

## چگونگی راه اندازی اولین آزمون ساختاریافته عینی - بالینی روانپزشکی در ایران و میزان رضایت استادان، دستیاران و بیماران استاندارد شده از آن

دکتر جعفر بوالهری\*، دکتر ارسیا تقوا\*\*\*، دکتر مریم رسولیان\*\*\*، دکتر مهرداد محمدیان\*\*\*،  
دکتر لیلی پناغی\*\*\*\*، دکتر همایون امینی\*\*\*\*\*

### چکیده

**هدف:** این بررسی با هدف بازبینی چگونگی راه اندازی نخستین تجربه آزمون ساختاریافته عینی - بالینی (OSCE) روانپزشکی و نیز بررسی میزان رضایتمندی از این شیوه در مقایسه با روش های رایج انجام آزمون های شفاهی روانپزشکی از سوی دستیاران، استادان و بیماران استاندارد شده انجام شده است.

**روش:** ۲۲ دستیار سال آخر روانپزشکی در نه ایستگاه با حضور هشت بیمار استاندارد شده و یک ایستگاه جمع بندی ارزیابی شدند. زمان هر ایستگاه ۱۲ دقیقه بود. در هر کدام از این ایستگاه ها دو ارزیاب به طور مستقل به ارزیابی دستیار بر پایه جدول های نمره دهی تعیین شده پرداختند. پس از آزمون از استادان، دستیاران و بیماران استاندارد شده نظر سنجی شد. این نظرخواهی سه هفته بعد و بی درنگ پس از انجام آزمون دانش نامه تخصصی شفاهی از همین دستیاران انجام شد.

**یافته ها:** دستیاران زمان ایستگاه ها، اطلاعات ارا به شده پیش از آزمون و توانایی آزمون در برآورد توانمندی های دستیار را خوب توصیف کردند. ۷۵٪ دستیاران رضایت خود را از حضور در چنین آزمونی ابراز داشتند. بیشتر دستیاران آزمون رایج دانش نامه شفاهی را خالی از جنبه های عدالت مندانه، عینیت و حتی شباهت به فضای واقعی بالینی گزارش کردند. استادان ارزیابی کننده نیز هدف های ایستگاه ها، زمان و عملکرد بیماران استاندارد شده را خوب گزارش کردند. بیماران استاندارد شده نیز تمایل خود را برای حضور دوباره در چنین تجربه ای ابراز نمودند.

**نتیجه گیری:** برگزاری رضایت بخش و دقیق آزمون OSCE رضایت شرکت کنندگان (دستیاران، ارزیاب ها (استادان) و بیماران استاندارد شده را به دنبال دارد.

**کلیدواژه:** آزمون روانپزشکی، آزمون های بالینی، آزمون ساختاریافته عینی - بالینی (OSCE)، ارزشیابی دستیاران

\* روانپزشک، دانشیار دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی - درمانی ایران. خیابان ستارخان، خیابان نیاپش، کوچه شهید منصوری، انستیتو روانپزشکی

E-mail: bolharij@yahoo.com

تهران و مرکز تحقیقات بهداشت روان. دورنگار: ۰۲۱-۶۶۵۰۹۰۲۴ (نویسنده مسئول).

\*\* روانپزشک، استادیار دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی - درمانی ارتش.

\*\*\* روانپزشک، استادیار دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی - درمانی ایران. انستیتو روانپزشکی تهران و مرکز تحقیقات بهداشت روان.

\*\*\*\* متخصص پزشکی اجتماعی، پژوهشگر خانواده، دانشگاه شهید بهشتی.

\*\*\*\*\* روانپزشک، دانشیار دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی - درمانی تهران. مرکز تحقیقات روانپزشکی و روانشناسی.

از مهرماه ۱۳۸۲ با تأیید دبیرخانه شورای آموزش پزشکی و تخصصی که متولی برگزاری آزمون دانش‌نامه تخصصی در کشور است، کمیته‌ای در انستیتو روانپزشکی تهران تشکیل شد. این کمیته به منظور بررسی راه‌کارهای عملی برای بهینه‌سازی روایی و پایایی آزمون شفاهی، شیوه OSCE را بررسی نمود.

پرسش‌های مورد نظر به این شرح بودند: ایستگاه‌های مربوطه چگونه باید طراحی شوند؟ چه عناوینی باید در هر ایستگاه سنجیده شود؟ آیا می‌توان مهارت‌های بالینی را در هر ایستگاه به دقت تعریف و مشخص کرد؟ اگر بناست بیماران استاندارد شده<sup>۲۹</sup> (SP) به کار برده شوند، SPها برای آماده‌سازی چه آموزش‌هایی باید ببینند؟ آیا می‌توان چک‌لیست نمره‌دهی را در هر ایستگاه با دقت پیش‌بینی و طراحی نمود؟

طی نه ماه کار با همکاری استادان روانپزشکی دانشگاه‌های علوم پزشکی ایران، تهران، شهید بهشتی، اصفهان و مازندران و استادان سایر دانشگاه‌ها آزمون استاندارد OSCE پی‌ریزی شد. در چهار ماه نخست، هشت استاد از پنج دانشگاه یادشده ۱۵ هدف عملی را استخراج نمودند و بر سر آنها پس از چند جلسه توافق نمودند. این هدف‌ها و هدف‌های اولیه پس از تنظیم برای اظهار نظر به استادان روانپزشکی خبره فرستاده و از ایشان برای حضور در نشست‌های آینده دعوت شد. طی پنج ماه ۲۵ نفر از استادان از ۱۰ دانشگاه تربیت‌کننده دستیار و با سابقه میانگین ۱۷ سال کار آموزشی در زمینه روانپزشکی، نه ایستگاه برگرفته از ۱۵ هدف عملی مصوب برای آزمون فراهم نمودند.

هدف‌های عملی توافق‌شده برای نخستین OSCE عبارت بودند از: ۱- توانایی برقراری ارتباط با مراجع،

آزمون ساختاریافته عینی - بالینی<sup>۱</sup> (OSCE) یک شیوه ارزیابی عملی است که طی آن داوطلب از چند ایستگاه امتحانی می‌گذرد و در هر ایستگاه با یک چالش متفاوت عملی و عینی روبرو می‌شود. این روش از ۱۹۷۹ توسط هاردن<sup>۲</sup> و گلیسون<sup>۳</sup> (۱۹۷۹) معرفی گردیده است. در روش‌های سنتی آزمون‌های بالینی شانس در انتخاب بیمار و یا رویارویی با آزمونگر نقش برجسته‌ای داشت (لیشر<sup>۴</sup>، سیسلر<sup>۵</sup> و هارپر<sup>۶</sup>، ۱۹۸۶). افزون بر آن تنها یک رویارویی<sup>۷</sup> با یک بیمار نمی‌توانست گستره توانمندی‌های داوطلب را به‌ویژه در امتحانات جامع هم چون دریافت گواهی‌نامه بسنجد (یودکوفسکی<sup>۸</sup>، ۲۰۰۲). اما بسیاری از استادان OSCE را روشی کارآمد برای ارزیابی همه جانبه شایستگی‌ها می‌دانند (کاگیل<sup>۹</sup>، سولیوان<sup>۱۰</sup> و کلاردی<sup>۱۱</sup>، ۲۰۰۵) و در بسیاری از دانشگاه‌های معتبر دنیا OSCE به‌عنوان معیار ارزیابی بالینی کاربرد دارد (هاجز<sup>۱۲</sup> و لوفچی<sup>۱۳</sup>، ۱۹۹۷؛ یودکوفسکی، ۲۰۰۲؛ هاجز، هانسون<sup>۱۴</sup>، مک‌ناتان<sup>۱۵</sup> و رگهر<sup>۱۶</sup>، ۲۰۰۲). اعتبار و پایایی OSCE در حوزه‌های گوناگون پزشکی (اسلوان<sup>۱۷</sup>، دانلی<sup>۱۸</sup> و شوارتز<sup>۱۹</sup>، ۱۹۹۵) و روانپزشکی (لیشر و همکاران، ۱۹۸۶؛ هاجز، تورنبال<sup>۲۰</sup> و کوهن<sup>۲۱</sup>، ۱۹۹۶؛ هاجز، رگهر، و هانسون، ۱۹۹۸) به اثبات رسیده است. در بریتانیا OSCE جایگزین ارزیابی سنتی IPA<sup>۲۲</sup> در میان دستیاران روانپزشکی شده است (سائر<sup>۲۳</sup>، هاجز، سانتوز<sup>۲۴</sup> و بلاک‌وود<sup>۲۵</sup>، ۲۰۰۵). در پژوهشی که در آن ۳۶ دستیار روانپزشکی حضور داشتند و ۱۲ نفر سابقه حضور ناموفق در آزمون سنتی با یک بیمار را گزارش نمودند، ۷۵٪ رضایت خود را از امتحان به شیوه OSCE ابراز کردند. از ۲۴ نفر دیگری که امتحان به شیوه OSCE را پیشتر تجربه نکرده بودند، ۵۰٪ OSCE را دارای برتری دانستند و ۴۵٪ نظری نداشتند (والترز<sup>۲۶</sup>، اسبورن<sup>۲۷</sup> و ریون<sup>۲۸</sup>، ۲۰۰۵). در پژوهش دیگری در کانادا ۹۳٪ دستیاران سناریوها را واقعی دیده بودند و ۸۰٪ نیز ابراز داشتند که OSCE باز نمودی واقعی از شرایط بالینی است (هاجز، هانسون، مک‌ناتان و رگهر، ۱۹۹۹).

با این هدف و نظر به اهمیت راه‌اندازی OSCE روانپزشکی در کشور، به‌ویژه به‌دلیل نگرانی اعضای هیأت‌های ممتحنه روانپزشکی و اعتراض‌های دستیاران نسبت به ناعادلانه بودن امتحانات رایج، راه‌اندازی OSCE برای دستیاران روانپزشکی نیز بررسی شد. هدف دیگر پژوهش تدوین اصول و نکات کلیدی معتبر برای سناریوها و ایستگاه‌ها بود.

- |  |                |
|--|----------------|
| 1- Objective Structured Clinical Examination |                |
| 2- Harden                                    | 3- Gleeson     |
| 4- Leichner                                  | 5- Sisler      |
| 6- Harper                                    | 7- encounter   |
| 8- Yudkowsky                                 | 9- Cogbill     |
| 10- Sullivan                                 | 11- Clardy     |
| 12- Hodges                                   | 13- Lofchy     |
| 14- Hanson                                   | 15- McNaughton |
| 16- Regehr                                   | 17- Sloan      |
| 18- Donnely                                  | 19- Schwartz   |
| 20- Turnbull                                 | 21- Cohen      |
| 22- Individual Patient Assessment            |                |
| 23- Sauer                                    | 24- Santhouse  |
| 25- Blackwood                                | 26- Walters    |
| 27- Osborn                                   | 28- Raven      |
| 29- standardized patients                    |                |

دانشگاه علوم پزشکی ایران و دانشجویان مقطع کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی انستیتو روانپزشکی تهران انتخاب شدند. طی سه تا چهار نشست دوساعته این گروه آموزش داده شده و برای ایفای نقش آماده شدند.

در هر ایستگاه به جز ایستگاه شماره ۸ دو استاد به ارزیابی مستقل عملکرد دستیاران بر پایه چک لیست های از پیش تعیین شده می پرداختند. مدت هر ایستگاه ۱۲ دقیقه بود. زنگ کوتاه یک دقیقه پیش از زنگ پیوسته اصلی داوطلب را برای جمع بندی و خروج از ایستگاه آگاه می کرد.

اطلاعات و نظرسنجی ها بر پایه فرم های از پیش تعیین شده از دستیاران، استادان و SP ها (و بر پایه الگوی نمره دهی صفر تا چهار: بسیار ضعیف، ضعیف، متوسط، خوب و عالی) بی درنگ پس از آزمون دریافت گردید تا از نقاط ضعف و قوت آن برای آزمون های آینده بهره گرفته شود.

۲۲ مرداد ۱۳۸۳ نخستین آزمون روانپزشکی به شیوه OSCE با حضور ۲۲ نفر از دستیارانی که قرار بود در آزمون دانش نامه تخصصی اصلی سه هفته بعد به شیوه معمول شرکت کنند، برگزار شد. پس از آزمون فرم های نظرسنجی از پیش طراحی شده از دستیاران شرکت کننده در آزمون، هشت بیمار استاندارد شده و ۱۶ استاد ارزیاب دریافت شد. فرم هایی مشابه، سه هفته بعد و بی درنگ پس از آزمون شفاهی دانش نامه تخصصی از دستیاران دریافت گردید.

داده های گردآوری شده به کمک روش های آماری توصیفی تحلیل گردیدند.

۲- توانایی گرفتن شرح حال، ۳- مهارت جمع بندی کردن، ۴- مهارت انجام معاینه بالینی، ۵- مهارت دادن اطلاعات، ۶- توانایی آزمایش بیمار، ۷- توانایی تفسیر داده ها و آزمایش ها، ۸- توانایی رازداری (اخلاق پزشکی)، ۹- توانایی عملکرد در موارد مشکل، ۱۰- توانایی عملکرد در شرایط دشوار، ۱۱- مهارت در زمینه روانپزشکی قانونی، ۱۲- توانایی برخورد با موارد اورژانس، ۱۳- توانایی ارزیابی ظرفیت بیمار، ۱۴- توانایی مدارا با هیجانات بیمار و ۱۵- توانایی آموزش دادن.

این هدف ها در قالب ۸ ایستگاه (هشت ایستگاه رویارویی با SP و یک ایستگاه جمع بندی مطالب ایستگاه شماره هشت) طراحی شد (جدول ۱). پس از مشخص شدن چهارچوب ایستگاه ها و محتوای آنها، گروه های کاری طی یک جلسه مشخص گردید و وظیفه تدوین سناریوی هر ایستگاه به گروهی از استادان (که معمولاً برای هم فکری بیشتر (ویلکینسون<sup>۱</sup>، فرامپتون<sup>۲</sup>، فاست<sup>۳</sup> و تونی<sup>۴</sup>، ۲۰۰۳) از اعضای یک دانشگاه انتخاب شده بودند سپرده شد.

دو ماه بعد، در نشستی با حضور همه طراحان ایستگاه ها سناریو ها، چک لیست ها، و رهنمودها به داوطلبان و SP ها بازنگری شد و در نهایت همه پرسش ها و پرسش نامه ها توسط دبیر آزمون و استادان بازبینی شدند. طی چند روز مانده به روز برگزاری آزمون یعنی ۲۲ مرداد ۱۳۸۳ مکان توافق شده برای برگزاری (مرکز مهارت های بالینی بیمارستان فیروزگر تهران) آماده شد.

هشت بیمار استاندارد شده از میان کارکنان انستیتو روانپزشکی تهران، دانشجویان کارشناسی دانشکده توانبخشی

جدول ۱- مهارت های ارزیابی شده در ایستگاه های مختلف OSCE روانپزشکی

شماره ایستگاه	مهارت مورد ارزیابی
۱	مصاحبه و برقراری ارتباط و جهت دهی مصاحبه متناسب با زمان (در مواجهه با بیمار مرد مبتلا به افسردگی اساسی)
۲	معاینه وضعیت روانی <sup>۱</sup> (MSE) به ویژه مشکلات ادراکی در زن مبتلا به اسکیزوفرنیا
۳	ارزیابی مشکلات شناخت و سوگیری با استفاده از MMSE <sup>۲</sup> در مرد مشکوک به دمانس
۴	توانایی تشخیص تظاهر به جنون در مرد مجرم
۵	توانایی ارزیابی و مدیریت درمان بیمار کنترل شده مبتلا به اختلال دوقطبی نوع II
۶	مشاهده و مصاحبه با خانواده بیمار مبتلا به اسکیزوفرنیا
۷	ارزیابی و اداره رفتارهای کلامی و غیر کلامی بیمار با شخصیت مرزی
۸	معاینه وضعیت روانی بیمار مبتلا به OCD <sup>۳</sup>
۹	طبقه بندی و فرمولاسیون مکتوب بیمار ایستگاه هشت

1- Mental Status Examination; 2- Mini Mental State Examination; 3- obsessive compulsive disorder

## یافته‌ها

فرم‌های نظرسنجی به ۲۲ دستیار داده شد که ۲۱ نفر پرسش‌نامه را تکمیل نمودند. هم‌چنین هشت بیمار استاندارد شده و ۱۶ استاد ارزیاب نیز فرم‌های نظرسنجی را تکمیل نمودند.

در **جدول ۲** فراوانی مطلق و نسبی نظرات دستیاران شرکت‌کننده OSCE در زمینه گویابودن اطلاعات ارایه شده در دستورالعمل، مدت زمان هر ایستگاه و توان هر ایستگاه اندازه‌گیری توانمندی‌های دستیار با توجه به هدف ایستگاه ارایه شده است.

در **جدول ۳** فراوانی مطلق و نسبی نظرات دستیاران شرکت‌کننده در OSCE در زمینه نشست توجیهی آزمون، رضایت از شرکت در OSCE و رضایت از شرکت در امتحان‌های دیگر عملی به شیوه OSCE نشان داده شده است.

در **جدول ۴** فراوانی مطلق و نسبی نظرات دستیاران شرکت‌کننده در آزمون دانش‌نامه شفاهی نشان داده شده است.

از دستیاران شرکت‌کننده در هر دو آزمون (آزمون دانش‌نامه شفاهی و OSCE) پرسیده شد که کدام‌یک از این آزمون‌ها بر دیگری برتری دارند و همگی OSCE را برتر از آزمون دانش‌نامه شفاهی به شیوه رایج دانستند. هم‌چنین از دستیاران پرسیده شد که توانایی آزمون OSCE در ارزیابی مهارت‌های ایشان چقدر است. مهارت‌های مورد بررسی شامل مصاحبه و برقراری ارتباط مناسب، روش‌های مصاحبه، ارزیابی وضعیت روانی بیمار، جمع‌بندی تشخیصی و ارزیابی میزان دانش روانپزشکی بود. همین پرسش از دستیاران شرکت‌کننده در امتحان دانش‌نامه شفاهی نیز پرسیده شد. دستیاران می‌توانستند هر مورد را بین صفر تا ده امتیاز بدهند. نتایج این پرسش در **جدول ۵** نشان داده شده است.

در **جدول‌های ۶ و ۷** فراوانی مطلق و نسبی نظرات استادان و SPها در زمینه جنبه‌های گوناگون OSCE نشان داده شده است.

جدول ۲- فراوانی مطلق و نسبی نظرات دستیاران شرکت‌کننده در آزمون OSCE در زمینه جنبه‌های گوناگون آن بر حسب هر ایستگاه

ایستگاه	۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷	۸	پرسش
	فراوانی (%)	فراوانی (%)	فراوانی (%)	فراوانی (%)	فراوانی (%)	فراوانی (%)	فراوانی (%)	فراوانی (%)	
خوب	۱۶ (۷۶/۲)	۱۷ (۸۱)	۱۵ (۷۱/۴)	۹ (۴۲/۸)	۱۷ (۸۰/۹)	۱۸ (۸۵/۵)	۹ (۴۲/۸)	۷ (۳۳/۳)	گویا بودن اطلاعات ارایه شده در دستورالعمل مبنی بر نوع و چگونگی فعالیت هر ایستگاه
متوسط	۵ (۲۳/۸)	۴ (۱۹)	۴ (۱۹)	۱۰ (۴۷/۶)	۲ (۹/۵)	۳ (۱۴/۳)	۷ (۳۳/۳)	۸ (۳۸/۱)	
ضعیف	۰ (۰)	۰ (۰)	۲ (۹/۵)	۲ (۹/۵)	۲ (۹/۵)	۰ (۰)	۵ (۲۳/۸)	۶ (۲۸/۶)	
خوب	۱۶ (۷۶/۲)	۱۶ (۷۶/۲)	۱۹ (۹۰/۴)	۹ (۴۵)	۱۸ (۸۵/۷)	۱۷ (۸۰/۹)	۱۶ (۷۶/۲)	۶ (۲۸/۶)	نظر دستیار در مورد زمان ایستگاه
متوسط	۵ (۲۳/۸)	۵ (۲۳/۸)	۱ (۴/۸)	۷ (۳۵)	۲ (۹/۵)	۴ (۱۹)	۵ (۲۳/۸)	۶ (۲۸/۶)	
ضعیف	۰ (۰)	۰ (۰)	۱ (۴/۸)	۴ (۲۰)	۱ (۴/۸)	۰ (۰)	۵ (۲۳/۸)	۶ (۲۸/۶)	
خوب	۱۸ (۸۵/۷)	۱۳ (۶۱/۹)	۱۲ (۵۷/۲)	۱۲ (۵۷/۲)	۱۳ (۶۱/۹)	۱۸ (۸۵/۷)	۱۱ (۵۲/۴)	۱۱ (۵۲/۴)	قدرت هر ایستگاه در اندازه‌گیری قابلیت دستیار با توجه به هدف ایستگاه
متوسط	۳ (۱۴/۳)	۸ (۳۸/۱)	۶ (۲۸/۶)	۸ (۳۸/۱)	۷ (۳۳/۳)	۳ (۱۴/۳)	۶ (۲۸/۶)	۷ (۳۳/۳)	
ضعیف	۰ (۰)	۰ (۰)	۳ (۱۴/۳)	۱ (۴/۸)	۱ (۴/۸)	۰ (۰)	۴ (۱۹/۱)	۳ (۱۴/۳)	

جدول ۳- فراوانی رضایت دستیاران در مورد جلسه توجیهی، OSCE و امتحان‌های دیگر به شیوه OSCE

پرسش	عالی فراوانی (%)	خوب فراوانی (%)	متوسط فراوانی (%)	ضعیف فراوانی (%)	بسیار ضعیف فراوانی (%)
رضایت از جلسه توجیهی آزمون	۶ (۲۸/۶)	۱۰ (۴۷/۶)	۴ (۱۹)	۱ (۴/۸)	۰ (۰)
رضایت از شرکت در OSCE	۳ (۱۴/۳)	۱۳ (۶۱/۹)	۵ (۲۳/۸)	۰ (۰)	۰ (۰)
رضایت از شرکت در امتحان‌هایی به شیوه OSCE	۳ (۱۴/۳)	۱۳ (۶۱/۹)	۵ (۲۳/۸)	۰ (۰)	۰ (۰)

جدول ۴- فراوانی مطلق و نسبی نظرات دستیاران شرکت کننده در دانش نامه شفاهی (شیوه معمول)

سؤال	زیاد فراوانی (%)	متوسط فراوانی (%)	کم فراوانی (%)
۱- نقش شانس در امتحان دانش نامه شفاهی	۴۶ (۶۶/۷)	۱۸ (۲۶/۱)	۵ (۷/۲)
۲- نقش اضطراب در نمره دانش نامه شفاهی	۳۲ (۴۶/۴)	۲۴ (۳۴/۸)	۱۳ (۱۸/۸)
۳- تأثیر ارزیابی در نمره دانش نامه شفاهی	۲۵ (۳۶/۲)	۲۳ (۳۳/۳)	۲۱ (۳۰/۴)
۴- نقش بیمار در کاهش یا افزایش نمره	۳۶ (۵۲/۲)	۲۴ (۴۳/۸)	۹ (۱۳)
۵- عادلانه و منطقی بودن امتحان	۱۴ (۲۰/۳)	۳۰ (۳۴/۵)	۲۵ (۳۶/۲)
۶- مناسب بودن زمان مصاحبه با بیمار و ارایه فرمولاسیون	۱۱ (۱۶/۲)	۳۴ (۵۰)	۲۳ (۳۳/۸)
۷- شباهت این فضا به فضای واقعی کلینیک	۱۱ (۱۶/۲)	۲۵ (۳۶/۲)	۳۳ (۴۷/۶)
۸- عینی بودن نظرات استادان در آزمون دانش نامه شفاهی	۱۸ (۲۶/۵)	۳۱ (۴۵/۶)	۱۹ (۲۷/۹)
۹- تمایل به تغییر شیوه آزمون در سال‌های آینده	۴۵ (۶۵/۵)	۱۶ (۲۳/۲)	۸ (۱۱/۶)

جدول ۵- میانگین و انحراف معیار توانایی آزمون OSCE و دانش نامه شفاهی در ارزیابی توانمندی‌های دستیاران

نوع توانمندی	OSCE	
	میانگین (انحراف معیار)	میانگین (انحراف معیار)
مصاحبه و برقراری ارتباط مناسب	۷/۷۱ (۱/۵۸)	۷/۳۰ (۲/۰۷)
تکنیک‌های مصاحبه	۷/۴۲ (۱/۶۴)	۷/۰۴ (۱/۷۷)
ارزیابی وضعیت روانی بیمار	۷/۵۷ (۱/۷۰)	۶/۴۲ (۲/۱۳)
جمع‌بندی تشخیصی	۵/۶۲ (۲/۱۷)	۶/۸۶ (۲/۱۳)
ارزیابی میزان دانش روانپزشکی	۴/۳۳ (۲/۰۵)	۵/۴۶ (۲/۱۰)

جدول ۶- فراوانی نظرات استادان در مورد جنبه‌های گوناگون OSCE

جنبه‌های گوناگون OSCE	عالی فراوانی (%)	خوب فراوانی (%)	متوسط فراوانی (%)	ضعیف فراوانی (%)	بسیار ضعیف فراوانی (%)
توجه دستیاران در مورد آزمون	۰ (۰)	۱۴ (۸۷/۵)	۲ (۱۲/۵)	۰ (۰)	۰ (۰)
زمان ایستگاه‌ها	۷ (۴۳/۸)	۸ (۵۰)	۱ (۶/۳)	۰ (۰)	۰ (۰)
ایفای نقش بیمار استاندارد شده	۸ (۵۰)	۷ (۴۳/۸)	۱ (۶/۳)	۰ (۰)	۰ (۰)
مشخص و مفهومی بودن مواد چک‌لیست	۰ (۰)	۱۳ (۸۱/۳)	۲ (۱۲/۵)	۱ (۶/۳)	۰ (۰)
همانگی مواد چک‌لیست با هدف‌های ایستگاه	۴ (۲۵)	۱۱ (۶۸/۸)	۱ (۶/۳)	۰ (۰)	۰ (۰)
توانایی ایستگاه در اندازه‌گیری مهارت دستیار با توجه به هدف ایستگاه	۳ (۱۸/۸)	۱۳ (۸۱/۳)	۰ (۰)	۰ (۰)	۰ (۰)
توانایی ایستگاه در اندازه‌گیری دانش دستیار با توجه به هدف ایستگاه	۱ (۶/۳)	۶ (۳۷/۵)	۷ (۴۳/۸)	۲ (۱۲/۵)	۰ (۰)
واقعی به نظر آمدن بیمار استاندارد شده	۷ (۴۳/۸)	۷ (۴۳/۸)	۲ (۱۲/۵)	۰ (۰)	۰ (۰)

جدول ۷- فراوانی نظرات بیماران استاندارد شده در مورد کفایت جنبه‌های گوناگون OSCE

جنبه‌های گوناگون OSCE	نظرات بیماران				
	عالی فراوانی (%)	خوب فراوانی (%)	متوسط فراوانی (%)	ضعیف فراوانی (%)	بسیار ضعیف فراوانی (%)
کفایت آموزش‌ها جهت ایفای نقش بیمار استاندارد شده	۲ (۲۵)	۶ (۷۵)	۰ (۰)	۰ (۰)	۰ (۰)
کفایت آموزش‌ها جهت برقراری ارتباط مناسب با دستیاران	۱ (۱۲/۵)	۷ (۸۷/۵)	۰ (۰)	۰ (۰)	۰ (۰)
کفایت آموزش‌ها برای پاسخگویی مناسب به دستیاران	۴ (۵۰)	۴ (۵۰)	۰ (۰)	۰ (۰)	۰ (۰)
زمان ایفای نقش	۱ (۱۲/۵)	۶ (۷۵)	۱ (۱۲/۵)	۰ (۰)	۰ (۰)
تمایل جهت حضور مجدد در این نقش	۵ (۶۲/۵)	۳ (۳۷/۵)	۰ (۰)	۰ (۰)	۰ (۰)
واقعی به نظر آمدن خودشان	۲ (۲۵)	۵ (۶۲/۵)	۱ (۱۲/۵)	۰ (۰)	۰ (۰)

## بحث

استادانی که به عنوان ارزیاب آزمون را بررسی نمودند، جنبه‌های مختلف آزمون را در دامنه عالی و خوب گزارش کردند. ۱۰۰٪ استادان بر این باور بودند که ایستگاه‌های OSCE می‌توانند مهارت‌های داوطلب را بسنجند، در حالی که ۴۳/۸٪ بر این باور بودند که ایستگاه‌های مربوطه می‌توانند دانش دستیار را بسنجند. نتیجه‌ای که بنیان OSCE بر آن استوار است.

بیشتر دستیاران شرکت کننده نیز ترکیب ایستگاه‌ها را با توجه به هدف از پیش تعیین شده برای ایستگاه‌ها عالی و خوب گزارش کردند. این نظر در ارتباط با ایستگاه شماره شش با نظرات موافق بیشتر همراه بود. هم‌چون بررسی سائر و همکاران (۲۰۰۵) که در آن ۸۶٪ دستیاران OSCE را عادلانه و ۸۹٪ مناسب برای بررسی توانایی‌های بالینی دیده بودند، این بررسی نیز از دید دستیاران رضایت بخش بود. ۷۶/۲٪ دستیاران با وجود این که سه هفته پیش از آزمون اصلی مورد روانپزشکی در این آزمون آزمایشی شرکت کرده بودند، از این حضور رضایت داشتند. ۷۱/۴٪ دستیاران رضایت خود را از برگزاری آزمون به این شیوه ابراز کردند. دستیاران در این بررسی بر خلاف بررسی کاگیل و همکاران (۲۰۰۵)، OSCE را روش مناسبی برای ارزیابی مهارت‌های عملی و سنجش شایستگی‌های عملکردی دانستند.

دستیاران توانایی آزمون در زمینه‌های ارزیابی مصاحبه و برقراری ارتباط، روش‌های مصاحبه و ارزیابی وضعیت روانی حال حاضر خوب ارزیابی کردند، اما در دو زمینه جمع‌بندی و برآورد میزان دانش نمره کمی برای آزمون قابل بودند. طبیعی است که OSCE آزمونی برای سنجش میزان دانش نیست و آزمون‌های دیگر هم‌چون آزمون‌های چندگزینه‌ای برای این

منظور سودمندتر هستند. این که چرا دستیاران به توانایی جمع‌بندی آزمون نمره کمتری دادند، شاید به این علت باشد که در ایستگاه شماره ۸ از دستیاران خواسته شده بود مصاحبه خود در ایستگاه شماره هشت را به صورت مکتوب جمع‌بندی کنند. کاری که تا کنون و طی سه سال آموزش خود تنها به صورت شفاهی انجام داده بودند.

در بررسی‌های انجام شده هم‌چون بررسی‌ها و همکاران (۱۹۹۹) که دستیاران به عنوان گروه گواه در آن حضور داشتند میزان رضایتمندی بالایی از سوی دستیاران گزارش گردید.

در مقایسه OSCE با روش‌های رایج آزمون دانش‌نامه تخصصی روانپزشکی، دستیاران شانس را در امتحان شفاهی دانش‌نامه هم‌چون سایر بررسی‌ها (لیشنر و همکاران، ۱۹۸۶) بسیار مؤثر دانسته‌اند. در سایر زمینه‌ها هم‌چون عادلانه بودن، تأثیر ارزیاب و نقش بیمار مورد مصاحبه نیز دستیاران در این دو شیوه تفاوت‌های مهمی را گزارش کردند. در این بررسی تنها ۱۵٪ دستیاران بر این باور بودند که آزمون مرسوم شباهتی به فضای واقعی بالینی دارد و بیشتر آنها فضای آزمون مرسوم را دارای شباهت کمی به فضای واقعی دانستند.

بررسی والترز و همکاران (۲۰۰۵) نشان داد که از دیدگاه آزمون‌نگران و دانشجویان پزشکی، OSCE در زمینه روانپزشکی، عملی و منطقی است. در بررسی اخیر از دیدگاه استادان خبره روانپزشکی، دستیاران سال آخر روانپزشکی و بیماران استاندارد شده نیز OSCE عملی و پسندیده دانسته شده است.

به‌طور کلی به نظر می‌رسد که با توجه به دیدگاه‌های دستیاران نسبت به تغییر در شیوه مرسوم، OSCE معیار پسندیده‌تری برای سنجش میزان توانایی‌های دستیاران باشد.

*demia Psychiatry*, 21, 219-225.

Hodges, B., Hanson, M., McNaughton, N., & Regehr, G. (2002). Creating, monitoring and improving a psychiatry OSCE: A guide for faculty. *Academic Psychiatry*, 26, 134-161.

Hodges, B., Hanson, M., McNaughton, N., & Regehr, G. (1999). What do psychiatry residents think of an objective structured clinical examination. *Academic Psychiatry*, 23, 198-204.

Hodges, B., Regehr, G., & Hanson, M. (1998). Validation of an objective structured clinical examination in psychiatry. *Academic Medicine*, 73, 910-912.

Hodges, B., Turnbull, J., & Cohen, R. (1996). Evaluating communication skills in the OSCE format. *Medical Education*, 30, 38-43.

Leichner, P., Sisler, G. C., & Harper, D. (1986). The clinical oral examination in psychiatry: The patient variable. *Annals of The Royal College of Physicians and Surgeons of Canada*, 19, 283-284.

Sauer, J., Hodges, B., Santhouse, A., & Blackwood, N. (2005). The OSCE has landed: One small step for British psychiatry. *Academic Psychiatry*, 29, 310-315.

Sloan, D. A., Donnelly, M. B., & Schwartz, R. W. (1995). The OSCE the new gold standard for evaluation of post graduate clinical performance. *Annals of Surgery*, 222, 735-742.

Walters, K., Osborn, D., & Raven, P. (2005). The development of Validity and reliability of a multimodality OSCE in psychiatry. *Medical Education*, 39, 292-298.

Wilkinson, T. J., Frampton, C. M., Fawcett, M. T., & Tony, E. (2003). Objectivity in Objective Structured Clinical Examination: Checklists are no substitute for examiner commitment. *Academic Medicine*, 78, 219-223.

Yudkowsky, R. (2002). Should we use standardized patients instead of real patients for high stakes exams in psychiatry. *Academic Psychiatry*, 26, 187-191.

در پایان لازم به یادآوری است که از آنجا که این شیوه نوین ارزیابی در کشور پیشینه استاندارد برای مقایسه نداشت، برای ارزیابی هر چه بهتر کاستی‌های آن دو بررسی گسترده کشوری نیز پس از این آزمون در اصفهان (۱۸-۱۶ آذر ۱۳۸۴) و ساری (۲۸ فروردین تا ۱ اردیبهشت ۱۳۸۵) برگزار شد که نتایج آنها جداگانه منتشر خواهد شد.

## سپاسگزاری

در طراحی این آزمون از همراهی و تجربیات پروفسور بریان هاجز که بررسی‌های گسترده‌ای در زمینه آموزش پزشکی و راه‌اندازی آن در کانادا انجام داده است، بهره‌مند شدیم. بدین وسیله از همراهی سخاوتمندانه ایشان کمال تشکر را داریم و نیز از اساتید روانپزشکی بسیاری که از سراسر کشور در طراحی و اجرای آزمون حضور داشتند، و از آقای مهرداد کاظم‌زاده که در طول برگزاری آزمون نهایت همکاری را برای برقراری هماهنگی‌ها انجام دادند، سپاسگزاری می‌شود.

---

دریافت مقاله: ۱۳۸۵/۳/۶؛ دریافت نسخه نهایی: ۱۳۸۵/۵/۲؛

پذیرش مقاله: ۱۳۸۵/۵/۲۵

---

## منابع

Cogbill, K. K., Sullivan, P. S., & Clardy, J. (2005). Residents perception of effectiveness of twelve evaluation methods for measuring competency. *Academic Psychiatry*, 29, 76-81.

Davis, G., & Schowalter, J. (2002). Report of the subcommittee on the utilization of standardized patients. *Academic Psychiatry*, 26, 187-192.

Harden, R. M., & Gleeson, F. A. (1979). Assessment of clinical competence using an observed structured clinical examination. *Medical Education*, 13, 41-47.

Hodges, B., & Lofchy, J. (1997). Evaluating psychiatry clerks with a mini-objective structured clinical examination. *Academic Psychiatry*, 21, 219-225.