

3. McCloud S. Understanding Comics. The Invisible Art / Scott McCloud. – New York : HarperCollins, 1993. – 220 p.
4. Moore A. & Gibbons D. Watchmen / Alan Moore & Dave Gibbons. – London : Titan Books (DC Comics), 1987. – 108 p.

Received October 24, 2017

Revised November 20, 2017

Accepted December 18, 2017

УДК 159.955+159.956

I. Т. Кишакевич
iryana.ky@gmail.com

МИСЛЕННЄВІ СТРАТЕГІЇ ЯК МЕХАНІЗМ РОЗВ'ЯЗУВАННЯ НЕСТАНДАРТНИХ КЛІНІЧНИХ ЗАДАЧ

Kyshakevych I. T. Thinking strategies as a mechanism for solving non-standard clinical problems / I. T. Kyshakevych // Problems of Modern Psychology : Collection of research papers of Kamianets-Podilskyi National Ivan Ohiienko University, G. S. Kostyuk Institute of Psychology of the National Academy of Educational Sciences of Ukraine / scientific editing by S. D. Maksymenko, L. A. Onufriieva. – Issue 39. – Kamianets-Podilskyi : Aksioma, 2018. – P. 110–122.

I. T. Kyshakevych. Thinking strategies as a mechanism for solving non-standard clinical problems. Findings of studying psychological essence of doctors' thinking patterns used while solving non-standard clinical problems have been highlighted.

According to the findings of clinical thinking analysis, its creative nature has been proved as well as the approach to its study via the analysis of thinking practices in solving non-standard clinical problems has been defined. The author has singled out three components of creative clinical thinking process, i.e. the process of understanding, the process of prognosis and the process of approbation, and has analyzed searching actions applied to such components.

The approach to doctor's creative thinking study through the analysis of prevailing thinking practices in solving non-standard clinical problems has been defined. It has been established that actions according to analogy, against analogy and combinatorial actions occur in each component of creative clinical thinking process; besides, their contents in the process of

medical problem understanding, in the process of forecasting the project of problem solution and approbation of the found solution in overcoming the medical problem has been analyzed.

It has been found out that in some cases, thinking actions according to analogy, combinatorial actions or reconstructive actions, tend to become dominant and result in the effectiveness of one or several components of the search process.

It has been proved that in case when the tendency for analogy, combination or reconstruction prevails in all components of the processes (the process of understanding, the process of prognosis, the process of approbation) and the subject receives subjective confidence in the accuracy of his/her actions, it becomes a mental strategy of analogization, combination or reconstruction.

Key words: creative clinical thinking, thinking tendency, thinking strategy of analogization, thinking strategy of combination, thinking strategy of reconstruction.

І. Т. Кишакевич. Мисленнєві стратегії як механізм розв'язування нестандартних клінічних задач. Представлено результати вивчення психологічної сутності мисленневих прийомів розв'язування нестандартних клінічних задач лікарями.

За результатами аналізу досліджень медичного мислення констатовано його творчий характер та означено підхід до його вивчення шляхом аналізу мисленневих дій під час розв'язування нестандартних клінічних задач. Автором виділено три складові процеси творчого медичного мислення: процес розуміння, процес прогнозування, апробаційний процес та проаналізовано пошукові дії впродовж таких складових.

Означено підхід до вивчення творчого мислення лікаря шляхом аналізу переважаючих мисленневих дій під час розв'язування нестандартних лікарських задач. Установлено, що дії за аналогією, всупереч аналогії та комбінаторні дії зустрічаються в кожному складовому процесі творчого медичного мислення, та проведено аналіз їх змісту в процесі розуміння медичної проблеми, у процесі прогнозування проекту вирішення проблеми та апробації знайденого розв'язку подолання медичної проблеми.

Констатовано, що у деяких випадках мисленнєві дії за аналогією, чи комбінаторні дії, чи реконструюючі дії набувають стану переважаючих мисленневих тенденцій і призводять до результативності одного або декількох складових пошукового процесу.

Доведено, що у випадку, коли тенденція до аналогізування, комбінування чи реконструювання переважає впродовж усіх складових процесів (процес розуміння, процес прогнозування, апробаційний процес) і суб'єкт отримує суб'єктивну впевненість у правильності своїх дій, така тенденція перетворюється у мисленнєву стратегію аналогізування, комбінування чи реконструювання.

Ключові слова: творче медичне мислення, мисленнєва тенденція, мисленнєва стратегія аналогізування, мисленнєва стратегія комбінування, мисленнєва стратегія реконструювання.

Постановка проблеми. Відомо, що творчих рішень вимагає будь-яка професійна сфера людської діяльності. Стосовно ж медицини, давно і справедливо зауважено, що клінічна діяльність – це різновид мистецтва, тобто сплав знань і досвіду, мислення й інтуїції, адже об’єкт пізнання лікаря – людина, яка не має аналогів і є унікальною та неповторною. Саме тому дослідження мисленнєвого процесу, спрямованого на вирішення нестандартних, а отже, творчих завдань у галузі медицини, завжди було актуальним завданням як для самої медицини, так і для психології.

Творче медичне мислення можна означити як специфічну розумову діяльність медичного працівника, що охоплює його знання з медицини, знання про хворого та симптоми його захворювання, особистий досвід медика. Вона проявляється в усіх складових його професійної діяльності: діагностуванні, лікуванні та профілактиці захворювання, реабілітації хворого і його психологічній підтримці.

Однією з особливостей лікарської діяльності є наявність алгоритмів розв’язування багатьох медичних проблем [1; 3; 7; 9]. Тобто, для розв’язування певного типу задач із діагностування, лікування чи профілактики захворювання існує вказівка про конкретні дії лікаря та послідовність їх виконання на шляху подолання медичної проблеми, що робить дії за аналогією особливо значущими у лікарській діяльності. Поряд із цим, результативність мисленнєвого пошуку часто досягається всупереч діям за аналогією, або іншим шляхом (наприклад, за допомогою комбінування) [2; 9]. Такий стан справ висуває *проблему дослідження місця і ролі мисленнєвих прийомів* у творчому медичному мисленні.

З іншого боку, творче мислення лікаря як цілеспрямована діяльність, спрямована на вирішення медичної проблеми, в перше чергу спирається на знання і минулий досвід. Водночас виникає необхідність виходу за їх межі. Це відбувається за допомогою певних мисленнєвих операцій, що селекціонуються і скеровуються *мисленнєвою стратегією* – суб’єктивною перевагою у використанні тих чи інших мисленнєвих операцій. Ці переваги охоплюють й особливість творчої задачі, й суб’єктивні мисленнєві уподобання; вони відображають взаємодію процесуальної та особистісної складових творчого мислення, охоплюють

усі складові процеси й етапи розв'язування творчих задач. До таких переваг слід віднести дії за аналогією, комбінаторні дії, дії всупереч аналогії. Саме тому, на наш погляд, актуальним є вивчення сутності, змісту і функціонування мисленневих стратегій у творчому медичному мисленні.

Аналіз останніх досліджень і публікацій. Теоретичним підґрунтям нашого дослідження є теорія діяльності, розроблена С. Л. Рубінштейном та О. М. Леонтьєвим, за якою будь-який мисленневий процес – це процес розв'язування задач. Якщо задача для суб'єкта є новою, то мислення стає творчим і містить усвідомлювані ланки (О. М. Матюшкін, К. О. Славська, Ю. А. Самарін, Л. І. Анциферова та ін.) та неусвідомлювані (О. М. Леонтьєв, Я. О. Пономарьов, В. О. Моляко та ін.). Ми розглядаємо творчий мисленневий процес як процес, що поєднує в собі процесуально-динамічний (Л. С. Виготський, С. Л. Рубінштейн, Б. М. Теплов, Г. С. Костюк, П. П. Блонський, В. В. Давидов та ін.) та особистісний (С. Л. Рубінштейн, Б. М. Теплов, О. К. Тихомиров, В. О. Моляко та ін.) компоненти.

Значна частина дослідників медичної діяльності підкреслює творчий характер професійного мислення лікаря [2; 3; 7], хоча має місце підхід до аналізу діяльності лікаря як до репродуктивної діяльності [5]. Зокрема, Ю. К. Абаєв наголошує, що часта зміна клінічної картини захворювання робить процес мислення лікаря творчим. У зв'язку з цим мислення лікаря повинно бути гнучким, здатним до швидкої мобілізації та зміни ходу міркувань, коли це диктується змінами в перебігу захворювання [1]. Саме **творче медичне мислення** в означеному контексті буде в подальшому **об'єктом психологічного аналізу** в цій статті.

Медичне мислення – це специфіка розумової діяльності лікаря, що забезпечує ефективне використання даних науки й особистого досвіду стосовно конкретного хворого, конкретного захворювання. Ядром медичного мислення є здатність до розумової побудови синтетичної та динамічної картини хвороби, переходу від сприйняття зовнішніх проявів хвороби до відтворення її внутрішнього перебігу. Саме вміння включати будь-який симптом у логічний ланцюг міркувань є невід'ємною складовою майстерності лікаря [7; 9].

Теоретичний аналіз наукової літератури свідчить, що при вирішенні творчих задач проявляються певні мисленневі тенденції, які можуть формуватися у **мисленневій стратегії**. Психологічно мисленнева стратегія пов'язується з ланцюгом суб'єк-

тивних дій, що сприяють досягненню необхідного результату. Стратегія завжди індивідуалізована і має специфічний особистісний відтінок [4].

Узагальнюючи позиції науковців щодо сутності поняття «стратегія мислення», зауважимо, що вони вбачають основні ознаки прояву стратегій у наявності: порядку в обробці інформації на противагу випадковим діям; економії часу та пізнавальних ресурсів індивіда; гнучкості мислення; впевненості суб'єкта у правильності обраного порядку дій та точному слідуванні цьому порядку. Тобто, головна функція стратегій – упорядкування інформації, створення схем і структур, що ведуть до її спрощення.

Окрім того, під час розв'язування задач стратегія вказує на закономірності в процесі розв'язування і більше асоціюється із загальною спрямованістю розумових дій, їхньою динамікою. Зокрема, В. О. Моляко наголошує, що стратегія є динамічним, процесуальним утворенням і являє собою суб'єктивну розумову перевагу, яка спрямовує інтелектуальні дії суб'єкта при розв'язуванні нових задач. Стратегія, на його думку, не містить детального плану, не є ані способом, ані методом розв'язування, а є індивідуалізованою розумовою тенденцією, проявом спрямованості мисленнєвої діяльності особистості [4]. Суб'єкт під дією однієї і тієї ж стратегії може складати різні плани, упроваджувати різні способи розв'язування конкретної задачі. Стратегія не є формально-логічною програмою дій. Вона визначає її характер, якість, обумовлює спрямованість пошукових дій.

Відносно стійка, але гнучка система суб'єктивно привабливих дій, стратегія функціонує впродовж усього процесу розв'язування задач: при вивченні умови задачі; при пошуку шляху розв'язування; при втіленні проекту розв'язку. Це дає підстави розглядати функціонування мисленнєвої стратегії на кожному етапі процесу розв'язування задачі (вивчення умови задачі, побудова проекту розв'язку, перевірка проекту розв'язку), впродовж кожного складового процесу, що міститься у процесі розв'язування творчої задачі (процесу розуміння, процесу прогнозування, апробаційного процесу) [4; 8]. Сутність стратегії проявляється через: мисленнєві прийоми, застосовані до аналізу умови задачі; зміст гіпотез стосовно розв'язку задачі; переважаючі мисленнєві операції, що застосовуються при оперуванні зі структурними елементами задачі; співвіднесення мисленнєвого результату з умовою і вимогою задачі.

Мисленнева стратегія суб'єкта, який розв'язує творчу задачу, проявляється вже на початкових етапах розв'язування творчої задачі й завершується суб'єктивним переконанням у правильності знайденого розв'язку. При цьому на початках мисленневих дій стратегія не виявляється повністю, вона формується у процесі розв'язування. Тому є сенс розпочинати аналіз процесу розв'язування з виявлення мисленневих тенденцій (певних закономірностей у прийнятті рішень). Такий аналіз варто проводити, вивчаючи характер мисленневих механізмів, окремих операцій, що забезпечують пошукові дії. Тобто, виявивши переважаючі мисленневі дії, ми можемо виявити суб'єктивні мисленневі тенденції пошукового процесу, а виявивши їх стійкість упродовж усього процесу розв'язування задачі (при її розумінні, формуванні проекту розв'язку й апробації проекту), після настання суб'єктивної впевненості у правильності знайденого розв'язку, можна стверджувати про функціонування певної стратегії.

В українській психологічній школі виділяють декілька мисленневих стратегій: аналогізування, комбінування, реконструювання, універсальну [4; 6]. У цій роботі досліджується функціонування саме таких стратегій у творчому медичному мисленні лікарів із різним досвідом практичної діяльності.

Мета статті – проаналізувати зміст, психологічну сутність, функціонування мисленневих стратегій аналогізування, комбінування та реконструювання у процесі розв'язування різних творчих медичних задач.

Виклад основного матеріалу. Ми провели експериментальне дослідження творчого медичного мислення 40 лікарів-інтернів Івано-Франківського обласного перинатального центру в процесі розв'язування ними клінічних задач, завданням яких було встановити діагноз захворювання та провести віртуальне лікування за вказаним даними анамнезу і результатами діагностики. Учасниками нашого дослідження були лікарі-інтерни, лікарі акушерки-гінекологи, анестезіологи-реаніматологи, неонатологи, лікарі загальної практики – сімейної медицини, лікарі бригад швидкої допомоги з різним стажем практичної діяльності. Це дало нам змогу виявити мисленневі тенденції, з'ясувати їх сутність, зміст і роль у вирішенні медичної проблеми практичними лікарями.

Наголосимо, що ми вважаємо творчий мисленневий процес, спрямований на вирішення медичної проблеми, таким, що включає процес розуміння задачі, процес формування її розв'язку і процес апробації знайденого розв'язку. Тому про переважаючі

мисленнєві тенденції, а відтак, і про мисленнєву стратегію, будемо судити, аналізуючи ці складові, констатуємо її присутність у мисленневих діях кожного процесу та вивчаючи її зміст і роль у результативності кожної складової.

Зауважимо, що ми фіксували дії за аналогією, всупереч аналогії чи комбінаторні дії практично у пошуковому процесі кожного учасника експерименту і при розв’язуванні кожної задачі. Проте, у цій статті ми аналізуватимемо випадки, коли використання таких мисленневих прийомів мало *переважаючий* характер. Загальний аналіз (у кількісному відношенні) мисленневих переваг під час розв’язування експериментальних клінічних задач у пошуковій діяльності учасників експерименту в процесах розуміння медичної проблеми (встановлення діагнозу захворювання), формування задуму (призначення лікування) й апробації задуму (аналіз лікувального процесу), наведено на рис. 1.

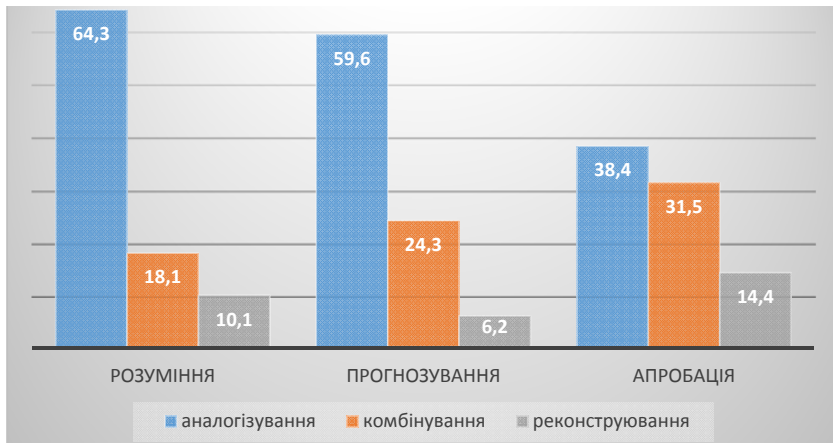


Рис. 1. Кількісна оцінка використання мисленневих тенденцій при розв’язуванні клінічних задач лікарями-практиками

Зупинимось детальніше на аналізі мисленневих тенденцій у кожному зі складових процесів творчого клінічного мислення. Розуміння під час розв’язування клінічної задачі пов’язане з вірним і швидким розпізнаванням ознак, симптомів хвороб, віднесенням їх до певної категорії захворювань [6]. Усе це стосується розуміння умови задачі. При цьому, лікар, аналізуючи ці ознаки (симптоми) хвороби, повинен уявити механізм розвитку захворювання для прийняття правильного рішення про діагноз і відповідні методи лікування.

Такі дії найчастіше здійснювалися на основі залучення відомих аналогів. При цьому, таке залучення могло бути як епізодичним, так і досить стійким, перетворюючись у мисленнєву тенденцію аналогізування. У процесі розуміння медичної проблеми мисленнєва тенденція аналогізування полягає у частому застосуванні відомих складових діагнозу чи його частин. Мисленнєві дії пошуку аналогів набувають форми мисленнєвого порівняння об'єктів для встановлення спільного між ними, трансформації цього спільного з одного об'єкта на інший. Зауважимо, що використання аналога не завжди здійснюється безпосередньо. Аналог адаптують до нових умов, визначених задачею.

Розуміння клінічної задачі може настати за допомогою комбінування: після аналізу, співставлення і перекомбінування складових симптомів конструюється цілісне бачення змісту задачі. У цих випадках після розпізнавання складових елементів задачі (симптомів, скарг) висувається гіпотеза про певне перекомбінування її складових, що сприяє цілісному баченню змісту клінічної задачі, проникненню у її сутність. У результаті таких дій виявляються нові зв'язки між структурними елементами, нові можливості для застосування теоретичних відомостей, виникають нові властивості перекомбінованих об'єктів.

Мова йде не про разове комбінування даних задачі (хоча такі випадки часто спостерігалися нами). Ми наголошуємо на фіксуванні випадків наполегливого, неодноразового поєднання даних задачі у своєрідні «конструкції», які у подальшому функціонували у пошуковій діяльності досліджуваних як єдине ціле. При цьому, якщо така «конструкція» виявлялася нерезультативною, її замінювали іншою, утвореною за допомогою іншої комбінації. Тобто, мова йде про мисленнєву тенденцію комбінування, яка визначається перебудовою структури задачі й виявленням на цій основі нових зв'язків між елементами, можливостей залучення нових теоретичних фактів і властивостей утворених зв'язків.

Іноді для розуміння клінічної задачі (постановки діагнозу) досліджувані діяли на основі реконструкції: швидко визначали діагноз і, міркуючи у «зворотному напрямі», зв'язали із симптомами, запропонованими ситуативною задачею. Якщо симптоми захворювання не співпадали з тими, що були запропоновані умовою, діагноз змінювався.

Аналогічні траєкторії руху думки ми спостерігали під час складання плану лікування (у процесі прогнозування). Очевидно, переважали дії за аналогією (див. рис. 1). Суб'єктивні знання

й досвід того, хто розв'язує задачу, є тим невід'ємним тлом, на основі якого розгортається процес формування проекту лікування захворювання у вигляді висування і перевірки гіпотез. При цьому, суттєво впливають на пошукові дії існуючі в медицині алгоритми розв'язування деяких типів ситуативних клінічних задач (їх лікування). Варто внести деякі пояснення у застосування аналогів у пошуковій діяльності досліджуваних. Ми спостерігали, що, розв'язуючи клінічні задачі, учасники експерименту залучали в якості аналога об'єкти, що різною мірою відповідали вимогам задачі. Тобто, мала місце повна аналогія або часткова аналогія; близька, віддалена і дуже віддалена аналогія.

Ми фіксували при створенні програми лікування мисленеву тенденцію комбінування, що визначається, в першу чергу, об'єднанням кількох фармацевтичних засобів, лікувальних прийомів у одну конструкцію плану лікування: додавання або вилучення нового препарату до вже встановленого і загальноприйнятого набору лікувальних засобів; різне поєднання і дозування відомих засобів тощо.

Деколи при складанні лікувальної програми досліджувані діяли всупереч аналогії. Якщо основою задуму програми лікування є реконструкція, то це передбачає суттєві зміни у значущості чи структурі симптомів і скарг. До того ж, можливі зміни усєї клінічної картини захворювання або тільки її окремих деталей. Мисленева інверсія висуває на перший план інші властивості складових лікарської проблеми, інші теоретичні факти, на основі яких може настати інше розуміння задачі. Реконструктивні мисленеві дії досліджуваних, як правило, розпочиналися з найменш відомого у змісті задачі.

Після того, коли у лікаря вже склалось уявлення про зміст розв'язку лікарської задачі, розпочинається процес його апробації. Ефективність перевірки досягається суб'єктом тоді, коли те новоутворення, яким є розв'язок, за різними параметрами може слугувати містком від умови до вимоги задачі.

Отже, адекватність задуму подолання лікарської проблеми з'ясовується після проведеного комплексу апробаційних дій, спрямованих на дослідження отриманого рішення про план лікування. Головна сутність етапу перевірки – це порівняльна взаємодія отриманих знань (тієї лікувальної програми, яку вдалося скласти) з існуючою суб'єктивною системою знань. Дослідники зазначають, що важливим моментом процесу розв'язування будь-якої задачі є момент настання суб'єктивної впевненості в

її правильності (або неправильності) [4]. Цю впевненість можна вважати суб'єктивним критерієм перевірки сформованого заду-му розв'язку, оскільки саме вона скеровує процес апробації впро-довж пошуку розв'язку. Тобто, апробація в творчому медичному мисленні завершується з настанням суб'єктивної впевненості в достовірності прийнятого рішення.

Добуті в пошуковому процесі знання регулюють подальші дії: пошуковий процес може припинитись, якщо суб'єкт отримав інформацію про відповідність отриманого розв'язку; продовжитись, якщо не існує такої відповідності. Якщо ж апробаційні дії, спрямовані на перевірку гіпотези розв'язку, виділяються в окре-мий пошуковий етап, вони також підпорядковані суб'єктивній мисленнєвій тенденції і ґрунтуються на діях за аналогією, всупе-реч аналогії, комбінаторних діях чи їх поєднанні.

Найчастіше це були також дії за аналогією. При цьому, за-стосовувався метод перевірки за аналогією до відомого методу й перевірка знайденої гіпотези розв'язку в ситуаціях, аналогіч-них до умови задачі. Комбінування при перевірці знайденого розв'язку нагадувало перевірку дії окремих симптомів і дії за-собів спланованого медикаментозного впливу на них. У проце-сі апробації розв'язку лікарської задачі застосовуються рекон-структивні дії. Такий прийом застосовується переважно там, де в учасників експерименту після створення гіпотези розв'язку медичної проблеми виникає більше сумнівів, ніж упевненості у відповідності гіпотези умові й вимогам задачі. Ми спостерігали, як досліджувані знаходили контрприклад, щоб остаточно пере-конатися у нерезультативності обраного шляху, який на певно-му етапі був досить привабливим для них.

Отже, ми фіксували наявність мисленнєвих тенденцій у про-цесах розуміння лікарської проблеми, прогнозування вирішен-ня проблеми й апробації прийнятого рішення. Зароджена ідея подібності запропонованої задачі до відомого аналога продовжу-ється пошуком підтверджень цього. А внутрішнє початкове ба-жання комбінувати складові елементи задачі (симптоми, скарги тощо) діяло впродовж з'ясування сутності нової задачі та пошу-ку шляхів подолання медичної проблеми. Усе це підтверджує функціонування переважаючої ідеї аналогізувати, реконструю-вати чи комбінувати впродовж того чи іншого складового проце-су під час пошуку розв'язку лікарської проблеми. Паростки мис-леннєвої переваги, що виникли на початку роботи над задачею, з поглибленням її розуміння, з пошуком її розв'язку трансфор-

муються у чим раз стійкішу мисленнєву тенденцію. Мисленнєві тенденції не мають локального характеру в пошуковому процесі. Виникаючи на етапі вивчення умови у вигляді ледь помітних мисленнєвих переваг, яскраво проявляються у процесі розуміння, формування проекту розв'язку. Однак вони потребують завершення суб'єктивного переконання у відповідності результату розв'язування задачі її змісту. Це настає у процесі апробації сформованої гіпотези розв'язку.

Тенденції у мисленні, що проявляються в пошуковому процесі й виражаються у суб'єктивній перевазі використовувати дії за аналогією, всупереч аналогії чи комбінаторні дії, разом із настанням суб'єктивної впевненості у правильності розв'язку, сприяють суб'єктивному усвідомленню сутності розв'язку: його змісту, спрямованості дій, завдяки яким його досягнуто. Усе це разом складає стратегію мисленнєвих дій суб'єкта. При цьому, якщо переважають мисленнєві уподобання до аналогізування (реконструкцій чи комбінування) впродовж всього пошукового процесу, то таку стратегію називають стратегією аналогізування (стратегією реконструктування чи стратегією комбінування).

Ми виділили ще одну групу мисленнєвих дій, у яких описані тенденції мали змішаний характер: наприклад, розуміння умови наставало на основі дій за аналогією, а пошук проекту розв'язку здійснювався шляхом комбінування, або умова вивчалась за допомогою комбінування, а проект розв'язку знайдено на основі реконструкції, тощо. Таку стратегію називають змішаною.

Слід зауважити, що мисленнєві дії частини досліджуваних не скеровувалися жодною мисленнєвою тенденцією. Час від часу спостерігаються мисленнєві маніпуляції без будь-якої закономірності, шляхом вгадування, що, на думку В. О. Моляко, є прикладом тенденції випадкових перестановок [4]. Проте 4,4% учасників експерименту, що діяли саме так, знайшли вірний розв'язок. Саме тому науковці називають такі пошукові дії «стратегією випадкових підстановок».

Зауважимо, що у 88,1% досліджуваних пошукові дії перетворилися у переважаючі мисленнєві тенденції і лише для 74,5% вони трансформувалися у мисленнєві стратегії аналогізування, реконструювання, комбінування і змішану стратегію й привели до правильного розв'язку лікарської проблеми. Тобто, всі учасники експерименту, мисленнєві дії яких скеровувалися тією чи іншою стратегією, зуміли правильно розв'язати поставлену перед ними лікарську задачу.

Висновки. Отже, процес розв'язування лікарської задачі – це багатоступеневий процес наближення до бажаного результату шляхом активізації різноманітних знань, досвіду суб'єкта, актуалізації медичних понять через висування, перевірку й відбір різних ідей (гіпотез). При цьому, впродовж усього пошукового процесу, спрямованого на розв'язування лікарської задачі лікарями-практиками, спостерігаються дії за аналогією, всупереч аналогії чи комбінаторні дії. З часом формується мисленнева перевага використовувати саме такі дії, і вони перетворюються у мисленневі тенденції аналогізування, комбінування чи реконструювання, що охоплює один або кілька мисленневих процесів (розуміння, прогнозування, апробацію). Якщо така тенденція переважає впродовж усього процесу розв'язування задачі й доповнюється суб'єктивною впевненістю у правильності розв'язку, вона стає стратегією аналогізування, комбінування чи реконструювання. Якщо ж мисленнева тенденція змінюється від процесу до процесу, але результат доповнюється суб'єктивною впевненістю, пошукова діяльність підпорядковується змішаній мисленневій стратегії.

Перспективою подальших досліджень цієї проблеми є вивчення залежності змісту і якості функціонування мисленневих стратегій лікаря-практика від стажу лікарської діяльності.

Список використаних джерел

1. Абаев Ю. К. Логика врачебного мышления / Ю. К. Абаев // Мед. новости. – 2007. – № 5. – С. 16–22.
2. Андронов В. П. Психологические основы формирования профессионального мышления врача / В. П. Андронов. – Саранск : Изд-во Мордовского ГУ, 1991. – 82 с.
3. Аношкин Н. К. Психолого-педагогические основы формирования рефлексивного клинического мышления : дис. д-ра психол. наук : 19.00.07 / Н. К. Аношкин. – Пермь, 2001. – 358 с.
4. Моляко В. А. Психология конструкторской деятельности [Текст] / В. А. Моляко. – М. : Машиностроение, 1983. – 136 с.
5. Наумов Л. Б. Легко ли стать врачом / Л. Б. Наумов. – Ташкент : Медицина, 1983. – 464 с.
6. Панчак О. В. Психологія розуміння творчих стоматологічних задач лікарями / О. В. Панчак // Проблеми сучасної психології : Збірник наукових праць Кам'янець-Подільського національного університету імені Івана Огієнка, Інституту психології ім. Г. С. Костюка АПН України / за ред.

- С. Д. Максименка, Л. А. Онуфрієвої. – Вип. 6, ч. 2. – Кам'янець-Подільський : Аксиома, 2009. – С. 151–159.
7. Попов Н. В. Философия и методология научного медицинского познания / Н. В. Попов. – К., 1998. – 172 с.
 8. Халперн Д. Психология критического мышления [Текст] / Д. Халперн. – Санкт-Петербург, 2000. – 503 с.
 9. Чазов Е. И. Опыт философско-методологического анализа врачебной диагностики / Е. И. Чазов, Г. И. Царегородцев, Е. А. Кротков // Вопр. философии. – 1986. – № 9. – С. 65–85.

Spysok vykorystanyh dzherel

1. Abaev Ju. K. Logika vrachebnogo myshlenija / Ju. K. Abaev // Med. novosti. – 2007. – № 5. – С. 16–22.
2. Andronov V. P. Psihologicheskie osnovy formirovanija professional'nogo myshlenija vracha / V. P. Andronov. – Saransk : Izd-vo Mordovskogo GU, 1991. – 82 s.
3. Anoshkin N. K. Psihologo-pedagogicheskie osnovy formirovanija reflektivnogo klinicheskogo myshlenija : dis. d-ra psihol. nauk : 19.00.07 / N. K. Anoshkin. – Perm', 2001. – 358 с.
4. Moljako V. A. Psihologija konstruktorskoj dejatel'nosti [Текст] / V. A. Moljako. – М. : Mashinostroenie, 1983. – 136 s.
5. Naumov L. B. Legko li stat' vrachom / L. B. Naumov. – Tashkent : Medicina, 1983. – 464 s.
6. Panchak O. V. Psihologija rozuminnja tvorchyh stomatologichnyh zadach likarjamy / O. V. Panchak // Problemy suchasnoi' psihologii': Zbirnyk naukovykh prac' Kam'janec'-Podil's'kogo nacional'nogo universytetu imeni Ivana Ogijenka, Instytutu psihologii' im. G. S. Kostjuka APN Ukraïny / za red. S. D. Maksymenka, L. A. Onufrijevoi]. – Vyp. 6, ch. 2. – Kam'janec'-Podil's'kyj : Aksioma, 2009. – С. 151–159.
7. Popov N. V. Filosofija i metodologija nauchnogo medicinskogo poznaniya / N. V. Popov. – К., 1998. – 172 с.
8. Halpern D. Psihologija kriticheskogo myshlenija [Текст] / D. Halpern. – Санкт-Петербург, 2000. – 503 с.
9. Chazov E. I. Opyt filosofsko-metodologicheskogo analiza vrachebnoj diagnostiki / E. I. Chazov, G. I. Caregorodcev, E. A. Krotkov // Vopr. filosofii. – 1986. – № 9. – С. 65–85.

Received October 10, 2017

Revised November 9, 2017

Accepted December 12, 2017