

І. С. Лембрик, З. Р. Кочерга

ДВНЗ “Івано-Франківський національний медичний університет”

ФОРМУВАННЯ КЛІНІЧНОГО МИСЛЕННЯ У СТУДЕНТА-ІНОЗЕМЦЯ ПРИ ВИВЧЕННІ ДИСЦИПЛІНИ “ПЕДІАТРІЯ”

I. S. Lembryk, Z. R. Kocherga

Ivano-Frankivsk National Medical University

FORMATION OF CLINICAL OPINION IN A FOREIGN STUDENT DURING STUDYING OF PEDIATRICS

Мета дослідження – вивчити основні поняття щодо формування клінічного мислення у студентів старших курсів факультету підготовки іноземних громадян під час вивчення дисципліни “Педіатрія”.

Матеріали та методи дослідження. Проаналізовано наукові праці за останні десять років і наш викладацький досвід за останні десять років.

Результати й обговорення. Термін “клінічне мислення” позначає процес інтелектуальної обробки інформації про хворого, який дає лікарю чітке розуміння конкретної клінічної ситуації. Це дозволяє не лише вчасно встановити діагноз, але й в стислі терміни призначити додаткові методи діагностики, скласти план лікування. Як відомо, від поняття “когнітивна недостатність” залежить не лише сам лікувальний процес, але і його наслідки, тому без цих засад клініцисту складно відбутися. Основні складові клінічного мислення, які має опанувати студент-медик у процесі навчання, включають дані медичної науки, її аксіоми, досягнення, а також інформацію про хворого. Водночас іноземець при вивченні клінічних дисциплін стикається з певними проблемами, які стають на заваді розвитку в нього основ клінічного мислення. Це: мовний бар’єр, дефіцит теоретичних і практичних знань із базових предметів, нестача часу з боку викладача на розбір помилок студента в рамках Робочої програми з дисципліни “Педіатрія”.

Висновок. Суттєво покращити становище могла б мережа університетських клінік із задовільною лабораторно-інструментальною базою, а також диференційні підходи до проведення занять (тестування за типом Крок-I та II, праця біля ліжка хворого та у тренінговому центрі, участь студента в лікувально-діагностичному та науковому процесі під контролем викладача тощо).

Ключові слова: клінічне мислення; студенти-медики; педіатрія.

The aim of the study – to learn basic concepts due to clinical thinking in senior year students of foreign faculty during studying of Pediatrics.

Materials and Methods. The scientific works and our teaching experience over the last ten years were analyzed.

Results and Discussion. The term “clinical thinking” refers to the intellectual processing of patient’s data, which helps physician in short terms to confirm concrete diagnosis, to assign additional methods of investigations, and plan of treatment. It is known that therapeutic measures for the patient, as well as its consequences, depends on “cognitive failure”, therefore physician can’t be self-developed. The main components of clinical thinking for the medical student include: axioms, statements of medical science statements; and information about the patient. However, foreign student, during studying of the clinical disciplines, has problems in development of clinical thinking: language barrier, deficiency of theoretical and practical knowledge of basic subjects, deficit of time to work with student’s mistakes because of working program of Pediatrics.

Conclusion. Organization of university clinics with good laboratory and instrumental equipment, and differential approaches to practical classes (tests Krok types I and II, work near the bed of the patient, in training center, participation of the student in hospital work and scientific conferences under the supervision of the teacher) could help to improve the general state.

Key words: clinical thinking; medical students; pediatrics.

Вступ. Відрадно, що протягом останнього часу вища медична освіта України зазнає суттєвого реформування відповідно до міжнародних стандартів (Mumeena, ISO). Тож на зміну пасивній участі студента в навчально-освітньому процесі приходиться особистісно-центрована модель навчання, провід-

ну роль у якій відіграє активна позиція того, хто навчається [1, 2, 4].

З огляду на це, викладачу не слід забувати про формування у студента клінічного мислення як провідного когнітивного фактора у становленні особистості лікаря. Адже саме від вміння грамотно мислити та приймати правильні професійні рішен-

ня вже не одне століття залежить як сам лікувальний процес, так і його наслідки [3, 5].

Водночас ми змушені констатувати, що структурованість наскрізної Робочої програми з дисципліни “Педіатрія”, а в результаті, – чіткий план семінарського, практичного занять та лекції, за браком часу, не завжди сприяють досягненню у випускника необхідного рівня клінічного мислення, створюючи згодом прогалину в ефективності практичної ланки охорони здоров’я. Вищенаведене визначає актуальність нашого дослідження.

Мета дослідження – визначити засади формування клінічного мислення у студента старших курсів факультету підготовки іноземних громадян за спеціальністю “Лікувальна справа”.

Матеріали та методи дослідження. Проаналізовано наукові праці за останні десять років, присвячені даному питанню, а також наш викладацький досвід.

Результати й обговорення. Терміном “клінічне мислення” (інша назва – “клінічне судження”, “розв’язання проблеми”, “прийняття рішень” та “критичне мислення”) окремі автори (Quality of Healthcare Study (Wilson та ін., 1995, Hoffman, 2007; Kraischsk & Anthony, 2001; Laurie та ін., 2001)) позначають процес інтелектуальної обробки інформації про пацієнта, здатність лікаря до розуміння клінічної ситуації (етіопатогенез, перебіг недуги, результати фізикального обстеження), а також вміння грамотно спланувати та здійснити лікувально-профілактичні заходи, залежно від конкретного випадку [1, 3, 5].

Саме “когнітивна недостатність”, тобто невміння медичного працівника синтезувати та аналізувати медичну інформацію, є причиною виникнення низки несприятливих клінічних подій, таких, як: ускладнений перебіг захворювання або навіть смерть хворого (за різними даними, таке трапляється у 57 % випадків) [2, 5, 6].

Тож знання законів формальної логіки, на якій вибудовується уся структура клінічного мислення, є важливою складовою формування особистості майбутнього фахівця [2, 4].

Особливо це питання є актуальним для будь-якого іноземця, який вирішив здобути фах лікаря у нашій країні [1, 2, 5].

Вже з перших років навчання такий студент стикається з кількома проблемами, які не дозволяють йому в повній мірі сформулювати клінічне мислення та опанувати пройдений матеріал, з-поміж яких на перший план виходить мовний бар’єр. Звідси і труд-

нощі з висловленням власної думки та відповідями на запитання, які є складовими формування клінічного мислення (для студентів з Індії та Африки) [6].

З іншого боку, викладачу іноді бракує часу на роботу з помилками, аналіз та синтез отриманої від хворого інформації з наданням певної оцінки, диференціацією підходів до діагностики та лікування. Цьому не в останню чергу допомогло би створення мережі університетських клінік, де завідувачами відділень та профільного стаціонару були б професори та доценти [2, 4, 5].

Нагадаємо основні складові клінічного мислення, які має опанувати студент-медик у процесі навчання:

1) дані медичної науки, її аксіоми, твердження, досягнення;

2) інформація про хворого.

До першого виду інформації відносять: опрацювання сучасних наукових даних з інтернет-ресурсів, бібліотек, медичної документації, що стосується поширеності, клінічних особливостей та лабораторно-інструментальних даних щодо перебігу того чи іншого захворювання у дитячому віці [2, 3].

До другого виду інформації належать:

1. Збір та обробка даних про хворого. На цій стадії обов’язковою умовою є наявність у клініциста попереднього досвіду і знань, вміння відокремлювати головне від другорядного.

2. Етап власного клінічного мислення. Необхідна наявність достатніх інтелектуальних функцій у вигляді аналізу та синтезу.

3. Завершення діагностики з переходом від діагнозу хвороби до діагнозу хворого. Необхідний симбіоз певного рівня інтелектуально-мнестичних функцій та обізнаності фахівця з новітніми методами діагностики та лікування [3, 4].

Щодо першого етапу, то вважаємо за необхідне підкреслити, що опитування і безпосереднє фізикальне обстеження пацієнта під час навчання у медичному виші нерідко перетворюються на формальність, якщо студент не достатньо добре знає пропедевтику, семіотику та клініку основних захворювань дитячого віку.

Наш викладацький досвід показує, що саме тому студенти-іноземці не затримуються надовго у палатах під час курації. Дефіцит знань у цій ситуації призводить до того, що бесіда з хворим швидко вичерпується (“не знаємо, про що запитувати далі” або “ми про все уже запитали”) [1, 3, 4].

А от для правильного дослідження органів та систем практичних навичок та вмінь поки не до-

статньо. Таке неоднозначне становище студенти факультету підготовки іноземних громадян намагаються виправити, намагаючись відшукати в історії хвороби якісь додаткові дані, необхідні для верифікації діагнозу [3, 5].

За наявності двох-трьох захворювань одночасно, які нерідко перебігають з ускладненнями, студент-куратор може заплутатися в додаткових симптомах [2, 6].

Зауважимо, що нерідко студенти факультету підготовки іноземних громадян на старших курсах забувають засади пропедевтики, іноді плутають “вертикальну інтеграцію знань” (від теоретичних предметів – до практичних) із “горизонтальною” (підведення засад теоретичних дисциплін під формулювання клінічного діагнозу конкретної нозології), а також мислять категоріями симптомів, а не синдромів [5].

Саме тому на етапі збору первинної інформації доводиться одночасно проводити своєрідне сортування скарг, анамнестичних даних та результатів фізикального обстеження [3, 5].

Збір та оцінка первинної інформації про хворого має спиратися на: 1) виділення етіологічного фактора, зокрема можлива інфекційна етіологія захворювання; 2) наявність низки діагностичних критеріїв для захворювання, що передбачається (хвороби сполучної тканини та ревматичні недуги, алергічні стани, функціональні захворювання травного тракту); 3) визначення валідності діагностичних тестів, критеріїв “чутливість” та “специфічність”.

“Чутливість” – показник, який відображається у відсотках, та відображає число осіб із стовідсотково справжніми “направду позитивними” патологічними відхиленнями (особи з вірогідно виявленою ознакою або позитивним результатом тесту / всі особи з певною патологією) * 100 % [1, 3, 5]. Чим більшим за значенням є чисельник, тим вищою є чутливість, а отже, валідною (правдивою, істинною) є застосована діагностична методика [4, 5].

Специфічність = (особи, у яких дана ознака відсутня / всі особи без даної патології) * 100 % [3, 5].

Патогномонічний симптом або ознака зустрічається в ізолюваному вигляді вкрай рідко, але володіє величезною діагностичною цінністю. Він є прямим доказом наявності певного захворювання, тому легко запам’ятовується.

Окрім вищепереліченого, студенту-іноземцю слід навчитися ставити дитині певні конкретні запитання, що допоможуть у постановці діагнозу. Розглянемо це на прикладі бронхіальної астми. Правильно

задати наступні питання: “Чи турбує тебе кашель уночі, заважаючи дихати?”, “Чи спльовуєш ти при цьому харкотиння, а чи здебільшого кашель у тебе сухий та надсадний?”. Неправильно: “Чи турбував тебе кашель сьогодні чи ні?”.

Сплутати можна чутливість та специфічність і у простих клінічних ситуаціях: наприклад, хрипи при аускультатії є високочутливою ознакою захворювань органів дихання, але неспецифічною для гострої пневмонії. Тут слід застосувати не лише аускультатію, але й перкусію грудної клітки, рентгенографію органів грудної клітки та спірографію.

На наш погляд, слід спробувати об’єднати клінічну симптоматику в межах одного захворювання, а вже потім ставити діагноз інших патологій чи їх ускладнень.

Окрім вищепереліченого, до матеріалів практичних занять та занять із виробничої практики, рекомендуємо додати невеличкий глосарій із зазначенням найбільш розповсюджених абревіатур та понять з української та англійської мов, інтерактивні алгоритми з діагностики та лікування основних хвороб дитячого і підліткового віку, а також шляхи конвертування одиниць виміру із системи СІ у міжнародні системи вимірювання і навпаки тощо.

Якщо йдеться про оформлення медичної документації та написання історії хвороби студентом, викладач має зосередити його увагу на основних скаргах, у той час як прояви другорядних (ознаки астено-вегетативного синдрому чи стомлюваність, нездужання) залишати насамкінець.

Які ж труднощі виникають у викладача під час формування засад клінічного мислення у студента? Насамперед, це велика ймовірність діагностичної помилки, які складно унеможливити в процесі діагностичного пошуку. По-друге, це необхідність прийняття рішень в умовах дефіциту часу. По-третє, це складний емоційний компонент, пов’язаний як із самим лікувально-діагностичним процесом, так і з його прямими наслідками.

Висновки. Підсумовуючи вищесказане, зазначимо, що формування засад клінічного мислення у студента факультету підготовки іноземних громадян має мати чітку структуру, фазність та етапність, а також варіабельний характер (тестування за типом Крок-I та II, праця біля ліжка хворого та у тренінговому центрі, участь студента в лікувально-діагностичному та науковому процесі під контролем викладача тощо). Напрацювання оптимальних систем навчання на клінічних кафедрах дозволить

вресні сягнути певного рівня професійної етики, деонтології та ерудиції, потренувати гнучкість мислення студента-іноземця, щоб правильно зорієнтуватися при вивченні дисципліни “Педіатрія”.

Список літератури

1. Каюкова В. Д. Шляхи інтеграції базових знань та формування клінічного мислення у студентів під час вивчення терапевтичної стоматології / В. Д. Каюкова // Світ медицини та біології. – 2015. – № 4 (54). – С. 148–150.
2. Лемешев А. Ф. Клінічне мислення / А. Ф. Лемешев. – Мн. : Мед. Література, 2008. – 240 с.
3. Московко Г. С. Розвиток клінічного мислення у студентів вищих навчальних закладів, як когнітивна складова професійної компетентності / Г. С. Московко // Буковинський медичний вісник. – 2016. – Т. 20, № 2 (78). – С. 271–274.

References

1. Kaiukova, V.D. (2015). Shliakhy intehratsii bazovykh znan ta formuvannya klinichnoho myslennia u studentiv pid chas vyvchennia terapevtychnoi stomatologii [The ways of integration of basic knowledge and clinical thinking in students while studying therapeutic dentistry]. *Svit medytsyny ta biolohii – World of Medicine and Biology*, 4 (54), 148-150 [in Ukrainian].
2. Lemeshev, A.F. (2008). *Klinichne myslennia [Clinical thinking]*. Moscow: Med. Literatura [in Ukrainian].
3. Moskovko, H.S. (2016). Rozvytok klinichnoho myslennia u studentiv vyshchyykh navchalnykh zakladiv, iak kognityvna skladova profesiinoi kompetentnosti [Development of clinical thinking in students of the high educational insti-

Перспективи подальших досліджень. Впровадження результатів дослідження у навчальний процес, підготовка навчально-методичних рекомендацій.

4. Anderson M. B. Medical education in the United States and Canada / M. B. Anderson, S. L. Kanter // *Academic Medicine*. – 2010. – Vol. 85 (9). – P. s.2–s18.
5. Bond M. Competency-based assessment of medical students / M. Bond // In R. L. Rogers & S. Moayedi (Eds.), *Medical student educators' handbook (Lansing, MI: Clerkship Directors in Emergency Medicine)*. 2010, pp. 135–148.
6. Norman G. R. Diagnostic error and clinical reasoning / G. R. Norman, K. W. Eva // *Medical Education*. – 2010. – Vol. 44 (1). – P. 94–100.

tutions, like a cognitive part of professional competence]. *Bukovynskyi medychnyi visnyk – Bukovyna Medical Journal*, 20, (78), 271-274 [in Ukrainian].

4. Anderson, M.B., & Kanter, S.L. (2010). Medical education in the United States and Canada, 2010. *Academic Medicine*, 85 (9), s2-s18.

5. Bond, M. (2010). *Competency-based assessment of medical students. Medical student educators' handbook*. R.L. Rogers & S. Moayedi (Eds.). (pp. 135-148). Lansing, MI: Clerkship Directors in Emergency Medicine.

6. Norman, G.R., & Evam, K.W. (2010). Diagnostic error and clinical reasoning. *Medical Education*, 44 (1), 94-100.

Отримано 06.02.17

Електронна адреса для листування: irunka80@ukr.net