

УДК 616-053.2:614.254

**О.Б. Синоверська, О.Л. Цимбаліста, Я.В. Семкович,
Н.М. Фоменко, З.В. Вовк, Т.Г. Березна, В.Б. Сем'янчук, О.С. Бобрикович**

Ефективність об'єктивного структурованого клінічного іспиту у післядипломній підготовці лікарів-інтернів за спеціальністю «Педіатрія»

Івано-Франківський національний медичний університет, Україна

SOVREMENNAYA PEDIATRIYA.2019.1(97):46-48; doi 10.15574/SP.2019.97.46

Традиційне клінічне обстеження, що складається із заплутаних об'ємних випадків (long cases), коротких клінічних сценаріїв, «живе» спілкування із пацієнтом має позитивні сторони, але, на жаль, суттєво обмежене щодо прогнозування надійності та об'єктивності. Поява структурованих тестів дозволила подолати такі обмеження. Об'єктивний структурований клінічний іспит (ОСКІ) був створений для підвищення достовірності оцінки результативності у додипломній та в післядипломній клінічній освіті. У 2018 р. співробітниками кафедри дитячих хвороб післядипломної освіти вперше проведено варіант всебічного контролю знань та умінь лікарів-інтернів 2-го року навчання на етапі заключної атестації за методологією ОСКІ. У відсотковому еквіваленті результативність іспиту виглядала наступним чином: «відмінно» — 10,5%, «добре» — 50,1, «задовільно» — 26,3%, «незадовільно» — 13,1%. Лікарі-інтерни, які склали ОСКІ незадовільно, мали можливість перездати іспит на наступний день (завдання були змінені, проте наближені за складністю до попередніх). Проведення екзамену ОСКІ — вимога сучасної медичної освіти. Більш широка вибірка компетенцій та використання структурованих маркувальних аркушів сприяють підвищенню надійності та обґрунтованості змісту, а отже неупередженості та об'єктивності іспиту.

Ключові слова: об'єктивний структурований клінічний іспит, педіатрія, лікар-інтерн.

The efficiency of objective structured clinical examination in the post-graduate preparation of internship doctors specializing in pediatrics

O.B. Synoverska, O.L. Tsybalista, Y.V. Semkovych, N.M. Fomenko, Z.V. Vovk, T.G. Berezna, V.B. Semianchuk, O.S. Bobrykovych

Ivano-Frankivsk National Medical University, Ukraine

Although the traditional clinical examination which consists of complicated extensive cases (long cases), short clinical scenarios and face-to-face contact with the patient has positive aspects, it is substantially limited in terms of predicting reliability and objectivity. The introduction of the structured tests allowed to overcome such limitations. Objective Structured Clinical Examination (OSCE) was created to increase credibility and accuracy of performance evaluation in pre-graduate and post-graduate clinical education. In 2018 the staff of the Department of Children's Diseases of Post-Graduate Education for the first time conducted an overall assessment of the knowledge and skills of the internship doctors in the 2nd year of training at the final certification stage by means of OSCE methodology. The results of the exam in percent composition are as follows: excellent — 10.5%, good — 50.1%, satisfactory — 26.3%, unsatisfactory — 13.1%. The postgraduate students whose OSCE result was unsatisfactory had the opportunity to retake the exam the next day (the tasks have been changed, however the level of difficulty was similar to the previous ones). OSCE examination is the requirement the contemporary medical education. A more extensive selection of competencies and the use of structured marking sheets contribute to increasing of the reliability and sufficiency of the content, and thus the impartiality and objectivity of the exam.

Key words: objective structured clinical examination, pediatrics, internship doctor.

Эффективность объективного структурированного клинического экзамена в последипломной подготовке врачей-интернов по специальности «Педиатрия»

О.Б. Синоверська, О.Л. Цимбаліста, Я.В. Семкович, Н.М. Фоменко, З.В. Вовк, Т.Г. Березна, В.Б. Сем'янчук, О.С. Бобрикович

Івано-Франківський національний медичний університет, Україна

Традиционное клиническое обследование, которое состоит из запутанных объемных случаев (long cases), коротких клинических сценариев, «живого» общения с пациентом имеет положительные стороны, но, к сожалению, существенно ограничено по прогнозированию надежности и объективности. Появление структурированных тестов позволило преодолеть такие ограничения. Объективный структурированный клинический экзамен (ОСКЭ) был создан для повышения достоверности оценки результативности в додипломном и в последипломном клиническом образовании. В 2018 году сотрудниками кафедры детских болезней последипломного образования впервые проведен вариант всестороннего контроля знаний и навыков врачей-интернов второго года обучения на этапе заключительной аттестации по методологии ОСКЭ. В процентном эквиваленте результативность экзамена выглядела следующим образом: «отлично» — 10,5%, «хорошо» — 50,1, «удовлетворительно» — 26,3%, «неудовлетворительно» — 13,1%. Врачи-интерны, которые сдали ОСКЭ неудовлетворительно, имели возможность пересдать экзамен на следующий день (задачи были изменены, однако приближены по сложности к предыдущим). Проведение экзамена ОСКЭ — требование современного медицинского образования. Более широкая выборка компетенций и использование структурированных маркировочных листов способствуют повышению надежности и обоснованности содержания, а, следовательно, и объективности экзамена.

Ключевые слова: объективный структурированный клинический экзамен, педиатрия, врач-интерн.

Вступ

Традиційне клінічне обстеження, що складається із заплутаних об'ємних випадків (long cases), коротких клінічних сценаріїв, «живе» спілкування із пацієнтом має позитивні сторони, але, на жаль, суттєво обмежене щодо прогнозування надійності та об'єктивності. Поява структурованих тестів дозволила подолати такі обмеження. Найпопулярніша форма цих тестів — об'єктивний структурований клі-

нічний іспит — ОСКІ (Objective Structured Clinical Examination — OSCE) [8,10].

Об'єктивний структурований клінічний іспит вперше описаний Гарденом у 1975 р. як альтернатива існуючим методам оцінки клінічної ефективності [7]. Він був створений для підвищення достовірності оцінки результативності, яка раніше оцінювалася за допомогою тривалих і коротких обстежень. З того часу

використання ОСКІ поширилося як у додипломній, так і в післядипломній клінічній освіті. Запровадження ОСКІ в існуючу програму оцінювання є складним процесом, який потребує значного обсягу теоретичних і практичних знань. Найбільш популярним даний іспит є у Великобританії [6]. Вважають, що саме у Великобританії безперервно розробляється, впроваджується та удосконалюється система оцінювання знань, а особливо вмінь лікарів-анестезіологів [9]. В Україні впровадження ОСКІ у навчальний процес відбулось після 2010 року [1]. Так, на кафедрі анестезіології та інтенсивної терапії Національної академії післядипломної освіти імені П.Л. Шупика лікарям-інтернам регулярно проводиться ОСКІ як ключова складова в структурі первинного іспиту дворічної інтернатури з анестезіології [3–5].

Метою роботи було розробити, впровадити та оцінити ефективність і доцільність ОСКІ як складової державної атестації лікарів-інтернів за спеціальністю «Педіатрія».

Матеріал і методи дослідження

У 2018 р. співробітниками кафедри дитячих хвороб факультету післядипломної освіти навчально-наукового інституту післядипломної освіти Івано-Франківського національного медичного університету (ПО ІФНМУ) вперше проведено варіант всебічного контролю знань та умінь лікарів-інтернів на етапі заключної атестації. Лікарям-інтернам другого року навчання був підготовлений і проведений пробний варіант об'єктивного структурованого іспиту за методологією ОСКІ.

Результати дослідження та їх обговорення

Для проведення спрощеного ОСКІ було організовано чотири практичні станції (комунікація, практичні навички 1, практичні навички 2, вакцинація у дітей). Підготовка чотирьох клінічних і теоретичних станцій полягала в написанні клінічних задач та сценаріїв, запитань, а також еталонів правильних відповідей на спеціальних екзаменаційних листках.

Кожній станції відповідав банк екзаменаційних питань та клінічних сценаріїв (не менше 10 варіантів), щоб унеможливити витік інформації між лікарями-інтернами. Протягом трьох тижнів лікарі-інтерни проходили теоретично-практичну підготовку та відпрацьовували симуляційні тренінги на манекенах. Викладачами кафедри проводились консультації, під час яких надавались вичерпні відповіді щодо

технічних моментів проведення іспиту, орієнтовних алгоритмів вирішення задач та клінічних сценаріїв.

Перед іспитом інтернам було повідомлено про заборону користування мобільними телефонами та гаджетами, інакше вони не допускалися до іспиту.

За 15 хвилин до іспиту лікарі-інтерни згідно із списком пройшли в зал очікування. За сигналому (дзвінок) розпочався іспит. Перший лікар-інтерн пройшов до станції №1. На виконання завдань йому надавалося 5 хвилин, після закінчення яких лунав дзвінок. При цьому лікар-інтерн повинен був закінчити виконання задачі та покинути екзаменаційну кімнату, прослідуювши до кімнати №2. У такому хронометричному порядку кожен лікар проходив усі станції без затримок.

Під час іспиту лікарів-інтернів екзаменували по два викладачі на кожній із станцій за завчасно підготовленими запитаннями та еталонами правильних відповідей. Номер екзаменаційного білету по кожній із станцій обирався безпосередньо перед іспитом для унеможливлення витоку інформації. Якщо б під час іспиту було помічено витік інформації, одразу ж відбулась би зміна білетів по кожній станції.

Закінчивши роботу на всіх станціях, лікар-інтерн виходив з території кафедри через запасний вихід для унеможливлення контакту з іншими лікарями та передачі інформації.

Після закінчення іспиту з кожної станції вилучались екзаменаційні відомості (алгоритми відповідей, check-list) і консиллярно опрацьовувались.

У Великобританії успішним результатом здачі ОСКІ вважається 70% і більше вірних відповідей. Враховуючи відсутність спеціальної підготовки у лікарів-інтернів та пілотний варіант проекту, нами як заліковий позитивний варіант вважалися 60% правильних відповідей.

У цілому іспит пройшов успішно і за графіком. На початку екзамену мало місце незначне порушення таймінгу, яке швидко було ліквідоване. Атмосфера під час іспиту була робочою, більшість інтернів відмітили позитивний заряд та «екстрим», який дозволив мобілізувати знання та успішно завершити іспит.

У відсотковому еквіваленті результативність іспиту виглядала наступним чином: відмінно — 10,5%, добре — 50,1%, задовільно — 26,3%, незадовільно — 13,1%. Лікарі-інтерни, які склали ОСКІ незадовільно, мали можли-

вість перездати іспит на наступний день (завдання були змінені, проте наближені за складністю до попередніх).

За результатами проведення пілотного проєкту ОСКІ на кафедрі дитячих хвороб ПО ІФНМУ для оптимізації проведення екзамену на етапі підготовки було вирішено: сформувати екзаменаційні буклети за спеціальностями з достатньою базою даних; підготовку до іспиту розпочинати на першому році навчання інтернів; більше уваги приділяти тренінгу навичок комунікації і роботі в команді; проводити постійні тренінги на манекенах та в симуляційних класах.

Висновки

Чому ОСКІ? Порівняно з традиційними варіантами клінічного обстеження ОСКІ має багато переваг. По-перше, ОСКІ є більш надійним та неупередженим, ніж традиційний підхід. Пріоритетом іспиту є стандартизація завдань, які виконуються студентом/інтерном. Даний аспект найбільш імпонує екзаменованим, оскільки повністю нівелює факт «нещасливого

білету». По-друге, більш широка вибірка компетенцій та використання структурованих маркувальних аркушів сприяють підвищенню надійності та обґрунтованості змісту. Проте ОСКІ також має свої обмеження. Вважають, що він повинен бути елементом загального іспиту для зростання об'єктивності компетенції екзаменатора [2].

Усупереч поширеній думці, ОСКІ не є методом оцінки як такої. Швидше за все, це певна організаційна структура, в яку можуть бути включені різні методи випробувань та оцінювань. ОСКІ складається із серії станцій, крізь які проходять студенти/інтерни. На кожній станції виконується чітко визначене завдання, яке оцінюється згідно установленого алгоритму відповідей. Критерії, за якими оцінюються результати, ретельно визначаються перед проведенням експертизи. Наявність алгоритмів питань та відповідей, чіткі клінічні та теоретичні «кейси» мінімізують суб'єктивний вплив екзаменатора на процес оцінювання студента. Проведення іспиту ОСКІ — вимога медичного навчання сьогодення.

ЛІТЕРАТУРА

1. Клигуненко ОМ, Єхалов ВВ, Седінкін ВА, Халимончик ВВ. (2016). Впровадження об'єктивного структурованого клінічного іспиту для проміжної атестації лікарів-інтернів I року навчання за фахом «Анестезіологія та інтенсивна терапія». Південноукраїнський медичний науковий журнал. 14(14):54—57.
2. Оюунгоо Б, Цэрэндагва Д, Солонго Б и др. (2010). Формативная оценка клинических навыков студентов в OSCE. Сибирский медицинский журнал. 98;7:12—13.
3. Пилипенко ММ, Рибінкіна І, Шлапак ІП. (2015). Структурований клінічний іспит з анестезіології у Великій Британії: досвід впровадження в Україні. Медицина неотложных состояний. 1:178—184.
4. Пилипенко ММ, Рибінкіна І, Шлапак ІП. (2014). Перший досвід впровадження Британського варіанту екзамену за системою OSCE наприкінці дворічної інтернатури. Біль, знеболення та інтенсивна терапія. 3:5—14.
5. Шпонька ІС, Снісарь ВІ, Клигуненко ОМ та ін. (2018). Трирічний досвід впровадження іспиту OSCE для проміжної атестації лікарів-інтернів за спеціальністю «анестезіологія та інтенсивна терапія». Медицина неотложных состояний. 6:178—184.
6. Kilminster S, Roberts T. (2004). Standard setting for OSCEs: trial of borderline approach. Adv. Health Sci. Educ. Theory Pract. 9(3):201—209.
7. Pell G, Fuller R, Horner M, Roberts T. (2010). How to measure the quality of the OSCE: A review of metrics — AMEE guide no. 49. Med Teach. 32:802—11.
8. Reiter HJ, Rosenfeld J, Nandagopal K et al. (2004). Do clinical clerks provide candidates with adequate formative assessment during Objective Structured Clinical Examinations? Adv Health Sci Educ Theory Pract. 9(3):189—199.
9. Royal College of Anaesthetist. <http://www.rcoa.ac.uk/examination>
10. Royal College of Anaesthetists. (2010). CCT in Anaesthetics: Competency Based Basic Level (ST years 1 and 2) Training and Assessment. AMEE guide no. 25. Med Teach. 30:701—13.

Сведения об авторах:

Синоверская Ольга Богдановна — д.мед.н., проф., зав. каф. детских болезней ФПО учебно-научного института последипломного образования Ивано-Франковского НМУ. Адрес: г. Ивано-Франковск, ул. Галицкая, 2.
Цимбалиста Ольга Леонтьевна — д.мед.н., проф., каф. детских болезней ФПО учебно-научного института последипломного образования Ивано-Франковского НМУ. Адрес: г. Ивано-Франковск, ул. Галицкая, 2.
Фоменко Надежда Николаевна — к.мед.н., доц. каф. детских болезней ФПО учебно-научного института последипломного образования Ивано-Франковского НМУ. Адрес: г. Ивано-Франковск, ул. Галицкая, 2.
Семкович Ярослав Васильевич — к.мед.н., доц. каф. детских болезней ФПО учебно-научного института последипломного образования Ивано-Франковского НМУ. Адрес: г. Ивано-Франковск, ул. Галицкая, 2.
Бовк Зоряна Васильевна — к.мед.н., доц. каф. детских болезней ФПО учебно-научного института последипломного образования Ивано-Франковского НМУ. Адрес: г. Ивано-Франковск, ул. Галицкая, 2.
Березна Тамара Григорьевна — к.мед.н., доц. каф. детских болезней ФПО учебно-научного института последипломного образования Ивано-Франковского НМУ. Адрес: г. Ивано-Франковск, ул. Галицкая, 2.
Семьяничук Вера Богдановна — к.мед.н., доц. каф. детских болезней ФПО учебно-научного института последипломного образования Ивано-Франковского НМУ. Адрес: г. Ивано-Франковск, ул. Галицкая, 2.
Бобрикович Ольга Сергеевна — к.мед.н., доц. каф. детских болезней ФПО учебно-научного института последипломного образования Ивано-Франковского НМУ. Адрес: г. Ивано-Франковск, ул. Галицкая, 2.

Статья поступила в редакцию 30.09.2018 г.; принята в печать 29.01.2019 г.