

## **ФОРМУВАННЯ КЛІНІЧНОГО МИСЛЕННЯ – КОНЦЕПЦІЯ ПЕРЕХОДУ ДО БОЛОНСЬКОГО ПРОЦЕСУ**

*Ів.-Франк. держ. мед. ун-т*

Процес створення єдиного Європейського освітнього і наукового простору вимагає єдиних критеріїв і стандартів. Процес дістав назву Болонського. Зі збільшенням обсягу інформації при викладанні клінічних дисциплін, в тому числі і оториноларингології, необхідно вдосконалити структуру і процеси реорганізації, реконструкції та реформування навчання. Це зумовлює необхідність модернізації навчання та розробки методичних засад втілення в життя основних положень Болонської декларації.

Кінцевою метою навчання студентів на клінічних кафедрах медичних вузів є пізнання основного об'єкту професійної діяльності - хворої людини як цілісної системи. Розумову діяльність студента, як майбутнього практичного лікаря, що забезпечує найбільш дійове використання теорії і власного досвіду для вирішення діагностичних і лікувальних завдань стосовно конкретного пацієнта, можна визначити як клінічне мислення. У медичному вузі кінцева мета навчання - формування змістовного і логічно-дійового компоненту клінічного мислення традиційно здійснюється поетапно у вигляді пропедевтико-факультетсько-госпітального навчання. Звідси і послідовність навчальних кафедр для вивчення здавалося б однієї дисципліни.

На пропедевтичному етапі навчання студенти вивчають симптоми як прояви окремих патологічних станів організму і методи обстеження хворого. На цьому етапі повинна бути усвідомлена роль симптому, специфічного (патогномонічного) симптому, синдрому – як складових елементів знань про захворювання того чи іншого органу чи сис-

теми. Саме ці елементи використовуються в діагностичному процесі. Сукупність цих знань і вміння застосовувати їх на практиці становлять сутність змістовного компоненту клінічного мислення. З іншого боку, метою навчання студентів є оволодіння ними самим способом пізнання об'єкту (хворого), тобто способом розв'язання диференціально-діагностичних і лікувальних завдань, що являє собою оптимальну послідовність розумових дій при вирішенні таких задач. Власне це і складає суть логічно-дійового компоненту клінічного мислення. Таке завдання вирішується на наступних етапах навчання. На факультетському етапі студент засвоює систематичний курс з висвітленням етіології, патогенезу, симптоматології, клініки, ускладнень, лікування і прогнозу захворювання. У госпітальній клініці студент вивчає не хворобу, а хворого з усіма індивідуальними відхиленнями у перебігу захворювань, що розвиваються в нього.

Орієнтуючись на формування клінічної діяльності студентів-медиків, можна стверджувати, що результатом факультетського навчання є знання про патогномонічні симптомокомплекси окремих захворювань та вміння їх розпізнавати в типового пацієнта. Госпітальне навчання покликане сформувати справжнє лікарське мислення, в основі якого лежить вирішення нетипової диференціально-діагностичної задачі (В.І. Попович, 1998, 2003).

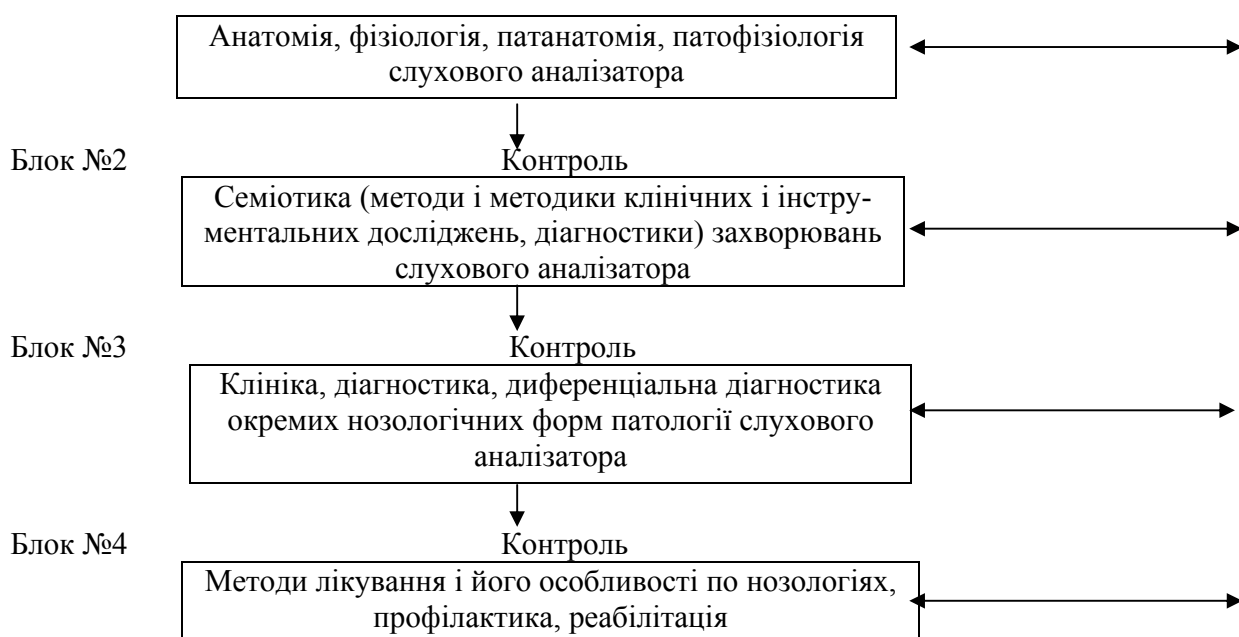
Викладання ЛОР-захворювань здійснюється впродовж одного семестру, тобто студенти фактично одночасно вивчають анатомію, фізіологію, патанатомію, патофізіологію

вуха, горла, носа з клінічних позицій, а також проходять етапи пропедевтичного, факультетського і госпітального навчання (Д.І. Заболотний та співавт., 1999; Ю.В. Мітін, 2002).

З урахуванням цього пропонується методична концепція організації навчального процесу на кафедрі оториноларингології, яка орієнтована на логічну послідовність викладання предметів клінічного етапу додипломної підготовки. Згідно до вимог Болонської

декларації про кредитно-модульну організацію навчального процесу, пропонується структурувати програму оториноларингології на 4 змістових модуля за основними розділами спеціальності: захворювання вуха, горла, носа і гортані, або отологія, фарингологія, ринологія і ларингологія (без посилення на хвороби). Кожний модуль, в свою чергу, структурований на блоки, наприклад, модуль отологія (схема).

Блок №1



Блоки №1-2 відповідають пропедевтичному етапу вивчення дисципліни, №3 – факультетському, №4 – госпітальному.

При оволодінні методом клінічного мислення (змістовного і логічно-дійового його компонентів) небадуже, яким чином формуються знання студентів. Найвища ефективність у набутті знань пов'язана з використанням у процесі навчання прийомів узагальнення. Прийоми понятійного узагальнення застосовуються при формуванні знань студентів на всіх етапах навчання, і ступінь узагальнення повинен бути не тільки різним, але і зростаючим в процесі навчання. Спочатку студент спирається на вже відомі йому дані про стру-

ктуру і функцію конкретного органа чи системи в нормі і патології (блок №1). На підставі отриманих знань майбутній лікар опановує методи і методики дослідження функцій того чи іншого органа або системи (блок №2). Далі виділяється сукупність існуючих ознак, властивих даній недозі (специфічний симптомокомплекс) – (блок №3), а потім специфічні і неспецифічні варіаційні ознаки, які визначають особливості перебігу захворювання у конкретного індивідуума (блок №4).

Така схема ґрунтується на узагальненні і повторенні попередніх знань, вивчення за нею наступного блоку можливе тільки після узагальнюючого контролю засвоєння попере-

днього блоку. Крім того, недостатні знання при вивченні кожного наступного блоку дозволяють виявити слабкі місця в попередніх з подальшою відповідною їх корекцією.

Таке структурування має певні переваги, оскільки всі етапи навчання виявляються об'єднаними, не даючи затухати знанням, а дозволяючи вчасно їх поновити, проконтролювати і скоректувати. Таке об'єднання надає процесу засвоєння матеріалу системності, оскільки включає змістовну і логічно-дійову сторони клінічного мислення. Єдина система цільових знань, цілеспрямована сукупність методів і засобів навчання сприяють формуванню професійного способу мислення – основи діяльності лікаря (А.Г. Балабанцев и соавт., 2002).

Згідно з наказом №52 від 31.01.2005 р. „Про затвердження та введення нового навчального плану підготовки фахівців освітньо-кваліфікаційного рівня „спеціаліст” у ВНЗ III-IV рівня акредитації за спеціальностями „лікарська справа”, „педіатрія”, „медико-профілактична справа”, оториноларингологія буде вивчатись на 4-му курсі. Для цього відводиться 90 годин, або 3 кредити ECTS. З них 10 годин – лекції, 40 годин – практичні заняття і 40 годин – самостійна робота студентів.

Відповідно до запропонованої структуризації на 4 змістових модуля програма вивчення оториноларингології може мати наступну структуру (табл. 1).

Таблиця 1

Назва модуля	Кількість годин			Разом	Кредити ECTS
	СРС	аудит.	лекції		
Отологія	6	7	2	15	0,5
Фарингологія	14	13	2	29	1
Ринологія	14	13	2	29	1
Ларингологія	6	7	2	15	0,5
<b>ВСЬОГО</b>	<b>40</b>	<b>40</b>	<b>8</b>	<b>88</b>	<b>3</b>

Залишені 2 години використовуються для підсумкового контролю знань.

Розбивка за годинами й кредитами ECTS обумовлена наступними факторами. Кредити по дисциплінах вимірюються тільки цілими числами або частинами, округленими до 0,5. Відповідно до ціни питання в кредитах відводиться певна кількість годин на вивчення того чи іншого змістового модуля. Пріоритети з педнавантаження при вивченні захворювань носа і глотки пов'язані з генеральною стратегією підготовки сімейного лікаря (А.Г. Балабанцев и соавт., 2002). На наш погляд, сімейні лікарі повинні найбільше володіти саме цими питаннями, як найбільш частою патологією в популяції, що має серйозні зв'язки із захворюваннями внутрішніх органів.

В свою чергу кожний змістовий модуль розподіляється на 4 блоки з відповідною кількістю годин на один блок, наприклад, модуль отологія (табл. 2.).

Кількість годин на СРС і аудиторну роботу змінюється в залежності від складності матеріалу і знань, які повинні бути отримані на попередніх курсах. На кожний модуль і блок як його складову частину розробляється рейтингова шкала оцінки знань (можливо в балах), сумарна кількість яких відповідає величині кредиту, відведеного на модуль.

Таким чином, запропонована методична концепція викладання оториноларингології відповідає всім вимогам Болонської декларації завдяки наступним принципам:

1. Структурованість блоків за звичною схемою (пропедевтичний, факультетський, госпітальний етапи) сприяє формуванню знань по аналогії з основними базовими дисциплінами (терапія, хірургія і т.д.).

2. Індивідуальний підхід до кожного студента: вивчення наступного блоку в рамках одного модуля можливе тільки після успішної задачі попереднього. Крім того, легко визначити невивчені теми, які повинні бути отримані в тому чи іншому блоці змістовного модуля.

3. Переважна більшість часу на СРС відводиться темам, які частково вивчались на доклінічному етапі: анатомія, фізіологія і т.п. (самостійне повторення знань).

4. Постійне повторення знань в рамках одного модуля і в рамках всього курсу сприяє кращому закріпленню знань.

5. При такій структурованості легко впровадити рейтингову шкалу.

Таблиця 2

Номер	Вид навантаження			Рейтингова
	СРС	практичні	лекції	
	кількість годин			
1	2	1	2	
2	1,5	1,5		
3	1	2		
4	1,5	2,5		
Разом на модуль	6	7	2	Σ балів, що відповідає 0,5 кредиту

Запропонований спосіб побудови навчального процесу дозволяє вже на ранніх стадіях клінічного навчання приступити до формування у студента продуктивної діяльності, що за своєю сутністю вельми близька до майбутньої професійної діяльності лікаря.

1. Актуальні питання оптимізації навчально-виховного процесу в медичному вузі: Матер. конф. – Тернопіль, 1998. – 50 с.
2. Балабанцев А.Г., Завалий М.А., Богданов В.В. Симптом „боль в горле” в практике семейного врача // Журн. вушних, носових і горлових хвороб. – 2002. - №5. – С. 36-37.
3. Попович В.І. Деякі аспекти методичної концепції формування клінічного мислення у студентів //

Журн. вушних, носових і горлових хвороб. – 2003. - №3. – С. 47-52.

4. Посібник до практичних занять з оториноларингології / За ред. Ю.В. Мітіна. – К.: Здоров'я, 2002. – 168 с.
5. Оториноларингологія / За ред. Д.І. Заболотного, Ю.В. Мітіна, В.Д. Драгомирецького. – К.: Здоров'я, 1999. – 367 с.

Надійшла до редакції 20.02.06.

© В.І. Попович, Д.Т. Орішак, Н.В. Александрук, Н.В. Василюк, 2006