تقييم الدورة التدريبية

التاريخ:_____ **الموقع:**_____

يرجى ملء تقييم الدورة التدريبية التالي لمساعدتنا على تحسين الدورة التدريبية في المستقبل. شكرًا لك على ملاحظاتك.

1. ما نوع جنسك؟
   - أ- أنثى
   - ب- ذكر
   - ج- غير ذلك / أُفضل عدم الرد

2. كم عمرك؟
   - أ- أقل من 30 عامًا
   - ب- 30 إلى 39 عامًا
   - ج- 40 إلى 49 عامًا
   - د- أكثر من 50 عامًا

3. ما المسمى الوظيفي الخاص بك؟
   - أ- طبيب
   - ب- ممرضة
   - ج- قابلة
   - د- مسؤول صحة
   - ه- غير ذلك (يُرجى التحديد:___)

4. هل تحضر بشكل روتيني عمليات الولادة؟
   - أ- نعم
   - ب- لا

5. كم عدد الولادات التي حضرتها في الشهر الماضي؟
   - أ- لم أحضر أي حالات
   - ب- 1 إلى 5 حالات
   - ج- 6 إلى 10 حالات
   - د- 11 حالة أو أكثر

6. هل تلقيت يومًا تدريبًا في مجال توفير الرعاية الأساسية في حالات التوليد وحديثي الولادة في حالات الطوارئ؟
   - أ- نعم
   - ب- لا

7. يرجى ملء الجدول أدناه بخصوص انطباعاتك عن الدورة التدريبية.

4 = أوافق بشدة **3** = موافق **2** = غير موافق **1** = أعارض بشدة

هل توجد لديك أسئلة:	**التقييم**	**التعليقات**
1. حققت الدورة غاياتها وأهدافها.		
2. كان محتوى الدورة مفيدًا وملائمًا لاحتياجاتي		
3. تم تنظيم محتوى الدورة مع تخصيص الوقت بالشكل المناسب		
4. كان الموضوع مناسبًا لمستوى معرفتي		
5. الانطباع العام حول الدورة التدريبية	**لا ينطبق**	

8. يرجى ذكر 3 أشياء أعجبتك في الدورة التدريبية.

9. يرجى ذكر 3 أشياء تحتاج إلى تحسين في الدورة التدريبية.

10. **الآن وبعد أن أكملت هذه الدورة التدريبية، أشعر بما يلي:**

أ- الثقة في تقديم الرعاية السريرية للنساء اللواتي يعانين من حالات الولادة الطارئة

ب- لن أشعر بالراحة في تقديم الرعاية السريرية للنساء أثناء حالات الولادة الطارئة

ج- أنا على استعداد لتعزيز، ولكن ليس لتوفير، الرعاية السريرية للنساء أثناء حالات الولادة الطارئة

د- غير ذلك (يُرجى التحديد)

شكرًا لكم!