

ОСОБЛИВОСТІ ФОРМУВАННЯ КЛІНІЧНОГО МИСЛЕННЯ СТУДЕНТІВ-ІНОЗЕМЦІВ ПРИ ВИВЧЕННІ РАДІОЛОГІЇ

Марченко В.Ю., Васько Л.М., Жукова Т.О., Муковоз О.Є., Корнєєв О.В., Баштан В.П.

Українська медична стоматологічна академія

Охарактеризовано проблеми формування і розвитку клінічного мислення студентів-іноземців, пов'язані з певними факторами: труднощами в спілкуванні з пацієнтами, обмеженим часом, що відводиться на діагностику і лікування хворого на амбулаторному прийомі. Рекомендовано індивідуальний підхід кожного викладача медичного ЗВО до студентів-іноземців з урахуванням їхніх когнітивних стилів, що забезпечить формування клінічного мислення майбутніх лікарів і підвищення якості підготовки фахівців-рентгенологів.

Ключові слова: клінічне мислення, володіння мовою, студенти-іноземці, вивчення радіології, когнітивні стилі.

The article discusses the complexity of the formation and development of clinical thinking students - foreigners, subject to certain factors: poor language skills, difficulty in communicating with patients, the limited time that is given to the diagnosis and treatment of the patient in the polyclinic reception. Recommended individual approach of each Medical University teacher to foreign students taking into account cognitive styles that will secure the future of clinical thinking of physicians and improve the quality of radiology training.

Keywords: clinical thinking, language skills, learning radiology, students – foreigners, cognitive style.

Клінічне мислення лікаря-радіолога як методологічна основа встановлення діагнозу – непростий і суперечливий процес, опанування яким є одним із найскладніших і найважливіших завдань медичної освіти. Складність формування і розвитку клінічного мислення студентів-іноземців, особливо англомовної форми навчання, пов'язана з певними факторами: недосконалим володінням мовою, складністю в спілкуванні з пацієнтами, багатогранністю патології органів і систем, обмеженим часом, що відводиться на діагностику та лікування хворого на амбулаторному прийомі.

Крім цього, студенти володіють різними стилями кодування і переробки навчальної інформації. Стили переробки інформації (когнітивні стилі) – це індивідуально своєрідні способи сприйняття, аналізу, структурування і категоризації свого оточення. Так, візуальний стиль переважає в 16% студентів, предметно-практичний стиль – у 30%, словесно-символічний стиль – у 54% (А.А. Толстенева, 2008) [6]. Таким чином, велика частина студентів володіють словесно-символічним стилем кодування. Доведено, що саме вони найбільш успішні в навчальній діяльності (цей висновок зроблено на підставі аналізу успішності студентів із різних дисциплін).

Проведення практичних занять із радіології зі студентами-іноземцями при вивченні рентгенології передбачає варіативність залежно від переважного стилю кодування інформації студентів. Отримана в ході практичної роботи емпірична інформація для студентів, які опанували теоретичну інформацію, є підтвердженням теоретичних знань, а для студентів із предметно-практичним стилем кодування інформації – підтвердженням висунутої ідеї і базою для вивчення теорії. Таким чином, одна і та ж медична інформація засвоюється студентами за різними схемами. Для студентів, які володіють словесно-символічним і візуальним стилями, – за схемою: словесно-символічне подання → графічне представлення → предметне уявлення. Для студентів із предметно-практичним стилем кодування інформації: предметне уявлення → графічне представлення → словесно-символічне подання. Ось чому для студентів із предметно-практичним стилем кодування особливо важлива практична робота спільно з викладачем (а виконання деяких нескладних маніпуляцій – і самостійно) [7]. Це стрімко підвищує мотивацію до засвоєння достатнього обсягу теоретичних знань.

Як відомо, клінічне мислення складається з таких операцій [4]:

1. Аналіз – здатність подумки роз'єднувати образ на складові частини, елементи, із виділенням тих чи інших його сторін, властивостей, зв'язків;
2. Синтез – здатність до об'єднання подумки окремих елементів і частин, виділених аналізом, і створення цілісного образу;
3. Порівняння – знаходження тотожності та відмінності між об'єктами, спираючись на здобутий досвід;
4. Абстрагування – здатність уявляти властивості об'єктів, відволікаючись від самих об'єктів чи від певних їхніх деталей, спрощуючи таким чином і схематизуючи дійсність;
5. Узагальнення – виділення загального, головного, характерного для певного кола явищ, із виключенням дорядного;
6. Конкретизація – перехід від абстракції й узагальнення до окремих предметів чи явищ дійсності.
7. Класифікація – здатність до групування об'єктів і явищ у класи.
8. Систематизація – здатність подумки розташовувати класи, предмети і явища в певній послідовності.

Клінічна діагностика – це варіант медичного розпізнання, зарахування патологічних станів, процесів до певного класу. Найбільш досконалим ступенем лікарського діагнозу є «діагноз хворого», у якому відображена не тільки назва конкретної нозологічної одиниці, а й етіологічні, патогенетичні, функціональні складові діагнозу, ступінь тяжкості і перебіг хвороби в конкретного пацієнта.

Основу діагностичного процесу складає алгоритм. За Л.Б. Наумовим, діагностичний алгоритм – це точна загальнозрозуміла інструкція (схема) про поетапне виконання у визначеній послідовності елементарних розумових операцій і дій для встановлення діагнозу.

Студентам-іноземцям, які щойно вступили на нелегкий шлях медичного пізнання [5], необхідно аналізувати свої особисті суб'єктивні враження, зіставляти їх з отриманими результатами об'єктивних методів обстеження і на основі адекватного тлумачення прийти до єдиного правильного клінічного діагнозу з подальшим призначенням відповідного ефективного лікування [2].

На кафедрі онкології та радіології з радіаційною медициною іноземні студенти, спілкуючись із пацієнтом, вчать, вже починаючи з суб'єктивного обстеження, виконувати диференційовану діагностику за характеристи-

кою больового синдрому. Після вивчення схеми його дослідження вони заповнюють порожню схему, не тільки тренуючи свою пам'ять, а й опановуючи прийоми логічного мислення, оскільки схема побудована на антагонізмі та підпорядкованості характеристик болю (причинний – мимовільний; локалізований – іррадіюючий; гострий – ничий тощо) [1].

Правильно проведене опитування пацієнта в більшості випадків дозволяє безпомилково передбачити діагноз, який згодом має підтвердитися даними об'єктивного обстеження. Однак достовірність даних суб'єктивного обстеження можлива лише в разі адекватного психічного стану пацієнта, довірливих стосунків між лікарем і хворим, що теж має бути правильно оцінено і виконано майбутнім лікарем.

Диференційована діагностика – важливий етап діагностичного процесу. В її основу покладене порівняння – логічний прийом, що дає можливість установити подібність і розбіжності предметів чи процесів. У діагностичному процесі порівняння припускає встановлення окремих симптомів порівнюваного конкретного захворювання і знання симптомів абстрактної хвороби, з яким конкретне захворювання порівнюється, аналіз і наступний синтез симптомів конкретного захворювання для зіставлення хвороб у цілому.

Виключення проводиться на підставі одного з принципів диференціації: принцип істотних розбіжностей, принцип виключення через протилежність, принцип розбіжності ознак.

Мета диференційованої діагностики – відкинути хворобу з подібними симптомами. У процесі диференціації спочатку відкидають позасиндромні хвороби (тобто інші нозологічні одиниці). Причому починають порівняння з найменш подібними, а потім одну за одну відкидають хвороби з наростаючою подібністю. Наприклад, для туберкульозу легень позасиндромну (міжгрупову) диференційовану діагностику виконують із деякими формами запалення легень, раку легень. Внутрішньосиндромну (внутрішньогрупову) діагностику – в межах однієї нозологічної одиниці (наприклад, різні форми туберкульозу).

Найбільш досконалим ступенем лікарського діагнозу є «діагноз хворого», в якому вказані особливості захворювання в конкретного хворого, що залежать від його індивідуальної реактивності, конституції, віку, умов життя. Але для статистичного вивчення загальних закономірностей, динаміки структури захворюваності та смертності в основу документального оформлення захворювань у клінічній практиці покладений клінічний «діагноз хвороби». Він складається з нозологічної форми, що позначає сутність хвороби в термінах, передбачених прийнятою міжнародною класифікацією і номенклатурою хвороб (Міжнародна класифікація хвороб. – Женева, 1998) та затверджених на території України класифікацій. Іноземним студентам важливо зіставляти різні назви одних і тих же форм хвороб, якими різняться вищевказані класифікації, оскільки невідомо, яка класифікація використовується в країні подальшого працевлаштування майбутнього спеціаліста. Велике значення в цьому має розуміння патоморфологічних процесів, що лежать у основі патологічного процесу [3].

Кожний лікар у визначенні діагнозу діє за певною схемою, якої він був навчений або розробив сам у процесі своєї практичної діяльності. Хоча більшості здається, що вони встановлюють діагноз інтуїтивно, спираючись на своє «внутрішнє чуття». Але інтуїція найчастіше базується на глибоких знаннях і багатому досвіді роботи. Тому в усіх випадках після відповідного аналізу можна досить детально відтворити «шлях» до діагнозу: всі дії та послідовність роздумів лікаря у процесі його встановлення.

Отже, педагогічний індивідуальний підхід кожного викладача медичного ЗВО до студентів-іноземців з урахуванням їхніх когнітивних стилів забезпечить формування клінічного мислення майбутніх лікарів та підвищення якості підготовки фахівців-радіологів.

Список використаної літератури

1. Андерсен Джон Р. Когнитивная психология. – 5-е изд. / Джон Р. Андерсен. – Питер: World Publishers, 2002.– 496 с.
2. Методичні розробки з медичної психології. Точка доступу –http://www.scorcher.ruartmed_booksmed.psihologi.php/.
3. Мілерян В.Є. Методичні основи підготовки і проведення навчальних занять у медичних вузах :методичний посібник / В.Є. Мілерян.– К.: Хрещатик, 2001. – 76 с.
4. Орлов А.Б. Психология личности и сущности человека: парадигмы, прецедии, практики / А.Б. Орлов. – М., 1995. – С. 142-143.
5. Освіта в Європі у 2020-2030 роках. Прогноз. Точка доступу –<http://www.pontydysgu.org/2010/01/crowd-sourcing-the-european-foresight-study-your=chance-to-be-an-expert/>.
6. Толстенева А.А. Методическая система обучения физике студентов ВУЗов на основе учета их когнитивных стилей: автореф. дис. на соискание учен. степени доктора пед. наук / А.А. Толстенева. – Нижний Новгород, 2008.
7. Штифурак В.С. Аспекти особистісно-орієнтованого підходу в контексті проблем сучасної школи / В.С. Штифурак // Творча особистість вчителя: збірник наук. праць / Ред. кол.: Н.В. Гузій (відп. ред.) та ін. – К.:УДПУ, 1997. – С. 139.