

# ГУМАНІТАРНІ ПИТАННЯ МЕДИЦИНИ І ПРОБЛЕМИ ВИКЛАДАННЯ У ВИЩІЙ ШКОЛІ

DOI: 10.26693/jmbs03.01.241

УДК 378.147:616

Єхалов В. В., Самойленко А. В.,  
Романюта І. А., Бараннік С. І.

## КЛІНІЧНЕ ТА "КЛІПОВЕ" МИСЛЕННЯ У ЛІКАРІВ-ІНТЕРНІВ

Державний заклад «Дніпропетровська медична академія МОЗ України», Дніпро, Україна

inna.romanyuta@gmail.com

Клінічне мислення – це професійне, творче вирішення питань діагностики, лікування та визначення прогнозу хвороби у даного хворого. Відсутність клінічного мислення породжують у лікарському середовищі таке явище, як "фельдшеризм", основою якого стає сучасне явище – "кліпове" мислення, яке формується як певна відповідь на зростання кількості інформації. Досліджували клінічне та «кліпове» мислення у лікарів-інтернів різних спеціальностей з лікувальної справи та стоматологів. "Кліпове" мислення було діагностовано у 21,1% опитаних, що навчаються на бюджетній основі та у 37,8% тих, хто навчається за контрактом. У лікарів-інтернів госпрозрахункової групи відмічено більш високий відсоток групи ризику та більш низький "тривалого" мислення, ніж у групі держбюджету. Середній загальний результат, відсоток "кліпового" мислення та група ризику у інтернів, що навчаються на бюджетній основі були відповідно на 9,8%, 44,2% та 25,1% менше у порівнянні з інтернами, що навчаються за контрактом. В той же час у інтернів різних спеціальностей лікувальної справи відсоток осіб з "тривалим" мисленням більш, ніж вдвічі перевищував цей показник у порівнянні з інтернами-стоматологами.

**Ключові слова:** клінічне мислення, «кліпове» мислення, «тривале» мислення, лікарі-інтерни.

**Вступ.** Клінічне мислення – це професійне, творче вирішення питань діагностики, лікування та визначення прогнозу хвороби у даного хворого на основі знання, досвіду та лікарської інтуїції, це змістовно специфікований процес діалектичного мис-

лення, що додає цілісність і завершеність медичного знання. Клінічне мислення є різновидом продуктивного мислення. Воно завжди пов'язане з вибором оптимального рішення з ряду можливих в кожній конкретній клінічній ситуації. Таким чином, клінічне мислення є основою лікарської практики. Відсутність (вади) клінічного мислення породжують у лікарському середовищі таке явище, як "фельдшеризм", основою якого стає сучасне явище – "кліпове" мислення, яке формується як певна відповідь на зростання кількості інформації. У психології, педагогіці та журналістиці таке мислення характеризують як фрагментарне та алогічне [7]. У індивіда зникає необхідність запам'ятовувати інформацію, конспектувати її та осмислювати. Він перестає опановувати об'єкти пізнання, зважаючи на те, що вони ілюзорно доступні. Така специфіка запам'ятовування "електронної особистості" тягне за собою відповідні зміни мислення – скорочується кількість бажаних, шуканих, значущих, невідомих об'єктів. І думка, що розгубила свої проблемні складові, припиняє породжувати думки, образи, символи, ідеї [4]. Мова образів і жестів значно давніша, ніж мова символів, тому людині легше сприймати інформацію у вигляді образів, ніж у лінійній формі (літер, цифр, формул, тощо).

Деякі сучасні дослідники вважають, що "кліповий" спосіб роботи з інформацією додає динамізму пізнавальній навчальній діяльності, може використовуватися як захисна реакція організму на інформаційне перенавантаження, сприяє більшій адаптації до мінливої соціальної реальності та її пізнання.

Але більш вагомими є негативні сторони «кліпового» мислення, як відволікання від головного заняття – навчання; спрощення інформації, втрата здібності до аналізу та побудови довгих логічних ланцюжків; зниження рівня критичної свідомості та самосвідомості. Падає рівень успішності і знижується коефіцієнт засвоєння знань. Люди швидко забувають те, чого їх недавно вчили, і не можуть осилити твори класичної літератури, стають піддатливими до маніпуляцій і впливу. Кліпове мислення послаблює співчуття та колегальність, призводить до масового синдрому розладу уваги, втрати бажання пізнання нового, спростування потреби та здатності до творчості.

В післядипломній освіті на рівні лікарів-інтернів вже прослідковується така тенденція заміни клінічного (продуктивного) мислення на фрагментарне.

**Метою даної роботи** було дослідження клінічного та «кліпового» мислення у лікарів-інтернів різних спеціальностей з лікувальної справи та стоматологів.

**Об'єкт і методи дослідження.** Нами було проведено опитування понад 100 лікарів-інтернів, які проходили навчання за модулем "Невідкладні стани" після перерви між практичними заняттями. Більш того, ними (завдяки існуючій як обов'язкової на нашій кафедрі атмосфері повної довіри між інтернами та викладачем) була люб'язно надана інформація про комп'ютерні ігри та про SMS, що були відправлені за цей час. Результати були прикро вражаючими: відправлені короткі електронні листи містили граматичні помилки в неодноскладових словах більше, ніж в 84%; тільки 15 респондентів могли виразно пояснити, що конкретно відбувалося в комп'ютерній грі за зазначений період (а не те, який був пройдено рівень), 91% опитаних не змогли відтворити прослухану мелодію (жодному з них "ведмідь на вухо не наступив"). На питання: "Навіщо замість відпочинку так напружуватися?" – була відповідь: "А ми так відпочиваємо". Кольорове та звукове різноманіття при цьому настільки інтенсивне, що людина розслаблюється, майже нічого не запам'ятовуючи з отриманої інформації. Напевно "білий шум", що заспокоює немовлят, може використовуватися в дещо модифікованому вигляді більш дорослими людьми з тією ж метою [5].

До того ж нами було виконано анонімне письмове опитування понад 200 лікарів-інтернів різних спеціальностей з лікувальної справи та стоматології з метою діагностики наявності "кліпового" мислення. Для цього була використана запропонована М. Б. Літвіною тестова методика, яка характеризується критеріальною та категоріальною валідністю та відповідає критерію надійності [6].

**Результати досліджень та їх обговорення.** Згідно тестовим питанням при наявності "кліпового" мислення ("люди екрану") кількість ключових відповідей повинна бути 15 та більше. Якщо кількість відповідних балів дорівнювала 13-14, то такі результати респондентів ми відносили до групи ризику, якщо 8 та менше – до категорії "тривалого" мислення ("люди книги").

У лікарів-інтернів різних спеціальностей з лікувальної справи не було відмічено статистично достовірної міжфахової різниці між середнім результатом ключових відповідей та відсотком діагностованого "кліпового" мислення. Середній загальний результат, відсоток "кліпового" мислення та група ризику у інтернів, що навчаються на бюджетній основі були відповідно на 9,8%, 44,2% та 25,1% менше у порівнянні з інтернами, що навчаються за контрактом. В той же час у інтернів різних спеціальностей лікувальної справи відсоток осіб з "тривалим" мисленням більш, ніж вдвічі перевищував цей показник у порівнянні з інтернами-стоматологами.

Категорія "ризик" загальної бюджетної групи була менше показників, ніж у групі контракту, але водночас просліджувалася перевага молодих колег з "тривалим" мисленням.

В усіх визначених групах нами було знайдено зворотний лінійний помірний кореляційний зв'язок за шкалою Чеддока ( $r_{xy} = 0,33-0,41$ ) між результатами тестування за вказаною методикою та коефіцієнтом успішності навчання лікарів-інтернів за модулем "Невідкладні стани".

При аналізованні отриманої інформації напрошується висновок, що досить невелика частина респондентів підпадає під критерій діагностики "кліпового" мислення, але до цього можна додати вагому категорію прогнозованого ризику. "Але держіть гостро вухо, щоб зі слона не створилася муха" (В.В. Маяковський).

**Таблиця –** Клінічне та «кліпове» мислення у лікарів-інтернів різних спеціальностей з лікувальної справи та стоматологів

Спеціальності	Основа навчання	Середній результат ключових відповідей	Діагностовано		
			"Кліпове" мислення	Група ризику	"Тривале" мислення
Лікувальна справа	Бюджетна	12,5±0,9	21,1%	26,3%	23,7%
Стоматологія	Контрактна	13,7±1,2	37,8%	35,1%	10,8%

Сучасна освіта нездатна змусити людину створювати стійкі логічні ланцюжки і якісно систематизувати отримані дані. Натомість із кожним роком кількість людей із кліповим мисленням у стінах вищих навчальних закладів буде збільшуватися. І це може призвести до катастрофи, якщо не шукати шляхи пристосування системи вищої освіти до сучасності.

Іншу загрозу несуть нескінченні тестування. Ситуаційне завдання – форма, що традиційно використовується при вивченні клінічних дисциплін. Однак в більшості випадків завдання складені таким чином, що обмежують творчу діяльність. У завданнях містяться вже готові відповіді на питання, що виникають при об'єктивному обстеженні пацієнта. Як за правило, додається набір клінічних методів дослідження, що відображають уяву про даний клінічний стан з позицій автора ситуації складача завдання, але ніяк не інтерна [2]. Застосування тестів у освіті знижує критичні, аналітичні можливості студентів та інтернів, примушуючи вловлювати лише фрагменти того або іншого явища, без з'ясування його причин, закономірностей, без побудови логічних схем. Вирішуючи певні тестові завдання, ми, звісно, оцінюємо ерудитизм (багатознайство) інтерна, але позбавляємо його можливості аналітично мислити та навіть висловлюватися професійно. Тому перенасичення навчального процесу різного роду тестами також негативно відбивається на формуванні клінічного мислення [3].

На сучасному етапі розвитку освіти в Україні тестовий контроль інтенсивно розвивається і поширюється, а використання тестових технологій посідає особливе місце в розробці та впровадженні в навчальний процес нових підходів до оцінювання досягнень студентів і виявлення рівня знань. При підготовці до ЛІІ досить часто студенти, йдучи шляхом найменшого опору, заучують і запам'ятовують вірні відповіді до тестових завдань з «кроківських» буклетів, з яких у більшості випадків і формують тести для перевірки початкового, проміжного та кінцевого (модульного) контролю знань, що дозволяє студентам отримати високий відсоток вірних відповідей. Однак, коли справа доходить до усної відповіді щодо теоретичних питань або інтерпретації певного клінічного завдання, вміння її аналізувати та пояснити, визначити ключові патогенетичні ланки та ін., виникає багато труднощів.

При підготовці до ЛІІ з першого практичного заняття повинна проводитися систематична робота, спрямована на поступове формування в студентів та інтернів умінь розглядати клінічну ситуацію та зробити висновки, прогнози, рекомендувати заходи, спрямовані на розрішення певної проблеми. Ситуаційне завдання з банку даних містить харак-

теристику клінічного випадку з різноманітними характеристиками, вимагає застосування знань з внутрішньої медицини, їх інтеграції з іншими теоретичними й клінічними дисциплінами. Рішення клінічної задачі вимагає не тільки певного рівня теоретичної підготовки, а й аналітико-синтетичної, творчої діяльності, що є необхідною складовою формування клінічного мислення. Насупроти – "зазубрюючи" тестові завдання з існуючих баз та відповіді до них, інтерн повинен запам'ятати не тільки вірний дистрактор, а й інші (невірні). Більшість інтернів так і роблять, це і є "кліповий" підхід до розв'язання певного завдання. Нагальною проблемою сучасної вищої медичної освіти є тенденція підмінити клінічне мислення "кліповим" і зупинити цей процес майже неможливо, але не треба "з водою вихлюпувати й дитину". В сучасній педагогічній та андрагогічній літературі пропонуються різні засоби виходу з начебто глухого кута: створення граф-схем, розроблення принципів візуалізації, парадоксальні ситуації, тренінги, читання "некліпових" літературних джерел, підготовка якісної методичної продукції, формування навичок клінічного мислення, мотиваційні моменти, зацікавленість в процесі навчання тощо [1].

Наприкінці, підсумовуючи все наведене, можна зробити певні **ВИСНОВКИ**:

1/"Кліпове" мислення було діагностовано у 21,1% опитаних, що навчаються на бюджетній основі та у 37,8% тих, хто навчається за контрактом. У лікарів-інтернів госпрозрахункової групи відмічено більш високий відсоток групи ризику та більш низький "тривалого" мислення, ніж у групі "держбюджету".

"Кліпове" мислення відтісняє клінічне мислення, принципи медичної деонтології, сприяє розвитку "фельдшеризму", тощо.

"Кліпове мислення" – процес незворотній, з яким відкрито боротися даремно та небезпечно.

Це явище вимагає детального соціального, андрагогічного та медичного дослідження, створення новітніх освітянських технологій, заснованих на "живому" спілкуванні.

"Кліпове мислення" володіє не тільки недоліками – це просто розвиток одних когнітивних навичок за рахунок інших, це нині ще "дитина в колиці", і що з неї виросте залежить від нас.

**Перспективи подальших досліджень.** Сучасна медична післядипломна освіта вимагає формування якісно нового підходу до навчального процесу, що базуватиметься на формуванні та розвитку клінічного мислення з урахуванням психологічних особливостей сучасної молоді, і потребує подальшого дослідження.

## References

1. Hych GM. "Klipove" iuvenis cogitabat, amicus vel hostis disciplina? *Continetur. Cum enim de paedagogia*. 2016; 257 (269): 38-42. [Ukrainian].
2. Gritsenko IA. Omnium Klypovoe cogitandi. *Hominis novum progressionem de "disciplina erat illis et Social Psychology"*, 2012; 4: 71-4. [Russian].
3. Yarmola TI, Mohnachov OV, Tkachenko LA, et al. Institutio et ad exitum ab Informatization – formatio "klipovoyi" conscientia "klipovoho" cogitandi – retrorsum seu a step porro per medicinae educationem? *Improving et qualis est educatio doctores in hodiernis condicionibus: Math nauk- practical conf. Poltava, 2016*: 254-6. [Ukrainian].
4. Isaev SA, Malakhov SA. "Klypovoe cogitas ": quod utrumque psychologikum defytsyty (prostranstvennyy focus). *Pax Psychology*. 2015; 4 (84): 177-91. [Russian].
5. Yehalov VV, Sedinkin VA, Barannik SI. "Klipove cogitabat" and modern altius medicinae educationem. *Exitus Current Education" Coll. Scientiae. articulum*. Kharkiv: "НОНОКЗ", 2017. s. 172-8. [Ukrainian].
6. Litvinova MB. Usus diagnosing klipovoho cogitabat. *«Teaching Scientia», Coll. Scientiae. Publications*. 2017; LXXVI. (3): 140-5. [Russian].
7. Semenovskiyh TV. Phaenomenon "klypovoho cogitandi" in elit obrazovatelnoy vuzovskoy. *Naukovedenye*. 2014; 5 (24): 1-10. [Russian].

УДК 378.147:616

**КЛИНИЧЕСКОЕ И «КЛИПОВОЕ» МЫШЛЕНИЕ У ВРАЧЕЙ-ИНТЕРНОВ****Ехалов В. В., Самойленко А. В., Романюта И. А., Баранник С. И.**

**Резюме.** Клиническое мышление – это профессиональное, творческое решение вопросов диагностики, лечения и определения прогноза болезни у данного больного. Отсутствие клинического мышления порождают во врачебной среде такое явление, как "фельдшеризм", основой которого становится современное явление – "клиповое" мышление, которое формируется как определенный ответ на рост количества информации. Исследовали клиническое и «клиповое» мышление у врачей-интернов различных специальностей лечебного дела и стоматологов. "Клиповое" мышление было диагностировано у 21,1% опрошенных, обучающихся на бюджетной основе и у 37,8% обучающихся по контракту. У врачей-интернов контрактной группы отмечен более высокий процент группы риска и более низкий "длительного" мышления, чем в группе госбюджета. Средний общий результат, процент "клипового" мышления и группа риска у интернов, обучающихся на бюджетной основе, были соответственно на 9,8%, 44,2% и 25,1% меньше по сравнению с интернами, обучающимися по контракту. Во то же время у интернов разных специальностей лечебного дела процент лиц с "длительным" мышлением более чем вдвое превышал этот показатель по сравнению с интернами-стоматологами.

**Ключевые слова:** клиническое мышление, «клиповое» мышление, «длительное» мышления, врачи-интерны.

UDC 378.147: 616

**Clinical and "Clip-On" Thinking of Doctors-Interns****Ekhalov V. V., Samoilenko A. V., Romanyuta I. A., Barannik S. I.**

**Abstract.** Clinical thinking is a professional, creative solution of diagnostic issues, treatment and definition of disease prognosis of the patient. Lack of clinical thinking generates in the medical environment such phenomenon as "paramedicism", the basis of which is modern concept – "clip-on" thinking, that is formed as a specific response to the growth of information.

**Materials and methods.** Clinical and "clip-on" thinking of doctors-interns different specialties (medical profession and dentists) were studied by us. "Clip-on" thinking was diagnosed in 21,1% of respondents, trained on a budgetary basis and 37,8% of respondents on a contract basis. Higher percentage of risk group and lower "long-term" thinking was diagnosed in doctors-interns on a contract basis, than on budgetary group.

**Results and discussion.** The average overall result, the percentage of "clip-on" thinking and the risk group of interns on a budgetary basis, respectively, were 9,8%, 44,2% and 25,1% less than interns on a contract basis. At the same time, the percentage of people with "long-term" thinking of interns different specialties in the medical profession was more than twice as high as this compared with interns-dentists.

**Conclusions.** "Clip" thinking pushes aside clinical thinking, the principles of a medical deontology. "Clip thinking" is an irreversible process and to fight against is useless and dangerous. Modern medical postdegree education demands formation of qualitatively new approach to educational process, based on formation and development of clinical thinking taking into account psychological features of modern youth. This phenomenon demands detailed social, andragogical and medical research, creation of new educational technologies based on "live" communication. "Clip thinking" possesses not only shortcomings. It is just development of one cognitive skill at the expense of others. Now it is still like "the child in a cradle", and the results of this growth depends on us.

**Keywords:** clinical thinking, "clip-on" thinking, "long-term" thinking, interns.

Стаття надійшла 26.11.2017 р.

Рекомендована до друку на засіданні редакційної колегії після рецензування