

- професіоналізм від 80 - 100%. Тридцять один студент оцінив ці риси на 100%. Дев'ять студентів - 90%, тільки один -80%.
- вимогливість, дисциплінованість від 70 - 100%. Двадцять студентів оцінили на 70%, сім -80%, чотири - 90% і дев'ять студентів -100%.
- врівноваженість, ввічливість від 50 - 100%. Двадцять чотири студенти, що складає більше половини, вважають 100% необхідністю якості. Тільки два не надають особливого значення і поставили 50%.
- почуття гумору і товариськість від 50 - 100%. Для десяти студентів це питання не є принциповим - 50%. Тільки для одинадцяти така якість є важливою і вони оцінили на 100%. Решта двадцять - 80%.

Наступні місця у напрямку зниження відсотку представляють загальнолюдські якості:

- ерудованість від 30 - 100%. Дивно, але тільки для 17 студентів вищої школи ерудиція має 100% значення. Для одного студента -30%, ще для одного тільки 50%, а решта оцінили в 95%.
- зовнішні вигляд викладача від 30 - 100%, що говорить про те, що студенти хочуть бачити гідний зовнішній вигляд викладача. Для двох студентів зовнішній вигляд викладача практично не має ніякого значення, а отже, 30%. Тільки десять студентів надають 100% увагу цьому питанню, 21 студент - від 70 до 80%.
- Наставник від 0-100%. Тільки 10 студентів з 41 опитаного хочуть бачити викладача наставником -100%, шість студентів - 90%, десять-80%, три студента п'ятого курсу - 0%.

Дослідження показує, що студенти не байдужі до іміджу викладача. У буремності щоденного життя багато хто з нас не завжди критично ставиться до даного питання. Отже, не можна недооцінювати вплив іміджу викладача на формування особистості студента. Позитивний імідж є одним з важливих компонентів якості освітнього процесу.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Почепцов Г.Г. Имиджелогия. М. : Изд-во «Рефл-бук», Киев. : Изд-во «Ваклер», 2000. 768 с.
2. Гайворонская Т.В., Шадрин Э.М. Имидж преподавателя вуза глазами студентов. Международный журнал прикладных и фундаментальных исследований. 2016. № 4-1. С. 25-28.

УДК 616.89:378.14:61

*Скрипніков А.М., Рудь В.О., Телюков О.С.  
Рудь М.В., Погорілко О.В.*

#### **Українська медична стоматологічна академія, м. Полтава ПРОБЛЕМИ ФОРМУВАННЯ КЛІНІЧНОГО МИСЛЕННЯ У СТУДЕНТІВ**

*У статті аналізуються проблеми навчання студентів лікарській діагностиці та прийняттю професійних рішень. З позиції сучасних психологічних та методологічних підходів до організації навчання пропонуються зміни характеру навчання клінічній діагностиці на старших курсах за схемою «від ознаки до діагнозу».*

**Ключові слова:** *діагностика, професійні алгоритми, евристики, клінічне мислення.*

*В статті аналізуються проблеми обучения студентов врачебной*

диагностике и принятию профессиональных решений. С позиции современных психологических и методологических подходов к организации обучения предлагаются изменения характера обучения клинической диагностике на старших курсах по схеме «от признака к диагнозу».

**Ключевые слова:** диагностика, профессиональные алгоритмы, эвристики, клиническое мышление.

*The article analyzes the problems of teaching students medical diagnostics and professional decision-making. From the standpoint of modern psychological and methodological approaches to the organization of training, it is proposed to change the nature of teaching clinical diagnostics in senior years according to the scheme "from symptom to diagnosis".*

**Key words:** diagnostics, professional algorithms, heuristics, clinical thinking.

Незважаючи на розробку і впровадження великої кількості нових методів обстеження хворих, діагностика захворювань все ще далека від досконалості [1, 5, 6]. Аналіз лікарських помилок показує, що значна їх частина відбувається саме з вини лікаря. Так, результати вивчення 100 випадків розбіжностей клінічного та патологоанатомічного діагнозів у великій міській лікарні показали, що 56% помилок були пов'язані з суб'єктивними факторами, причому в 40,9% випадків виведено невірний висновок при достатній кількості фактів. Повторний аналіз, проведений тим же методом через 10 років, не виявив зменшення частки суб'єктивних помилок [4].

Лікарські помилки, які визначаються як розбіжність заключення лікаря і наявного у хворого захворювання, пригортають до себе найбільшу увагу. Однак, слід враховувати й інший показник – ефективність прийняття рішення, тобто постановку правильного діагнозу в мінімальний час і з найменшими часовими та діагностичними витратами (в системі: «ціна/якість»). Тому завдання вдосконалення навчання лікарській діагностиці та прийняття відповідних рішень у зв'язку з цим представляється досить актуальним і дозволяє обговорити деякі підходи до його вирішення.

З метою пошуку шляхів підвищення точності і ефективності діагностики захворювань корисно проаналізувати характерні риси прийняття рішення фахівцями високого класу. У цих фахівців форми прийняття рішень, випрацьовані в практичній роботі, дозволяють при наявності деяких ознак зробити правильний висновок про певний стан предмета і мають спрямованість «від ознаки до діагнозу». При цьому звертає на себе увагу очевидна надлишковість їхнього набору діагностичних стратегій (тобто способів вирішення однієї й тієї самої задачі), що, з одного боку, безумовно, вимагає додаткових ресурсів пам'яті, проте з іншого – дозволяє вільно обирати будь-яку об'єктивну ознаку за точку відліку й швидко активізувати

відповідну стратегію при побудові діагностичних гіпотез. Тому демонстрація студентам різних методів вирішення одних й тих самих клінічних завдань (випадків з практики) цілком може стати одним з методів підвищення якості їх підготовки. Однак, зворотною проблемою цього дидактичного прийому є необхідність вироблення викладачами стандартних алгоритмів вирішення типових клінічних ситуацій [1, 3].

Тут виникає одна з перших проблем: лікарське мислення вважається значною мірою інтуїтивним й таким, що не підлягає алгоритмізації.

Характерною рисою мислення фахівця є економність інтелектуальних зусиль щодо точності рішень та витраченого часу. Наприклад, професіонали зазвичай «згортають» розмірковування, коли досягнуто певного порогу впевненості у правильному вирішенні завдання, в той час як непрофесіоналам властива побудова більш повної й більш докладної картини даного конкретного випадку, що, однак, не збільшує точності вирішення задачі, проте збільшує час і вартість рішення [3, 4].

Практична робота лікаря зазвичай ускладнюється дефіцитом часу і сильним емоційним стресом. Аналіз процесів мислення в цих умовах показав, що люди часто приймають найпростіші й стереотипні рішення, зменшується число розглянутих альтернатив [3, 6]. Такі дані знову дозволяють припустити, що для вдосконалення здатності лікаря точно й швидко визначати захворювання найбільш перспективним напрямком є розробка оптимальної структури професійних знань, що включає широкий набір діагностичних стратегій.

Звідси впливає друга проблема: розширення у студентів наборів аналізованих множин, можливих при аналізі альтернатив. В медицині при навчанні лікарів традиційно акцент робиться на опис захворювань і характерних для них ознак. Однак така організація знань «від діагнозу до симптому» істотно відрізняється від послідовності реального діагностичного процесу з точністю до навпаки. Зазвичай лікар після виявлення суб'єктивних і об'єктивних ознак захворювання якраз і повинен визначити, з яким симптомокомплексом або нозологічною формою він має справу. Таким чином, в реальній роботі використовується схема прямо протилежної спрямованості - «від симптому до діагнозу». Однак, саме в цьому пункті і виникає проблема прийняття діагностичних, а згодом - і терапевтичних рішень.

Звідси з'являється третя проблема: зміна характеру навчання, особливо на старших курсах. Необхідно перейти від нозологічного принципу формування базових знань, що використовується на молодших курсах, до навчання вирішення проблем пацієнта.

Аналіз вітчизняної та зарубіжної літератури свідчить про зростаючий інтерес до даного підходу. Серед можливих форм організації знань для вирішення діагностичних завдань можна виділити три основні:

- а) створення алгоритмів;
- б) розробка евристик (професійний інтуїціонізм);
- в) моделювання [2, 7].

Алгоритмом називають чітко визначену послідовність дій, яка призводить до вірного рішення. У деяких типових медичних ситуаціях алгоритмічні рішення дійсно можливі. Однак, цей підхід не набув широкого поширення в практиці, оскільки вимагає запам'ятовування суворої послідовності дій, що мають часто численні розгалуження. З іншого боку, за останні роки видано чимало навчальних посібників, в яких зроблені спроби написання професійних алгоритмів. Однак, найчастіше дані алгоритми написані в довільному стилі, не мають уніфікованої загальноприйнятої символіки, перевантажені числом елементів (рахунок їх іноді йде на десятки на сторінці) і в принципі не можуть бути сприйняті як згортка інформації (для чого, власне, й призначалися). З'являється ще одне завдання: навчання вже самих викладачів опису стандартних блок-схем.

Евристики представляють собою деякі ті ж самі алгоритмізовані дії (правила, стратегії, прийоми), отримані в результаті попереднього досвіду вирішення завдань в даній області й дозволяють значно обмежити простір пошуку рішень, але в більш

пом'якшеній формі. Евристика дозволяє певною мірою переставляти обов'язкову послідовність дій і психологічно сприймається легше. Цей підхід має більш гнучку структуру, і хоча не гарантує повного успіху, дає можливість зменшити число альтернативних гіпотез до обсягу, який здатний проаналізувати лікар за обмежений час. Передача цієї лікарської техніки та навчання їй студентів – це, перш за все, лікарський діалог.

Стосовно моделювання, доводиться констатувати, що медицина вважається складною до формалізації галуззю знань, що ускладнює як створення самих моделей, так і заснованих на них алгоритмів і евристик [6].

Слід зазначити, що більшість захворювань людини проявляється зазвичай ознаками, які можуть зустрічатися при багатьох інших хворобах. Число так званих «патогномонічних» симптомів, тобто симптомів, суворо пов'язаних з одним захворюванням, є невеликим [7]. Тому при постановці діагнозу не можна уникнути «перебору» захворювань, можливих при даному симптомі або симптомокомплексі. Звідси випливає переважно імовірнісний характер діагностики [2]. Однак, систематичний аналіз усіх захворювань вимагає великих витрат часу й зазвичай складний до вирішення. З іншого боку, обмежений «перебір» може призвести до діагностичної помилки. Який же вихід? Знову ми приходимо до ідеї розробки стандартних алгоритмів, хоча і в пом'якшеній формі (евристики) [2].

Основні правила побудови діагностичних евристик та їх алгоритмів можна представити наступним чином:

1) знання організуються у вигляді структур, що мають спрямованість «від симптому до діагнозу», за основу яких взято ознаки, що зустрічаються досить часто і характерні для декількох захворювань, наприклад, жовтяниця, контрактура суглоба або анемія (тобто типові синдроми);

2) завдання пошуку захворювання при цьому розбивається на ряд етапів, а також на типові підзадачі й типові силогізми.

На початку пошуку охоплюються всі можливі варіанти вирішення, а на наступних етапах за обраним критерієм простір пошуку значно звужується. Є підстави вважати, що така поведінка людини є «природною» у вирішенні задач вибору [3]. Цей підхід дозволяє аналізувати на кожному кроці невелику кількість гіпотез (максимум 5-7), що відповідає рекомендаціям психологів.

Таким чином, вже на другому кроці діагностичного процесу лікарю потрібно розрізнити лише невелику кількість можливих захворювань (або їх груп), що цілком піддається аналізу. Багато прийомів обмеження «перебору», наприклад, запальний синдром, мають досить універсальне значення. При цьому підході слід велику увагу приділяти збору та аналізу суб'єктивної і об'єктивної інформації, на чому завжди наполягають досвідчені клініцисти. Уже під час першого знайомства з хворим використання евристичних прийомів оптимізує діагностичний процес, оскільки після виявлення перших ознак захворювання відразу можна організувати цілеспрямоване опитування і обстеження, орієнтуючись на ознаки, що зустрічаються при даному захворюванні. Знання описаної структури дозволяють починати діагностичний пошук практично з будь-якої об'єктивної ознаки. З'являється можливість збільшити надійність отриманого висновку, якщо проводити аналіз декількох ознак і зіставляти отримані висновки.

Наскільки реально використання подібного підходу в лікарській практиці? Спостереження за роботою висококваліфікованих лікарів показує, що аналіз симптомів, що включає подібні прийоми обмеження «перебору», широко

використовується ними в діагностиці захворювань, хоча й не завжди усвідомлено [5]. Виникає переконання, що саме у сфері розвитку і тренування професійного мислення приховані можливості, які дозволяють значно підвищити якість підготовки молодих фахівців стосовно прийняття професійних рішень. Така думка побічно підтверджується істотним підвищенням ефективності вирішення інтелектуальних завдань в деяких галузях, пов'язаних з впровадженням більш оптимальних форм організації знань (зокрема в інформаційних технологіях).

Таким чином, перехід у навчанні студентів, особливо старших курсів, від стратегії нарощування у них обсягів знань до стратегії навчання прийняттю професійних рішень (нехай і на меншому обсязі знань) може стати альтернативним підходом у вирішенні завдання підвищення якості підготовки молодих фахівців.

#### ЛІТЕРАТУРА

1. Захарченко Т. Роль наочності у процесі викладання професійно орієнтованих дисциплін / Т. Захарченко // Вища школа. – 2013. – № 12. – С. 30–38.
2. Ластед Л. Введение в проблему принятия решений в медицине / Л. Ластед // М.: МИР, 1971. – 282 с.
3. Лемешев А. Ф. Клиническое мышление. Врачебная логика как основа методологии диагноза : учеб.-метод. пособие / А. Ф. Лемешев. – Мн. : БГМУ, 2006. – 74 с.
4. Ляшук П. М. Клініка – вища школа лікарської майстерності / П. М. Ляшук, В. П. Пішак // Буковинський медичний вісник. – 2007. – Т. 11, № 1. – С. 151–153.
5. Семидоцкая Ж. Д. Клиническое мышление и XXI век / Ж. Д. Семидоцкая, И. А. Чернякова, И. С. Кармазина // Східноєвропейський журнал внутрішньої та сімейної медицини. – 2016. – № 1. – С. 100–103.
6. Тетенев Ф. Б. Формирование и развитие клинического мышления – важнейшая задача медицинского образования / Ф. Б. Тетенев, Т. Н. Бодрова, О. В. Калинина // Успехи современного естествознания. – 2008. – № 34. – С. 63–65.
7. Хэгглин, Р. Дифференциальная диагностика внутренних болезней / Р. Хэгглин; пер. с нем. // М., 2001. – 800 с.

УДК 378.147.88

*Slipchenko L.B.*

*Ukrainian Medical Stomatological Academy, Poltava*

#### **THE SUBSYSTEM OF EXERCISES FOR TEACHING PROFESSIONALLY ORIENTED DIALOGIC SPEECH OF MEDICAL STUDENTS**

*У статті наведені рекомендації щодо формування професійно орієнтованої компетентності майбутніх лікарів в процесі навчання професійно орієнтованого діалогічного мовлення. У статті пропонується підсистема вправ для навчання діалогічного мовлення.*

**Ключові слова:** професійно орієнтована компетентність, діалогічне мовлення, підсистема вправ, майбутні лікарі.

*В статті пропонується рекомендації для формування професійно орієнтованої компетентності майбутніх лікарів в процесі навчання професійно орієнтованого діалогічного мовлення. У статті пропонується підсистема вправ для навчання діалогічного мовлення.*

**Ключевые слова:** профессионально ориентированная компетентность, диалогическая речь, подсистема упражнений, будущие врачи.