

УДК 378.22:614.253.52-054.6

DOI 10.11603/me.2414-5998.2017.2.7934

І. Я. Господарський

*ДВНЗ “Тернопільський державний медичний університет  
імені І. Я. Горбачевського МОЗ України”***СТАНДАРТИЗОВАНІ ПАЦІЄНТИ У НАВЧАННІ ІНОЗЕМНИХ  
МАГІСТРАНТІВ-МЕДИЧНИХ СЕСТЕР**

I. Ya. Hospodarskyi

*I. Horbachevsky Ternopil State Medical University***STANDARTIZED PATIENTS IN A PROGRAM OF TRAINING FOR  
INTERNATIONAL STUDENTS DURING THEIR MASTER DEGREE  
PROGRAM**

**Мета роботи** – вдосконалення організації навчального процесу для студентів-магістрантів спеціальності “Медсестринство” з числа іноземних громадян шляхом розробки нових методів об’єктивного навчання і тестування, які б забезпечили значний прогрес у бік професійно-орієнтованого клінічного оцінювання на всіх рівнях та етапах навчання і практики.

**Основна частина.** У статті здійснено оцінку існуючих методів викладання іноземним студентам медичних навчальних закладів III–IV рівнів акредитації за спеціальністю “Медсестринство”, магістерського рівня вищої освіти. Виокремлено основні педагогічні прийоми засвоєння практичних навичок магістрантами-медичними сестрами. Визначено доцільність застосування оцінки клінічної компетентності за допомогою стандартизованих пацієнтів.

Існує багато варіацій в організації іспитів із клінічної компетентності за допомогою стандартизованих пацієнтів, наприклад поєднання в одному іспиті симульованих та реальних хворих (що може підвищити достовірність усього іспиту) і навіть симуляторів, іспит може складатись з різної кількості (7–40) станцій (станція – це місце роботи екзаменованого з конкретним стандартизованим пацієнтом), тривалість станції може коливатись від 4 до 25 хвилин, використовуються різні форми контролю (контрольні таблиці (checklists), рейтингові шкали (rating scales), відеозапис).

**Висновок.** Метод стандартизованих пацієнтів є ефективним та якісним методом оцінювання клінічної компетентності. Він має кращі психометричні властивості, ніж традиційні засоби оцінювання студентів біля ліжка хворого.

**Ключові слова:** навчальний процес; стандартизовані пацієнти; клінічна компетентність; клінічна практика; медична сестра.

**The aim of the study** – to improve the organization of the educational process for foreign undergraduates of the specialty “Nursing” by developing new methods of objective education and testing that would provide significant progress towards a professionally-oriented clinical evaluation at all levels and stages of clinical training and practice.

**The main body.** In this article we assessed the existing teaching methods that are used for foreign students in medical educational institutions of accreditation levels III–IV, in specialty “Nursing”, of the master’s level of higher education. The basic pedagogical methods of practical skills mastering by nurses that are on their master program were singled out. We also determined the expediency of using the assessment of clinical competency with the help of standardized patients.

There are many variations in the organization of clinical examinations through standardized patients, such as combining simulated and real patients (which can increase the validity of the entire exam) and even simulators, the exam can consist of a different number (from 7 to 40) stations (a station is a place of where test taker interacts with a specific standardized patient), the duration of the station can vary from 4 to 25 minutes, different forms of control are used (checklists, rating scales, as well as video recording).

**Conclusion.** The standardized patient method is an effective and qualitative method for assessing clinical competence. It has better psychometric properties than traditional means of evaluating students at the patient’s bedside.

**Key words:** educational process; standardized patients; clinical competency; clinical practice; nurse.

**Вступ.** Протягом останніх 20 років розвитку медичної освіти в Україні все більшої ваги починають набувати проблеми, пов’язані з навчанням іноземних студентів, у тому числі магістрів медсестринства. Актуальність “конвертованості” медичної

освіти пов’язана як з економічними, так і з міграційними, соціокультурними та іншими причинами.

Проте до цього часу немає достатньої кількості серйозних досліджень, які б дозволили зробити об’єктивну оцінку існуючих методів викладання іноземним студентам, їх навчання, оцінювання тощо.

© І. Я. Господарський

Загострюється потреба у розробці нових методів об'єктивного навчання і тестування, які б забезпечили значний прогрес у бік професійно орієнтованого клінічного оцінювання на всіх рівнях та етапах навчання і практики [1]. Фокус оцінювання в медичній освіті зміщується з простої перевірки запам'ятованих медичних наукових фактів до оцінки дій студента безпосередньо в клінічних умовах, тобто із зсувом оцінювання з першого (“маю уявлення, знаю”) та другого (“знаю, як саме”) рівнів до третього (“демонструю”), а інколи навіть четвертого (“роблю сам”) [2]. Зрозуміло, що робота у магістратурі повинна обмежуватися 3-м і 4-м рівнями. У медичній освіті такий підхід не тільки формує комплекс активно функціонуючих алгоритмів, але й дозволяє ефективно оцінити клінічну компетентність студентів.

**Мета роботи** – вдосконалення організації навчального процесу для студентів-магістрантів спеціальності “Медсестринство” з числа іноземних громадян шляхом розробки нових методів об'єктивного навчання і тестування, які б забезпечили значний прогрес у бік професійно орієнтованого клінічного оцінювання на всіх рівнях та етапах навчання і практики.

**Основна частина.** Серед основних проблем, з якими стикаються іноземні студенти, найважливішим є мовний бар'єр. Ситуація ускладнюється ще й фактом неофіційного домінування російської мови у багатьох медичних навчальних закладах Центральної і Східної України. Тому для належного засвоєння матеріалу іноземцям часто доводиться вивчати не одну, а навіть дві достатньо тяжкі для опанування слов'янські мови. При цьому жодна з цих мов не матиме ніякого практичного застосування після отримання диплома, оскільки жодна з них не буває робочою на серйозних міжнародних форумах, не відповідає серйозним інформаційним ресурсам Internet чи іншим пошуково-бібліотечним базам даних. Після втрати Росією статусу наддержави російська мова остаточно втратила шанси на те, щоб стати однією з мов міжнародного спілкування у Європі та Азії. Не можна забувати і про те, що складна і об'ємна медична термінологія є, по суті, ще однією іноземною мовою. Вивчені протягом декількох років навчання декілька тисяч медичних термінів слов'янською мовою теж залишаються “мертвим багажем” у подальшій практиці студента [12].

Враховуючи наведені аргументи, оптимальним методом підготовки є проведення навчання іноземною мовою. Оптимальним вибором на сьогодні залишається англійська мова:

– переважна більшість іноземних студентів тією чи іншою мірою вже володіє цією мовою, що суттєво скорочує тривалість мовної адаптації і навчання;

– англійська мова підвищує “конвертованість освіти”, відкриваючи для заможніших студентів можливість стажування чи спеціалізації у країнах Західної Європи, Канади, США;

– переважна більшість інформаційних ресурсів Internet та інших пошуково-бібліотечних баз даних англомовні;

– робочою мовою переважної більшості міжнародних семінарів, стажувань, конгресів залишається англійська. Згідно з сучасними рекомендаціями, фахівцям практичної охорони здоров'я необхідно не менше 1 разу на рік, а науковим працівникам – не менше 2-3 разів брати участь у міжнародних конгресах для підтримки належного фахового рівня [3];

– викладання іноземною мовою відкриває нові економічні резерви для вітчизняних медичних ВНЗ і збільшує їх конкурентоспроможність на міжнародних ринках вищої освіти.

Проблеми, які з'являються при викладанні іноземною мовою:

– підготовка достатньої кількості англомовних фахівців з кожного предмета. Ця проблема достатньо легко долається за рахунок внутрішніх ресурсів ВНЗ і з часом забезпечує досить серйозні переваги (активація міжнародного співробітництва, обміну, участі у грант-проектах, збільшення відсотка викладачів, які активно користуються англомовними інформаційними ресурсами);

– підготовка англомовних навчальних матеріалів і документації. За наявності англомовних фахівців це питання вирішується в достатньо короткий термін;

– інформаційно-рекламна робота для належної поінформованості потенційних закордонних абітурієнтів про можливості такої форми навчання;

– вирішення проблеми клінічної підготовки (у першу чергу – контакт “студент-пацієнт”).

Можливі декілька шляхів вирішення цього питання:

– викладання англійською мовою лише базових фундаментальних дисциплін з поступовим опануванням української протягом першого року навчання. Цей варіант практично зводить нанівець основні переваги англомовного навчання, за винятком скорочення тривалості навчального процесу. Без сумніву, його необхідно залишити як альтернативний лише для тих студентів, які самостійно оберуть такий спосіб продовження студіювання;

– можливість спілкування через викладача як посередника і перекладача.

Використання тільки одного із сучасних прогресивних методів підвищення клінічної компетентності – методу стандартизованих пацієнтів – є однією з форм практично орієнтованого оцінювання. Він передбачає вимірювання широкого спектра взаємопов'язаних, але різних навичок та вмінь студента, необхідних для формування навичок щодо взаємодії медичної сестри з хворими. Деякі медичні освітяни додають до переліку вмінь та навичок, які можуть перевірятись у формі іспиту з оцінки клінічної компетентності, також уміння інтерпретувати лабораторну та іншу діагностичну інформацію, принципи діагностики [3] й ведення хворих [4]. Крім того, в іноземних медичних випускників можна оцінити володіння іноземною мовою для спілкування з хворими [5].

У широкому розумінні оцінку клінічної компетентності можна проводити в будь-яких клінічних умовах (стандартизованих і нестандартизованих) з використанням будь-яких пацієнтів (реальних, стандартизованих пацієнтів або симуляторів) та за допомогою лікарів-викладачів в ролі екзаменаторів. Тобто поширені в Україні традиційні іспити з оцінки практичних навичок “біля ліжка хворого” також є однією з форм оцінки клінічної компетентності. Але сучасні наукові дослідження продемонстрували незадовільну об'єктивність, валідність та надійність звичайного методу оцінки практичних навичок. Саме тому світовою тенденцією є відмова від нього, і сьогодні під фразою “оцінка клінічної компетентності” часто розуміють стандартизований клінічний іспит.

Яким чином стандартизований іспит з оцінки клінічної компетентності забезпечує кращу об'єктивність, валідність та надійність, ніж традиційний іспит “біля ліжка хворого”?

У процесі встановлення клінічної оцінки беруть участь три суб'єкти: студент, хворий та екзаменатор, і від кожного з них та їхньої взаємодії залежить результат. Метою створення стандартизованого клінічного іспиту є бажання максимально уніфікувати хворого та екзаменатора для того, щоб єдиним фактором, який визначатиме результат іспиту, були знання, вміння, навички та особисті якості студента, тобто його клінічна компетентність.

Стандартизація хворого може проводитись через використання тренажерів-симуляторів або шляхом підготовки стандартизованих пацієнтів.

Стандартизація екзаменаторів може проводитись шляхом структурування процедури оцінювання

за допомогою контрольних таблиць (checklists), рейтингових шкал, використання декількох екзаменаторів і проведення загального контролю об'єктивності та точності оцінки за допомогою різних методів візуалізації роботи студента [9].

Стандартизація пацієнта проводиться, по-перше, з метою уніфікації клінічних ситуацій, по-друге, ліквідації розбіжностей в оцінюванні складності захворювань, якості та ступеня прояву фізикальних даних, поведінки хворих, спроможності представляти свій анамнез тощо. Стандартизовані пацієнти (СП) – це “люди з наявним або відсутнім захворюванням”, яких навчили демонструвати клінічний випадок у постійній, однакової манері. Ці люди можуть демонструвати власні проблеми [реальні] або проблеми інших [симульовані хворі] [7]. Стандартизовані пацієнти використовуються з метою контролю та навчання студентів, а також для оцінки роботи медичної сестри в реальних умовах. Під час клінічного іспиту стандартизовані пацієнти можуть виконувати декілька функцій. Головним їхнім завданням є забезпечити демонстрування проблеми без змін та варіацій для кожного студента протягом усього часу контакту зі студентами. Крім того, стандартизований пацієнт може виконувати функцію “записувача” (особи, яка фіксує виконання студентом деяких дій без оцінки якості їх виконання) або “оцінювача” (особи, яка не тільки фіксує деякі дії студента, а й оцінює їх за наданими шкалами).

Більшість стандартизованих пацієнтів вимагає ретельного тренінгу, щоб забезпечити достатній рівень точності та надійності під час презентації “своїх” проблеми. Симульовані пацієнти повинні забезпечити ще й достатню достовірність симуляції для того, щоб досвідчений клініцист не міг відрізнити симульованого пацієнта від справжнього хворого [8]. Ступінь тренінгу стандартизованих пацієнтів залежить від складності симульованої клінічної ситуації; активності або пасивності пацієнта за сценарієм, необхідності імітувати фізикальні дані, необхідності виконувати функції “оцінювача” та “записувача”, ступеня стандартизації тощо. Крім того, як правило, існують обмеження щодо кількості хворих, часу можливого контакту зі студентами, розбіжності в поведінці, комунікабельності тощо. В інших випадках для організації стандартизованого іспиту проводять тренінг.

Уперше метод симульованих пацієнтів застосували у 1964 році Барроуз та Абрамсон [9] з метою вивчення практичних навичок. Із часом симульованих та стандартизованих пацієнтів почали використовувати в оцінюванні (Барроуз – 1968 [2], Ла-

монт – 1972 [11], Харден – 1975 [6], Стілман – 1976 [13]), і саме такий підхід надзвичайно поширився у світі. Наприклад, уже в 1993 році зі 125 медичних шкіл США 39 (за іншими даними – 55 шкіл) вимагали від студентів обов’язкового складання об’єктивного структурованого клінічного іспиту (objective structured clinical examination (OSCE)) для отримання диплома [14]. З 1991 року складання OSCE є обов’язковим для отримання ліцензії на практикування в Канаді. У Великій Британії метод OSCE використовують майже всі медичні школи, і навіть у певній модифікації під іншою назвою – OSPRE – цей іспит використовує поліція. Аналогічні тенденції спостерігаються в інших країнах. У 1994 році створена Лондонська ініціатива з підтримки Проектів по стандартизованих пацієнтах, у 1997 році впроваджено національні іспити зі стандартизованими пацієнтами для оцінювання медичних студентів та випускників в Іспанії, а з 1998/1999 року іспит є обов’язковим для отримання ліцензії в Сполучених Штатах. Сьогодні метод використовують у Канаді, Австралії, Новій Зеландії, Німеччині, Ірландії, Великій Британії, Тайваню, Швеції, Нідерландах та багатьох інших країнах.

Існує багато варіацій в організації іспитів із клінічної компетентності за допомогою стандартизованих пацієнтів, наприклад поєднання в одному іспиті симульованих та реальних хворих (що може підвищити достовірність усього іспиту) і навіть симуляторів; іспит може складатись з різної кількості (7–40) станцій (станція – це місце роботи екзаменованого з конкретним стандартизованим пацієнтом), тривалість станції може коливатись від 4 до 25 хвилин. Для оцінки знань використовуються різні форми контролю (контрольні таблиці (checklists), рейтингові шкали (rating scales), відеозапис).

Але в основі іспитів лежить одна типова структура:

- попереднє інформування студента щодо стандартизованого пацієнта;
- робота студента з хворим на станції;
- письмова робота студента (наприклад, заповнити коротку історію хвороби або відповісти на запитання, пов’язані з обстеженням хворого).

Якщо стандартизований пацієнт виконує функцію “оцінювача” або “записувача”, то він заповнює контрольні таблиці та рейтингові шкали в той час, коли студент працює над своєю письмовою роботою.

Одна з форм організації контролю із залученням стандартизованих пацієнтів була апробована в Україні. Так, у 1994/1995 навчальному році в Національному медичному університеті в межах

міжнародного проекту ECFMG (Освітня комісія іноземних медичних випускників, США) проводився експериментальний іспит “Оцінка клінічних навичок”. Іспит за такою ж схемою проводили в шести країнах світу – США, Ізраїлі, Іспанії, Росії, Україні та Бразилії [6].

Іспит складався з 10 інтегрованих клінічних станцій, за кожною з них – післястанційний період. Перед входом у кімнату зі стандартизованим пацієнтом студент отримує коротку інформацію щодо хворого та завдання для студента щодо проведення обстежень чи маніпуляцій.

Станції розташовуються в окремих кімнатах. Під час іспиту студент працює з хворим наодинці, але в умовах експерименту присутність спостерігачів не є заборонена. Кожна станція триває 15 хвилин, під час яких студент має отримати сфокусовану мінімально достатню інформацію щодо проблем хворого, провести відповідне обстеження хворого, отримати у хворого необхідні дані для встановлення діагнозу та подальших дій, дати хворому якусь інформацію щодо діагнозу, подальшої тактики та обстеження. Метою кожної станції є оцінювання вміння збирати інформацію та оцінювання комунікативних навичок студента. Основний інструмент оцінювання – контрольні таблиці та оцінювальні шкали, що заповнюються стандартизованим пацієнтом. Кожна інтегрована клінічна станція супроводжується післятестастійним періодом, який триває 5–7 хвилин. У цей період стандартизований пацієнт (СП) заповнює контрольну таблицю, де відображено, яку інформацію студент зібрав від СП, які дії студент виконав під час фізикального обстеження, а також чи дав студент якісь поради хворому в контексті його захворювання. Для кожної клінічної ситуації розроблена своя контрольна таблиця. Додатково СП заповнює анкету з оцінки комунікативних навичок за п’ятибальною шкалою Лікерта (1 – дуже слабо, 5 – відмінно). Анкета містить 5 запитань щодо вміння збирати інформацію, навичок спілкування, взаєморозуміння, особистих манер та загальну оцінку. Анкета є однаковою для всіх станцій [11].

Одночасно протягом цих 7 хвилин студент заповнює сестринську історію хвороби, яка структурована за 3-ма розділами: суб’єктивні дані, об’єктивні дані, сестринський діагноз. Головною метою цього етапу іспиту є оцінка навичок студента документувати та інтерпретувати клінічну інформацію. Основним інструментом оцінювання є перевірка письмової роботи викладачем за допомогою ключових слів та контрольної таблиці, які є індивідуальними для кожної клінічної ситуації [10].

Додатково до клінічної частини іспиту проводиться тестовий іспит (100 тестових завдань), який має на меті оцінку теоретичних знань з діагностики, медсестринського ведення хворих та вміння інтерпретувати лабораторну інформацію.

Використання СП має багато переваг над використанням справжніх хворих та тренажерів-симуляторів. Зокрема, це:

- можливість забезпечити уніфіковане, точне та надійне подання та демонстрацію багатьох медичних проблем для великої кількості студентів протягом певного періоду часу та в різних місцях;
- можливість уніфікувати поведінку хворих під час іспиту;
- можливість контролювати складність клінічного тесту та підбирати відповідний рівень складності для відповідного освітнього рівня студентів;
- відсутність ризику завдати шкоду реальному хворому діями студента;
- можливість тривалого контакту зі студентами;
- можливість оцінки роботи студента в складних етичних умовах (наприклад, із хворим на рак чи його родичами або з психічно хворим);
- можливість використати стандартизованого пацієнта як “оцінювача” та “записувача” (дослідження показали високу точність та надійність такої роботи СП [7, 16, 17]);
- наявність тренажерів певного профілю в будь-який момент часу;
- більша достовірність порівняно з комп’ютерними симуляторами;
- високе задоволення студентів від складання клінічного іспиту в такій формі.

Коллінз та Харден [8] також вказують на користь для суспільства завдяки співпраці між населенням та медичною школою.

### Список літератури

1. Vu N. V. Use of standardized patients in clinical assessments: recent developments and measurement findings / N. V. Vu, H. S. Barrows // *Educational Researcher*. – 1994. – Vol. 23, № 3. – P. 23–30.
2. Miller G. E. The assessment of clinical skills/competence/performance / G. E. Miller // *Academic Medicine*. – 1990. – Vol. 65, № 9. – P. S63–67.
3. Assessment of Clinical Competence Utilizing Standardized Patients: What are we Really Measuring? / [M. H. Swartz, M. Friedman, S. Gambert et al.] // *Approaches to the assessment of clinical competence*. – 1992. – P. 261.
4. Suinick A. I. The global value of standards in medical knowledge and competence / A. I. Suinick // *Changing medical education*. – 1993. – P. 27.
5. ECFMG Assessment of Clinical competence of graduates of foreign medical schools / A. L. Sutnick, P. L. Stillman, J. J. Norcini [et al.] // *Jama*. – 1993. – Vol. 270, № 9. – P. 1041–1045.
6. Collins J. P. The use of real patients, simulated patients and simulators in clinical examinations / J. P. Collins, R. M. Harden // *Medical Teacher*. – 1999. – № 20. – P. 508–521.
7. Consensus statement of the researchers in clinical skills assessment (RCSA) on the use of standardized patients to evaluate clinical skills / H. S. Barrows, R. Cohen, R. O. Guerin [et al.] // *Academic Medicine*. – 1993. – Vol. 68, № 6. – P. 475–477.
8. Norman G. R. A comparison of residents’ performance on real and simulated patients / G. R. Norman, P. Tugwell,

Звичайно існують певні обмеження під час організації іспиту з оцінки клінічної компетентності за допомогою СП, наприклад, обмеження щодо демонстрації аномальних фізикальних даних, можлива менша достовірність СП порівняно з реальними хворими, вартість тренінгу та роботи стандартизованих пацієнтів вища за іспит з реальними хворими, необхідні значні витрати часу на пошук, тренінг СП, на організацію і проведення стандартизованого іспиту та необхідна наявність зацікавленої команди викладачів-ентузіастів [14, 15].

Метод стандартизованих пацієнтів є ефективним та якісним методом оцінювання клінічної компетентності. Він має кращі психометричні властивості, ніж традиційні засоби оцінювання студентів біля ліжка хворого. Світове поширення цього методу з метою навчання та оцінювання підтверджує, що його переваги більші, ніж недоліки та обмеження, а також свідчать про прийнятність його апробації в Україні [18]. Цілком природно і те, що дискусія про впровадження стандартизованих пацієнтів викликає посилення на переваги реальних хворих. Але треба зауважити, що здійснити вибір неможливо: стандартизовані пацієнти чи реальні хворі. Стандартизовані пацієнти ніколи не замінять ані реальних хворих, ані інші методи оцінювання знань, вмінь, навичок, ставлення до етичних цінностей, особистих якостей.

**Висновки.** Викладачі та екзаменатори повинні обрати такі методи, які забезпечать об’єктивну, точну, надійну та валідну оцінку кожного майбутнього фахівця спеціальності “Медсестринство”.

Одним із таких методів є оцінка клінічної компетентності за допомогою стандартизованих пацієнтів. Метод стандартизованих пацієнтів має як переваги, так і недоліки, порівняно із застосуванням реальних хворих і тренажерів-симуляторів.

J. W. Feightner // *Academic Medicine*. – 1982. – Vol. 57, № 9. – P. 708–715.

9. Barrows H. S. The programmed patient: a technique for appraising student performance in clinical neurology / H. S. Barrows, S. Abrahamson // *Journal of Medical Education*. – 1964. – Vol. 39, № 8. – P. 805–809.

10. Barrows H. S. Simulated patient in medical teaching / H. S. Barrows // *Canadian Medical Association Journal*. – 1968. – Vol. 98, № 14. – P. 674.

11. Terry R. The use of standardized patients to evaluate family medicine resident decision making / R. Terry, E. Hiestler, G. D. James // *FAMILY MEDICINE-KANSAS CITY*. – 2007. – Vol. 39, № 4. – P. 261–265.

12. Assessment of clinical competence using objective structured examination / R. M. Harden, M. M. Stevenson, W. W. Downie, G. M. Wilson // *British Medical Journal*. – 1975. – Vol. 1, № 5955. – P. 447–451.

13. Stillman P. L. The use of paraprofessionals to teach interviewing skills / P. L. Stillman, D. L. Sabers, D. L. Redfield // *Pediatrics*. – 1976. – Vol. 57, № 5. – P. 769–774.

## References

1. Vu, N.V., & Barrows, H.S. (1994). Use of standardized patients in clinical assessments: recent developments and measurement findings. *Educational Researcher*, 23(3), 23-30.

2. Miller, G.E. (1990). The assessment of clinical skills/competence/performance. *Academic medicine*, 65(9), S63-7.

3. Swartz, M.H., Friedman, M., Gambert, S., Anderson-Kline, S., Regan, M.B., & Stimmel, B. (1992). Assessment of Clinical Competence Utilizing Standardized Patients: What are we Really Measuring? *Approaches to the assessment of clinical competence* (p. 261).

4. Suinick, A.I. (1993). The global value of standards in medical knowledge and competence. *Changing medical education*, 27.

5. Sutnick, A.I., Stillman, P.L., Norcini, J.J., Friedman, M., Regan, M.B., Williams, R.G., ... & Wilson, M.P. (1993). ECFMG assessment of clinical competence of graduates of foreign medical schools. *Jama*, 270(9), 1041-1045.

6. Collins, J.P., & Harden, R.M. (1999). *The use of real patients, simulated patients and simulators in clinical examinations*. *Medical Teacher*, 20, 508-521.

7. Barrows, H.S., Cohen, R., Guerin, R.O., Hart, I.R., Klass, D.J., Kopelow, M., ... & Ramsey, P. (1993). Consensus statement of the researchers in clinical skills assessment (RCSA) on the use of standardized patients to evaluate clinical skills. *Academic Medicine*, 68(6), 475-477.

8. Norman, G.R., Tugwell, P., & Feightner, J.W. (1982). A comparison of resident performance on real and simulated patients. *Academic Medicine*, 57(9), 708-715.

9. Barrows, H.S., & Abrahamson, S. (1964). The programmed patient: A technique for appraising student performance in clinical neurology. *Academic Medicine*, 39(8), 802-805.

14. Anderson M. B. Growing use of standardized patients in teaching and evaluation in medical education / M. B. Anderson, P. L. Stillman, Y. Wang // *Teaching and Learning in Medicine*. – 1994. – Vol. 6, № 1. – P. 15–22.

15. Lessons learned from six years of international administrations of the ECFMG's SP-based clinical skills assessment / A. Ziv, M. F. Ben-David, A. L. Sutnick, N. E. Gary // *Academic Medicine*. – 1998. – Vol. 73, № 1. – P. 84–91.

16. Stillman P. L. Assessing clinical skills of residents with standarilised patients / P. L. Stillman, D. B. Swanson, S. Smee // *Annals of internal medicine*. – 1986. – Vol. 105, № 5. – P. 762–771.

17. Standardised (simulated) patients' accuracy in recording clinical performance check-list items / N. V. Vu, M. M. Marcy, J. A. Colliver [et al.] // *Medical Education*. – 1992. – Vol. 26, № 2. – P. 99–104.

18. Using standardized patients to assess the interpersonal skills of physicians / J. R. Boulet, M. F. Ben-David, A. Ziv [et al.] // *Academic Medicine*. – 1998. – Vol. 73, № 10. – P. 194–196.

10. Barrows, H.S. (1968). Simulated patients in medical teaching. *Canadian Medical Association Journal*, 98(14), 674.

11. Terry, R., Hiester, E., & James, G.D. (2007). The use of standardized patients to evaluate family medicine resident decision making. *FAMILY MEDICINE-KANSAS CITY*, 39(4), 261.

12. Harden, R.T.M., Stevenson, M., Downie, W.W., & Wilson, G.M. (1975). Assessment of clinical competence using objective structured examination. *British Medical Journal*, 1(5955), 447-451.

13. Stillman, P.L., Sabers, D.L., & Redfield, D.L. (1976). The use of paraprofessionals to teach interviewing skills. *Pediatrics*, 57(5), 769-774.

14. Anderson, M.B., Stillman, P.L., & Wang, Y. (1994). Growing use of standardized patients in teaching and evaluation in medical education. *Teaching and Learning in Medicine: An International Journal*, 6(1), 15-22.

15. Ziv, A., Ben-David, M.F., Sutnick, A.I., & Gary, N.E. (1998). Lessons learned from six years of international administrations of the ECFMG's SP-based clinical skills assessment. *Academic Medicine*, 73(1), 84-91.

16. Stillman, P.L., Swanson, D.B., Smee, S., Stillman, A.E., Ebert, T.H., Emmel, V.S., ... & Levenson, D.J. (1986). Assessing clinical skills of residents with standardized patients. *Annals of Internal Medicine*, 105(5), 762-771.

17. Vu, N.V., Marcy, M.M., Colliver, J.A., Verhulst, S.J., Travis, T.A., & Barrows, H.S. (1992). Standardized (simulated) patients' accuracy in recording clinical performance check-list items. *Medical Education*, 26(2), 99-104.

18. Boulet, J.R., Friedman, B.D.M., Ziv, A., Burdick, W.P., Curtis, M., Peitzman, S., & Gary, N.E. (1998). Using standardized patients to assess the interpersonal skills of physicians. *Academic Medicine*, 73(10), 194-196.

Отримано 06.04.17

Електронна адреса для листування: [gospod\\_igor@tdmu.edu.ua](mailto:gospod_igor@tdmu.edu.ua)