

# The do's and don'ts of direct observation of skills in ME

Dr Ghaffarifar S, M.D, M.M.Ed, D.H.E.P  
Associate professor of Medical Education  
Tabriz University of Medical Sciences

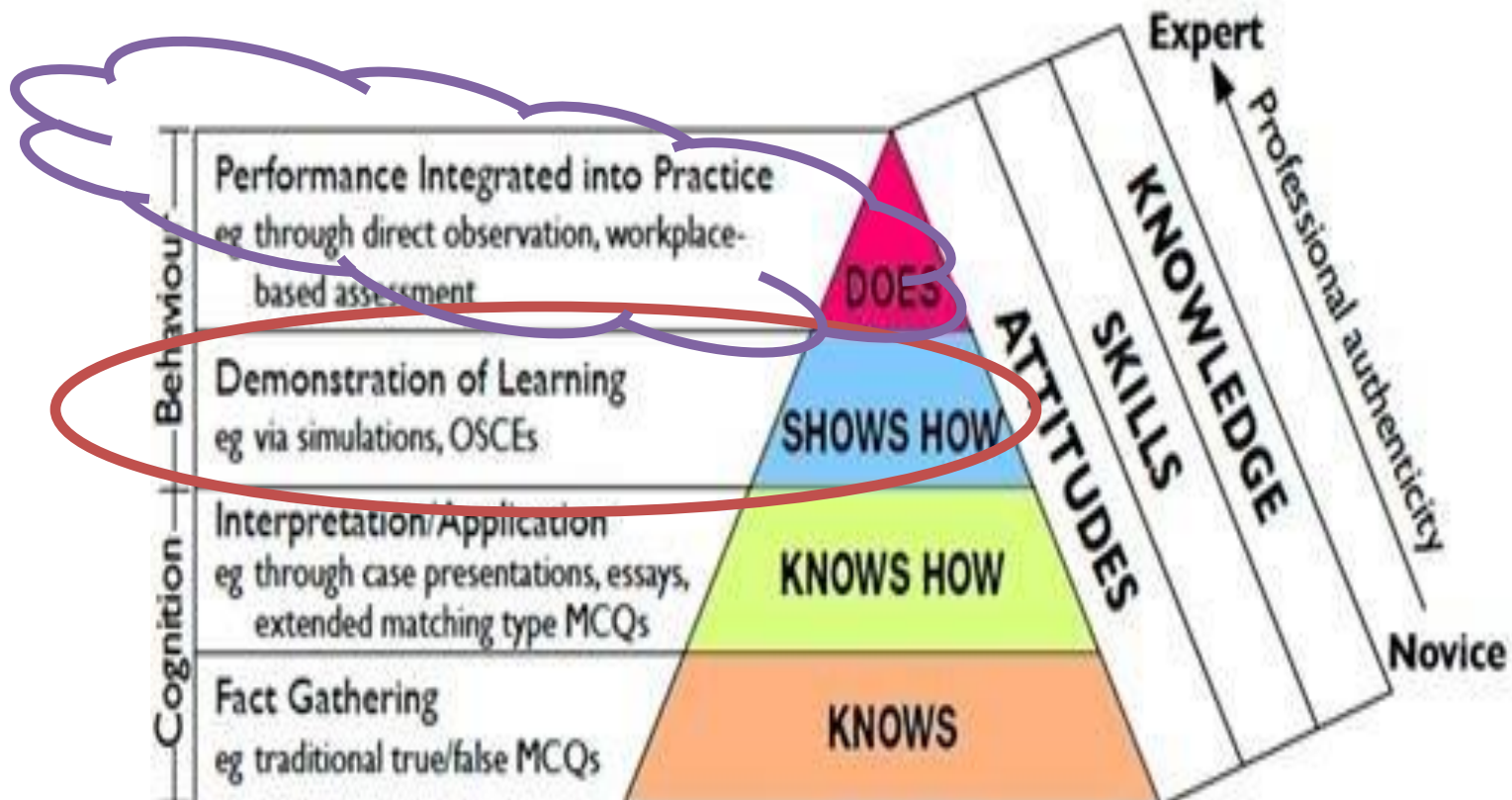


# Learning objectives

After this presentation, you will be able to:

1. Define the focus of observation-based assessment
2. Differentiate six domains of competence to be observed
3. Criticize steps in designing and implementing an observation-based assessment
4. Describe your plan for using guidelines for direct observation of clinical/ procedural skills

# What should be observed?



# The ultimate goal of teaching and assessment



# What should be observed?

## **Competence:**

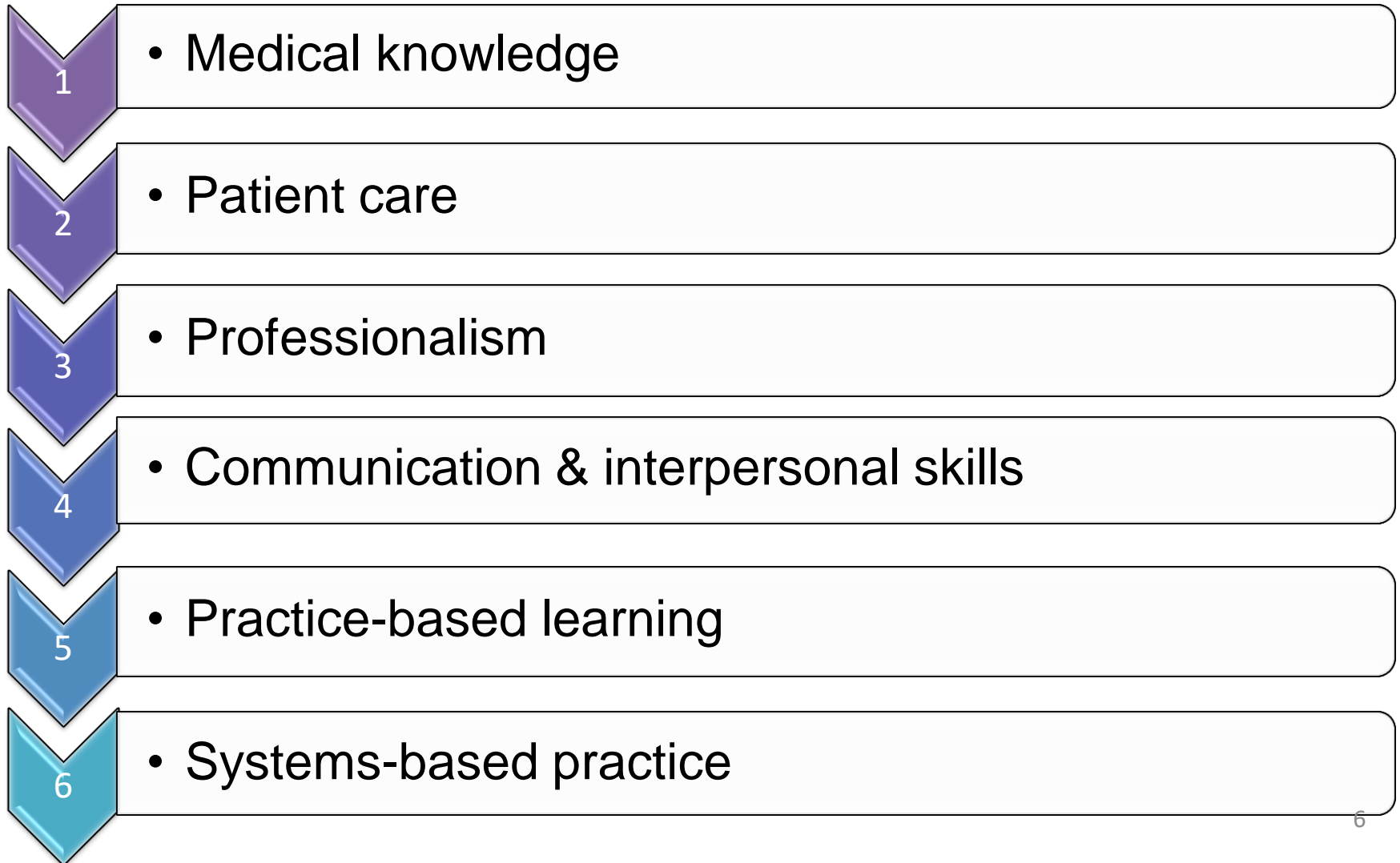
“the **habitual and judicious use** of communication, knowledge, technical skills, clinical reasoning, emotions, values, and reflection **in daily practice for the benefit of the individuals and communities** being served.”

**Competence** (what the student or healthcare provider is able to do)

**Performance** (what he or she does habitually when not observed)



# Six interrelated domains of competence



# Characteristics of competence

Practice setting, the local prevalence of disease, the nature of the patient's presenting symptoms, the patient's educational level, and other demographic characteristics of the patient and of the physician



**Contextual**

**Developmental**

Gained through deliberate practice and reflection on experience

# Current problems about direct observation of HCPs' competence

“Despite its importance, direct observation of clinical skills is infrequent and the quality of observation may be poor”.





# The focus of observation

**High frequency  
and high quality  
observation**



# Definition of direct observation

“In direct observation, **learners** (medical students, graduate or postgraduate trainees) are **observed by a supervisor while engaging in meaningful, authentic, realistic patient care or procedural activities**”.



# Commonly used methods of assessment

Method	Domain	Type of Use	Limitations	Strengths
<b>Written exercises</b>				
Multiple-choice questions in either single-best-answer or extended matching format	Knowledge, ability to solve problems	Summative assessments within courses or clerkships; national in-service, licensing, and certification examinations	Difficult to write, especially in certain content areas; can result in cueing; can seem artificial and removed from real situations	Can assess many content areas in relatively little time, have high reliability, can be graded by computer
Key-feature and script-concordance questions	Clinical reasoning, problem-solving ability, ability to apply knowledge	National licensing and certification examinations	Not yet proven to transfer to real-life situations that require clinical reasoning	Assess clinical problem-solving ability, avoid cueing, can be graded by computer
Short-answer questions	Ability to interpret diagnostic tests, problem-solving ability, clinical reasoning skills	Summative and formative assessments in courses and clerkships	Reliability dependent on training of graders	Avoid cueing, assess interpretation and problem-solving ability
Structured essays	Synthesis of information, interpretation of medical literature	Preclinical courses, limited use in clerkships	Time-consuming to grade, must work to establish interrater reliability, long testing time required to encompass a variety of domains	Avoid cueing, use higher-order cognitive processes
<b>Assessments by supervising clinicians</b>				
Global ratings with comments at end of rotation	Clinical skills, communication, teamwork, presentation skills, organization, work habits	Global summative and sometimes formative assessments in clinical rotations	Often based on second-hand reports and case presentations rather than on direct observation, subjective	Use of multiple independent raters can overcome some variability due to subjectivity
Structured direct observation with checklists for ratings (e.g., mini-clinical-evaluation exercise or video review)	Communication skills, clinical skills	Limited use in clerkships and residencies, a few board-certification examinations	Selective rather than habitual behaviors observed, relatively time-consuming	Feedback provided by credible experts
Oral examinations	Knowledge, clinical reasoning	Limited use in clerkships and comprehensive medical school assessments, some board-certification examinations	Subjective, sex and race bias has been reported, time-consuming, require training of examiners, summative assessments need two or more examiners	Feedback provided by credible experts

# Commonly used methods of assessment

## Clinical simulations

Standardized patients and objective structured clinical examinations	Some clinical skills, interpersonal behavior, communication skills	Formative and summative assessments in courses, clerkships, medical schools, national licensure examinations, board certification in Canada	Timing and setting may seem artificial, require suspension of disbelief, checklists may penalize examinees who use shortcuts, expensive	Tailored to educational goals; reliable, consistent case presentation and ratings; can be observed by faculty or standardized patients; realistic
Incognito standardized patients	Actual practice habits	Primarily used in research; some courses, clerkships, and residencies use for formative feedback	Requires prior consent, logistically challenging, expensive	Very realistic, most accurate way of assessing clinician's behavior
High-technology simulations	Procedural skills, teamwork, simulated clinical dilemmas	Formative and some summative assessment	Timing and setting may seem artificial, require suspension of disbelief, checklists may penalize examinees who use shortcuts, expensive	Tailored to educational goals, can be observed by faculty, often realistic and credible

## Multisource ("360-degree") assessments

Peer assessments	Professional demeanor, work habits, interpersonal behavior, teamwork	Formative feedback in courses and comprehensive medical school assessments, formative assessment for board recertification	Confidentiality, anonymity, and trainee buy-in essential	Ratings encompass habitual behaviors, credible source, correlates with future academic and clinical performance
Patient assessments	Ability to gain patients' trust; patient satisfaction, communication skills	Formative and summative, board recertification, use by insurers to determine bonuses	Provide global impressions rather than analysis of specific behaviors, ratings generally high with little variability	Credible source of assessment
Self-assessments	Knowledge, skills, attitudes, beliefs, behaviors	Formative	Do not accurately describe actual behavior unless training and feedback provided	Foster reflection and development of learning plans
Portfolios	All aspects of competence, especially appropriate for practice-based learning and improvement and systems-based practice	Formative and summative uses across curriculum and within clerkships and residency programs, used by some U.K. medical schools and specialty boards	Learner selects best case material, time-consuming to prepare and review	Display projects for review, foster reflection and development of learning plans

# Steps in designing and implementing an observation-based assessment

Preparation of blueprints

Determining the skills to be assessed

Determining the skills to be observed

Designing assessment forms

Deciding on the number and characteristics of evaluators

Justification and training of evaluators

Implementation & Requesting opinions from learners and assessors

# “Long clinical case” exam scoring form

نام و نام خانوادگی داوطلب:		تیمسال: <input type="checkbox"/> اول <input type="checkbox"/> دوم						
سال تحصیلی: <input type="checkbox"/> ۱ <input type="checkbox"/> ۲ <input type="checkbox"/> ۳ <input type="checkbox"/> ۴ و بالاتر		تاریخ ارزیابی:						
نام ارزیاب اول:		شماره مورد بالینی در ترم جاری: <input type="checkbox"/> ۱ <input type="checkbox"/> ۲ <input type="checkbox"/> ۳ <input type="checkbox"/> ۴						
سمت ارزیاب اول:		نام ارزیاب دوم:						
ایمیل ارزیاب اول:		سمت ارزیاب دوم:						
بیمارستان محل برگزاری آزمون:		ایمیل ارزیاب دوم:						
توصیف مورد بیماری:		جنس بیمار مرد <input type="checkbox"/> زن <input type="checkbox"/>						
سن بیمار:		نوع ارزیابی: تکوینی <input type="checkbox"/> رسمی <input type="checkbox"/>						
دشواری بیمار: کم <input type="checkbox"/> متوسط <input type="checkbox"/> زیاد <input type="checkbox"/>								
لطفا عملکرد داوطلب را با توجه به عملکرد مورد انتظار در سال آن تحصیلی نمره دهی کنید								
مشاهده نشد	۷	۶	۵	۴	۳	۲	۱	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	۱. مهارت معاینه
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	۲. مهارت مصاحبه
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	۳. یافته‌های بالینی و تفسیر
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	۴. طرح کوتاه مدت مدیریت بیمار
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	۵. تأثیر بیماری بر بیمار و خانواده
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	۶. طرح بلند مدت مدیریت بیمار
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	۷. عملکرد کلی
موارد مثبت عملکرد					موارد پیشنهادی برای ارتقای عملکرد			
کم ۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷	۸	۹ زیاد
کم ۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷	۸	۹ زیاد
امضای اولین ارزیاب								
امضای دومین ارزیاب								

# Scoring form in Objective Structured Long Examination Record(OSLER)

نام و نام خانوادگی داوطلب		شماره آزمون	تاریخ برگزاری
نام ارزیاب		نام ارزیاب همکار	
<p>برای تکمیل فرم به راهنمای تفصیلی نمره‌دهی مراجعه شود.</p> <p>لازم است ارزیابان برای عملکرد داوطلب در هر یک از سؤالات زیر قبل از بررسی با همکار خود نمره‌ای در نظر بگیرند و سپس نمره به توافق رسیده با همکار خود را ثبت کنند</p> <p>نمره قبولی ۵۰ است. لطفاً در مقیاس ۵ تایی (مانند ۸۰، ۷۵، ۷۰، ۶۵، ۶۰ و ...) نمره دهید. از اعداد مابین برای نمره استفاده نکنید.</p> <p>ارزیابان نباید در زمان قضاوت از دادن نمرات بالا یا پائین امتناع ورزند.</p>			
درجه بندی		نمره‌دهی	
p <sup>+</sup> = خیلی خوب/عالی		۶۰-۸۰+	
P = قبول/مرزی		۵۰-۵۵	
P <sup>-</sup> = رد		۳۵-۴۵	
ارائه شرح حال	نمره	نمره مورد توافق	
سرعت/وضوح			
مهارت‌های ارتباطی			
ارائه سیستماتیک			
جمع‌آوری اطلاعات صحیح			
معاینه بالینی			
سیستماتیک			
تکنیک			
جمع‌آوری یافته‌های صحیح			
اداره بیمار			
تشخیص مناسب			
مدیریت مناسب			
شم بالینی			
توصیه‌های بیشتر:			



# Grading plan in OSLER

۸۰	فوق العاده: ارائه صحیح و واضح شرح حال بیمار، نمایش علائم بالینی و سازمان دهی مدیریت بیماری. داوطلب واضحاً مهارت‌های ارتباطی و شم بالینی عالی دارد. (داوطلبان درجه ۱)	P <sup>+</sup>
۷۵	عالی: عملکرد عالی در ارائه مورد، مهارت‌های ارتباطی، تکنیک‌های معاینه و نشان دادن علائم بالینی بیمار به طور صحیح. داوطلب در برخی از معیارهای ارزیابی و نه همه آنها عملکرد فوق العاده دارد. (داوطلبان درجه ۱)	
۷۰	عالی در برخی جنبه‌ها: در برخی از جنبه‌های ارائه مورد، مهارت‌های ارتباطی، تکنیک‌های معاینه و نشان دادن علائم بالینی بیمار به طور صحیح عملکرد عالی دارد؛ همچنین مهارت‌های ارتباطی، تشخیص و سازمان دهی مدیریت بیماری و شم بالینی عملکرد عالی دارد. (داوطلبان درجه ۱)	
۶۵	بسیار خوب: در ارائه مورد همه جنبه‌های اصلی را پوشش می‌دهد؛ موارد کمی از حذف و اولویت‌بندی مناسب. در مهارت‌های ارتباطی و شم بالینی به طور وضوح بالاتر از حد متوسط است. (داوطلبان درجه ۲، طبقه ۱)	
۶۰	بسیار خوب در برخی جنبه‌ها: در برخی از جنبه‌های ارائه و مهارت‌های ارتباطی و نه همه جنبه‌ها عملکرد بسیار خوب دارد. هر چند، در اکثر جنبه‌ها عملکرد خوب با یک شم بالینی خوب شکل گرفته دارد. (داوطلبان درجه ۲، طبقه ۲)	
۵۵	خوب: در ارائه و مهارت‌های ارتباطی عملکرد خوبی دارد بدون آنکه مورد غیر طبیعی دیده شود. استانداردهای کافی را در مهارت‌های معاینه دارد. مشکل بیمار را تشخیص می‌دهد و چارچوب قابل قبولی برای درمان بیمار ارائه می‌دهد.	P
۵۰	متوسط: توانایی ارائه و مهارت‌های ارتباطی مناسب دارد. مهارت‌های معاینه، تشخیص، مدیریت بیمار و شم بالینی را در حد قابل قبول ارائه می‌دهد. داوطلب مرزی مطمئنی است که استانداردهای قبولی را دارد.	
۴۵	متوسط: در ارائه، مهارت‌های ارتباطی و نمایش علائم بالینی عملکرد ضعیفی دارد. در پیدا کردن مشکلات بیمار تلاش بدون ثمری دارد. ممکن است داوطلب در برخی جنبه‌ها عملکرد مناسبی داشته باشد ولی در مجموع استانداردهای قبولی را ندارد.	P <sup>-</sup>
۴۰	نمره ۴۰ استفاده نمی‌شود.	
۳۵	مردود: در ارائه، مهارت‌های ارتباطی و نمایش علائم بالینی عملکرد بسیار ضعیفی دارد. به طور وضوح، این داوطلب نیازمند دوره‌های آموزشی بیشتر است.	



# Feedback form from learners

ردیف	سؤالات	کاملاً موافقم	موافقم	تا حدودی موافقم	نه موافقم و نه مخالفم	تا حدودی مخالفم	مخالفم	کاملاً مخالفم
۱	به من فرصت داده شد تا دانش خود را در همه حیطه‌ها (مثل استدلال بالینی، تولید هیپوتز و تشخیص افتراقی) نشان دهم							
۲	سؤالات زیادی در مورد یک حیطه خاص از من پرسیده شد							
۳	به نظر می‌رسید ارزیابان با مشکل بیمار آشنا بودند							
۴	احساس کردم ارزیابان از استاندارد مورد نیاز در سطح آموزشی من آگاه هستند							
۵	آزمون در مجموع عادلانه بود							
۶	مواردی وجود داشت که علی‌رغم انتظار من پرسیده نشد							
۷	به نظر می‌رسید ارزیابان از آمادگی لازم به منظور برگزاری آزمون برخوردارند. (برای مثال می‌دانند چه می‌پرسند)							
۸	در مجموع عملکرد من در آزمون توانایی من را منعکس کرد. (برای مثال نمره‌ای را که مستحق آن هستم دریافت می‌کنم)							

# Feedback form from assessors

ردیف	سؤالات	كاملاً موافقم	موافقم	تا حدودى موافقم	نه موافقم و نه مخالفم	تا حدودى مخالفم	مخالفم	كاملاً مخالفم
۱	به دانشجویان فرصت داده شد تا دانش خود را در همه حیطه‌ها (مثل استدلال بالینی، تولید هیپوتز و تشخیص افتراقی) نشان دهند							
۲	سؤالات زیادی در مورد یک حیطه خاص پرسیده نشد							
۳	من با جزئیات شرح حال و معاینه بیمار آشنا بودم							
۴	من از استاندارد مورد نیاز در سطح آموزشی دانشجویان آگاهی داشتم							
۵	از قبل می‌دانستم چه سؤالاتی بپرسم							
۶	در انتها نتوانستم تمام مواردی که مد نظر داشتم را بپرسم							
۷	می‌توانستم در مورد رد یا قبولی دانشجو تصمیم بگیرم							
۸	فکر می‌کنم در مجموع قضاوت عادلانه‌ای داشتم							

# The importance of paying attention to the number of cases and stations for observation

مطالعه دوم: ۲۱۴ داوطلب		مطالعه اول: ۷۹ داوطلب			
OSCE	مورد بالینی کامل	مورد بالینی کامل	مورد بالینی کامل	تعداد موارد بالینی کامل	زمان
یک ارزیاب برای هر ایستگاه	یک ارزیاب برای هر مورد	دو ارزیاب برای هر مورد	یک ارزیاب برای هر مورد	تعداد موارد بالینی کامل (تعداد ایستگاه‌های OSCE)	(دقیقه)
۰/۲۱	۰/۳۴	۰/۱۴	۰/۳۶	۱ (۳)	±۲۰
۰/۳۴	۰/۵۰	۰/۵۸	۰/۵۳	۲ (۶)	±۴۰
۰/۴۴	۰/۶۰	۰/۶۸	۰/۶۳	۳ (۹)	±۶۰
۰/۵۷	۰/۷۲	۰/۷۸	۰/۷۴	۵ (۵۱)	±۱۰۰
۰/۶۱	۰/۷۵	۰/۸۱	۰/۷۷	۶ (۱۸)	±۱۲۰
۰/۶۵	۰/۷۸	۰/۸۳	۰/۸۰	۷ (۱۲)	±۱۴۰
۰/۶۸	۰/۸۰	۰/۸۵	۰/۸۲	۸ (۴۲)	±۱۶۰
۰/۷۰	۰/۸۲	۰/۸۶	۰/۸۳	۹ (۷۲)	±۱۸۰
۰/۷۲	۰/۴۸	۰/۸۷	۰/۸۵	۱۰ (۳۰)	±۲۰۰

# Tools for observing and evaluating only a part of a comprehensive encounter

Mini-Clinical Evaluation Exercise (Mini-CEX)

Professionalism mini-CEX (P-MEX)

Palliative Care Clinical Evaluation Exercise

# Mini-CEX form

نام ارزیاب:			تاریخ:			نام فراگیر:		
محیط:			سرپایی			سایر موارد		
بیمار:			جنس: زن / مرد			پیگیری		
پیچیدگی مشکل:			کم			زیاد		
هدف:			جمع آوری اطلاعات			درمان		
			تشخیص			مشاوره		
۱. مهارت شرح حال گیری ( <input type="checkbox"/> مشاهده نشده است )								
۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷	۸	۹
عدم رضایت			رضایت بخشی			عالی		
۲. مهارت معاینه فیزیکی ( <input type="checkbox"/> مشاهده نشده است )								
۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷	۸	۹
عدم رضایت			رضایت بخشی			عالی		
۳. تعهد حرفه‌ای / ویژگی‌های انسانی ( <input type="checkbox"/> مشاهده نشده است )								
۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷	۸	۹
عدم رضایت			رضایت بخشی			عالی		
۴. قضاوت بالینی ( <input type="checkbox"/> مشاهده نشده است )								
۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷	۸	۹
عدم رضایت			رضایت بخشی			عالی		
۵. مهارت‌های مشاوره ( <input type="checkbox"/> مشاهده نشده است )								
۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷	۸	۹
عدم رضایت			رضایت بخشی			عالی		
۶. کارآمدی سازمانی ( <input type="checkbox"/> مشاهده نشده است )								
۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷	۸	۹
عدم رضایت			رضایت بخشی			عالی		
۷. توانمندی بالینی کلی ( <input type="checkbox"/> مشاهده نشده است )								
۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷	۸	۹
عدم رضایت			رضایت بخشی			عالی		
مدت زمان آزمون:			زمان مشاهده ..... دقیقه			ارائه بازخورد ..... دقیقه		
رضایت ارزیاب از اجرای تمرین:			کم ۱ ۲ ۳ ۴ ۵ ۶ ۷ ۸ ۹ زیاد			رضایت فراگیر از اجرای تمرین:		
کم ۱ ۲ ۳ ۴ ۵ ۶ ۷ ۸ ۹ زیاد								
پیشنهادات:								

# Mini-CEX form

لطفاً با گذاشتن علامت ضربدر مقابل سؤالات فرم را کامل کنید: <input checked="" type="checkbox"/>										لطفاً از قلم مشکی برای تکمیل فرم استفاده کنید.									
نام خانوادگی داوطلب										نام داوطلب									
شماره GMC (دانشجویی)										ثبت شماره GMC الزامی است									
محیط بالینی		مشکل بالینی		تنفسی		گردش خون		گوارشی		پستری		پذیرش اورژانس		پذیرش جراحی					
بیمار جدید یا پیگیری		تعداد دفعات ویزیت قبلی بیمار توسط فراگیر		پیگیری		تمرکز مواجهه		شرح حال		تشخیص		مدیریت		توضیح					
۰ تا ۱		۱ تا ۴		۵ تا ۱۰		کم		متوسط		زیاد		دیگر موارد							
موقعیت ارزیاب										تعداد دفعات انجام mini-CEX توسط ارزیاب با هر فراگیری									
لطفاً حیطه‌های زیر را با استفاده از نمره‌دهی مقابل نمره‌گذاری کنید										مورد دیگر									
۱. مهارت مصاحبه										۲. مهارت معاینه									
۳. مهارت ارتباطی										۴. قضاوت بالینی									
۵. تعهد حرفه‌ای										۶. سازمان‌دهی									
۷. مراقبت از بیمار در کل										۸. بدون نمره: لطفاً این مورد را در صورتی علامت بزنید که مهارت مورد نظر مشاهده نشده است و در نتیجه قادر به نمره‌گذاری نیستید.									
موارد مثبت عملکرد										موارد پیشنهادی برای ارتقای عملکرد									
اقدامات مورد توافق:										اینها در مورد این روش تاکنون آموزش دیده‌اند؟									
امضای ارزیاب										تاریخ									
نام خانوادگی ارزیاب										شماره پرسنلی ارزیاب									

# Evaluation criteria in DOPS

Understanding the indications, anatomy and method of performing the procedure

Obtaining informed consent

Making preparations before the procedure

Use of safe sedatives and anesthetics

Technical ability

# Evaluation criteria in DOPS

Disinfection technique

Ask for help if needed

Management after the procedure

Communication skills

Attention to the patient/professionalism

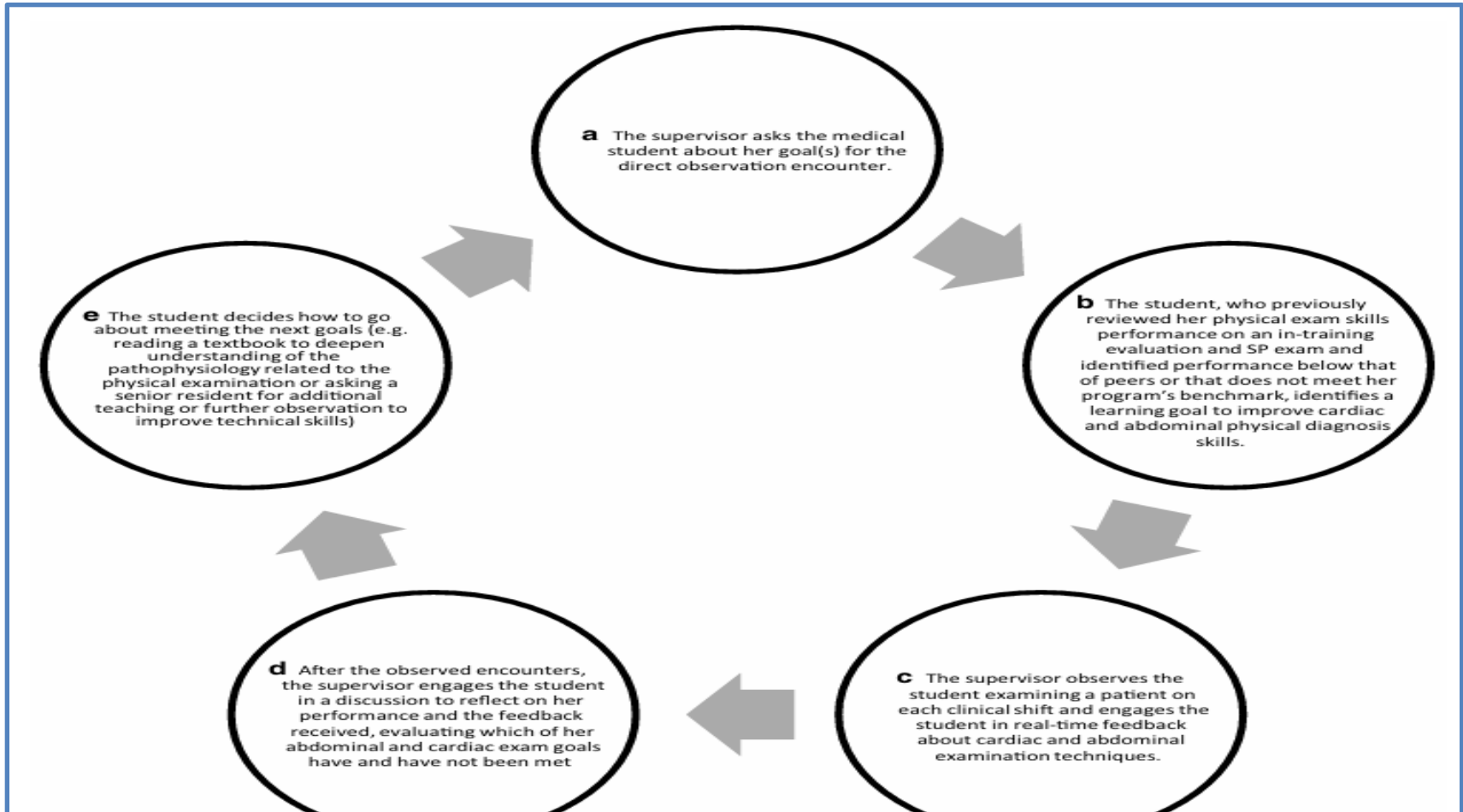




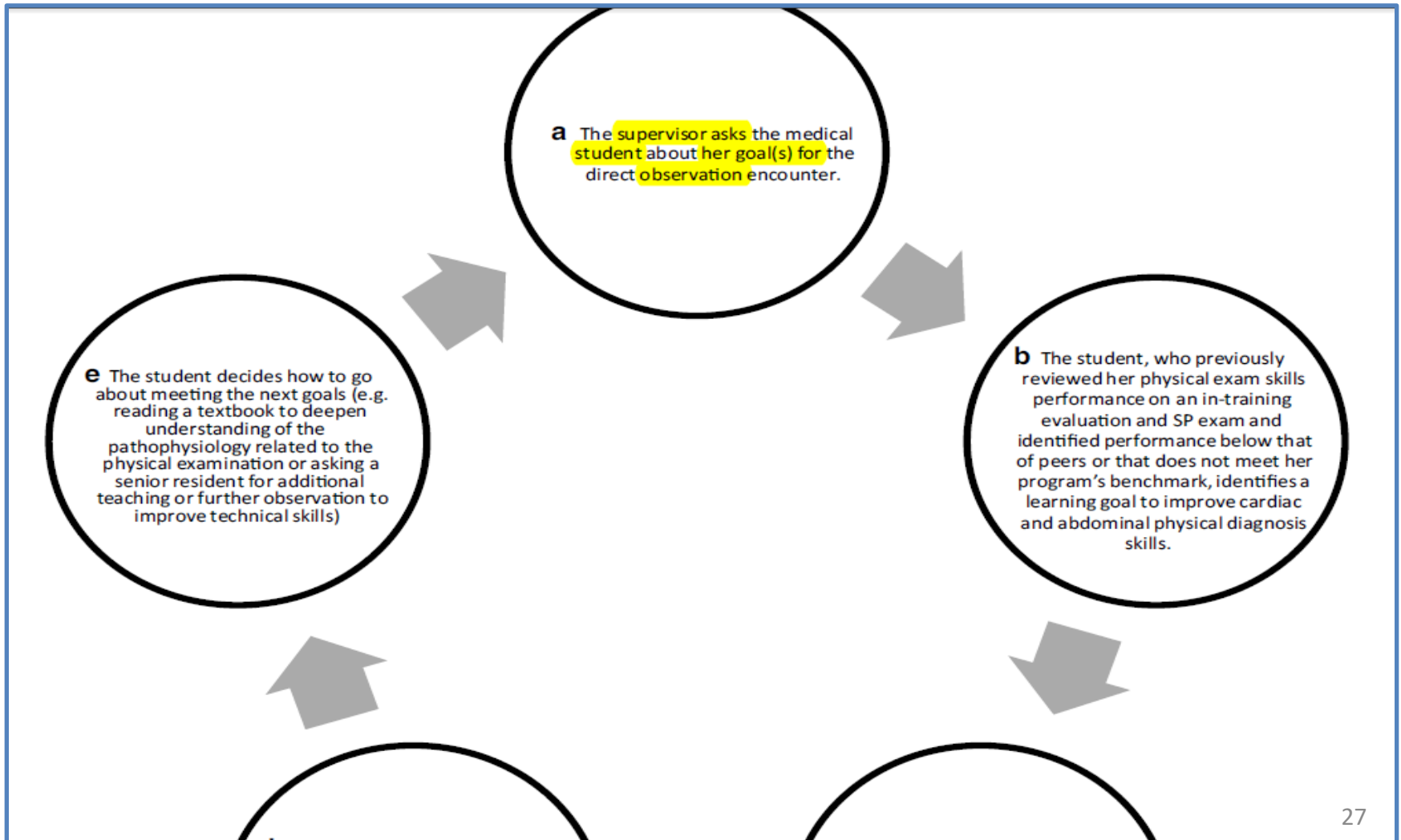
# DOPS form

Direct Observation of Procedural Skill (DOPS)- F1 Version														
لطفاً یا گذاشتن علامت ضربدر مقابل سوالات فرم را کامل کنید: <input checked="" type="checkbox"/> لطفاً از قلم مشکی برای تکمیل فرم استفاده کنید.														
نام خانوادگی داوطلب										نام داوطلب				
شماره GMC (دانشجویی)										شماره GMC الزامی است				
<input type="checkbox"/> در سالنگاه <input type="checkbox"/> بستری <input type="checkbox"/> پذیرش اورژانس <input type="checkbox"/> پذیرش جراحی														
شماره پروسیجر										موقعیت ارزیاب				
DOPS توسط ارزیاب با هر فراگیر										موارد دیگر				
تعداد دفعات انجام پروسیجر										موارد دیگر				
توسط فراگیر										موارد دیگر				
لطفاً حیطه‌های زیر را با استفاده از نمره دهی مقابل نمره دهی کنید										موارد دیگر				
۱. درک موارد اندیکاسیون، آناتومی و روش انجام پروسیجر										موارد دیگر				
۲. کسب رضایت آگاهانه										موارد دیگر				
۳. انجام آمادگی‌های قبل از انجام پروسیجر										موارد دیگر				
۴. استفاده از مواد آرام‌بخش و بی‌حس‌کننده ایمن										موارد دیگر				
۵. توانایی فنی و تکنیکی										موارد دیگر				
۶. تکنیک ضدعفونی										موارد دیگر				
۷. درخواست کمک در صورت نیاز										موارد دیگر				
۸. مدیریت بعد از انجام پروسیجر										موارد دیگر				
۹. مهارت‌های ارتباطی										موارد دیگر				
۱۰. توجه به بیمار / حرفه‌ای گری										موارد دیگر				
۱۱. توانایی کلی در انجام پروسیجر										موارد دیگر				
بدون نمره: لطفاً این مورد را در صورتی علامت بزنید که مهارت مورد نظر مشاهده نشده است و در نتیجه قادر به نمره دهی نیستید.										موارد پیشنهادی برای ارتقای عملکرد				
اقدامات مورد توافق:										موارد مثبت عملکرد				
آیا در مورد این روش تاکنون آموزش دیده‌اید؟										چهار به چهار				
مطالعه دستورالعمل‌ها										ایستراتژی CD				
تاریخ										زمان مشاهده (دقیقه)				
زمان بازخورد (دقیقه)										زمان مشاهده (دقیقه)				
نام خانوادگی ارزیاب										شماره پرسنلی ارزیاب				

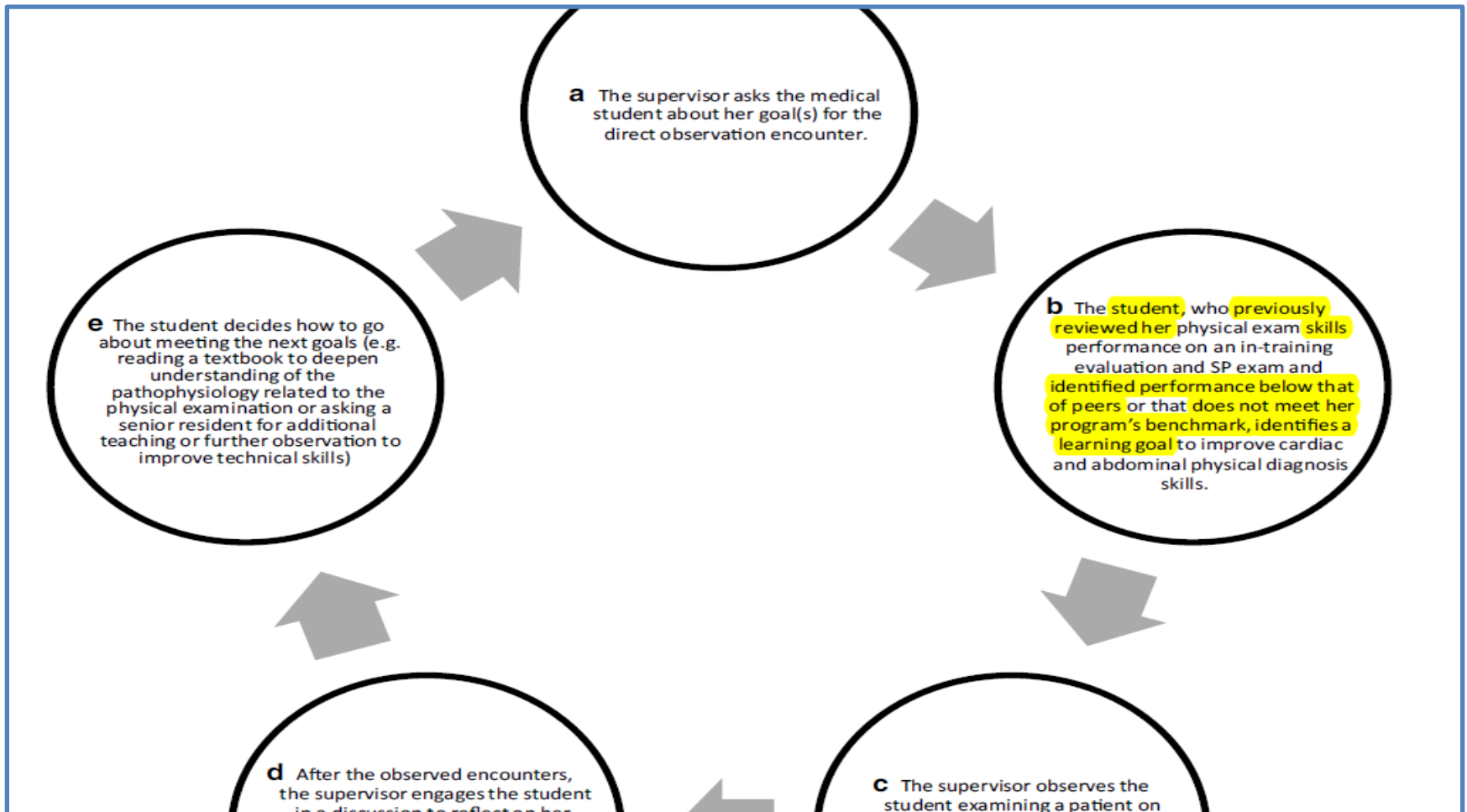
# An example of using self-regulated learning in the context of direct observation



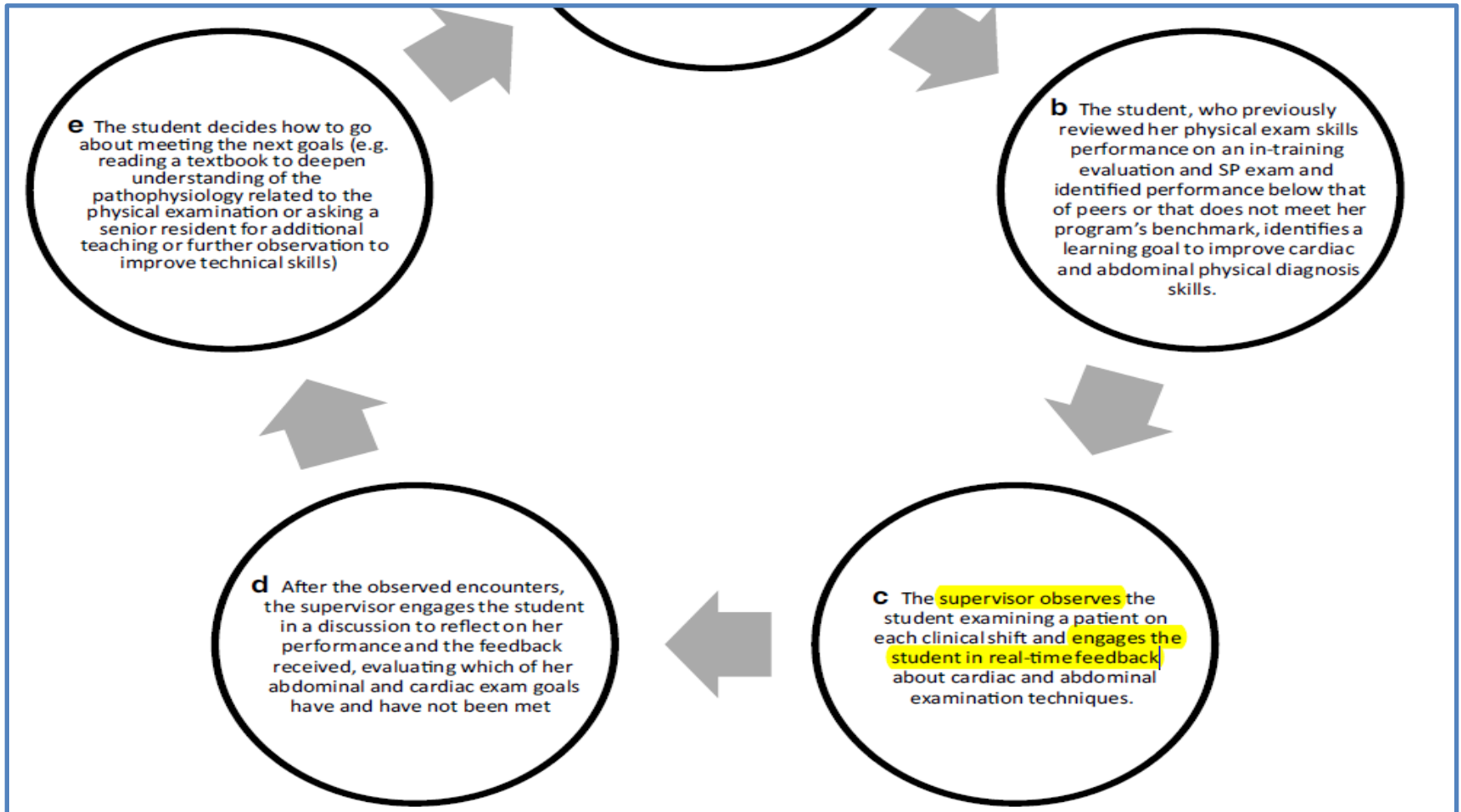
# Using self-regulated learning in the context of direct observation: a



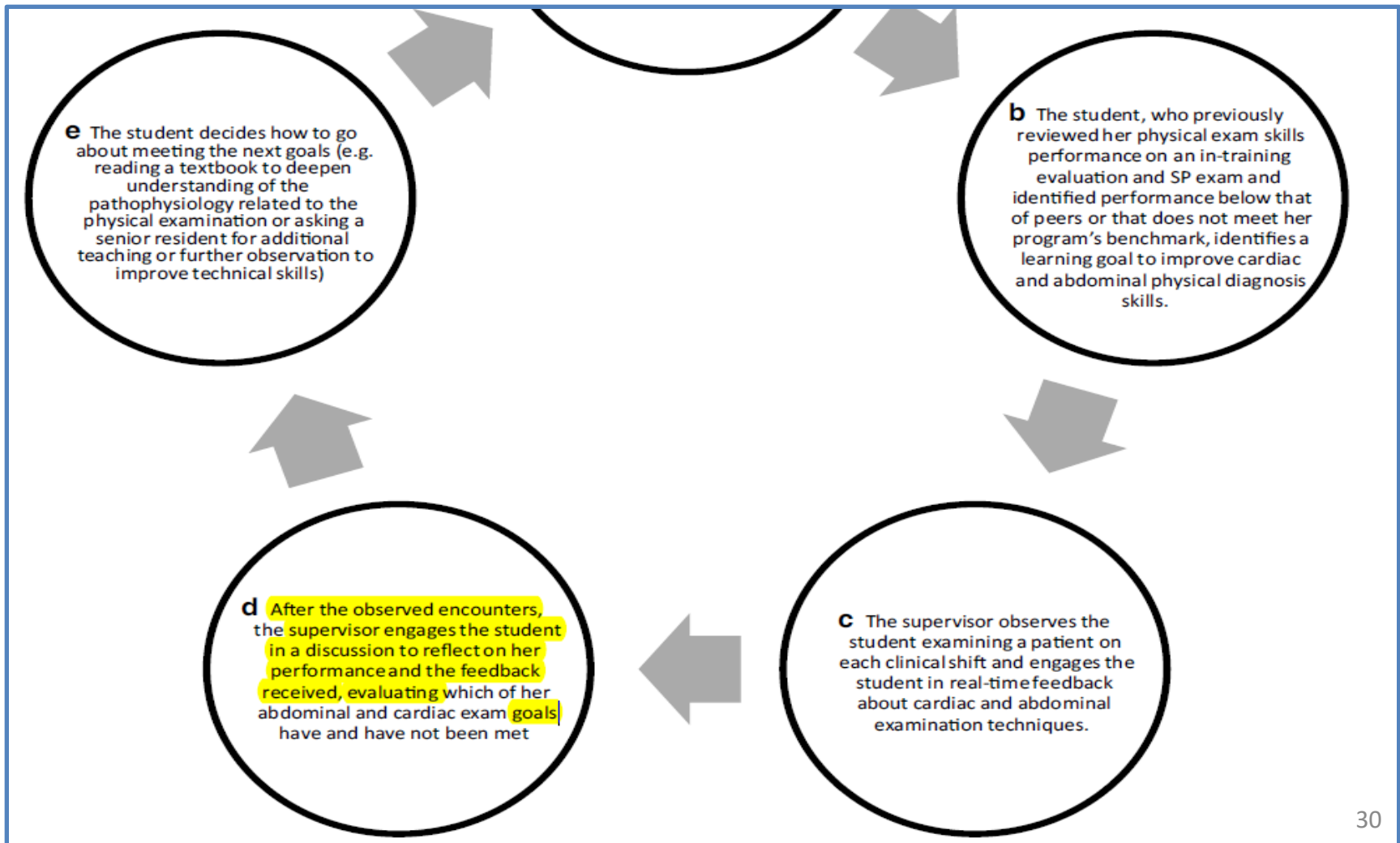
# Using self-regulated learning in the context of direct observation: b



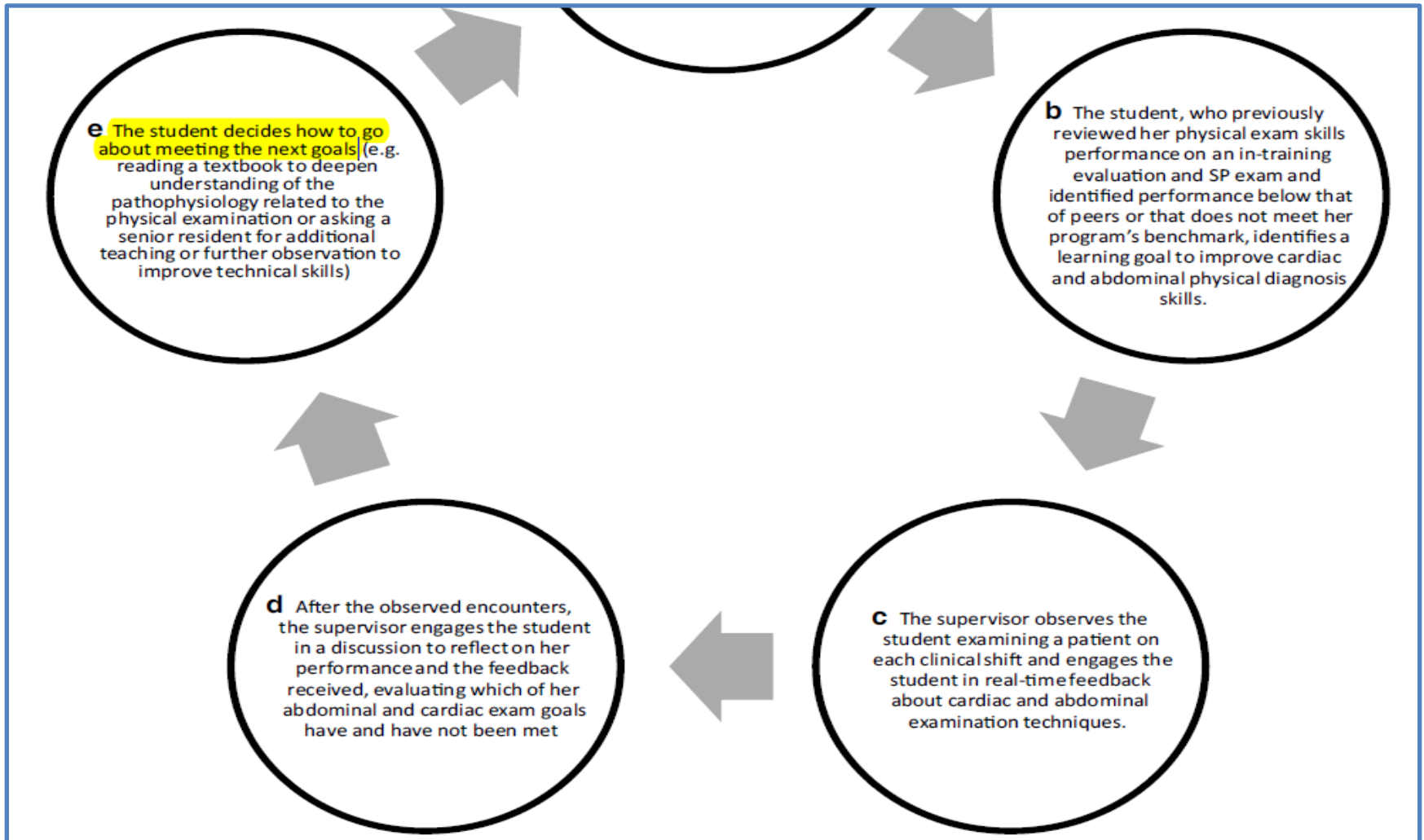
# Using self-regulated learning in the context of direct observation: c



# Using self-regulated learning in the context of direct observation: d



# Using self-regulated learning in the context of direct observation: e



# Guidelines for direct observation of clinical skills for individual clinical supervisors

		Strength of recommendation
<b>Do's</b>		
1.	Do observe authentic clinical work in actual clinical encounters	Strong
2.	Do prepare the learner prior to observation by discussing goals and setting expectations including the consequences and outcomes of the assessment	Strong
3.	Do cultivate learners' skills in self-regulated learning	Moderate
4.	Do assess important clinical skills via direct observation rather than using proxy information	Strong
5.	Do observe without interrupting the encounter	Tentative
6.	Do recognize that cognitive bias, impression formation and implicit bias can influence inferences drawn during observation	Strong
7.	Do provide feedback after observation focusing on observable behaviours	Strong
8.	Do observe longitudinally to facilitate learners' integration of feedback	Moderate
9.	Do recognize that many learners resist direct observation and be prepared with strategies to try to overcome their hesitation	Strong
<b>Don'ts</b>		
10.	Don't limit feedback to quantitative ratings	Moderate
11.	Don't give feedback in front of the patient without seeking permission from and preparing both the learner and the patient	Tentative
<b>Don't Knows</b>		
12.	What is the impact of cognitive load during direct observation and what are approaches to mitigate it?	
13.	What is the optimal duration for direct observation of different clinical skills?	



# Guidelines for direct observation of clinical skills for educators/educational leaders

		Strength of recommendation
<b>Do's</b>		
14.	Do select observers based on their relevant clinical skills and expertise	Strong
15.	Do use an assessment tool with existing validity evidence, when possible, rather than creating a new tool for direct observation	Strong
16.	Do train observers how to conduct direct observation, adopt a shared mental model and common standards for assessment, and provide feedback	Moderate
17.	Do ensure direct observation that aligns with program objectives and competencies (e. g. milestones)	Tentative
18.	Do establish a culture that invites learners to practice authentically and welcome feedback	Moderate
19.	Do pay attention to system factors that enable or inhibit direct observation	Moderate
<b>Don'ts</b>		
20.	Don't assume that selecting the right tool for direct observation obviates the need for rater training	Moderate
21.	Don't put the responsibility solely on the learner to ask for direct observation	Moderate
22.	Don't underestimate faculty tension between being both a teacher and assessor	Tentative
23.	Don't make all direct observations high-stakes; this will interfere with the learning culture around direct observation	Moderate
24.	When using direct observation for high-stakes summative decisions, don't base decisions on too few direct observations by too few raters over too short a time and don't rely on direct observation data alone	Strong

# Guidelines for direct observation of clinical skills for educators/educational leaders

## Don't Knows

25. How do programs motivate learners to ask to be observed without undermining learners' values of independence and efficiency?
26. How can specialties expand the focus of direct observation to important aspects of clinical practice valued by patients?
27. How can programs change a high-stakes, infrequent direct observation assessment culture to a low-stakes, formative, learner-centred culture?
28. What, if any, benefits are there to developing a small number of core faculty as 'master educators' who conduct direct observations?
29. Are entrustment-based scales the best available approach to achieve construct aligned scales, particularly for non-procedurally based specialties?
30. What are the best approaches to use technology to enable 'on the fly' recording of observational data?
31. What are the best faculty development approaches and implementation strategies to improve observation quality and learner feedback?
32. How should direct observation and feedback by patients or other members of the health care team be incorporated into direct observation approaches?
33. Does direct observation influence learner and patient outcomes?

# Summary

- The focus of observation-based assessment
- Different observation scoring forms
- Steps in designing and implementing an observation-based assessment
- Evaluation criteria in DOPS
- Steps of self-regulated learning in the context of direct observation
- Guidelines for direct observation of clinical/procedural skills

# References

1. Kogan JR, Hatala R, Hauer KE, Holmboe E. **Guidelines: The do's, don'ts and don't knows of direct observation of clinical skills in medical education.** Perspectives on medical education. 2017;6:286-305.
2. Epstein RM. **Assessment in medical education.** New England journal of medicine. 2007 ;356(4):387-96.
3. Dent J, Harden RM, Hunt D. **A practical guide for medical teachers,** e-book. Elsevier health sciences; 2021.
4. Google images

Really appreciate your attention.

