Jaké faktory mají vliv na výsledek zkoušky

Výsledek zkoušky není jen obrazem znalostí uchazeče. **Vzniká v interakci uchazeče, zkoušejícího, zadání a prostředí.** Komisař tedy výsledek zkoušky přímo spoluvytváří – tím, jak formuluje otázky, jak hodnotí, jak reaguje a jakou atmosféru navodí.

Výsledek zkoušky nejvíce ovlivňuje těchto šest oblastí:

1. **Kognitivní zátěž** – kolik kapacity uchazeči zbývá na samotné myšlení
2. **Hodnoticí kritéria (rubriky)** – zda všichni komisaři hodnotí totéž a stejně
3. **Způsob dotazování** – zda otázky měří kompetenci, nebo schopnost uhodnout, co chce zkoušející slyšet
4. **Úroveň náročnosti** – zda zkoušíme zapamatování, nebo klinické uvažování a kritické myšlení
5. **Testová úzkost** – zda měříme kompetenci, nebo zvládání stresu
6. **Formát zkoušky** – zda je zkouška dostatečně strukturovaná a opakovatelná (např. OSCE)

Cíl: aby výsledek co nejvěrněji odrážel, co atestující lékař skutečně umí, a ne náhodné vlivy, které s jeho kompetencí nesouvisejí.
Výchozí rámec: teorie zobecnitelnosti (G-teorie)
U běžné ústní zkoušky může skutečný výkon uchazeče tvořit jen asi 40 % výsledného hodnocení. Zbytek připadá na otázku, zkoušejícího, jejich interakce s uchazečem a na náhodu. Teorie zobecnitelnosti umožňuje tyto vlivy změřit a cíleně omezit.
Klasická testová teorie chápe výsledek jako skutečnou znalost plus chybu měření. Všechny zdroje chyb (únava, přísnost komisaře, těžká otázka) ale hází do jednoho pytle. U ústní zkoušky tak lze vždy zkoumat jen jeden zdroj chyby izolovaně, např. shodu dvou zkoušejících.
G-teorie přichází s tzv. **fasetami** – jednotlivými zdroji variability – a měří jejich vliv současně. Výsledek zkoušky je tak z podstaty kombinací více vlivů, nikoli jen výkonu uchazeče.

Co tvoří výsledek ústní zkoušky (modelový příklad)

Zdroj variability	Podíl	Příklad z VPL	Jak vliv snížit
Uchazeč (skutečná kompetence)	40 %	To, co chceme měřit	–
Otázka (objektivní obtížnost)	20 %	Kazuistika polymorbidního seniora vs. jednoduchá akutní infekce	Standardizovat zadání, kalibrovat náročnost
Zkoušející (osobní přísnost)	15 %	„Přísný“ a „mírný“ komisař hodnotí stejný výkon různě	Školení komisařů, společná rubrika
Uchazeč × otázka	15 %	Uchazeči z venkovské praxe sedí geriatrie, méně pediatrie	Více témat a kazuistik
Uchazeč × zkoušející	5 %	Nedoslýchavý zkoušející a introvertní, tiše mluvící uchazeč	Více hodnotitelů
Náhoda	5 %	Únava, vyrušení, momentální indispozice	Klidné prostředí, jasný průběh

Podíly jsou ilustrativní; skutečný rozklad se pro konkrétní zkoušku zjišťuje z dat (tzv. G-studie).

Jak zvýšit spolehlivost ústní zkoušky?
Cílem je snížit vliv náhodných faktorů:
Zvýšit počet otázek (kazuistik) – omezí vliv interakce uchazeč × otázka
Zapojit více zkoušejících – omezí vliv přísnosti jednotlivce a interakce uchazeč × zkoušející
Použít strukturované hodnocení (checklist, rubrika) – viz kapitola 2
Standardizovat otázky – podobná náročnost a jasné zadání pro všechny

Změna designu zkoušky se projeví v **G-koeficientu** (míra spolehlivosti, 0–1). V modelovém příkladu dosahuje zkouška se 3 otázkami a 1 zkoušejícím G ≈ 0,50. Po změně na 6 otázek a 2 zkoušející klesnou chybové složky a odhad G stoupne na ≈ 0,75–0,80. Hodnocení je stabilnější a spravedlivější.

Proč na tom u atestace záleží nejvíce ?

Relativní hodnocení (pořadí uchazečů): přísný komisař je přísný na všechny stejně, pořadí se nemění

Absolutní hodnocení (licenční, státní a atestační zkoušky): rozhoduje, zda uchazeč překročí laťku. Přísnost komisaře je zde zásadní chybou – kompetentní lékař kvůli ní nemusí zkoušku složit

Atestace ze VPL je absolutní hodnocení. Všechna opatření v dalších kapitolách proto směřují k jednomu: aby výsledek co nejvíce závisel na uchazeči a co nejméně na tom, jakou otázku dostal a kdo ho zkoušel.

1. Kognitivní zátěž: zkoušející ovlivňuje, kolik kapacity uchazeči zbývá na myšlení

Pracovní paměť má omezenou kapacitu. Podle teorie kognitivní zátěže (Sweller) se o ni dělí tři druhy zátěže. Komisař nemůže změnit obtížnost oboru, ale může odstranit zbytečnou zátěž a podpořit tu užitečnou.

Druh zátěže	Co to je	Příklad z VPL	Co může udělat komisař
Vnitřní	Daná složitostí samotného problému a počtem prvků, které je nutné zvážit současně	Polymorbidní 80letý pacient s diabetem, srdečním selháním a demencí přichází s rodinou do ordinace řešit několik věcí současně	Volit složitost úměrnou cíli zkoušky; složitý případ rozdělit na kroky a ptát se konkrétněji
Vnější	Zbytečná zátěž způsobená formou zadání, ne obsahem	Nejasně formulovaná otázka, více otázek najednou, chaotické podklady, hluk, vyrušování, nečitelné laboratorní výsledky	Ptát se jednou otázkou naráz, předložit přehledné podklady, zajistit klidné prostředí
Užitečná	Úsilí věnované porozumění, propojování a uvažování	Uchazeč zdůvodňuje, proč u pacienta s bolestí na hrudi volá ZZS místo odeslání na ambulantní vyšetření	Dát prostor nahlas uvažovat, ptát se „proč?“ a „co dál?“

Praktický důsledek: Pokud uchazeč selže kvůli vnější zátěži (nejasné zadání, tlak, rušivé prostředí), výsledek neměří jeho kompetenci, ale kvalitu zkoušky.

Typické zdroje zbytečné zátěže u zkoušky z VPL:

- dlouhá kazuistika přečtená jen ústně, bez písemné opory, s nejasným zadáním
- souběžné otázky od více členů komise
- přerušování uchazeče uprostřed úvahy
- nejasnost, zda se po uchazeči chce diagnóza, diferenciální diagnostika, nebo postup v ordinaci
- neznámé formuláře, zkratky nebo osobní zvyklosti konkrétního komisaře

2. Hodnoticí kritéria (rubriky): bez předem dohodnutých kritérií hodnotí každý komisař něco jiného

Rubrika je předem stanovený popis toho, co se hodnotí (kritéria) a jak vypadá výkon na jednotlivých úrovních (deskriptory). Zvyšuje shodu mezi komisaři, omezuje vliv sympatií a prvního dojmu a umožňuje dát uchazeči konkrétní zpětnou vazbu.

Tři typy rubrik

- **Analytická rubrika s body** – každé kritérium má popsané úrovně (např. 4–0 bodů). Vhodná pro ústní zkoušku a pro porovnání uchazečů
- **Holistická rubrika** – popisuje očekávání souhrnně a uděluje jedno celkové hodnocení (např. 0–10 bodů). Rychlejší, ale méně přesná
- **Jednobodová rubrika** – popisuje jen očekávaný standard; zkoušející zapisuje, v čem byl standard překročen a kde je prostor pro zlepšení. Vhodná pro formativní zpětnou vazbu

Zásady dobré rubriky

Kritéria vycházejí z kompetencí, které má lékař v praxi skutečně mít – pro VPL např. z evropské definice oboru WONCA (management primární péče, péče zaměřená na člověka, specifické řešení problémů, komplexní přístup, komunitní orientace, holistický přístup)

Deskriptory popisují pozorovatelné chování („uvede varovné příznaky (red flags), popíše, jak na ně reagovat, a rozhodne o odeslání“), ne pocit („působí jistě“)
Úrovně se od sebe zřetelně liší; vyhýbejte se rozdílu jen ve slovech „velmi dobrý“ a „dobrý“
Rubrika se zveřejní uchazečům předem – snižuje to nejistotu i testovou úzkost
Komisaři si rubriku před zkouškou společně „kalibrují“ na modelovém případu
Ukázková rubrika pro ústní zkoušku z VPL (5 kritérií, 0–4 body)

Kritérium	4 body	3 body	2 body	1 bod	0 bodů
1. Anamnéza a klinické uvažování	Cíleně sbírá informace včetně psychosociálního kontextu, průběžně formuluje a ověřuje hypotézy	Systematický postup s drobnými mezerami, hypotézy převážně správné	Postup úplný, ale málo cílený; hypotézy formuluje pozdě	Nesystematický sběr, podstatné informace chybí	Nedokáže vést anamnézu ani formulovat hypotézu
2. Diagnostika a diferenciální diagnostika	Rozpozná varovné příznaky (red flags), racionálně volí vyšetření	Správná diferenciální diagnostika, vyšetření převážně účelná	Diferenciální diagnostika neúplná, občas zbytečná vyšetření	Opomíjí důležité diagnózy nebo varovné příznaky	Nebezpečný diagnostický postup
3. Management a medicína založená na důkazech	Navrhne postup v souladu s doporučenými postupy, kriticky zhodnotí důkazy	Postup v souladu s doporučeními, zdůvodní volbu	Postup převážně správný, zdůvodnění slabé	Postup částečně neodpovídá doporučením	Postup je chybný nebo pacienta ohrožuje
4. Komunikace a péče zaměřená na pacienta	Srozumitelně vysvětlí, zjistí představy a obavy pacienta, sdílí rozhodnutí	Srozumitelná komunikace, zohlední přání pacienta	Komunikace přiměřená, ale direktivní	Používá odborný žargon, nezjišťuje porozumění	Komunikace nevhodná nebo nesrozumitelná
5. Koordinace péče, prevence a bezpečnost	Promyslí návaznou péči, kontroly, prevenci a hranice kompetencí praktického lékaře; ví, kdy a kam odeslat	Správně indikuje odeslání a kontroly	Návaznost péče řeší jen částečně	Opomíjí kontrolu, prevenci nebo bezpečnost	Neřeší návaznost péče, ohrožuje bezpečnost pacienta

Rubrika je ilustrativní; pro konkrétní zkoušku ji upravte podle vzdělávacího programu oboru a cílů zkoušky.

3. Dotazování: forma otázky rozhoduje, co se vlastně měří

U ústní zkoušky je zkoušející součástí měřicího nástroje. Dobré otázky pomáhají uchazeči ukázat, co umí; návodné nebo vágní otázky výsledek zkreslují oběma směry.

Typ dotazu	Účel	Příklad z VPL	Vhodnost
Předložení scénáře	Jasně zadat situaci a úkol	„Do ordinace přichází 58letý muž s bolestí na hrudi trvající hodinu. Jak budete postupovat?“	Vhodné
Opakování informace	Připomenout podstatný údaj, na který uchazeč zapomněl	„Mějme na paměti, že pacient užívá warfarin.“	Vhodné
Vyjasnění	Získat přesnější odpověď	„Můžete říci víc o tom, které laboratorní vyšetření zvolíte?“ „Co přesně myslíte pojmem kontrola?“	Vhodné
Sondování	Ověřit hloubku porozumění a flexibilitu uvažování	„Co by se změnilo, kdyby pacientce bylo 85 let a žila sama?“	Vhodné

Typ dotazu	Účel	Příklad z VPL	Vhodnost
Návodná otázka	Podsouvá správnou odpověď	„Myslel jste diabetes 2. typu, že?“	Nevhodné
Vágní otázka	Nedává směr, uchazeč hádá	„A co ještě?“	Nevhodné

Podpůrné dotazování je metoda, při níž zkoušející poskytuje uchazeči dočasnou oporu prostřednictvím otázek, nápověd a vodítek, aby mu pomohl uchopit problém a postupně dospět k samostatnému řešení. **Jednoduše řečeno:** místo aby zkoušející uchazeči rovnou řekl správnou odpověď, klade mu otázky, které ho k ní postupně dovedou.
Vyjasňující a sondovací otázky přitom klade **organizovaně**, v logickém sledu. Tím provází uchazeče řešením složitějšího problému a zjišťuje, kam až jeho kompetence sahá.
Příklad sledu u pacienta s nově zjištěnou hypertenzí:

- „Jak ověříte, že jde opravdu o hypertenzi?“ (vyjasnění)
- „Která vyšetření indikujete v ordinaci a proč?“ (vyjasnění)
- „Jaký léčebný cíl si s pacientem stanovíte?“ (sondování)
- „Co by se změnilo, kdyby měl pacient zároveň chronické onemocnění ledvin?“ (sondování)
- „Jak zajistíte, že pacient bude léčbu dodržovat?“ (sondování – komunikace a koordinace péče)

Zásady:
Pokládejte jednu otázku najednou a nechte uchazeči čas na odpověď (i 5–10 sekund ticha je v pořádku)
Domluvte se v komisi, kdo se ptá – souběžné dotazy zvyšují vnější zátěž
Míru nápovědy zohledněte v hodnocení u všech uchazečů stejně
Nepřerušujte uvažování, pokud nesměřuje k nebezpečnému závěru

4. Úroveň náročnosti: zkoušejte to, co nenahradí mobil ani umělá inteligence
Bloomova taxonomie řadí kognitivní cíle od nejnižší úrovně po nejvyšší. Úroveň otázky určuje, co zkouška skutečně měří. Obrázek ukazuje typické otázky pro každou úroveň.



Důraz zkoušky: vyšší úrovně (analyzovat, hodnotit, tvořit). Nižší úrovně slouží k rychlému ověření základu.

Proč na tom záleží
Fakta z nejnižších pater si lékař v praxi dohledá v příručce nebo v mobilu během několika vteřin
Nástroje generativní umělé inteligence dnes zvládají i úroveň „aplikovat“ – navrhnou postup podle doporučení

Doménou lékaře zůstávají vyšší úrovně – **analyzovat, hodnotit, tvořit** – tedy **kritické myšlení**: posoudit kvalitu informace, vztáhnout důkazy ke konkrétnímu pacientovi a nést odpovědnost za rozhodnutí

Doporučení pro komisaře

Těžiště zkoušky z VPL by mělo ležet ve vyšších úrovních – v klinickém uvažování a rozhodování v kontextu konkrétního pacienta

Faktické znalosti ověřujte jen tam, kde jsou nezbytné pro bezpečnost (např. urgentní stavy, kdy není čas dohledávat)

Ptejte se „proč?“, „co když?“ a „jak byste to vysvětlil pacientovi?“

Ověřujte, zda uchazeč umí kriticky posoudit zdroj informace (doporučený postup, studii, výstup AI) a aplikovat princip medicíny založené na důkazech: nejlepší dostupný důkaz + klinická zkušenost + hodnoty a přání pacienta

5. Testová úzkost: snižuje skóre zhruba o půl směrodatné odchylky, nejvíce u ústních zkoušek

Metaanalýza Seippa (1991) ukázala, že vysoká úzkost snižuje dosažené skóre přibližně o 0,5 směrodatné odchylky. Nejvýrazněji se úzkost projevuje u ústních zkoušek (Daly a kol., 2011). Část rozdílů mezi uchazeči tedy neodráží rozdíl v kompetenci, ale ve zvládání stresu.

Co testovou úzkost vyvolává

Zdroj	Jak se projevuje u zkoušky z VPL	Co může udělat komise
Neznámý formát či prostředí	Uchazeč neví, jak zkouška probíhá, kolik má času, co se po něm chce	Předem zveřejnit průběh, časování a hodnoticí kritéria; na začátku krátce vysvětlit postup
Velký význam zkoušky	Atestace rozhoduje o samostatné praxi a profesní budoucnosti	Uznat to otevřeně, ale zkoušku nedramatizovat
(Vnímaná) obtížnost	Neočekávaně složitý případ nebo nejasné zadání	Začít jednodušší otázkou, složitost stupňovat
Pověst předmětu či komise	Pověst „přísné“ komise nebo obávaného tématu	Transparentní a konzistentní hodnocení, otevřená zpětná vazba

Komisař jako zdroj signálů

Mírně vyjádřené emoce v obličeji jsou nejednoznačné – neutrální výraz lze snadno přečíst jako nesouhlas, znechucení nebo zlost (srov. Dyer a kol., 2022). Úzkostný uchazeč navíc sleduje tvář zkoušejícího zvýšeně pozorně. Zamračení při soustředění, zapisování poznámek nebo pohled na hodinky může vnímat jako signál neúspěchu – a jeho výkon se zhorší.

Jak testovou úzkost snižovat ?

Systematický přehled Kaur Khaira a kol. (2023) uvádí řadu účinných intervencí. Komisař má přímo v rukou tyto:

- **Podpůrné prostředí** – představit se, pozdravit, nabídnout vodu, posadit uchazeče, nespěchat
- **Jasné instrukce** – co je úkolem, kolik je času, zda lze dělat poznámky, kdy se komise ptá
- **Relaxace** – krátká chvíle na rozmyšlení, možnost začít otázkou, kterou uchazeč zvládne
- **Pozitivní zpětná vazba** – neutrálně podpůrné reakce („rozumím“, „pokračujte“), vlídná mimika, žádné ironické poznámky

V literatuře jsou popsány i další přístupy (aromaterapie, muzikoterapie, intervence se zvířetem), pro zkoušku jsou však spíše doplňkové.

Uchazeči mohou úzkost snížit také nácvikem: simulovaná ústní zkouška (i s pomocí nástrojů umělé inteligence) jim umožní seznámit se s formátem předem.

6. Formát zkoušky: více krátkých strukturovaných úloh je spolehlivějších než jeden rozhovor

Výsledek klasické ústní zkoušky výrazně závisí na tom, jaký případ uchazeč dostane a kdo ho zkouší. Objektivní strukturovaná klinická zkouška (OSCE) tyto vlivy omezuje: uchazeč projde řadou stanovišť, na každém řeší jeden úkol a hodnotí ho jiný zkoušející podle předem dané rubriky nebo checklistu.

Příklady stanovišť OSCE pro VPL

- odebrání cílené anamnézy u pacienta s únavou
- sdělení závažné diagnózy nebo rozhovor o ukončení léčby
- interpretace EKG nebo laboratorních výsledků a rozhodnutí o dalším postupu
- preventivní prohlídka a motivační rozhovor (kouření, alkohol, pohyb)
- revize medikace polymorbidního seniora
- akutní stav v ordinaci (anafylaxe, bolest na hrudi) a rozhodnutí o odeslání

Proč to výsledek zpřesňuje

- větší počet případů snižuje vliv „štěstí na otázku“
- více hodnotitelů snižuje vliv jednoho přísného nebo shovívavého komisaře
- jednotné zadání a rubrika zajišťují stejné podmínky pro všechny
- lze hodnotit i dovednosti, které se v rozhovoru ověřují obtížně (komunikace, fyzikální vyšetření)

I když zkouška formou OSCE neprobíhá, lze převzít její principy: více kratších případů, předem připravená zadání, společná rubrika a jasné časování.

Checklist pro zkoušející komisaře

Před zkouškou

- Znám cíle zkoušky podle vzdělávacího programu VPL a kompetence praktického lékaře, které má ověřit
- Komise má společnou rubriku pro VPL a prošla ji na modelovém případu z ordinace
- Kazuistiky odpovídají realitě ordinace: časté a nediferencované obtíže, multimorbidita, polypragmazie, prevence, akutní stavy a psychosociální kontext
- Kazuistiky mají podobnou náročnost a jsou připraveny písemně, s podklady v obvyklé podobě (laboratoř, EKG, medikační list, zprávy specialistů)
- Zadání jsou ověřena proti aktuálním doporučeným postupům pro VPL a platným předpisům (preventivní prohlídky, posudková činnost, pracovní neschopnost)
- Komise se předem dohodla, jak hodnotí rozhodnutí, které by ohrozilo pacienta
- Uchazeči znají předem průběh, časování a hodnoticí kritéria
- Místnost je klidná, bez vyrušování; je připravena voda a místo na poznámky
- V komisi je dohodnuto, kdo vede rozhovor, kdy se ptají ostatní a kdo pokrývá která témata

Během zkoušky

- Představím se, pozdravím a vysvětlím, jak zkouška proběhne
- Začínám jasným scénářem z ordinace („Do ordinace přichází…“) a kladu jednu otázku najednou
- Používám vyjasňující a sondovací otázky, vyhýbám se návodným a vágním
- Ověřuji rozhodování v nejistotě: varovné příznaky, vyčkávací postup, kdy a kam pacienta odeslat

- Ověřuji racionální volbu vyšetření a léčby s ohledem na možnosti primární péče a polypragmazii
- Ověřuji práci s důkazy: znalost doporučených postupů a jejich přizpůsobení konkrétnímu pacientovi (věk, komorbidity, přání)
- Ptám se na pacienta jako celek: jeho představy a obavy, rodinu, sociální situaci a sdílené rozhodování
- Ověřuji kontinuitu a koordinaci péče: kontroly, spolupráci se specialisty, domácí péči, prevenci a očkování
- Hlídám svou mimiku a neverbální signály, nepřerušuji uvažování
- Průběžně si zapisuji pozorované chování podle kritérií rubriky, ne celkový dojem

Po zkoušce

- Hodnotím podle rubriky, každé kritérium samostatně
- Rozhodnutí ohrožující pacienta hodnotím podle předem dohodnutého pravidla komise
- Rozdíly v hodnocení v komisi vyjasníme diskusí nad konkrétními pozorováními
- Uchazeč dostane konkrétní zpětnou vazbu vztaženou k praxi v ordinaci: silné stránky a prostor pro zlepšení
- Zaznamenám, co ve zkoušce nefungovalo (nejasná kazuistika, zastaralý podklad, nevhodná otázka), a navrhnu úpravu