

Применение критериев оценки практических навыков апробировано на практике, они прошли процедуру утверждения на кафедре, доведены до сведения студентов и используются в учебном процессе. Это позволило значительно снизить субъективизм оценки уровня освоения практических навыков каждым студентом.

ЛИТЕРАТУРА

1. Антипов, Н.В. Роль практических навыков в преподавании оперативной хирургии и топографической анатомии и формировании умений врачей / Н.В.Антипов, Д.В.Сироид, И.В.Жук // Актуальные вопросы оперативной хирургии и топографической анатомии: Материалы конф., Москва 25-26 июня 2009 г. / Под ред. член.-корр. РАМН, проф. А.В.Николаева. – 2009. – С. 141-143.
2. Бежин, А.И. Система формирования практических навыков и умений у студентов 3-4 курсов по оперативной хирургии и топографической анатомии / А.И.Бежин [и др.] // Актуальные вопросы оперативной хирургии и топографической анатомии: Материалы конф., Москва 25-26 июня 2009 г. / Под ред. член.-корр. РАМН, проф. А.В.Николаева. – 2009. – С. 146-149.

ФОРМИРОВАНИЕ «ШКАЛЫ САМООЦЕНКИ ТРЕВОГИ»

Луговская А.А.

УО «Гродненский государственный медицинский университет»

Цель настоящего исследования состояла в разработке научно обоснованной «Шкалы самооценки тревоги» и анализе её психометрических характеристик на основе модели Раша.

Задачи исследования:

- сформировать «Шкалу самооценки тревоги»;
- провести анализ конструктивной валидности конструируемой методики;
- оценить показатели надежности «Шкалы самооценки тревоги»;
- определить способность шкалы дифференцировать уровни выраженности тревоги.

Дизайн и методология исследования

На этапе формирования информационной базы методики были сформулированы утверждения, касающиеся вегетативного, когнитивного и поведенческого уровней проявления тревоги на основе анализа диагностических критериев тревожных расстройств МКБ-10.

Далее испытуемым предлагались 22 утверждения с инструкцией об оценке своего состояния за последние семь дней. Ответы были градуированы по частоте проявлений на 4 уровня. Учитывая субъективность восприятия, категориальным значениям были даны цифровые аналоги: никогда или очень редко - 0 баллов, иногда - 1 балл, часто - 2 балла, большую часть времени - 3 балла.

Выборка испытуемых состояла из 204 человек. Из них 104 человека с верифицированными диагнозами из рубрик невротические, связанные со стрессом и соматоформные расстройства и аффективные расстройства, 100 человек - здоровые испытуемые.

Результаты и обсуждение

Оценка конструктивной валидности «Шкалы самооценки тревоги» проводилась с помощью статистики соответствия (fit-statistics). Она

позволяет оценить валидность шкалы за счёт выявления и последующего удаления плохо функционирующих утверждений. При этом для каждого утверждения шкалы проводится анализ индексов качества, характеризующих, насколько эффективно утверждение оценивает исследуемый конструкт. К индексам качества утверждений относятся невзвешенное среднее квадратичное – UMS (unweighted mean squared или outfit mean squared), взвешенное среднее квадратичное – WMS (weighted mean squared или infit mean squared). Оба индекса по сути представляют собой критерий хи-квадрат, деленный на количество степеней свободы. Для клинических опросников диапазон приемлемых значений индексов качества составляет 0,75 – 1,25. Значения индексов качества, попадающие в нормативный диапазон, характеризуют соответствующие утверждения как валидные, эффективно оценивающие тот конструкт, который призвана оценить шкала. Значения меньше 0,75 характеризуют утверждения как гиперпредсказуемые. Значения больше 1,25 создают угрозу валидности шкалы, так как свидетельствуют об излишней трудности утверждения или возможной их принадлежности к другому конструкту [2]. Если качество какого-либо пункта не соответствовало установленным критериям, он исключался из модели. Затем все статистики модели рассчитывались вновь до получения качественной шкалы. Результаты оценки конструктивной валидности «Шкалы самооценки тревоги» представлены в таблице 1.

Таблица 1 – Анализ индексов валидности UMS и WMS утверждений

Утверждения	Значения WMS для исходного варианта Шкалы	Значения UMS для исходного варианта Шкалы	Значения WMS для итогового варианта Шкалы	Значения UMS для итогового варианта Шкалы
1	0,93	0,90	1,03	1,01
2	1,15	1,18	элиминировано	элиминировано
3	1,03	1,09	1,16	1,17
4	1,37	1,31	элиминировано	элиминировано
5	0,82	0,95	0,84	1,22
6	0,93	0,74	элиминировано	элиминировано
7	1,17	1,38	элиминировано	элиминировано
8	0,85	0,71	элиминировано	элиминировано
9	1,02	0,90	1,10	0,93
10	1,03	0,70	элиминировано	элиминировано
11	0,90	0,99	0,95	1,19
12	0,84	1,26	0,86	1,16
13	1,00	0,98	0,96	0,94
14	0,82	0,86	0,81	0,84
15	1,45	1,41	элиминировано	элиминировано
16	0,74	0,66	элиминировано	элиминировано
17	1,01	0,98	1,05	0,94
18	1,14	1,04	1,19	1,00
19	1,19	1,26	элиминировано	элиминировано
20	0,80	0,66	элиминировано	элиминировано
21	1,11	1,07	1,14	1,06
22	0,92	0,97	0,96	0,98

Далее был проведен анализ сепарационной статистики, который представлен значениями показателей индекса надёжности и количества слоёв. Показатель надёжности концептуально близок коэффициенту альфа-Кронбаха и имеет такие же нормативные диапазоны. Показатель может принимать значения от 0 до 1. Значения, меньшие 0,5, характеризуют надёжность методики как неприемлемую, 0,5-0,6 – плохую, 0,6-0,7 – приемлемую, 0,7-0,9 – хорошую, больше 0,9 – очень хорошую [2]. Показатель «количество слоёв» представляет собой количество уровней выраженности свойства статистически значимо отличных друг от друга, которое способна выявить «Шкала самооценки тревоги» в исследуемой выборке. Это отражает дифференциально-диагностические свойства методики. Приемлемыми считаются значения указанного показателя, превышающие 1, при этом большие значения характеризуют большую надёжность. Результаты сепарационной статистики представлены в таблице 2.

Таблица 2 – Анализ сепарационной статистики

Показатель	Значения
Индекс надёжности	4
Количество слоев	0,8583

Используя правила моделирования по Рашу, была получена диагностическая измерительная шкала, состоящая из 13 диагностических пунктов. Удаление пунктов повысило ее конструктивную валидность и экономию временных затрат на исследование. Индекс надёжности составил 0.86, что характеризует методику как надёжный психодиагностический инструмент. Индекс количества слоев равен 3.6, что аппроксимируется до 4.

Таким образом, проведенное исследование позволяет сделать следующие выводы.

В соответствии с целью настоящего исследования была сформирована «Шкала самооценки тревоги», состоящая из 13 утверждений. Методика обладает достаточной конструктивной валидностью. Характеризуется хорошим уровнем надёжности и способна дифференцировать 4 уровня выраженности тревоги.

ЛИТЕРАТУРА

1. Ассанович, М.А. Клиническая психодиагностика. Специализированные методики и опросники: учебное пособие / М.А. Ассанович. – Гродно: ГрГМУ, 2013 – 520 с.
2. Ассанович, М.А. Проблема научного измерения в психодиагностике / М.А. Ассанович // Журн. Гродн. гос. мед. универ. – 2014. - №45. – С.9-14.

КАЧЕСТВО ПОВСЕДНЕВНОЙ ЖИЗНИ СТУДЕНТА-МЕДИКА: ВЛИЯНИЕ МАТЕРИАЛЬНОГО ПОЛОЖЕНИЯ НА УЧЕБНЫЙ ПРОЦЕСС

Лукьянова Л.И., Ситкевич С.А.

УО «Гродненский государственный медицинский университет»

На протяжении уже более 20-ти лет образование на всем постсоветском пространстве характеризуются изменениями, которые вначале