آموزش و یادگیری دارد، اما نوع و روش ارائه آن می‌تواند تأثیرات متفاوتی ایجاد کند (۱۰).

در آموزش بالینی، مربیان ضمن توجه به مسایل اخلاقی در زمینه ارائه بازخورد (۱۱) باید تصمیم بگیرند که کدام یک از انواع بازخورد شفاهی، کتبی یا تلفیقی از هر دو، برای یک دانشجوی خاص مؤثرتر است (۳).

درباره نحوه ارائه بازخورد شفاهی و کتبی دستورالعمل‌های بسیاری بیان شده است (۹). بازخورد کتبی یعنی ثبت عملکرد مشاهده شده دانشجو توسط مربی و بازخورد شفاهی یعنی ارائه اطلاعات شفاهی مربی در مورد عملکرد دانشجو. بدین ترتیب بازخورد شفاهی اجازه بحث آزاد در مورد عملکرد و امکان پاسخ فوری به سؤالات را فراهم کرده و ابهامات در رابطه با واقعه را کاهش می‌دهد (۳).

برخی مطالعات، دریافت بازخورد شفاهی غیر رسمی و فوری را ترجیح داده (۱۲) و پژوهش‌های بسیاری نشان می - دهند که فراگیران طی آموزش بالینی خود، زمانی که به آن‌ها بازخورد شفاهی ارائه می‌شود، نسبت به گروه کنترل، پیشرفت قابل توجهی می‌کنند (۱۳). در حالی که بسیاری از مطالعات دیگر، وجود موانعی از جمله ترس از خدشه دار شدن رابطه معلم-شاگرد، واکنش‌های نامطلوب دانشجو مثل عصبانیت، رنجش، توهین، خجالت و دفاع از خود را به عنوان چالش‌های مربیان در ارائه بازخورد شفاهی برشمرده و آن را موجب تمایل به امتناع از دادن بازخورد می‌دانند (۶،۱۴).

برخی مطالعات نشان می‌دهند در حالی که دانشجویان پزشکی در آموزش بالینی خود بازخورد چهره به چهره، مستقیم، عینی و زمان بر را ترجیح می‌دهند، اما اعضای هیئت علمی در این مورد، به خصوص در ارائه بازخوردهای منفی، ضعیف عمل می‌کنند (۱۵).



[ Downloaded from jmed.ssu.ac.ir on 2026-11-19 ]

الینکی و همکاران در یک برنامه ارائه بازخورد برای عملکرد بالینی دانشجویان دستیاری طب داخلی، مطالعه‌ای به صورت جلسات چهره به چهره و خصوصی در طی یک دوره ۶ ماهه انجام دادند، طبق یافته‌های این مطالعه اعضای هیئت علمی معتقد بودند که این امر نیاز به صرف وقت زیادی داشته و این پرهزینه‌ترین شکل فعالیت آن‌ها بوده است (۱۶).

در آموزش بالینی، یادگیری فعال نیازمند ارتباط نزدیک و چهره به چهره معلم و شاگرد است، اما در این ارتباط رودررو و نزدیک، جملات، عکس‌العمل‌های تحت فشار و کنترل نشده افراد و نظرات آنان درباره همه چیز بزرگنمایی می‌شود (۱۷). این مطلب، بر اهمیت برقراری مهارت‌های ارتباط موثر در ارائه و دریافت بازخورد مفید تاکید دارد.

همچنین گفته می‌شود ارائه بازخورد کتبی این امتیاز را دارد که به دانشجو و مربی وی اجازه می‌دهد که در زمان دیگری موضوع را مرور نماید و نیز مربی می‌تواند بر روی عملکرد، پیشرفت و نیازهای آتی دانشجو بیشتر تمرکز نماید (۲)؛ علاوه بر این، امکان ایجاد یک ثبت ماندگار اطلاعات، برای دانشجویان و همچنین مربیان فراهم می‌گردد (۱۸).

نتایج یک کارآزمایی کنترل شده تصادفی در سال ۲۰۰۱ با هدف تعیین عملکرد آموزشی دانشجویان دستیاری زنان و زایمان پس از ارائه بازخورد کتبی یا شفاهی در مدت ۱۲ ماه نشان داد که ۲۹ درصد افرادی که بازخورد شفاهی و ۵۰ درصد افرادی که بازخورد کتبی دریافت کرده بودند، آموزش را امری مهم‌تر از قبل قلمداد کردند، اما هیچ یک از افراد گروه کنترل چنین عقیده‌ای نداشتند. همچنین در این مطالعه در گروه بازخورد شفاهی ۵۷ درصد افراد و در گروه بازخورد کتبی ۸۸ درصد افراد (۷۳ درصد کل افراد) مقدار بازخورد را در عرض این مدت کافی ذکر کردند، در حالی که هیچ یک از افراد گروه کنترل چنین عقیده‌ای نداشتند. پیگیری ۱۵ رزیدنت بعد از یک سال از ارائه بازخورد کتبی به همراه پاداش، نشان داد که آن‌ها در تمامی نمرات خود ۶۰ درصد پیشرفت داشتند و میانگین نمرات کل آن‌ها افزایش یافته بود (۱۹).

همچنین در کارآزمایی بالینی کنترل شده تصادفی یکسو کور که توسط الینکی و همکاران با هدف تعیین مزایای بازخورد شفاهی چهره به چهره بر نوع کتبی در دو کلینیک طب داخلی انجام شد، بین گروه‌های بازخورد شفاهی و کتبی تفاوت معنادار آماری نشان داده نشد، اما هیچ یک از دستیارانی که بازخورد کتبی دریافت کرده بودند تقاضای جلسه شفاهی دیگری نکردند (۱۶).

مطالعه بینگ-یو و همکاران با هدف تعیین تأثیر بازخورد کتبی در آموزش دانشجویان دستیاری در مدت زمان یک سال نیز نشان داد که بازخورد کتبی می‌تواند مهارت‌های آموزشی دانشجویان سال بالا را توسعه بخشد (۲۰).

مطالعه طیبی و همکاران که در مورد بررسی وضعیت بازخورد بین مربیان و دانشجویان انجام شد، نشان داد که تفاوت معناداری بین دو گروه دانشجویان و مربیان بالینی در امتیازدهی آنان به میزان دریافت و ارائه بازخورد کتبی وجود نداشت و در هر دو گروه این نوع بازخورد کمتر از انواع دیگر، یعنی شفاهی و رفتاری، امتیاز گرفت. بدین معنی که بازخورد کتبی در حین آموزش بالینی کمتر مورد استفاده قرار گرفته بود (۴).

چنان که از شواهد پیداست ابهام در مورد نحوه ارائه بازخورد مناسب باعث شده مربیان در رسیدن به مهم‌ترین جزء آموزش خود موفقیت کافی نداشته باشند.

از طرفی علیرغم اهمیت آموزشی این مقوله، به نظر می‌رسد مطالعات اندکی که در زمینه انواع ارائه بازخورد انجام گرفته است، کافی نباشد.

در این راستا، مطالعه حاضر ضمن پیگیری اهداف خود به دنبال مقایسه میزان رضایتمندی و نیز نوع عکس‌العمل دانشجویان به هر یک از انواع بازخورد شفاهی یا کتبی در آموزش بالینی می‌باشد.

**روش بررسی**

این پژوهش یک کارآزمایی کنترل شده تصادفی دو گروهه و یکسو کور است. انتخاب ۴۴ نفر از دانشجویان ترم آخر پرستاری از هر دو جنس به صورت مبتنی بر هدف صورت



[ Downloaded from jmed.ssu.ac.ir on 2026-11-19 ]

گرفت که به طور تصادفی گروه بندی شده و در یکی از گروه‌های بازخورد کتبی یا شفاهی قرار گرفتند. دانشجویان از فرایند گمارش تصادفی در گروه خود و نیز از وجود گروه دیگری به عنوان گروه کنترل بی اطلاع بودند.

کلیه دانشجویان می‌بایست دوره کارآموزی و نیز جلسات بازخورد خود را تکمیل کرده و در غیر این صورت از فرآیند پژوهش حذف می‌شدند. از بین مربیانی که از قبل برای آموزش دانشجویان مورد مطالعه تعیین شده بودند، ۳ نفر که حداقل یک سال سابقه آموزش بالینی داشته و به شرکت در پژوهش علاقمند بودند انتخاب شدند. هر مربی با دو گروه ۸-۷ نفره دانشجویان، کارآموزی داشت که هر گروه فقط یک نوع بازخورد را دریافت می‌کرد. همچنین هر ۳ مربی در هر دو روش بازخورد کتبی و بازخورد شفاهی شرکت داشتند. محیط پژوهش، بخش‌های سی سی یو، جراحی و نوزادان بیمارستان‌های امام علی (ع)، امام رضا (ع) و بنت الهدی بجنورد بود.

قبل از شروع کارآموزی، مربیان در مورد ساختار جلسات بازخورد آموزش‌هایی را بر طبق اصول ارائه بازخورد مؤثر، توسط پژوهشگر دریافت کردند. به منظور اطمینان از مؤثر بودن آموزش و یکسان سازی آن در بین سه مربی، دو مشاهده‌گر، به صورت هم زمان، یک چک لیست ارائه بازخورد موثر را برای ایشان در حین یک موقعیت فرضی آموزش بالینی تکمیل نمودند. کسب حد نصاب ۵۰٪ نمره چک لیست و ضریب همبستگی فای ($\varphi$) بین نتایج دو اجرا، برابر با ۰/۸۴ بود. داده‌ها بر پایه یک چک لیست مربوط به مربی و یک پرسشنامه مربوط به دانشجو گردآوری شد. چک لیست شامل سه سؤال در مورد نحوه ارائه بازخورد از قبیل تعداد دفعات اعتراض دانشجو و نوع عکس‌العمل منفی آن پس از ارائه بازخورد به صورت پاسخ کوتاه بلی یا خیر بود. روایی صوری و محتوی در مورد این فرم با استفاده از نظر متخصصان کسب گردید.

ابزار جمع آوری داده‌ها برای دانشجویان در هر دو گروه بازخورد شفاهی و کتبی شامل یک پرسشنامه خود ایفا بود که در آخرین روز کارآموزی توسط خود واحدهای پژوهش تکمیل شد و مشتمل بر موارد زیر بود:

- مشخصات واحدهای پژوهش مانند معدل و علاقه‌مندی به رشته

- سؤال اختصاصی مربوط به رضایتمندی که با دامنه هرگز، کم، متوسط، زیاد و خیلی زیاد به صورت لیکرت رتبه‌بندی شده بود؛ به طوری که نمره بالاتر بر رضایت بیشتر دلالت داشت.

- سه سؤال در مورد نوع بازخورد با پاسخ‌های بلی یا خیر

روایی و پایایی پرسشنامه کیفیت ارائه بازخورد قبلاً در مطالعه‌ای مشابه توسط پژوهشگر با $r_s$=۰/۸۳ و P<۰/۰۰۳ کسب شده بود (۴).

هر مربی، حداقل یک نوبت در روز و در نزدیک‌ترین زمان ممکن به عملکرد دانشجو، یکی از روش‌های بازخورد را به کار گرفته و ضمن آن برای هر دانشجو چک لیست جلسات بازخورد را در هر روز و در طول دوره ۹ روزه ثبت می‌نمود. در پایان دوره کارآموزی نیز در هر دو نوع بازخورد، پرسشنامه‌ای توسط دانشجویان تکمیل گردید.

داده‌ها با استفاده از نرم افزار SPSS V16 تجزیه و تحلیل گردید.

**یافته‌ها**

واحدهای پژوهش شامل ۴۴ دانشجو و ۳ مربی بودند که تعداد ۲۲ نفر از دانشجویان در گروه بازخورد کتبی و ۲۲ نفر در گروه بازخورد شفاهی قرار گرفتند. ۲۱ نفر (۴۷/۷ درصد) از کل دانشجویان زن و ۲۳ نفر (۵۲/۳ در صد) مرد بودند. میانگین سنی آن‌ها ۱/۰۱±۲۲/۸۴ و میانگین معدل ترم قبل آن‌ها نیز ۱/۱۹±۱۷/۲۲ بود. مربیان همگی دارای مدرک کارشناسی ارشد بوده و سابقه تدریس بالینی آن‌ها حداقل ۵ ترم بود.

با توجه به اینکه توزیع نمرات رضایتمندی نرمال نبود، آزمون من ویتنی بین نمره رضایتمندی در دو گروه کتبی و شفاهی دانشجویان با P>۰/۱ تفاوت معنادار آماری نشان نداد (جدول ۱).



[ Downloaded from jmed.ssu.ac.ir on 2026-11-19 ]

رابطه میزان رضایتمندی از نوع بازخورد در کل دانشجویان و در دو گروه با معدل ایشان معنادار نبود. همچنین این رابطه در هر یک از روش‌های بازخورد به طور جداگانه در دانشجویان نیز معنادار نبود (P>۰/۱).

آزمون کروسکال والیس نیز ارتباط آماری معناداری بین میزان رضایتمندی از نوع بازخورد در کل دانشجویان و میزان علاقه‌مندی ایشان به رشته نشان نداد. همچنین تفاوت معناداری بین سطوح مختلف علاقه‌مندی به رشته با میزان رضایتمندی ایشان از نوع بازخورد مشاهده نشد (P>۰/۱).

۶ نفر (۷/۳٪) از دانشجویانی که بازخورد کتبی دریافت کرده بودند، تقاضای جلسه شفاهی نیز کردند.

۳۱ نفر (۰/۴۵٪) از کل دانشجویان، ۱۹ نفر (۴/۴٪) از گروه کتبی و ۱۲ نفر (۴/۵٪) از گروه شفاهی، بازخورد کتبی را ترجیح دادند به طوری که آزمون من ویتنی بین ترجیح نوع بازخورد با میزان رضایت از کیفیت ارائه بازخورد توسط دانشجویان، ارتباط معنادار آماری نشان داد (P=۰/۰۲).

همچنین دفعات اعتراض در روز در گروه بازخورد شفاهی بین ۱ تا ۳ و میانگین ۱/۳۸ دفعه در روز و در گروه بازخورد کتبی ۱ دفعه بود که این ارتباط در دو گروه بازخورد از نظر آماری معنادار نبود (P>۰/۱).

فراوانی نوع عکس‌العمل‌های منفی در جدول ۲ آمده است. تعداد عکس‌العمل های منفی دانشجو پس از ارائه بازخورد مربی، ۲۶ مورد ( ۴/۴٪ از کل بازخوردها) در گروه کتبی و ۳۳ مورد (۲۱/۳%از کل بازخوردها) در گروه شفاهی، بود که از نظر آماری بین دو گروه تفاوت معنادار آماری دیده نشد (P=۰/۱۰۱).

همچنین شدت عکس‌العمل منفی با نوع بازخورد در سطح اطمینان ۵۰٪ ارتباط معنادار نشان داد (P=۰/۰۲). بدین معنا که در گروه دانشجویانی که بازخورد شفاهی دریافت کرده بودند تعداد عکس‌العمل‌های شدید (شامل جدل، گریه، تهدید و توهین) ۸ مورد (۴/۲٪) در حالیکه در گروه دریافت کننده بازخورد کتبی ۲ مورد (۷/۷%) بود.

**جدول ۱ -** میزان رضایتمندی دانشجویان در دو روش بازخورد کتبی و شفاهی

| | زیاد و خیلی زیاد | | متوسط | | کم | | هرگز | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | تعداد | درصد | تعداد | درصد | تعداد | درصد | تعداد | درصد |
| دو روش کتبی و شفاهی | ۲۸ | ۶۳/۷٪ | ۱۰ | ۲۲/۷ | ۳ | ۶/۸ | ۳ | ۶/۸٪ |
| روش کتبی | ۱۷ | ۷۷/۱٪ | ۴ | ۱۸/۲٪ | ۱ | ۴/۵٪ | ۰ | ۰٪ |
| روش شفاهی | ۱۱ | ۵۰٪ | ۶ | ۲۷/۳٪ | ۲ | ۹/۱٪ | ۳ | ۱۳/۶٪ |

[ Downloaded from jmed.ssu.ac.ir on 2026-11-19 ]

**جدول ۲** فراوانی نوع عکس‌العمل‌های منفی در دو روش بازخورد کتبی و شفاهی

| | بازخورد کتبی | | بازخورد شفاهی | |
|---|---|---|---|---|
| | تعداد | درصد | تعداد | درصد |
| جدل | - | - | ۵ | ٪۱۵/۲ |
| گریه | - | - | ۱ | ٪۳ |
| تهدید | ۲ | ٪۷/۷ | - | - |
| توهین | - | - | ۲ | ٪۶/۱ |
| انکار | ۵ | ٪۱۹/۲ | ۱۰ | ۳۰/۳ |
| مقابله | ۳ | ٪۱۱/۵ | - | - |
| بی اعتنایی. | ۸ | ٪۳۰/۸ | ۹ | ٪۲۷/۳ |
| دفاع بی مورد از خود | ۸ | ٪۳۰/۸ | ۶ | ۱۸/۱ |
| کل | ۲۶ | ۱۰۰ | ۳۳ | ۱۰۰ |

## بحث

یافته‌های پژوهش، نشانگر عدم تفاوت میزان رضایتمندی دانشجویان در دو گروه کتبی و شفاهی بازخورد بود. در حالی که برخی مطالعات نشان دادند که دانشجویان در آموزش بالینی خود، بازخورد چهره به چهره را ترجیح می‌دهند (۱۲،۱۵). شاید یکسان بودن مربی در هر دو روش ارائه بازخورد، به عنوان شرط لازم انجام پژوهش به عنوان نقطه قوت و برتری آن به نسبت برخی دیگر از جمله مطالعه الینکی و همکاران (۱۹۹۸)، در نتیجه فوق مؤثر بوده باشد.

از طرفی بین ترجیح نوع بازخورد با میزان رضایت دانشجو از کیفیت ارائه آن ارتباط مستقیم وجود داشت، بدین معنی که هر چه میزان رضایت دانشجو از کیفیت بازخورد به وی بیشتر بود، همان روش را بیشتر ترجیح می‌داد. این امر در تائید یافته‌های مطالعه قبلی (۱۶) احتمالاً بیانگر آنست که کیفیت ارائه بازخورد، امری مهم‌تر از نوع ارائه آن می‌باشد و لذا باید به این مسئله نگاهی عمیق‌تر داشت.

در گروه دریافت کننده بازخورد شفاهی، در سطح اطمینان ۹۰ درصد تعداد عکس‌العمل های شدید منفی به طور معنی داری بیش از گروه دریافت کننده بازخورد کتبی بود و این امر در مطالعات قبلی نیز تایید شده و به دلایلی مانند بزرگنمایی وقایع و عکس‌العمل های کنترل نشده آنی در این روش مربوط می‌باشد (۵،۱۴،۱۷).

وجود نکات برشمرده در مورد بازخورد شفاهی و داشتن فرصت بیشتر تحت شرایط مناسب‌تر جهت ارائه بازخورد کتبی مربی، می‌تواند در کاهش دفعات اعتراض در دریافت کنندگان بازخورد کتبی نسبت به گروه دریافت کننده بازخورد شفاهی در پژوهش حاضر موثر بوده باشد.

تعداد کمی از دانشجویان دریافت کننده بازخورد کتبی، تقاضای جلسه شفاهی نیز کردند در حالی که در مطالعه الینکی هیچ تقاضای مجددی برای جلسه شفاهی پس از جلسه بازخورد کتبی وجود نداشت (۱۶). در این راستا مطالعه طیبی و همکاران نشان داد، این امر می‌تواند مربوط به عدم انس دانشجویان با بازخورد کتبی و عادت ایشان به گرفتن بازخوردهای شفاهی باشد (۴).



[ Downloaded from jmed.ssu.ac.ir on 2026-11-19 ]

از آنجا که این مطالعه در طول کارآموزی دانشجویان انجام شده و از طرفی برخی مطالعات نیز به تأثیر محدودیت زمان برای ارائه و تکرار بازخوردها بر چگونگی آن تاکید می‌کنند (۹،۱۲)، این امر می‌تواند در نتیجه کلی تأثیرگذار بوده باشد؛ لذا تکرار این پژوهش در این گروه و در مورد دانشجویانی غیر از سال آخر پیشنهاد می‌گردد.

چنان که مطالعه بینگ -یو و همکاران نشان داد بازخورد کتبی می‌تواند تأثیرات بیشتری در توسعه مهارت‌های آموزشی دانشجویان سال بالا داشته باشد (۲۰).

## نتیجه‌گیری

مطالعه حاضر، تفاوت عمده‌ای در میزان رضایتمندی دانشجویان از دو روش بازخورد کتبی یا شفاهی نشان نداد. اما وجود عکس‌العمل های شدید بیشتر در گروه بازخورد شفاهی نسبت به گروه بازخورد کتبی تاکیدی بر یافته‌های مطالعات گذشته بود. از آنجا که بهبود ارائه بازخورد در آموزش بالینی بسیار با اهمیت می‌باشد به نظر می‌رسد می‌بایست مطالعات بیشتری پیرامون کیفیت ارائه و انواع بازخورد انجام شود.

## سپاسگزاری

این مقاله بخشی از نتایج حاصل از طرح تحقیقاتی مصوب معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی خراسان شمالی به شماره قرارداد ۲۰۹/پ/۸۹ مورخ ۸۹/۱۱/۱۱ می‌باشد. بدین وسیله از سرکار خانم پردیس امانیان و همچنین از دانشجویان عزیزی که در این طرح نویسندگان را یاری نموده‌اند صمیمانه تشکر و قدردانی می‌گردد.

## *References*

1- Boud D, Molloy E. Rethinking models of feedback for learning: The challenge of design. Assessment and Evaluation in Higher Education. 2013; 38(6): 698-712.

2- Jensen AR, Wright AS, Kim S, et al. Educational feedback in the operating room: A gap between resident and faculty perceptions. The American Journal of Surgery. 2012; 204(2): 248-55.

3- Emmerson S, Tillard G, Ormond T, et al. Questions posed within written feedback in clinical education: A research note. The Open Rehabilitation Journal. 2011; 4: 28-31.

4-Tayebi V, Tavakoli H, Armat MR. Feedback delivery situation and related factors in clinical education at the students and staff members' viewpoints in North Khorasan University of Medical Sciences. Journal of North Khorasan University of Medical Sciences. 2011; 3(1): 69-74. [Persian]

5- Schartel SA. Giving feedback – An integral part of education. Best Practice and Research Clinical Anaesthesiology. 2012; 26(1): 77-87.

6- Saedon H, Salleh S, Balakrishnan A, et al. The role of feedback in improving the effectiveness of workplace based assessments: A systematic review. BMC Medical Education. 2012; 12(1): 25-32.

7- Schlegel C, Woermann U, Rethans JJ, et al. Validity evidence and reliability of a simulated patient feedback instrument. 2012; 12(1): 6.

8-Spickard A. Words hard to say and hard to hear. Journal of General Internal Medicine. 1998; 13(2): 142-3.

9- Chur-Hansen A, McLean S. On being a supervisor: The importance of feedback and how



[ Downloaded from jmed.ssu.ac.ir on 2026-11-19 ]

to give it. Australasian Psychiatry. 2006; 14(1): 67-71.

10- Hattie J, Timperley H. The Power of Feedback. Review of Educational Research. 2007; 77(1): 81-112.

11- Lorimer K, Gray CM, Hunt K, et al. Response to written feedback of clinical data within a longitudinal study: A qualitative study exploring the ethical implications. BMC Medical Research Methodology. 2011;11:10.

12- Murdoch-Eaton D, Sargeant J. Maturational differences in undergraduate medical students' perceptions about feedback. Medical Education. 2012; 46(7): 711–21.

13- Savoldelli GL, Naik VN, Park J, et al. Value of debriefing during simulated crisis management: Oral versus video-assisted oral feedback. Anesthesiology. 2006; 105(2): 279-85.

14- Ende J. Feedback in clinical medical education. Journal of the American Medical Association. 1983; 250(6): 777-81.

15- Colletti LM. Difficulty with negative feedback: Face-to-face evaluation of junior medical student clinical performance results in grade inflation. Journal of Surgical Research. 2000; 90(1): 82-7.

16- Elnicki DM, Layne RD, Ogden PE, et al. Oral versus written feedback in medical clinic. Journal of General Internal Medicine. 1998; 13(3): 155-8.

17- Gordon J. ABC of learning and teaching in medicine: One to one teaching and feedback. British Medical Journal. 2003; 326(7388): 543-5.

18- Newman W. Clinical Education and the Professions. American Speech-Language-Hearing Association. [Cited 29.7.2012]. Available from: www.asha.org.

19- Mass S, Shah SS, Daly SX, et al. Effect of feedback on obstetrics and gynecology residents' teaching performance and attitudes. Journal of Reproductive Medicine. 2001; 46(7): 669-74.

20- Bing-You RG, Greenberg LW, Wiederman BL, et al. A randomized multicenter trial to improve resident teaching with written feedback. Teaching and Learning in Medicine. 1997; 9: 10-3.

21- Clynes MP, Raftery SEC. Feedback: An essential element of student learning in clinical practice. Nurse Education in Practice. 2008; 8(6): 405-11.

[ Downloaded from jmed.ssu.ac.ir on 2026-11-19 ]

# *Nursing students' satisfaction and reactions to oral versus written feedback during clinical education*

***Tayebi V (MSc)[1], Tavakoli H (MSc)[2], Armat M. R (MSc)[*3], Nazari A. R (MSc)[4], Tabatabaee Chehr M (MSc)[5], Rashidi Fakari F (MSc)[6], Hassanzadeh Bashtian M (MSc)[7], Garshad A (MSc)[8]***

*1,2,3,4,5,7,8- Faculty member, North Khorasan University of Medical Sciences, Bojnord, Iran*
*6- Tabriz University of Medical Sciences, Tabriz, Iran*

***Received: 10 Nov 2012*** ***Accepted: 25 Nov 2013***

## *Abstract*

***Introduction*:** Clinical instruction is known as the essence of education in medical sciences, while feedback delivery is a core responsibility of clinical instructors. This study aims to compare the nursing students' satisfaction and reactions to oral versus written feedback during clinical education.

***Methods:*** This is a single blinde, randomized controlled trial. A purposive sample of last semester-nursing students (n=44) was selected and randomly assigned into one of verbal or written feedback groups. Each instructor (n=3) was scheduled to teach two groups, and deliver either verbal or written feedback. Instructors were well attuned to feedback delivery sessions they would hold during their instructional tasks. Instructors were asked to give necessary feedback to the students and document the details of their reaction using the checklists designed for this purpose during the instruction period, daily and during the nine days of instruction. At the end of each instruction period, a questionnaire designed to measure the satisfaction level of feedback delivery sessions was filled out by students.

***Results:*** The study did not show difference of satisfaction level between the oral and written feedback groups. The relationship between students' reactions and feedback type at the confidence level of 90% was significant, so that students who received oral feedback showed more severe reactions as compared to written feedback group.

***Conclusion:*** Students, satisfaction level in both groups was the same. There is no difference in students' satisfaction between verbal versus written feedback groups. But the number of severe negative reactions in verbal feedback group was significantly higher and this is congruent with previous studies.

***Keywords:*** Feedback, oral written, clinical, satisfaction, reaction

[*]Corresponding author's email: rezaarmat@gmail.com

*This paper should be cited as:*
Tayebi V, Tavakoli H, Armat M. R, Nazari A. R, Tabatabaee Chehr M, Rashidi Fakari F, Hassanzadeh Bashtian M, Garshad A. ***Nursing students' satisfaction and reactions to oral versus written feedback during clinical education.*** Journal of Medical Education and Development. 2014; 8(4): 2-10

[ Downloaded from jmed.ssu.ac.ir on 2026-11-19 ]

This document was created with Win2PDF available at http://www.daneprairie.com.
The unregistered version of Win2PDF is for evaluation or non-commercial use only.

[ Downloaded from jmed.ssu.ac.ir on 2026-11-19 ]