

О клиническом мышлении и преподавании клинических дисциплин

Как отмечают многие клиницисты-педагоги [1, 2, 3, 7], современная система клинической подготовки ориентирована, главным образом, на обеспечение студентов объемом знаний, а освоению методологии врачевания уделяется недостаточно внимания.

Конечно, врач обязан располагать определенным уровнем знаний и осознанием необходимости их постоянного пополнения, поскольку сегодняшние темпы увеличения информационной массы быстро делают ограниченным любой ее объем. Вторая обязательная составляющая профессии врача – овладение рядом практических навыков, спектр которых также неуклонно расширяется от физикального исследования больного и рутинных манипуляций до сложных методик диагностики и лечения, а также умения пользоваться современными техническими средствами, прежде всего, компьютером. Но самый важный практический навык, определяющий профессионализм и квалификацию врача – клиническое мышление, которое, как любой навык, должно развиваться в процессе обучения и совершенствоваться на протяжении всей последующей врачебной деятельности.

Н. А. Ардаматский [1] выделяет две составляющие клинического мышления – уровень умственной деятельности и ее методическое обеспечение. Для совершенного клинического мышления характерны оптимальный ее уровень и способность врача избрать стиль мышления, соответствующий цели предстоящих действий. Именно в овладении методом применять теоретические врачебные сведения к огромному разнообразию конкретных больных индивидуумов видели главную цель преподавания клинических дисциплин выдающиеся клиницисты-педагоги как минувших лет (С.П. Боткин, А.Г. Захарьин, Г.Ф. Ланг, Б.Е. Вотчал), так и наши современники (И.А. Кассирский, В.Х. Василенко, Е.И. Чазов и др.) [5].

На практике же постулат о первоочередной необходимости развития у будущих врачей клинического мышления нередко понимается упрощенно: уровень мышления отождествляется с объемом преподаваемых знаний, методические приемы умственной деятельности (анализ, синтез, обобщение, абстракция и др.) отрабатываются недостаточно, а формирование личностных качеств порой вообще выходит за рамки предмета воспитания. Но ведь определенные качества личности врача являются такими же показателями клинического мышления, как и совокупность прочих, более «популярных» у клиницистов. Напомним эти показатели (по Н.А. Ардаматскому, 1992):

- насыщенность памяти врача эталонами состояний органов, патологических процессов и др.;
- способность составлять аналоги эталонов (т.е. умение материализовать первичную информацию);
- усвоение и практическое применение методических приемов и принципов материалистической диалектики, кибернетики, системного подхода к решению задач разной сложности;

- умение конкретизировать и обосновать целеполагание всех своих действий;
- способность строго следовать правилу единства цели и методов ее достижения, контролировать эффективность полученных результатов;
- умение квантировать умственную деятельность с выделением конкретных умственных операций – анализа, синтеза, абстракции и др.;
- знание и практическое применение положений теории познания, диагностического алгоритма;
- мобильность мышления как способность своевременно переформулировать цели, использовать данные долгосрочной памяти;
- способность к интуиции, прогнозированию, творческому решению задач;
- уважение к чужой точке зрения и умение отстаивать свою;
- адекватность психических реакций на поступки товарищей и замечания старших, предложения выполнить работу;
- обучаемость в смысле способности исправлять допущенные ошибки и предупреждать их.

Попытки модернизации процесса преподавания находят свое выражение прежде всего в стремлении максимального использования современных технических средств обучения и иллюстративного материала, что при всех их положительных качествах не устраняет дефектности информационных технологий для подготовки врача-клинициста. Вот почему многим выпускникам по-прежнему приходится осваивать азы врачевания в процессе собственной практической деятельности, что порой «дорого» обходится для здоровья и нервов, как самого лекаря, так и его пациентов.

К выпускному курсу студенты должны овладеть методами исследования больных, знать основные нозологические формы патологии (этиологию, патогенез, клинику, диагностику, лечение и др.), поэтому главной задачей обучения становится именно отработка практических навыков и умений, развитие клинического мышления, а также формирование личности врача [8].

Абсолютно прав был известный французский клиницист Труссо, когда утверждал, что хорошему врачу нужно «много здравого смысла, немного такта и смелости, а иногда могут пригодиться и знания» [10]. Искусство врачевания это, прежде всего, умение общаться с больным и здравое логическое мышление, поэтому только самостоятельная работа студента с больными и выполнение всех видов врачебной деятельности под контролем преподавателя -- единственно верный путь становления врача-клинициста [4, 6]. Особенно разнообразны обязанности врача, работающего в амбулаторных учреждениях. Кроме лечебно-диагностического направления они включают ряд других – медико-социальную экспертизу, реабилитацию больных, различные формы профилактической работы и др., что требует воспитания у выпускников соответствующих навыков. Вот почему наиболее эффективным будет обучение с помощью разнообразных активных методов, максимально приближающих молодого врача к условиям предстоящей работы, а для большинства выпускников это амбулатория (поликлиника).

Самостоятельная курация больных на приеме в поликлинике и на дому (под контролем преподавателя); оформление медицинской документации; клинические разборы; ситуационные задачи и деловые (ролевые) игры с решением практических вопросов врачебной тактики, лечебно-диагностических,

экспертных, профилактических и других аспектов; подготовка учебно-практических конференций и лекций для пациентов и среднего медицинского персонала; сбор и анализ фактических данных по качеству медико-санитарной помощи в базовых поликлиниках – вот далеко не полный перечень методов обучения субординаторов-терапевтов на кафедре поликлинической терапии [8]. Эти виды учебной работы не только позволяют всесторонне оценить показатели клинического мышления (см. выше), но и формировать его, совершенствовать умственную деятельность.

Для преподавателей необходимость и эффективность таких форм обучения будущей профессии совершенно очевидна. Но очевидно ли это для самих учащихся – совершеннолетних молодых людей, готовящихся в самом ближайшем времени (для шестикурсников это вопрос лишь нескольких месяцев) приступить к самостоятельной работе? Какие формы обучения видятся им наиболее полезными и эффективными?

С целью выяснения этого вопроса нами было проведено анкетирование и последующее собеседование с субординаторами-терапевтами (48 человек), прошедшими цикл поликлинической терапии накануне завершения выпускного учебного года. Респондентам предлагалось оценить по трехбалльной системе каждую из указанных в анкете форм обучения. Результаты представлены в таблице.

Обращает на себя внимание, что наибольшей популярностью у студентов пользуются традиционные формы учебной деятельности – работа с пациентами и с литературой и последующее обсуждение с преподавателем (2, 88 балла), клинические разборы больных, подготовленные преподавателем (2,56 балла), решение клинических ситуационных задач с устным ответом (2,39 балла), обсуждение ответов на тестовые вопросы (2,5 балла).

Не пользуются «благодарностью» студентов различные виды письменной работы – ответы на тестовые вопросы, оформление решения клинических задач и т.п. Но ведь формирование навыка грамотного устного и письменного изложения результатов (обследования больного, обоснования диагноза, проведенного лечения и др.) – важнейший методический прием совершенствования умственной деятельности, а значит, клинического мышления.

Еще М.В. Ломоносов говорил: «Смутно излагает тот, кто смутно мыслит». К сожалению, при анализе медицинской документации (истории болезни, заключения, отчеты и др.) напрашивается сам собой печальный вывод о «смутности мышления» у многих выпускников, а то и врачей со стажем. Немного лучше и навыки устной речи, что может быть простительно на младших курсах, но не пристало выпускникам. Умение кратко и последовательно доложить о больном, четко сформулировать цели исследования и лечения, обосновать выводы, отстаивать свою точку зрения, грамотно и убедительно ответить на вопросы – важнейшие составляющие профессионализма врача и совершенствовать их необходимо со студенческих лет.

Таблица

Оценка субординаторами-терапевтами различных форм обучения клинической дисциплине (в баллах от 0 до 3)

№ пп	Вид учебной деятельности	Средний балл
1.	Самостоятельная работа с пациентами и литературой: -с обсуждением в группе с преподавателем -без последующего обсуждения	2,88 1,56
2.	Клинический разбор больных: -подготовленный преподавателем -подготовленный учащимися	2,56 1,88
3.	Решение клинических ситуационных задач -тестовых (с выбором варианта ответа из ряда предложенных в задаче) -обычных, с устным ответом -обычных, с письменным ответом	2,39 2,39 1,18
4.	Тестовый контроль знаний: -на компьютере -на бумаге, без последующего обсуждения -на бумаге, с последующим обсуждением ответов	1,38 1,07 2,50
5.	Самостоятельное составление учебных заданий: -вопросов тестового контроля -ситуационных задач -учебных кроссвордов -учебных анализов, биологических жидкостей (крови, мочи и др.) при разных патологических состояниях	1,43 1,82 1,10 1,83
6.	Деловые игры: -студенты исполняют роли больного, врачей разных специальностей и должностей -студенты исполняют роль ведущего занятия в своей группе («преподавателя»)	1,63 1,58
7.	Изготовление таблиц и других наглядных пособий путем: -копирования из первоисточника -творческой переработки первоисточника -самостоятельного составления лечебно-диагностических алгоритмов	1,30 1,84 1,59
8.	Подготовка и чтение лекций: -для среднего медицинского персонала -для больных	1,57 1,56
9.	Подготовка студенческой учебно-практической конференции	1,8
10.	Ведение различных форм медицинской документации: -самостоятельно, под контролем преподавателя в процессе работы с пациентами -учебных бланков на занятиях в классе -взаимное (перекрестное) рецензирование заполняемой учащимися документации	2,58 2,09 1,8
11.	Сбор и анализ фактических данных по качеству медико-санитарной помощи в базовом лечебном учреждении, динамическое наблюдение за группами больных с определенной патологией и др.	1,38

Вот почему студенческие научные конференции, выступления с докладами в группе, подготовка и чтение лекций для больных и среднего медицинского персонала должны быть обязательной формой учебы будущих врачей, тем более что эти виды работы относятся к прямым должностным обязанностям врача.

Большинство же опрошенных студентов невысоко оценили такие формы учебы: 48 % на 1 балл, 26 % на 2 балла, а 6 % считают, что этих видов учебной деятельности быть не должно. Примечательна аргументация последних: подготовка и выступление перед аудиторией требует много времени, усилий и, главное, большого эмоционального напряжения. При этом большинство из них (к

счастью!) понимают важность и необходимость таких мероприятий, просто психологически им хочется «отодвинуть» трудную работу «на потом». Но есть и такие, которые искренне считают, что врачу это не нужно, что преподаватели не должны и даже, не в праве (!) привлекать студентов к такой работе.

Столь же невелико желание учащихся заниматься сбором и анализом фактических данных по деятельности терапевтических отделений поликлиники, качеству диспансеризации, ведению документации участковыми терапевтами и коллегами-студентами и др. – средний балл 1,38. Причем 12 % опрошенных считают такую учебную работу ненужной. Видимо, даже на выпускных курсах у многих студентов нет достаточного представления о практической врачебной деятельности, и, хуже всего, отсутствует понимание того, что всем разделам работы в избранной профессии необходимо учиться еще в ВУЗе.

Естественно, что отношение к разным видам учебной деятельности отличалось у студентов с разной успеваемостью – «сильные» студенты понимают важность и готовы заниматься самой сложной учебной работой, а «слабые» настроены преимущественно на пассивные формы обучения. Это достаточно наглядно характеризует уровень умственной деятельности и «зрелости мышления» у соответствующих контингентов учащихся.

Большинство респондентов на вопрос об использовании компьютеров в процессе обучения высказались за желательность этого, причем наиболее полезным моментом считают возможность извлечения информации (через интернет, мультимедийные презентации учебного материала и др.), а не различные формы контроля и самоконтроля знаний.

Интересно было узнать мнение учащихся о выставлении преподавателем оценок за занятия: сообщать ли каждому студенту персонально, объявлять ли оценки при всей группе, и нужны ли они вообще. Ответы респондентов равномерно распределились среди этих трех вариантов. Причем большинство «сильных» студентов не против оглашения оценок при всей группе, а среди «слабых» преобладало мнение, что студент сам чувствует, на какую оценку он ответил и объявлять ее не следует. Около 30 % субординаторов высказали мнение о ненужности оценок на шестом курсе вообще. Зато среди 32 опрошенных студентов 4 курса 30 отметили необходимость оценивать знания учащихся хотя бы потому, что «все равно на предстоящем экзамене по предмету будет выставляться оценка и лучше заранее знать мнение преподавателя».

К сожалению, современные социальные и экономические условия таковы, что и у преподавателей отсутствует заинтересованность в разработке и использовании новых методических приемов обучения разнообразным формам врачебной деятельности. Проведение клинического разбора, подготовка деловой игры, составление клинической задачи, осуществление контроля над учащимися при выполнении самостоятельной работы и прочие виды активного обучения требуют от преподавателя дополнительного времени, двойной отдачи душевных сил, высокой врачебной квалификации и др. при отсутствии материальных стимулов.

Следует отметить еще одно негативное обстоятельство. Укрупнение студенческих групп на старших курсах до 10-12 человек делает некоторые виды клинического обучения просто невозможными. С увеличением числа учащихся в группе происходит пропорциональное уменьшение реального количества

времени, уделяемого каждому студенту. О какой индивидуальной работе может идти речь? А ведь хороший врач – это «штучный товар», а не «валовый продукт». В большой группе учебный материал не удастся разобрать в отведенное время. В результате – нарекания кафедр на недостаточность учебных часов на преподавание той или иной клинической дисциплины.

Для всесторонней подготовки квалифицированного специалиста необходимо на всех клинических кафедрах уделять внимание не только изучению заболеваний, но и раскрытию всех многообразных аспектов врачебной деятельности. Пока же, к сожалению, вопросы организации здравоохранения, общественного здоровья, профилактики, реабилитации и другие, рассматриваемые на соответствующих кафедрах, совершенно не ассоциируются у старшекурсников с реальными врачебными обязанностями. Такой многоплановый подход к изучению клинических дисциплин не потребует дополнительного учебного времени. При желании, его всегда можно найти за счет сокращения теоретической части практического занятия (для этого существуют лекции и экзамены) в пользу работы с конкретными больными, на примере которых можно обсудить всевозможные вопросы, включая вышеназванные.

Модернизация преподавания клинических дисциплин должна предполагать в первую очередь усовершенствование традиционных и разработку новых организационных форм практической работы учащихся «у постели больного». Только самостоятельная работа студента с больными, выполнение разнообразных заданий и решение поставленных преподавателем задач, максимально приближенных к реальной врачебной практике – основной путь подготовки врача-клинициста, в том числе и к работе в амбулаторных условиях, куда направляется большинство выпускников [9].

Различные виды учебной деятельности, включая и не относящиеся на первый взгляд к клинической работе, являются необходимым элементом обучения, поскольку позволяют формировать и совершенствовать умственную деятельность, клиническое мышление. О значении совершенного клинического мышления для профессионализма врача сказано выше, остается надеяться на понимание этого студентами. А понимание и сотрудничество обязательно придут при творческом отношении педагогов-клиницистов к преподаванию своих дисциплин.

Литература

1. Ардаматский Н.А. Клиническое мышление, его воспитание и совершенствование. – Саратов: Приволж. книж. изд-во, 1992. – 123 с.
2. Барт Б.Я., Стадченко Н.А. Поликлиническая терапия и ее место в учебной программе медицинского института // Тер. арх. – 1991. - № 1. – С.137 – 140.
3. Борец В.М., Конколь К.И. Преподавание внутренних болезней на кафедре факультетской терапии //Здравоохранение. – 2000. - № 12. – С. 35 – 37.
4. Зюзенков М.В., Хурса Р.В. Основные направления обучения субординаторов-терапевтов на цикле поликлинической подготовки/ Инновационная технология обучения и воспитания студентов в медицинском ВУЗе: Тез. докл. науч.-метод. конф. /Под ред. С.Д. Денисова и Н.Н. Щетинина. – Мн.: БГМУ, 2002 . – С. 77 – 80.

5. Каганов С.Ю., Царегородцев А.Д. Врачебное мышление: очерк клинических суждений //Росс. Вестник перинатологии и педиатрии. – 2003. - № 1. – С. 15 – 18.
6. Мещерякова М.М. Качество подготовки врача в вузе: что это такое и можно ли его улучшить? (размышления преподавателя) //Врач. – 2002. - № 3. – С. 46 – 49.
7. Пальцев М.А., Стечник А.М., Денисов И.Н. Актуальные вопросы клинической подготовки в медицинских вузах //Медицинская помощь. - 2002. - № 4. - С. 36 – 40.
8. Хурса Р.В., Зюзенков М.В. Активные формы обучения студентов на цикле поликлинической терапии/Инновационная технология обучения и воспитания студентов в медицинском ВУЗе: Тез. докл. науч.-метод. конф. /Под ред. С.Д. Денисова и Н.Н. Щетинина. – Мн.: БГМУ, 2002. – С. 56 – 59.
9. Хурса Р.В. К вопросу о преподавании клинических дисциплин/ Университетское образование и наука в XXI столетии. – Сб. материалов Междунар. науч.-метод. конф. 24 октября 2003 г., -- Мн.: РИВШ БГУ. – С. 89 – 90.
10. Эльштейн Н.В. Диалог о медицине. – 3-е изд., доп. и перераб. – Таллин: Валгус, 1983. – 162 с.