

Downloaded from mededj.ir on 2025-08-24]

می بایست حداقل ۵ نفر از هر گروه نظر خود را در مورد دانشجو طی یک پرسشنامه ۱۰ سوالی اظهار می کردند (۱۰-۸).

هر یک از سوالات بر اساس مقیاس لیکرت ۱ تا ۴ بود. در نهایت داده های جمع آوری شده با نرم افزار SPSS-۱۵ تحلیل گردید. ضریب همبستگی درون کلاسی در گروه های مختلف را با ضریب پیرسون اندازه گیری نمودیم که $p < 0.05$ به عنوان معنی دار در نظر گرفته می شد. برای اندازه گیری پایایی پاسخها در میان هریک از گروه های ارزیابی کننده ضریب همبستگی درون کلاسی (ICC) محاسبه گردید. در ضمن جهت رتبه بندی دانشجویان میانگین کل نمرات داده شده از هر گروه ارزیابی کننده ای محاسبه شد.

یافته ها

در مجموع پرسشنامه ها به ۱۵ نفر دانشجو برای ارزیابی خود، ۷ پزشک، ۱۰ پرستار و ۱۰ بیمار به منظور ارزیابی از ۱۵ دانشجو داده شد. لازم به ذکر است از مجموع ۴۲ نفر که به عنوان ارزیابی کننده بودند، ۲۵ نفر مرد و مابقی زن بودند. میانگین گروه سنی دانشجویان، پرستاران، پزشکان و بیماران به ترتیب ۲۴، ۴۴/۵، ۴۸ و ۵۲ بود. به جزء تعداد خیلی کمی از پرستاران، بقیه افراد پرسشنامه ها را تکمیل و عودت دادند. پرسشنامه های ناقص از مطالعه کنار گذاشته شدند. ضریب همبستگی درون کلاسی (ICC). هر یک از گروه ها و میانگین نمره کسب شده به تفکیک مخاطب در جدول ۱ نمایش داده شده است. کمترین میانگین نمره مربوط به گروه پرستاران بود. ضریب همبستگی درون کلاسی (ICC) دامنه ای از ۰/۶۱ تا ۰/۸۳ نشان داد که حاکی از همبستگی بسیار خوب میان گروه های مختلف ارزیابی کننده می باشد. جدول ۲ نشان دهنده میانگین رتبه کل مربوط به هر دانشجو می باشد که توسط گروه های مختلف ارزیابی کننده بجز، خود ارزیابی توسط دانشجویان، در بررسی صلاحیت حرفه ای و ارتباطی رتبه بندی گردیده است. دانشجویی که در رتبه بندی بالاترین رتبه را کسب کرده بود، به طور کلی توسط گروه های مختلف ارزیابی کننده رتبه وی بالا و دانشجویی که در رتبه بندی پایین ترین رتبه را کسب کرده بود، رتبه او پایین گزارش شده بود. ضریب همبستگی بین نمرات کسب شده از مخاطبین محاسبه شد، (جدول ۳) که این ضریب بین نمرات پرستاران با سایر گروه ها واز سوی دیگر بین پزشکان و بیماران معنادار نشد.

قرار می دهند: (۱) توانائی کار گروهی (۲) توانائی برقراری ارتباط (۳) مهارتهای مدیریتی (۴) قدرت تصمیم گیری (۵) مراقبت از بیمار (۶) دانش پزشکی (۷) یادگیری مبتنی بر عمل (۲-۴) پس از تکمیل پرسشنامه توسط ارزیابان، نظرات آنها بر حسب موضوع جمع بندی و خلاصه می شود و به فرد بازخورد داده می شود (۳) در واقع به نظر می رسد یکی از مهمترین اهداف ارزیابی ۳۶۰ درجه بررسی توانمندی و سنجش مهارت یک دانشجو یا دستیار در برقراری ارتباط و تعامل بیمار و خانواده وی، پرسنل و پرستاران همکاران است و به عبارت ساده تر ارزیابی ۳۶۰ درجه یعنی سنجش مهارت ارتباطی فرد با جامعه کاری خود. برای دستیابی به چنین مهارت ارتباطی، دانشجوی پزشکی یا دستیار باید بطور موثر بتواند تبادل اطلاعاتی قوی بین بیماران و همراهان وی، همکاران و اساتید خود برقرار نماید. در واقع از وی انتظار می رود که علاوه بر ایجاد یک ارتباط کلامی-درمانی و اخلاقی پایدار با بیماران؛ از مهارت گوش دادن موثر، تجزیه و تحلیل اطلاعات، تفاسیر غیر کلامی موثر، مهارتهای نوشتاری، همکاری موثر با دیگر اعضاء گروه یا اساتید یا مدیران بهداشت و سلامت برخوردار باشد (۴-۲).

داشتن مهارتهای حرفه ای و ارتباطی برای ایجاد یک ارتباط موثر علی الخصوص با بیمار بسیار ضروری می باشد چرا که باعث بالا رفتن پیامدهای تندرستی و رضایت بیمار می شود و بطور بر عکس رفتارهای غیر حرفه ای و ارتباطات ضعیف باعث اتخاذ رویکردهای درمانی نادرست می شود. لذا می توان گفت ارزیابی مهارتهای حرفه ای و ارتباطی به مانند ارزیابی دانش و مهارتهای بالینی مهم می باشد. برای اندازه گیری دانش و مهارتهای بالینی دانشجویان روشهای خوبی وجود دارد، حال آنکه ارزیابی مهارتهای حرفه ای تا اندازه ای دشوار می باشد و به ندرت این مهارتها در دانشگاه های پزشکی مورد ارزیابی قرار می گیرند (۳و۲). اخیراً بعضی از دانشگاه های رویکرد کلی روش ۳۶۰ درجه را برای ارزیابی مهارتهای حرفه ای و ارتباطی در دانشجویان، به علت درگیر بودن طیف مختلف از گروه هایی که با دانشجو در تعامل می باشند بکار می برند. با توجه به اینکه در کشور ما تاکنون هیچ مطالعه عملکرد دانشجویان پزشکی به ویژه، جزء مهم آن یعنی صلاحیت حرفه ای و رفتاری را با استفاده از روش ۳۶۰ درجه ارزیابی ننموده است، لذا ما بر آن شدیم تا با این روش عملکرد دانشجویان پزشکی را بررسی نماییم.

مواد و روشها

کلیه دانشجویان پزشکی از دی ماه ۱۳۸۷ تا بهمن ۸۹ که برای گذراندن دوره بالینی ۱ ماهه به بخش عفونی آمده بودند؛ وارد مطالعه گردیدند. در روش ارزیابی ۳۶۰ درجه عملکرد دانشجویان به ویژه صلاحیت حرفه ای و رفتاری از آنجا که ابزار منفرد استاندارد در این خصوص وجود ندارد ما از پرسشنامه ای که ۴ حیطه مراقبت از بیمار (مثل چک کردن علائم حیاتی بیمار)، مهارتهای ارتباطی (مثل مهارت خوب گوش دادن)، اخلاق حرفه ای (مثل احترام گذاشتن به دیگران) و در دسترس بودن (مثل حضور به موقع در بخش) را پوشش می داد و روایی و پایایی آن پیشتر بررسی شده بود؛ استفاده نمودیم (۷). پرسشنامه ها بین پزشکان، نمونه ای در دسترس از دانشجویان، پرستاران و بیماران توزیع شد و از آنها خواسته شده بدون ذکر مشخصات خود پرسشنامه ها را تکمیل نمایند. تکمیل هر پرسشنامه به طور متوسط ۳ تا ۴ دقیقه زمان می برد. لازم به توضیح است که

جدول ۱. میانگین رتبه کل مربوط به هر دانشجو که توسط گروههای مختلف ارزیابی کننده در بررسی صلاحیت حرفه ای و ارتباطی محاسبه گردیده است

میانگین رتبه	پرستار	بیمار	پزشک	دانشجو
۱	۹	۲	۱	۱
۲	۸	۳	۲	۲
۳	۱۰	۱	۳	۳
۴	۷	۴	۵	۴
۵	۲	۹	۶	۵
۶	۱۱	۵	۴	۶
۷	۱	۱۱	۹	۷
۸	۳	۸	۱۱	۸
۹	۱۲	۶	۷	۹
۱۰	۱۴	۷	۸	۱۰
۱۱	۴	۱۳	۱۳	۱۱
۱۲	۵	۱۴	۱۲	۱۲
۱۳	۶	۱۲	۱۴	۱۳
۱۴	۱۳	۱۰	۱۰	۱۴
۱۵	۱۵	۱۵	۱۵	۱۵

جدول ۲. ضریب همبستگی بین نمره کسب شده از مخاطبین مختلف با یکدیگر

مخاطب	دانشجو	پزشک	پرستار	بیمار
دانشجو	-	۰/۸۲۴*	۰/۴۳۲	۰/۶۲۳*
پزشک	-	-	۰/۴۵۹	۰/۳۶
پرستار	-	-	-	۰/۴۱
بیمار	-	-	-	-

p < ۰/۰۵

بحث و نتیجه گیری

با توجه به اینکه داشتن مهارتهای حرفه ای و ارتباطی پایه ای جهت برقراری یک ارتباط موثر و رویکرد درمانی مناسب می باشد، لذا در سالهای اخیر ارزیابی این گونه مهارتها در دانشگاه پزشکی توجه ویژه ای را به خود جلب نموده است. از آنجایی که دانشجویان بویژه در دوران بالینی با گروه های مختلفی اعم از بیماران، پرستاران، اساتید، پزشکان، خانواده ای بیماران و همکاران در تعامل هستند. لذا می توان گفت در مقایسه با روشهای سنتی بهترین ابزاری که می توان برای ارزیابی مهارت های حرفه ای و ارتباطی توصیه نمود با توجه به درگیر بودن گروه های متعدد و در بر داشتن حیطه های گوناگون در ارزیابی، روش ۳۶۰ درجه باشد (۸ و ۱). در این مطالعه ما عملکرد دانشجویان پزشکی را با روش ۳۶۰ درجه از نظر صلاحیت حرفه ای و رفتاری شامل حیطه های مراقبت از بیمار، مهارتهای ارتباطی، اخلاق حرفه ای و در دسترس بودن ارزیابی نمودیم. آنالیز اطلاعات نشان داد که درمیان گروه های مختلف ارزیابی کننده اعم از دانشجویان، بیماران و پزشکان همبستگی بسیار خوبی وجود دارد (ICC: 0.61-0.83). بررسی نتایج این مطالعه نشان داد که میانگین نمرات ارزیابی دانشجویان توسط پرستاران نسبت

به سایر گروههای دیگر ارزیابی کننده پایین تر است، که این یافته از یک سو با نتایج مطالعات Ooungemi و Davis که در ارزیابی صلاحیت بالینی و رفتاری رزیدنت ها صورت گرفته بود، هماهنگ بود (۱۹ و ۱۸)، اما از سوی دیگر مغایر با یافته های مطالعاتی بود که توسط Joshi و William انجام گرفته بود، چرا که در این مطالعات میانگین نمرات حاصل از ارزیابی توسط پزشکان و اساتید از بقیه گروهها کمتر شده بود (۱۴ و ۱۳). یافته های مطالعه ما نشان داد که ضریب همبستگی بین نمرات در تمامی موارد معنادار نشده است، به گونه ای که ضریب همبستگی بین نمرات پرستاران با سایر گروه ها و بین نمرات پزشکان و بیماران معنادار نبود که بیانگر عدم همبستگی بین نمرات حاصل از ارزیابی توسط گروههای تکمیل کننده پرسشنامه ها می باشد و این یافته هماهنگ با مطالعات مشابه ای می باشد که در این زمینه صورت گرفته است. در مطالعاتی که توسط Joshi و همکاران در خصوص ارزیابی صلاحیت رفتاری و حرفه ای دستیاران صورت گرفته بود. همچنین مطالعه که توسط Ooungemi و همکاران، مطالعه Goldstein و همکاران و بالاخره مطالعه انجام شده توسط استارک و همکاران که در زمینه ارزیابی مهارتهای حرفه ای در دستیاران انجام شده بود همگی، مبین این مطلب می باشند که در بحث ارزیابی تنها نباید به یک گروه از مخاطبین اکتفا نمود (۲۱ و ۱۸ و ۱۳). لذا در بررسی مطالعات مختلف می توان به این نکته پی برد که لازم است گروههای مختلف در امر ارزشیابی دخیل باشند (۱۹-۱۶). آنالیز داده ها در این مطالعه نشان داد که توافق کلی تقریباً بین گروه های مختلف ارزیابی کننده برای هر دانشجو وجود دارد به گونه ای که دانشجویی که در رتبه بندی بالاترین رتبه را کسب کرده بود، بطور کلی توسط گروه های مختلف ارزیابی کننده رتبه وی بالا و همچنین دانشجویی که در رتبه بندی پایین ترین رتبه را کسب کرده بود، رتبه او پایین گزارش شده بود. البته این توافق کلی بین گروه پرستاران با گروه های دیگر خیلی صادق نبود.

در مطالعاتی که توسط Joshi و William انجام گرفته بود به همین ترتیب بین گروه های مختلف ارزیابی کننده توافق کلی وجود نداشت (۱۴ و ۱۳) در رتبه بندی اطلاعات مربوط به خود ارزیابی توسط دانشجویان را وارد آنالیز داده ها نشد، البته در مطالعاتی که توسط Joshi و همکاران صورت گرفت (۱۳) و همچنین در مطالعه جداگانه دیگر توسط Gordon و همکاران انجام شده بود نشان داده شد که خود ارزیابی معتبر نیست (۲۲). از جمله محدودیت های این مطالعه شامل محدود بودن ارزیابی به یک بخش و کوتاه بودن دوره ارزیابی، کم بودن گروه های ارزیابی کننده، بعنوان مثال نداشتن دستیار در این بخش و کم بودن تعداد انترنها (۱ نفر در ماه) اشاره نمود که پیشنهاد می شود در تحقیقات بعدی به این موضوعات توجه شود. هم چنین برای این که بدانیم که آیا استفاده از نتایج این مطالعات می تواند به عنوان فیدبکی برای ارتقاء سطح دانش و مهارتهای افراد نقش داشته باشد، مطالعات بیشتری انجام شود. بر اساس نتایج این مطالعه به نظر می رسد ابزار ۳۶۰ درجه روش مناسبی برای ارزشیابی عملکرد دانشجویان از نظر صلاحیت حرفه ای و رفتاری باشد. لذا پیشنهاد می شود که در برنامه های ارزشیابی فراگیران از این روش استفاده گردد.

تقدیر و تشکر

بدینوسیله از کلیه کسانی که در انجام این مطالعه ما را یاری نمودند، کمال قدردانی را داریم.

Assessment of Medical Students Performance in Lorestan University of Medical Sciences with 360-degree Method

P. Baharvand (MD)^{*1}, MR. Nazer (MD)²

1. Social Science Research Center, Lorestan University of Medical Sciences, Khorramabad, Iran

2. Hepatitis Research Center, Lorestan University of Medical Sciences, Khorramabad, Iran

Biannual Medical Education, Babol Univ Med Sci; 1(1); Autumn, Winter 2012-2013; pp: 56-60

Received: Nov 26th 2012, Revised: Feb 19th 2013, Accepted: Feb 21th 2013.

ABSTRACT

BACKGROUND AND OBJECTIVE: The 360-degree evaluation is a method that used to assess the performance of medical students. This study has been designed to assess medical students' performance in behavioral and professional competence.

METHODS: We used the questionnaires that were designed earlier and their validity and reliability had been confirmed. These questionnaires were distributed among evaluators to assess medical students. Collected data were analysed with spss15 software. Mean scores of respondents in each category were calculated. Intraclass correlation coefficients measured the reliability of ratings within each group of evaluators. Pearson's correlation coefficient was computed to examine the correlation between the evaluators. Ranking of the medical students was performed by calculation the mean of total scores given by each category of evaluator(s).

FINDINGS: Intraclass correlation coefficients showed a narrow range, from 0.61 to 0.83. Analysis of data showed an excellent correlation among the different evaluators in each category among medical students, patients and physicians. Intraclass correlation coefficients showed a range, from .41 to .82. Correlation between the score of nurses versus other categories is not significant. Nurses rated students lower than other evaluators. The mean of the scale calculated for each student showed that the highest ranked medical student had high scores in different groups and the lowest student was low in different groups.

CONCLUSION: Based on this study, the 360-degree instrument appears to be a useful way to evaluate students' behavioral and professional competency.

KEY WORDS: Medical student Performance, 360-degree

^{*}Corresponding Author;

Address: Social Science Research Center, Lorestan University of Medical Sciences, Khorramabad, Iran

Tel: +98 661 6200134

E-mail: dr.baharvand@gmail.com

References

1. Miller GE. The assessment of clinical skills/ competence/performance. Acad Med 1990 Sep;65(9 Suppl):S63-72
2. Menna, JH. , Petty M, Wheeler R.P, Vang O. Evaluation of Medical Student Professionalism: IAMSE 2005; 15(2):45-9
3. Rees C, Shepherd M. The acceptability of 360-degree judgements as a method of assessing undergraduate medical students' personal and professional behaviours. Med Educ. 2006;40(1):88-95
4. Lelliott P, Williams R, Mears A, Andiappan M, Reading P. et al. Questionnaires for 360-degree assessment of consultant psychiatrists: Development and psychometric properties. Be j psychiatry 2008;193(2):156-60
5. Overem K, wollersheim H, Driessen E, van De van G, et al. Doctors perceptions of why 360-degree feed back dose(not) work: Aqualitative study. Med Educ 2009;43(9)874-82
6. Info-line: How to build and use a 360 degree feedback system. Am Soc Train Dev 1998; 9508:1-13
7. Baharvand P, Nazer MR, The Assessment of 360-Degree Instrument's Validity and Reliability for Evaluation of Medical Students' Performance. Journal of medical education development 2013; vol:5,(9):1-6
8. Paolo A, Bonaminio G: Measuring outcomes of undergraduate medical education: residency directors' ratings of first year residents. Acad Med 2003; 78(1):90-5
9. Accreditation Council for Graduate Medical Education: Outcome Project. Available at: www.acgme.org/outcome. Accessed July 26, 2007.
10. Nelson EC, Gentry MA, Mook KH, Spritzer KL, Higgins JH, Hays RD: How many patients are needed to provide reliable evaluations of individual clinicians? Med Care 2004; 42(8):259-66
11. Swanson DB, Webster GD, Norcini JJ: Precision of patient ratings of residents' humanistic qualities: how many items and patients are enough? in Bender W, Hiemstra R, Scherpbler AJJA, Zwiestra RP (Eds): Teaching and Assessing Clinical Competence. Groningen, the Netherlands, Boek- Werk Publications, 1990
12. Ramsey PG, Carline JD, Blank LL, Wenrich MD: Feasibility of hospital-based use of peer ratings to evaluate the performance of practicing physicians. Acad Med 1996; 71(4):365-70
13. Joshi R, Ling FW, Jaeger J: Assessment of a 360-degree instrument to evaluate residents' competency in interpersonal and communication skills. Acad Med 2004; 79(5):458-63
14. William B. Brinkman, Sheela R. Geraghty, Bruce P. Lanphear, Jane C. Khoury, Javier A. Gonzalez del Rey, Thomas G. DeWitt and Maria T. Britto .Evaluation of Resident Communication Skills and Professionalism: A Matter of Perspective? PEDIATRICS 2006 ;118(4), 1371-1382
15. Bo Qu, Yu-hong Zhao, Bao-zhi Sun. Assessment of Resident Physicians in Professionalism, Interpersonal and Communication Skills: a Multisource Feedback Int. J. Med. 2012; 9(3):228-236.
16. Wood J, Collins J, Burnside ES, et al: Patient, faculty, and self-assessment of radiology resident performance: a 360 degree method of measuring professionalism and interpersonal/ Communication skills. Acad Radiol 2004; 11(8):931-9
17. Musick DW, McDowell SM, Clark N, Salcido R: Pilot Study of a 360-Degree Assessment Instrument for Physical Medicine & Rehabilitation. Am. J. Phys. Med. Rehabil 2003; 82(5):394-403
18. Ogunyemi D, Gonzales G, Fong A. et al. From the eye of the nurses: 360-degree evaluation of residents. J contin Educ Health Prof 2009;29(2):105-10
19. Davis, John D. Comparison of Faculty, Peer, Self, and Nurse Assessment of Obstetrics and Gynecology Residents. Obstetrics & Gynecology 2002; 99 (4) 647-651
20. Goldstein R, Zucker man B, A perspective on 360-degree evaluation. J pediatr 2010;156(1):1-2
21. Stark R, korensein D, Karani R. Impact of a 360-degree professionalism assessment on faculty comfort and skills in feed back delivery .J Gen Intern Med 2008;23(7):969-72
22. Gordon MJ .A review of the validity and accuracy of self - assessment in health professions training . Acad Med . 1991; 762 -9.