

УДК 378.147.88:377.4:617

МЕТОДИКА ОЦІНКИ ОВОЛОДІННЯ ПРАКТИЧНИМИ НАВИЧКАМИ ІНТЕРНАМИ-ХІРУРГАМИ НА КАФЕДРІ ХІРУРГІЇ ПІСЛЯДИПЛОМНОЇ ОСВІТИ

К. Г. Поляцко

ДВНЗ “Тернопільський державний медичний університет імені І. Я. Горбачевського МОЗ України”

METHODS OF ASSESSING MASTERY OF PRACTICAL SKILLS INTERNS SURGEONS AT THE DEPARTMENT OF SURGERY POSTGRADUATE EDUCATION

К. Н. Polyatsko

SHEI “Ternopil State Medical University by I. Ya. Horbachevsky of MPH of Ukraine”

Впроваджено оцінку оволодіння практичними навичками хірургами-інтернами за п’ятибальною рейтинговою шкалою Лайкерта. Об’єктивна структурована оцінка практичних навичок дозволяє кураторам і інтернам у кожному конкретному випадку виявити “слабкі місця”, що забезпечує зворотний зв’язок у навчальному процесі і підвищення його ефективності.

Introduced assessing mastery of practical skills interns surgeons on a Likert rating scale. Objective structured assessment of practical skills allows curators and interns in each case identify “weak points” that provides feedback on the learning process and improve its efficiency.

Вступ. Удосконалення засвоєння практичних навичок і методик студентами та лікарями-інтернами – важлива складова кадрової перебудови первинної ланки медичної допомоги населенню України [1]. В навчанні сучасного хірурга необхідно поєднати знання, оволодіння практичними навичками (ПН), уміння прийняття правильних рішень, уміння спілкування з пацієнтом та формування лідерських якостей. Серед них “рукоділля” є одним з найважливіших для хірурга-інтерна. Оцінка оволодіння ПН лікарями-інтернами в процесі навчання покладена на куратора і має суб’єктивний і недостовірний характер, а також позбавлена об’єктивізації та зворотного зв’язку.

Мета роботи: впровадити об’єктивну структуровану оцінку практичних навичок у процесі навчання інтернів-хірургів і оцінити її ефективність.

Основна частина. Серед методів вивчення оволодіння ПН інтернами-хірургами найбільш часто застосовуються такі [2, 4]:

- перегляд і оцінка записів в операційних журналах;
- екзамени;
- безпосереднє спостереження за роботою в операційній з об’єктивною структурованою оцінкою практичних навичок;

– безпосереднє спостереження за роботою у віварії з об’єктивною структурованою оцінкою практичних навичок;

– оцінка відеозаписів роботи в операційній.

Очевидно, що перші два методи оцінки мають погану валідність та надійність, а робота у віварії і постійний відеозапис операцій, незважаючи на високу надійність і валідність, вимагають додаткових матеріальних затрат. У зв’язку з цим для контролю за вивченням оволодіння ПН ми обрали безпосереднє спостереження за роботою в операційній з об’єктивною структурованою оцінкою набутих інтерном навичок. Наявність чітко встановлених критеріїв для оцінки ПН робить процес валідним і надійним. Після проведення ряду досліджень об’єктивний структурований клінічний іспит визнаний оптимальним для проведення оцінки ПН [3, 5]. Оцінку оволодіння ПН хірургами-інтернами проводили за п’ятибальною рейтинговою шкалою Лайкерта, яка включає 7 оціночних дискриптів (табл. 1).

Оцінку ПН проводили після кожного року навчання. Після першого року навчання оцінювали такі ПН: накладання швів, зав’язування вузлів, основні хірургічні доступи, висічення доброякісних утворів шкіри та підшкірної основи. Після другого року навчання оцінювали вміння виконання апендектомії,

Таблиця 1. Рейтингова шкала оцінки практичних навичок у інтерна-хірурга

| 1. Уважне ставлення до тканин: | | | | |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---|---------------------------------------------------------------------------------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| часто застосовується непотрібна сила до тканин або заподіяна травма внаслідок неналежного використання інструментів | | дбайливе ставлення до тканин, але іноді виникають випадкові пошкодження | | послідовно обробляються тканини відповідно з мінімальними пошкодженнями |
| 2. Час і рухи: | | | | |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| багато непотрібних рухів | | ефективний час і рухи, але деякі рухи не потрібні | | чіткі економні рухи максимальної ефективності |
| 3. Використання інструментів: | | | | |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| неодноразово робить незрозумілі або незграбні рухи з інструментами, неналежне використання інструментів | | грамотне використання інструментів, але іноді грубе або незграбне | | плавні рухи з інструментами і ніякої незграбності |
| 4. Знання інструментів: | | | | |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| часто неправильно називає інструменти або використовує невідповідні до інтраопераційної ситуації інструменти | | знає назви більшості інструментів та правильно їх використовує | | знає всі інструменти та їх правильно використовує |
| 5. Хід операції: | | | | |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| часто зупиняється при виконанні операції і здається невпевненим у виборі наступного кроку | | продемонструє деякі моменти планування ходу операції з обдуманною підготовкою наступного етапу операції процедури | | очевидно, планується хід операції з легким переходом від одного етапу до іншого |
| 6. Використання асистента: | | | | |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| неправильно розміщені асистенти або не використовує помічників | | належне використання асистентів більшу частину часу | | стратегічно використовує асистентів у найвигіднішому аспекті в будь-який час |
| 7. Знання етапів операції: | | | | |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| недостатнє знання, необхідні конкретні інструкції на більшості етапах операції | | знає усі важливі етапи операції | | демонструє знання всіх етапів операції |

Примітка: 1-5 бали.

пахової грижі, накладання тонкокишкових анастомозів, етапів флебектомії. Після третього року навчання оцінювали вміння виконання алогерніопластики при паховій та вентральній грижі, холецистектомії традиційним та лапароскопічним способами.

Оцінка оволодіння ПН інтернами-хірургами після першого року навчання виявила недостатнє їх засвоєння. Так, середній бал за рейтинговою шкалою Лайкерта склав від 15,4±2,8 бала за вміння накладати шви та зав'язувати вузли до 12,5±3,7 бала за виконання основних хірургічних доступів. Це змусило

нас провести повторну перевірку даних ПН у цих інтернів протягом другого навчального року. Аналіз результатів оцінювання за рейтинговою шкалою оцінки ПН дозволив кураторам і інтернам у кожному конкретному випадку виявити "слабкі місця", що забезпечило зворотний зв'язок в навчальному процесі. В результаті цього середній бал оцінювання ПН за рейтинговою шкалою Лайкерта підвищився до 22,6±5,1 бала за вміння накладати шви та зав'язувати вузли і 18,7±5,9 бала за виконання основних хірургічних доступів.

Основні труднощі в інтернів першого року навчання виникали у диференціації тканин та їх дбайливому препаруванні, знанні і вмілому використанні інструментів, що призводило до багатьох непотрібних та неефективних рухів. В той час у інтернів другого року навчання більшість труднощів виникала у знанні етапів операції, а значить і у її плануванні. Середній бал оцінювання ПН за рейтинговою шкалою Лайкерта в інтернів другого року навчання склав $27,7 \pm 3,8$ бала за виконання апендектомії, $23,4 \pm 4,8$ бала за операції при неускладненій паховій грижі, $22,7 \pm 3,5$ бала за накладання тонкокишкового анастомозу і $28,4 \pm 3,1$ бала за виконання етапів флектомії.

При підвищенні складності операційних втручань хірург зустрічається з появою різноманітних варіантів хірургічної анатомії та змінами тканин у результаті особливостей клінічного перебігу захворювання у кожного пацієнта. В зв'язку з цим у інтернів третього року навчання найбільші труднощі виникали на етапі диференціації та препарування патологічно змінених тканин, у правильному використанні асистентів. Середній бал оцінювання ПН за рейтинговою шкалою Лайкерта в інтернів третього року на-

вчання склав $29,5 \pm 4,1$ бала за виконання алогерніопластики, $26,1 \pm 4,7$ бала за виконання холецистектомії традиційним способом і $24,4 \pm 3,3$ бала за виконання лапароскопічної холецистектомії.

Рейтингова об'єктивна структурована оцінка технічних навичок в операційній має ряд недоліків. Одним з них є неможливість проведення стандартизації у зв'язку з індивідуальними анатомічними особливостями і різними варіантами клінічного перебігу захворювання. А тому часто екзаменатор може бути більше сконцентрований на безпеці пацієнтів, а не на оцінці практичних навичок.

Висновки: 1. Структурована оцінка практичних навичок є об'єктивним, надійним методом їх оцінки в інтернів-хірургів в процесі проходження інтернатури.

2. Зворотний зв'язок в навчальному процесі стимулює до творчого удосконалення набутих практичних навичок та здобуття нових.

3. Оцінка оволодіння практичними навичками хірургами-інтернами за п'ятибальною рейтинговою шкалою Лайкерта може бути використана в навчальному процесі на кафедрах хірургічного профілю факультету післядипломної освіти.

Література

1. Удосконалення засвоєння практичних навичок і методик студентами та лікарями-інтернами – важлива складова кадрової перебудови первинної ланки медичної допомоги населенню України / О. П. Волосовець, Ю. С. П'ятницький, І. С. Вітенко [та ін.] // Медична освіта. – 2012. – № 3. – С. 5-6.

2. Darzi A. Assessing operative skill. Needs to become more objective / A. Darzi, S. Smith, N. Taffinder // BMJ. – 1999. – № 318. – P. 887–888.

3. Objective structured assessment of technical skill (OSATS) for surgical residents / J.A. Martin, G. Regehr, R. Reznick [et al.] // British Journal of Surgery – 1997. – № 84. – P. 273–278.

4. Objective assessment of technical skills in surgery // Krishna Moorthy, Yaron Munz, Sudip K. Sarker, Ara Darzi // BMJ. – 2003. – № 327(7422). – P. 1032–1037.

5. Objective assessment of technical surgical skills / P. D. van Hove, G. J. M. Tuijthof, E. G. G. Verdaasdonk [et al.] // British Journal of Surgery. – 2010. – № 7. – P. 972–987.