

دیدگاه دانشجویان پزشکی در مورد آزمون صلاحیت بالینی: یک مطالعه کیفی

سعیده دریازاده، عطیه فقیهی*، فریبا جوکار، امید یقینی، آتوسا اسماعیلی

چکیده

مقدمه: هدف از آموزش بالینی در دوره دکترای پزشکی عمومی کسب حداقل مهارت‌های مورد انتظار از دانش‌آموختگان می‌باشد. آزمون صلاحیت بالینی به عنوان ابزاری جهت ارزیابی این حداقل‌های یادگیری طراحی شده است. بررسی نظرات شرکت‌کنندگان در این آزمون می‌تواند گامی در جهت بهبود کیفیت برگزاری آن و برطرف کردن مشکلات باشد. مطالعه حاضر با هدف بررسی دیدگاه کارورزان شرکت‌کننده در آزمون صلاحیت بالینی انجام شد.

روش‌ها: این مطالعه به روش کیفی و با استفاده از تحلیل محتوای مرسوم انجام شد. شرکت‌کنندگان در این مطالعه شامل ۱۷ نفر از کارورزان شرکت‌کننده در آزمون صلاحیت بالینی آبان ماه سال ۱۳۹۵ در دانشگاه علوم پزشکی اصفهان بودند که در چهار گروه ۴-۶ نفره مصاحبه شدند. مصاحبه‌ها پس از پیاده‌سازی به روش تحلیل محتوای مرسوم و با استفاده از نرم‌افزار MAXQDA-10 تجزیه و تحلیل شد.

نتایج: در مجموع تعداد ۹۳ کد اولیه استخراج شد. پس از حذف کدهای تکراری و ادغام کدهای مشابه در نهایت ۷۲ استخراج شد که در ۴ طبقه اصلی و ۹ طبقه فرعی قرار داده شدند. طبقات اصلی شامل: شرایط برگزاری آزمون، محتوای آزمون، عوامل آموزشی مؤثر بر آزمون و شرایط ایستگاه‌های آزمون بود.

نتیجه‌گیری: به نظر می‌رسد عوامل آموزشی مؤثر بر آزمون از عمده عواملی باشد که آزمون صلاحیت بالینی را تحت تأثیر خود قرار می‌دهند. همچنین از دیدگاه آزمون‌شوندگان اهداف برگزاری آزمون به خوبی روشن نبوده و می‌تواند بر نتایج مورد انتظار تأثیرگذار باشد. با توجه به این که آزمون صلاحیت بالینی می‌تواند به عنوان ابزاری جهت ایجاد تلاش بیش‌تر در دانشجویان برای کسب مهارت‌های لازم و مورد انتظار باشد، لذا انجام اقدامات اصلاحی و برنامه‌ریزی‌های منظم و سازماندهی شده در این زمینه ضروری است.

واژه‌های کلیدی: دانشجوی پزشکی، آزمون صلاحیت بالینی، صلاحیت بالینی، آزمون

مجله ایرانی آموزش در علوم پزشکی / ویژه‌نامه بسته‌های تحول و نوآوری در آموزش علوم پزشکی / ۱۳۹۶؛ ۱۷ (۹): ۱۰۰ تا ۱۰۹

آموزش پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان ایران.
 (faribajowkar@yahoo.com)؛ دکتر امید یقینی (دانشیار)، گروه اطفال، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران. (yaghini@med.mui.ac.ir)؛
 دکتر آتوسا اسماعیلی، پزشک عمومی و کارشناسی ارشد آموزش پزشکی، واحد ارزشیابی فراگیر، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران.
 (eatousa@yahoo.com)
 تاریخ دریافت مقاله: ۹۵/۱۲/۶، تاریخ اصلاحیه: ۹۵/۱۲/۲۱، تاریخ پذیرش: ۹۶/۱/۱۷

* نویسنده مسؤول: عطیه فقیهی، دانشجوی دکتری آموزش پزشکی، گروه آموزش علوم پزشکی، مرکز تحقیقات آموزش علوم پزشکی، مدیریت مطالعات و توسعه آموزش پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان ایران. (atiye.faghihy@gmail.com)
 سعیده دریازاده، دانشجوی دکتری آموزش پزشکی، گروه آموزش پزشکی، مرکز تحقیقات آموزش علوم پزشکی، مدیریت مطالعات و توسعه آموزش پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان ایران. (daryazadeh@edc.mui.ac.ir)؛ دکتر فریبا جوکار (استادیار)، گروه آموزش پزشکی، مرکز تحقیقات آموزش علوم پزشکی، مدیریت مطالعات و توسعه

مقدمه

ارزیابی دقیق و عینی صلاحیت حرفه‌ای به عنوان یکی از مهم‌ترین جنبه‌های آموزش بالینی دانشجویان پزشکی تلقی می‌گردد (۱). ارزیابی صلاحیت بالینی فرآیندی پیچیده و ترکیبی از مراحل مختلف است که در آن توانمندی‌های دانشجوی در زمینه کاربرد ماهرانه روش و استفاده از مهارت‌های بالینی برای حل مشکلات بیماران اندازه‌گیری می‌شود. هدف از این سنجش، ارزیابی پاسخ‌گویی دانشجویان به نیاز جامعه جهت ارائه خدمت به مردم در آینده است (۲). در راهنمای AMEE (Association for Medical Education in Europe) ابزارهای مکمل و متنوع برای ارزیابی بالینی و عملی متناسب با اهداف آموزشی ارائه شده که مواردی همچون آزمون ساختاریافته عینی بالینی OSCE (objective structured clinical examination) و OSPE (Objective Structured Practical Examination) را شامل می‌شود. OSPE، ارزیابی عملی با ساختار عینی OSPE، ثبت بررسی بیمار با ساختار عینی OSPE ((Objective Structured Long Examination Record و ارزیابی بالینی با ساختار عینی گروهی GOSCE (Group Objective Structured Clinical Examination) را توصیه نموده است (۳).

در کشور ما نیز بر اساس دستور شورای آموزش پزشکی عمومی وزارت بهداشت لازم است علاوه بر امتحانات و ارزیابی‌های پایان بخش‌های بالینی، در پایان مرحله کارورزی آزمون مهارت‌های بالینی انجام شود. این آزمون در قالب آزمون OSCE است و در آن محیط شبیه‌سازی شده به جای آزمون بر بالین بیمار واقعی، طیف گسترده‌ای از مهارت‌ها مورد ارزشیابی قرار می‌گیرد و موضوع آزمون و سؤالات برای همه دانشجویان یکسان است. در این آزمون‌ها بر مهارت‌های ارتباطی، تصمیم‌گیری بالینی مبتنی بر اخذ شرح حال و معاینه فیزیکی و انجام مهارت‌های عملی، تشخیصی و درمانی تأکید شده (۳ و ۴) و در حیطه‌های مختلفی همچون

بیماری‌های داخلی، جراحی، کودکان، زنان، روانپزشکی و پزشکی اجتماعی مهارت‌های دانشجویان ارزیابی می‌گردد (۲). از مزایای این آزمون‌ها می‌توان به مواردی همچون توسعه عملکرد و تقویت نقش‌های دانشجوی، ارزیابی تکنیکی و بالینی که بیشترین روایی، پایایی و عملی بودن را دارا است، اشاره نمود. علی‌رغم مزایای زیاد این آزمون‌ها برای سنجش همه جنبه‌های بالینی مناسب نیست و مواردی همچون نیروی انسانی مجرب، منابع و امکانات، زمان بر بودن جزء مشکلات اجرایی این آزمون‌ها مطرح می‌شوند (۳).

از آنجا که در هر سیستم ارزیابی نظرات ذی‌نفعان که یکی از مهم‌ترین آنها دانشجویان هستند می‌تواند برنامه‌ریزان را در جهت رفع مشکلات و نقاط ضعف راهنمایی نموده و آنها را به سمت اقدامات اصلاحی مناسب‌تر هدایت کند و با توجه به سیاست‌های وزارت بهداشت در جهت تحول و نوآوری در آموزش علوم پزشکی و در راستای بسته ارتقای نظام ارزیابی و آزمون‌های علوم پزشکی از بسته‌های تحول در آموزش پزشکی، این پژوهش با هدف بررسی دیدگاه دانشجویان پزشکی شرکت‌کننده در آزمون صلاحیت بالینی در دانشگاه علوم پزشکی اصفهان در سال ۹۶-۱۳۹۵ انجام شد.

روش‌ها

این مطالعه به روش کیفی و با استفاده از تحلیل محتوای مرسوم انجام شد. شرکت‌کنندگان در این مطالعه شامل ۱۷ نفر از کارورزان پزشکی شرکت‌کننده در آزمون صلاحیت بالینی آبان ماه سال ۱۳۹۵ در دانشگاه علوم پزشکی اصفهان بودند. نمونه‌گیری به صورت هدفمند بود. روش جمع‌آوری داده‌ها به صورت مصاحبه‌های گروهی بود. محقق پس از کسب مجوز جهت اجرای پژوهش در محل آزمون حضور یافت و ابتدا پس از معرفی خویش و بیان هدف مطالعه برای شرکت‌کنندگان،

استفاده از نرم‌افزار MAXQDA-10 تجزیه و تحلیل شد. برای تایید دقت و صحت داده‌ها و اعتبار مطالعه، از شاخص‌های دقت و صحت از روش پرسش از همکار و چک اعضا استفاده شد. برای انتقال‌پذیری نیز روش کار با جزئیات شرح داده شد. همچنین یک ناظر خارجی با تجربه در تحقیق کیفی نیز بر تمام مراحل اجرای پژوهش کیفی نظارت نمود.

نتایج

شرکت‌کنندگان شامل ۱۷ نفر دانشجویان پزشکی مقطع کارورزی در آزمون صلاحیت بالینی و شامل ۱۱ زن و ۶ مرد بودند. در مجموع تعداد ۹۳ کد اولیه استخراج شد. پس از حذف کدهای تکراری و ادغام کدهای مشابه در نهایت ۷۲ کد به دست آمد که در ۴ طبقه اصلی و ۹ طبقه فرعی قرار داده شدند (جدول ۱). چهار طبقه اصلی شامل شرایط برگزاری آزمون، محتوای آزمون، عوامل آموزشی مؤثر بر آزمون، شرایط ایستگاه‌های آزمون بود.

رضایت‌نامه کتبی از شرکت‌کنندگان جهت مصاحبه گرفته شد. مصاحبه‌ها پس از اتمام آزمون و در همان محل آزمون و به مدت حدود ۴۵ تا ۶۰ دقیقه به طول انجامید. همچنین مراحل مصاحبه گروهی شامل مکان، تسهیل‌گر و منشی تعیین و وظایف هر کدام مشخص گردید. مصاحبه‌ها در ۴ گروه ۴ الی ۶ نفره انجام شد.

مصاحبه‌ها به صورت نیمه ساختارمند همراه با پرسش‌های باز بود. سوالات اولیه شامل این موارد بود: نظر شما در مورد ضرورت و نحوه برگزاری آزمون صلاحیت بالینی چیست؟، به نظر شما چالش‌های آزمون صلاحیت بالینی چیست؟، به نظر شما راهکار قابل اجرا برای بهبود و ارتقای آزمون صلاحیت بالینی با توجه به بستری که موجود است چیست؟. در حین مصاحبه نیز سوالات پیگیر (probing) با توجه به پاسخ‌های شرکت‌کنندگان مطرح گردید.

به هنگام مصاحبه برای ضبط صدای شرکت‌کنندگان اجازه گرفته شد. مصاحبه‌ها با کسب اجازه از شرکت‌کنندگان ضبط و کلمه به کلمه بر روی کاغذ پیاده شد. مصاحبه‌ها پس از پیاده‌سازی به روش تحلیل محتوای مرسوم و با

جدول ۱: طبقات اصلی و طبقات فرعی به دست آمده از تحلیل محتوا

ردیف	طبقه اصلی	طبقه فرعی
۱	شرایط برگزاری آزمون	شرایط فیزیکی شرایط زمانی
۲	محتوای آزمون	تناسب محتوای ایستگاه با آینده شغلی منابع آزمون
۳	عوامل آموزشی مؤثر بر آزمون	پیش نیازهای آزمون حداقل‌های یادگیری عوامل آموزشی مربوط به دوره کارورزی
۴	شرایط ایستگاه‌های آزمون	تجهیزات ایستگاه‌ها (مولاژ، بیمارنا، سناریو) ارزیاب

بود. این طبقه اصلی دارای دو طبقه فرعی شرایط فیزیکی و شرایط زمانی بود. دیدگاه‌های شرکت‌کنندگان در رابطه با "شرایط فیزیکی"

شرایط برگزاری آزمون: از نظر شرکت‌کنندگان یکی از عوامل تأثیرگذار در برگزاری آزمون صلاحیت بالینی، شرایط برگزاری آن

کیس تخصصی را می‌بینم و می‌تونیم منیج کنیم ولی کیس‌های ساده را نمی‌تونیم. ما زیاد درمانگاه نداریم و یا اگر داریم همش در حال پرونده نویسی هستیم" (گ۱). "به ایستگاهی بود که ما رو به عنوان پزشک در نظر می‌گرفتند و از ما توقع داشتن ولی تو بعضی چیزهای ساده از ما که سؤال می‌کردند ما نمی‌دونستیم چی بگیم. مثلاً الان مریض درمانگاه دیدن برای ما خیلی سخته. برای ما به عنوان جی پی باید مهورمون تو بعضی درمانگاه‌های شهر اعتبار داشته باشه" (گ۲).

در طبقه فرعی "منابع آزمون" موضوعاتی همچون، ارائه ندادن منبع مشخص و خلاصه برای آزمون، توافق و مشورت دانشجویان با یکدیگر برای تعیین منبع آزمون، گستردگی و ابهام مباحث برای آمادگی آزمون، تهیه بسته آموزشی مثل درسنامه برای آزمون، بارگزاری فیلم‌های آموزشی صلاحیت‌های بالینی روی سایت دانشگاه و در اختیار گذاشتن لوح فشرده آموزش مهارت‌ها به دانشجویان مطرح شد.

بعضی از شرکت‌کنندگان نظرات خود را این‌گونه مطرح کردند "فقط ادعا داریم. اصن نه رفرنس مشخص هست و نه هیچ کدوم لینکهای آموزشیش باز نمی‌شه. حتی خیلی جاها دو سه تا فیلم پروسیجرا رو گذاشته رو سایتش برای آموزش. کتابخونه ما این فیلم‌ها رو نداره. حتی... چون نمی‌تونسته به خاطر قانون کپی رایت بزاره رو سایت آدرس داده که دانشجویها لیست فیلم‌ها رو گذاشته و سی‌دی‌هاش تو کتابخونه هست و برید بگیرد. کارگاه حتمن برگزار بشه. مثلاً در مورد طب اورژانس ما کارگاه داشتیم. باید رفرنس که میتونه شامل جزوه و فیلم و اینا باشه به ما بدن" (گ۲). "امتحانی که به این وسعت برگزار می‌شه باید به رفرنس مشخص داشته باشه. ما مجبور شدیم بشینیم دور هم و اطلاعاتمون با هم شیر کنیم. لیست منابع به ما دادند ولی مشخص و شسته رفته نبود (گ۳). "خوب است که ماست لرن‌های ما را در یک جا و پیکج مشخص کنند. گاهی ممکنه چیزی که ما انجام

به صورت هماهنگی و برگزاری خوب آزمون، آشنایی و توجیه روند اجرایی آزمون و نزدیک بودن آزمون به محیط واقعی بیان شد.

برای مثال گروهی از شرکت‌کنندگان دیدگاه خود را این گونه مطرح نمودند: "فضای فیزیکی برای این آزمون خیلی خوب بود. برخوردارها خوب بود. اون چیزی که انتظار دارند رو ارزیابی می‌کنند با هم می‌خونه. آزمون منظم و خوب برگزار شد." (گ۱).

در طبقه فرعی "شرایط زمانی" موضوعاتی همچون، تلف شدن وقت دانشجویان و فاصله زیاد راندهای دو گروه مطرح شد.

برای مثال تجربه گروهی از شرکت‌کنندگان این گونه بیان شد: تنها اشکالی داره که ما رو که دو گروه می‌کنند. یه برنامه ریزی کنن که قرعه کشی بشیم و به ما تایم بدن که مثلاً شما فلان ساعت بیاید. چون ما با هزار زحمت بخشمون رو تونستیم جابجا کنیم تا به آزمون برسیم ما بخش زنان داشتیم از یکی از بچه‌ها خواهش کردیم جای خالی مارو کاور کنن" (گ۴).

محتوای آزمون:

این طبقه شامل دو طبقه فرعی، تناسب محتوای ایستگاه با آینده شغلی و منابع آزمون بود.

در طبقه فرعی "تناسب محتوای ایستگاه با آینده شغلی" شرکت‌کنندگان به موضوعاتی مانند، ارزیابی دانش به جای مهارت در بعضی ایستگاه‌ها، نبود فرصت برای تمرین مهارت‌های بالینی در دوره کارورزی، ناکارآمد بودن بعضی مهارت‌ها برای پزشک عمومی، آموزش تخصصی و فوق تخصصی در مقطع پزشکی عمومی و مواجهه ناکافی و عدم تجربه انجام مهارت‌ها در دوره آموزشی اشاره کردند.

برای مثال نظرات شرکت‌کنندگان به این صورت بیان شد: "تو این سه سالی که ما وارد بالین شدیم همه بیمارستان‌ها تخصصی و فوق تخصصی بوده و شاید یه

اصلی و ناکارآمد بودن بعضی مهارت‌ها برای پزشک عمومی مطرح شد.

بعضی از شرکت‌کنندگان معتقد بودند که "عیب لاگ بوک‌ها اینه که زیادی بزرگ شده و اصلاً کارآمد نیست. چرا این آزمون الان باید انجام بسه. بهتره با یه فاصله از فراغت تحصیل باشه که آدم بتونه بره یاد بگیره یه سری چیزا رو". (گ ۱). "یه چیزایی مثل کت دان رو ما تو دورمون فقط یکبار روی مولژ انجام دادیم و زیاد ندیدیم و تجربه نکردیم پس نمی‌تونیم عملکرد خوبی تو ایستگاهش داشته باشیم" (گ ۲).

در طبقه فرعی "عوامل آموزشی مربوط به دوره کارورزی" مواردی مثل، مواجهه ناکافی و عدم تجربه انجام مهارت‌ها در دوره آموزشی، اهمیت برگزاری کارگاه‌های آموزش صلاحیت بالینی قبل از آزمون، طراحی چکالیستی برای رزیدنت‌ها برای آموزش اینترن‌ها، رزیدنت محور بودن آموزش‌ها، نبود اجازه برای انجام بعضی مهارت‌ها در دوران آموزشی، دانشجوی پزشکی به عنوان نیروی کار ارزان و ناتوانی در مدیریت بیماران غیرتخصصی مطرح شد.

شرکت‌کنندگان تجربه خود را در این مورد بدین صورت مطرح کردند "خیلی تو بیمارستان با ما پرکتیکال کار نکردند و همش تئوری بوده. مثلاً تو ایستگاه ارتوپدی به ما گفتن خیلی خوب توضیح میدی اجام بده ولی من هرچی از استیجری یادم مونده بود تونستم بگم ولی خیلی نتونستم انجام بدم" (گ ۱). "این یه مشکل باید حل بشه که قسمت آموزشی و درمانی بیمارستان جدا شود. از ما به عنوان نیروی کاری ارزان استفاده می‌کنن". (گ ۲). "مثلاً ایستگاه یک چست تیوب گذاشتن بود ممتحن به من گفت باید کجای لوله را گرفت گفتم نمی‌دونم چون قبلاً اصلاً ندیده بودم و تجربه نکرده بودم. حتی دست رزیدنت سال یک هم نمیدن انجام بده. اگر برای رزیدنت‌ها هم نمره‌دهی و چکالیست طراحی بشه که موظف بشن به اینترن‌ها آموزش بدن و جزو نمره آموزشی اونها لحاظ

می‌دیم با رفرنس معرفی شده تطابق نداشته باشه. خیلی خوبه که برای حداقل‌های پزشک عمومی مثل یک e-book به ما بدن و بگن چیزهایی که شما در کل دوره می‌خونید درست ولی این رفرنس جامع هم در کنار آن بخونید و حداقل‌ها مون رو بدونیم" (گ ۴).

عوامل آموزشی مؤثر بر آزمون:

این طبقه شامل سه طبقه فرعی، پیش نیازهای آزمون، حداقل‌های یادگیری و عوامل آموزشی مربوط به دوره کارورزی بود.

در طبقه فرعی "پیش نیازهای آزمون" موضوعاتی از جمله تجربه قبلی در آزمون پره اینترنی، آشنایی با روند اجرایی آزمون، مشخص شدن انتظارات در انجام مهارت‌ها، شفاف‌سازی پروسیجر در انجام مهارت‌ها، اهمیت برگزاری کارگاه‌های آموزش صلاحیت بالینی قبل از آزمون مطرح شد.

شرکت‌کنندگان نظرات خود را اینگونه بیان کردند "ما یکبار آسکی پره اینترنی را تجربه کردیم" (گ ۲). "ما یه امتحان مشابه این رو داده بودیم لازم نبود مجدد همچین استرس مضاعفی به دانشجویها وارد بشه" (گ ۴). "در اطلاع‌رسانی این آزمون و این که می‌خواد در این آزمون چی بگذره و ما چه جوری باید خودمون رو آماده کنیم و توجیه قبل آزمون خوب نبود" (گ ۳).

نظرات دیگر شرکت‌کنندگان اینگونه بیان شد "بهتره کارگاه‌هایی بگذارید یه روزه یا چهار روزه که ما یکسری حداقل‌ها و پروسیجرهای را یاد بگیریم و بعد هم امتحان بگذارند. مثلاً کارگاه‌های اطفال و جراحی داشتیم. زمان ما بعضی کارگاه‌ها نبود و از بعد از ما گذاشتنش ولی اگر طوری بگذارن که ما هم بتونیم بگذرونیم و حتی برای ما هم مروری باشه خیلی خوبه، مرور روی توانمندی‌های ما هست، ما نقاط ضعف خودمونو می‌فهمیم" (گ ۱).

در طبقه فرعی "حداقل‌های یادگیری" موضوعات، گستردگی مهارت‌ها در لاگ بوک به جای مهارت‌های

پزشکان به عنوان بیمارنا، نامتناسب بودن شرح حال بیمارنا با پاسخ مورد نظر، مناسب بودن استفاده از بیمار واقعی به جای بیمارنا مطرح شد.

برای مثال تجربه بعضی از شرکت‌کنندگان به این صورت مطرح شد: "به ما میگن مثل یه پزشک واقعی رفتار کنی ولی بیمار نماها اونجور که باید نبودن وسطش می‌خندیدن و به نظر ما بیمارنا هم باید یه پزشک باشه. یا حداقل بیمارهایی که واقعا بیماری را داشته باشن. ما قبلا بیمارناهایی دیدیم که بیماری رو واقعا داشته. مثلاً شرح حالی که بیمارنا باید میداد اون چیزی که واقعا باید اجرا میکرد نبود و بعد ممتحن انتظار داشت ما تو شرح حال اون تشخیص را متوجه بشیم" (گ۱). بعضی مولاژها اشکال ساختاری داشتند مثلاً مولاژ اینتوبیشن پشت زبونش سوراخ بود" (گ۲). "همین بیمارناها شاید باعث بشه بعضی چیزها یادمون بره ولی سر مریض واقعی شاید اینجوری نباشه و یادمون نره. من اینتوبه خیلی کرده بودم ولی اینتوبه این مولاژ اینقد سفت بود که نتونستم انجام بدم" (گ۳). "سناریو را باید شفاف تر بنویسند که دقیقن چه انتظاری از ما دارن و چی میخوان. چون شاید بعضی چیزها را میخواستیم بگیریم ولی نمی‌دونستیم ضروری هست یا نه و نگران زمان بودیم که از دست ندیم" (گ۴).

دیگر نظرات شرکت‌کنندگان در این طبقه فرعی اینگونه مطرح شد: "بعضی ایستگاه‌ها بین آن چیزی که آموزش دیدیم و آنچه از ما انتظار داشتند متناسب نبود" (گ۱). "آموزشمون با آزمون تطابق نداره. مثلاً در مورد احیای اطفال ما فقط یکبار کد احیا خوردیم و زیاد تجربه نداشتیم پس عملکردمون تو ایستگاه خیلی عالی نبود" (گ۲). "فقط عملکردمونو ارزیابی نکردن. ممکنه ما در یک ایستگاه خوب عمل کنیم ولی خیلی خوب نتونیم توضیح بدیم" (گ۳).

در طبقه فرعی "ارزیاب" نیز شرکت‌کنندگان به گمراه شدن توسط بعضی ارزیابان، نادرست بودن

بشه و بعد از ما بپرسن که آیا از آموزش رزیدنت راضی بودید یا نه. باید همین چکلیستی که تو ایستگاه ما رو باهاش ارزیابی می‌کنن رزیدنت‌ها رو هم با اون ارزیابی کنن و بگن رزیدنت باید اینها را یاد بگیرد و به اینترن هم آموزش بده و اگر نمره پایین آوردن توبیخ بشن و این چکلیست را بده به اتند که برایش مهر کنه و اتند، صلاحیت بالینی رزیدنت را هم مد نظر بزاره. ما هم حق داریم چست تیوب بگذاریم و اینتوبه کنیم" (گ۳). "یک سری آیت‌ها را از قبل به ما گفته بودن که تو آزمون ارزیابی می‌کنن ولی ما اصلاً انجام ندادیم و تجربه نکردیم نه این که نخوایسته باشیم دستمون ندادن. مثلاً تو بخش زایمان ما هیچ نقشی نداشتیم. اصلاً ما رو راه نمیدادن مخصوصاً این که ما آقا بودیم و باید دم در بخش زایمان وامیسادیم. یعنی آن چیزی که ما اصلاً ندیدیم و تجربه نکردیم تو ایستگاه‌ها از ما انتظار دارن". (گ۴). "... به ما در بیمارستان این چیزا رو یاد نمیدن. مثلاً یه بخش رو مشخص کنن و بهمون بگن رگ‌گیری اینجا با شما. ما شاید در کل دوره یکی دو بار بیش‌تر رگ نگرفتیم در صورتیکه رگ‌گیری خیلی به ما میخوره و تقسیم کار بشه و مشخص کنن که چه کارهایی را یه اینترن نباید انجام بده و کارهایی که ما باید یاد بگیریم را اختصاصی برای ما بخشی را تخصیص دهند. مثلاً در بیمارستان... سوند و ان جی وظیفه اینترن نیست و خیلی خوبه. گاهی می‌شه ما فلان کنسر را میتونیم منیج کنیم ولی یه چیز ساده رو توش میمونیم" (گ۴).

شرایط ایستگاه‌های آزمون:

در این طبقه دو طبقه فرعی نامناسب بودن تجهیزات ایستگاه‌ها (مولاژ، بیمارنا، سناریو) و ارزیاب مطرح شد. در طبقه فرعی "نامناسب بودن تجهیزات ایستگاه‌ها (مولاژ، بیمارنا، سناریو)" موضوعاتی از جمله نامناسب بودن بعضی مولاژها برای انجام مهارت، اجرای ضعیف بعضی بیمارناها، تربیت بیمارناهای استاندارد، استفاده از

برگزاری آزمون می‌تواند تا حدودی روی تمرکز دانشجویان، افزایش یا کاهش استرس آنها و حتی اعتماد دانشجویان به استاندارد بودن آزمون تأثیر بگذارد. نتایج مطالعه جلیلی و همکاران در رابطه با بررسی میزان رضایت کارآموزان و کارورزان پزشکی از ارزشیابی با استفاده از آزمون ساختار یافته عینی (OSCE) نشان داد اکثریت دانشجویان از این آزمون رضایت داشتند (۷۶/۴ درصد). دلیل رضایت شرکت‌کنندگان از این آزمون شیوه برگزاری آن بوده است. در نهایت این مطالعه پیشنهاد می‌کند با توجه به رضایت‌مندی دانشجویان از ارزشیابی به روش OSCE به نظر می‌رسد کاربرد وسیع این روش در بخش‌های مختلف بالینی ضروری باشد (۱).

شرکت‌کنندگان در جایی دیگر از شرایط برگزاری آزمون نسبت به این که این آزمون تعداد زیادی از دانشجویان را در یک روز ارزشیابی می‌کند تجربه خوبی نداشتند و به اعتقاد آنها این مورد می‌تواند باعث طولانی شدن زمان آزمون و در نتیجه ایجاد خستگی در شرکت‌کنندگان شود و در عملکرد آنها در ایستگاه‌ها تأثیر بگذارد. از سوی دیگر طولانی شدن زمان آزمون می‌تواند پایایی آزمون را نیز تحت تأثیر خود قرار دهد. مطالعه هتیمیش (Hetaimish) و همکاران در رابطه با نقش OSCE در ارزشیابی مهارت و عملکرد دانشجویان به بررسی روایی، پایایی، قابلیت پذیرش و اثر آموزشی این آزمون پرداخته است. نتایج این مطالعه نشان داد یکی از نقاط ضعف آزمون‌های به این روش زمان بر بودن آن است. اما از طرف دیگر ارزشیابی تعداد زیادی از دانشجویان را در مدت زمان جزو نقاط قوت این آزمون‌ها در نظر گرفته است (۵). راهکار شرکت‌کنندگان در مطالعه حاضر برای حل مشکل زمان بر بودن آزمون به صورت قرعه کشی و یا زمانبندی آزمون برای هر شرکت‌کننده و اعلام آن به فرد مطرح گردید.

محتوای آزمون یکی از دیگر طبقاتی بود که از گفته‌های شرکت‌کنندگان استخراج گردید. عدم تناسب محتوای

استفاده از رزیدنت به عنوان ارزیاب، مشکل شخصی رزیدنت به عنوان ارزیاب با کارورزان در دوران آموزشی، دانستن نقاط ضعف دانشجویان توسط اساتید مختلف برای آموزش بهتر مطرح شد.

برای مثال تجربیات شرکت‌کنندگان به این صورت مطرح شد: "تو بعضی ایستگاه‌ها ممتحنین رزیدنت‌ها هستی. ممکنه گاهی ما مشکل شخصی با اون رزیدنت تو بیمارستان داشته باشیم و خصومت شخصی باشه و این تو ارزشیابی ما تأثیر میزاره" (گ۱). "یکی از ممتحنین اعتماد به نفس من رو گرفت و گمراهم کرد. گفتم باید اینو توضیح بدن به من گفت خانم دکتر بیار دیگه سناریو رو بخون دیگه" (گ۳). "اگر اساتید ارزیاب یکسان نباشند و عوض بشوند خیلی بهتره. یعنی مثلاً اگر یک استاد نقص دانشجویان را فهمید بقیه اساتید هم بفهمن که دانشجویان چه نقص‌هایی دارند" (گ۴).

بحث

هدف از این مطالعه بررسی دیدگاه دانشجویان پزشکی شرکت‌کننده در آزمون صلاحیت بالینی بود که در طبقه‌های به دست آمده از گفته‌های دانشجویان پزشکی تجلی یافت. چهار طبقه اصلی به دست آمده از مطالعه شامل، شرایط برگزاری آزمون، محتوای آزمون، عوامل آموزشی مؤثر بر آزمون، شرایط ایستگاه‌های آزمون بودند.

یکی از ویژگی‌های خوب این آزمون از نظر شرکت‌کنندگان شرایط برگزاری آن بود. به اعتقاد شرکت‌کنندگان شرایط فیزیکی آزمون، هماهنگی بخش‌های مختلف آن با یکدیگر و توجه شرکت‌کنندگان قبل آزمون باعث ایجاد رضایت در شرکت‌کنندگان شده بود و توانسته بود آزمون را به شرایط محیط واقعی نزدیک‌تر کند و در نتیجه ارزشیابی بهتری از عملکرد دانشجویان را فراهم سازد.

از طرف دیگر می‌توان این‌گونه استنباط کرد که شرایط

استفاده از رزیدنت‌ها به عنوان ارزیاب اشاره کردند و استفاده از خود پزشکان به عنوان بیمارنا را به عنوان راهکاری در این زمینه ارائه کردند. مطالعه خسروی همکاران در رابطه با استفاده از رزیدنت‌ها به عنوان بیمار استاندارد شده و ارزیاب نشان داد استفاده از رزیدنت‌ها به عنوان بیمار استاندارد شده می‌تواند در مورد جنبه‌های تخصصی و حرفه‌ای به دانشجویان بازخورد دهد. از طرف دیگر در صورت وجود تعارض و مشکلات شخصی بین دانشجویان و رزیدنت این عامل نه تنها نقطه قوت آزمون نبوده بلکه حتی می‌تواند به عنوان یک عامل سوگیری در نمره‌دهی باشد (۸). در این مطالعه نیز شرکت‌کنندگان یکی از دلایل خود برای عدم استفاده از رزیدنت‌ها به عنوان ارزیاب را این عامل می‌دانستند. اما مطالعه وانگ (Wang) نشان داد حدود ۷۲ درصد دانشجویان بیان کردند که استفاده از رزیدنت به عنوان بیمار استاندارد شده در ایستگاه‌ها روی عملکرد آنها تأثیری نداشته است (۹). مطالعه خسروی همچنین اشاره می‌کند که دانشجویان تمایل ندارند استاد خود را در نقش بیمار ببینند زیرا ممکن است مشکل بیمار را حدس زده و این قضاوت و ارزیابی را دچار مشکل کند (۸). جمع بندی و تصمیم‌گیری در این مورد نیاز به انجام مطالعات بیشتر دارد.

از جمله محدودیت‌های این مطالعه می‌توان به محدود بودن آن به دانشگاه علوم پزشکی اصفهان اشاره نمود. همچنین محدود شدن بررسی به دیدگاه دانشجویان و نه برگزارکنندگان آزمون می‌تواند منجر به نادیده گرفته شدن برخی از جنبه‌ها شده باشد و یا شناخت برخی علل و عوامل تأثیرگذار را با مشکل مواجه سازد.

برای مطالعات آتی پیشنهاد می‌گردد دیدگاه دست‌اندرکاران برگزاری آزمون در سطح وزارت بهداشت و دانشگاه‌ها و نیز دیدگاه اساتید مورد بررسی قرار گیرد. همچنین توصیه می‌شود بازتاب نظرات دانشجویان در مورد تجربه خود از شرکت در این نوع

ایستگاه با حداقل‌های یادگیری، نبود منابع مشخص برای آزمون از مواردی بود که شرکت‌کنندگان در رابطه با محتوای آزمون بیان کردند و از دید آنها این عوامل می‌توانند باعث شکست در ایستگاه‌ها و عدم موفقیت آنها شوند. با توجه به نتایج مطالعه هانگ (Huang) و همکاران هدف آموزش پزشکی تربیت فارغ التحصیلان پزشکی توانمند و خیره است. برای دستیابی به این هدف بایستی از برنامه‌های آموزشی خوب سازماندهی شده با تأکید بر مهارت‌های بالینی، مهارت‌های ارتباطی، نوع دوستی و نگرش‌ها به اندازه دانش پزشکی استفاده گردد (۶).

از نظر شرکت‌کنندگان یکی دیگر از عوامل مؤثر در آزمون صلاحیت بالینی عوامل آموزشی است. بعضی از شرکت‌کنندگان تجربه قبلی در آزمون پره اینترنتی را به عنوان یک آمادگی خوب برای این آزمون بیان کردند. از نظر آنها بیان انتظارات از دانشجویان قبل از آزمون و تعیین پروسیجرهای مورد ارزیابی می‌تواند به آمادگی بیشتر دانشجویان کمک کند. مطالعه آلن (Allen) و همکاران در رابطه با توجیه و آماده‌سازی دانشجویان قبل از آزمون نشان داد، دانشجویانی که چهار ماه قبل از برگزاری آزمون OSCE توجیه شده و آموزش دیده بودند به ارزیابان دید بهتری در زمینه مقایسه دانش قبلی آنها نسبت به آزمون و انتظاراتی که از آنها بعد از آزمون بود ایجاد کرد. دانشجویان نیز بعد از آزمون بیان کردند که آزمون همان چیزی بود که در مقایسه با آنچه در جلسات توجیهی آموخته بودند و مورد انتظار آنها بود (۷). در مطالعه هانگ (Huang) دانشجویان پیشنهاد دادند که قبل از آزمون جلسات توجیهی در رابطه با جزئیات فرآیند آزمون و الزامات آن می‌تواند به صورت آنلاین برگزار گردد (۶).

شرکت‌کنندگان یکی از دیگر عوامل دخیل در آزمون را تأثیر شرایط ایستگاه‌های آزمون دانستند و در این رابطه به نامناسب بودن مولاژها، بیمارناها، نادرست بودن

با توجه به این که آزمون صلاحیت بالینی می‌تواند به ارزشیابی صحیح و در نتیجه اصلاح فرایندهای آموزشی کمک شایانی نماید و می‌توان از آن به عنوان ابزاری در جهت ایجاد تلاش بیشتر در دانشجویان برای کسب مهارت‌های لازم و مورد انتظار به عنوان یک پزشک در آینده استفاده نمود، لذا انجام اقدامات اصلاحی و برنامه‌ریزی‌های منظم و سازماندهی شده در این زمینه ضروری است.

قدردانی

بدین وسیله مراتب قدردانی و سپاس خود را از مسئولین و دانشجویان محترمی که در انجام مصاحبه‌ها همکاری و مساعدت لازم را داشتند، اعلام می‌نماییم.

آزمون‌ها به مسئولین برگزاری در سطح دانشکده‌ها و سایر دست‌اندرکاران و سیاست‌گذاران و دبیرخانه آموزش پزشکی عمومی وزارت بهداشت و درمان و آموزش پزشکی انعکاس داده شود.

نتیجه‌گیری

به نظر می‌رسد عوامل آموزشی مؤثر بر آزمون از عمده عواملی باشد که آزمون صلاحیت بالینی را تحت تأثیر خود قرار می‌دهند. همچنین اهداف برگزاری آزمون به خوبی از دیدگاه آزمون‌شوندگان روشن نبود و می‌تواند بر نتایج مورد انتظار تأثیرگذار باشد. به طور کلی شرکت‌کنندگان شرایط برگزاری آزمون را مناسب توصیف نمودند، اما محتوای آزمون و به‌کارگیری نتایج آن از ابهاماتی بود که توسط شرکت‌کنندگان بیان گردید.

منابع

1. Jalili Z, Nouhi E, Ahmadpour B. [Investigation of medical stagers and interns satisfaction on OSCE as a clinical skill evaluation method in Kerman University of Medical Sciences]. *Strides in Development of Medical Education*. 2005; 2(1): 18-24 [Persian].
2. K, Anbari KH, Zendedel A. [Clinical Competency]. *Strides in Development of Medical Education*. 2013; 10(3): 398-400. [Persian].
3. Noohi E, Motesadi M, Haghdoost A. [Clinical Teachers' Viewpoints towards Objective Structured Clinical Examination in Kerman University of Medical Science]. *Iranian Journal of Medical Education* 2008 Spr & Sum; 8(1): 113-119 [Persian].
4. Ministry of Health and Medical Education. Vice-Chancellery for Education. [Aeiname azmoon maharathaye balini dore pezeszki omomi]; 2016. [Persian].
5. Hetaimish B, Elbadawi H. OSCE Assessment for Medical Student Clinical Skills and Performance, Are We Doing It The Right Way?. *International Journal of Science and Research*. 2013; 6: 14.
6. Huang YS1, Liu M, Huang CH, Liu KM. Implementation Of An OSCE At Kaohsiung Medical University. *Kaohsiung J Med Sci*. 2007; 23(4):161-9
7. Allen R, Heard J, Savidge M, Bittergle J, Cantrell M, Huffmaster T. Surveying Students' Attitudes During the OSCE. *Adv Health Sci Educ Theory Pract*. 1998;3(3):197-206.
8. Khosravi Khorashad A, Salari S, Baharvahdat H, Hejazi S, M Lari SH, Salari M, et al. The Assessment of Undergraduate Medical Students' Satisfaction Levels With the Objective Structured Clinical Examination. *Iran Red Crescent Med J*. 2014; 16(8): e13088. [Persian]
9. Wang WD, Yang PC, Chen CY, Lue BH, Yang PM. Using Senior Residents As Standardized Patients For Evaluating Basic Clinical Skills Of Medical Students. *J Formos Med Assoc*. 2004; 103(7): 519-25.

Medical Students' Viewpoints about Clinical Competency Exam: A Qualitative Study

Saeideh Daryazadeh¹, Atiye Faghihi², Fariba Jokar³, Omid Yaghini⁴, Atousa Esmaeeli⁵

Abstract

Introduction: *The goal of clinical education in general medicine program is to achieve the minimum skills expected of graduates. Clinical competency exam is designed as a tool for assessing these minimum learning essentials. Exploring the viewpoints of examinees could be a step towards improving the quality of this exam and resolving its problems. The purpose of this study was to examine the viewpoints of interns participating in the clinical competency exam.*

Methods: *This qualitative study employed conventional content analysis approach. Subjects included 17 interns participating in the clinical competency exam in 2016 in Isfahan University of Medical Sciences who were interviewed in four groups of 4-6 people. Interviews were transcribed and then analyzed in MAXQDA-10 software.*

Results: *A total of 93 preliminary codes were extracted. Having the duplicates removed and similar codes integrated, 72 codes were extracted and classified into 4 main categories and 9 subcategories. The main categories were: "conditions of the exam administration, content of the exam, educational factors affecting the exam, and conditions of exam stations".*

Conclusion: *It seems that educational factors affecting the exam are the major factors that influenced the clinical competency exam. Also, the objectives of the exam were not clear from the perspective of examinees which could affect the results. Since the clinical competency exam can be used as a tool to make students try more to acquire the necessary and expected skills, taking corrective measures and organized regular planning are essential in this area.*

Keywords: Medical Student, Clinical Competency Exam, Clinical Competency, Exam

Addresses:

- ¹ PhD student, Department of Medical Education, EDC, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran. Email: daryazadeh@edc.mui.ac.ir
- ² (✉) PhD student, Department of Medical Education, EDC, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran. Email: atiye.faghihy@gmail.com
- ³ Assistant professor, Department of Medical Education, EDC, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran. Email: Faribajowkar@yahoo.com
- ⁴ Associate Professor, Department of Pediatrics, Faculty of Medicine, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran. Email: yaghini@med.mui.ac.ir
- ⁵ General Practitioner and MSc in medical education, Learner Evaluation Office, Faculty of Medicine, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran. Email: eatousa@yahoo.com