

10. Немыкина И. Н. Теоретические основы формирования обобщенных понятий в профессиональной подготовке учителя музыки / Ур. гос. пед. ун-т / И. Н. Немыкина. – Екатеринбург, 1997. – 156 с.
11. Троцко Г. В. Теоретичні та методичні основи підготовки студентів до виховної діяльності у вищих педагогічних навчальних закладах : автореф. дис....доктора пед. наук / Г. В. Троцко ; Ін-т педагогіки і психології професійної освіти АПНУ. – К., 1997. – 54 с.
12. Яланська С. П. Творча компетентність як механізм успішної психолого-педагогічної діяльності / С. П. Яланська // Проблеми сучасної психології. – 2015. – Вип. 28. – С. 682-692.

References

1. Volobuieva O.F. Tvorchа kompetentnist vykladacha vyshchoi shkoly: psykholohichni aspekt / O. F. Volobuieva // Visnyk Natsionalnoi akademii Derzhavnoi prykordonnoi sluzhby Ukrainy.– 2011.– Vyp. 4.– S.94-103.
2. Havryk I. V. Teoretyko-metodolohichni osnovy formuvannya hotovnosti maibutnikh uchyteliv do innovatsiinoi profesiinoi diialnosti : dys.. .. doktora ped. nauk: 13.00.04/ I. V. Havryk. – Kh., 2006. – 475 s.
3. Haluziak V. M. Skladovi zahalnopedahohichnoi kompetentnosti vchytelia / V. M. Haluziak // Naukovi zapysky Vinnytskoho derzhavnoho pedahohichnoho universytetu imeni M.Kotsiubynskoho. Seria: «Pedahohika i psykholohiia». Vypusk 49. – Vinnytsia, 2017. – S. 46-54.
4. Horbenko O. Kryterii sformovanosti hotovnosti maibutnoho vchytelia muzychnoho mystetstva do orkestrovo-ansamblevoi diialnosti / O. Horbenko // Naukovi zapysky [Kirovohradskoho derzhavnoho pedahohichnoho universytetu imeni Volodymyra Vynnychenka]. Ser. : Pedahohichni nauky. – 2016. – Vyp. 147. – S. 47-50.
5. D'yachenko M. I. Psihologicheskie problemy gotovnosti k deyatelnosti / M. I. D'yachenko, L. A. Kandybovich. – Mn. : Izd-vo BGU, 1976. – 176 s.
6. Duraj-Novakova K. M. Formirovanie professional'noj gotovnosti k deyatelnosti / K. M. Duraj-Novakova. – M. : Prosveshchenie, 1983. – 356 s.
7. Zharovtseva T. H. Teoretyko-metodolohichni zasady pidhotovky maibutnikh fakhivtsiv doshkilnoi osvity do roboty z neblahopoluchnymy simiamy : avtoref. dys. na zdobuttia nauk, stupenia doktora ped. nauk / T. H. Zharovtseva ; PDPU imeni K.D.Ushynskoho. – Odesa, 2007. – 44 s.
8. Lynenko A. F. Profesiina identychnist v konteksti profesiinoi pidhotovky maibutnoho vchytelia / A. F. Lynenko // Nauka i osvita. – 2016.- #1. – S. 72-76.
9. Lytvynenko S. A. Teoretyko-metodolohichni zasady pidhotovky maibutnikh uchyteliv pochatkovykh klasiv do sotsialno-pedahohichnoi diialnosti : avtoref. dys.. na zdobuttia nauk. stupenia doktora ped.. nauk / NPU imeni M. P. Drahomanov / S. A. Lytvynenko. – K., 2005. – 40 s.
10. Nemykina I. N. Teoreticheskie osnovy formirovaniya obobshchennykh ponyatiy v professional'noj podgotovke uchatelya muzyki / Ur. gos. ped. un-t / I. N. Nemykina. – Екатеринбург, 1997. – 156 s.
11. Trotsko H. V. Teoretychni ta metodychni osnovy pidhotovky studentiv do vykhovnoi diialnosti u vyshchykh pedahohichnykh navchalnykh zakladakh : avtoref. dys....doktora ped. nauk / H. V. Trotsko ; Ін-т педагогіки і психології професійної освіти АПНУ. – К., 1997. – 54 с.
12. Yalanska S. P. Tvorchа kompetentnist yak mekhanizm uspishnoi psykholoho-pedahohichnoi diialnosti / S. P. Yalanska // Problemy suchasnoi psykholohii. – 2015. – Vyp. 28. – S. 682-692.

УДК 37.01/09

DOI 10.31652/2415-7872-2018-56-106-113

ВИКОРИСТАННЯ ІНТЕРАКТИВНИХ МЕТОДІВ НАВЧАННЯ ДЛЯ ФОРМУВАННЯ КЛІНІЧНОГО МИСЛЕННЯ СТУДЕНТІВ ПІД ЧАС ВИВЧЕННЯ ДИСЦИПЛІНИ «ОНКОЛОГІЯ»

В. Г. Дроненко

У статті обґрунтована актуальність формування клінічного мислення майбутнього лікаря засобами інтерактивних технологій навчання. Доведена ефективність таких методів і форм організації навчання, як кейс-стаді, симуляційні методи і кооперативне навчання. Пропонується поєднувати кооперативне навчання майбутніх лікарів з методом аналізу конкретних ситуацій (кейсів) і відпрацювання вузьких практичних навиків (симуляції), що в реальності уможливило оперативний зворотній зв'язок (дебрифінг) між студентом і викладачем та іншими студентами, формує навик роботи в команді, розвиває всі складові клінічного мислення. Проаналізовано особливості дидактичних кейсів, які можуть бути застосовані для розвитку клінічного мислення студентів, акцентовано на призначенні різних видів завдань (проблемні, оцінювальні, ілюстративні) в поєднанні з симуляціями для розвитку компонентів клінічного мислення студентів, зокрема їхньої здатності розуміти причинно-наслідкові зв'язки, що виникають в перебігу конкретного захворювання; опанувати нові методики постановки діагнозу.

Ключові слова: клінічне мислення, інтерактивні методи навчання, кейс-стаді, кооперативне навчання, симуляційне навчання, майбутні лікарі, онкологія.

USE OF INTERACTIVE METHODS OF EDUCATION FOR FORMING CLINICAL STUDENTS' THINKING WHILE STUDYING THE DISCIPLINE «ONCOLOGY»

V. Dronenko

The article substantiates the topicality of forming the clinical thinking of the future doctor by means of interactive learning technologies. The main task of a practitioner is the ability to define the correct diagnosis on the basis of clinical, laboratory and instrumental data and choose the proper tactics of treatment and prophylaxis of the disease. For this purpose, the doctor needs not only a certain stock of knowledge, skills and practical skills, but also developed clinical thinking, the foundation of which is laid down while studying at the university.

Successful formation of the clinical thinking of students- the future doctors is associated with the level of development in them of certain thought processes, in particular, analysis, synthesis, abstraction, generalization and systematization. Development of the students' clinical thinking can be provided by the quality management of educational and cognitive activities of the future doctors, in particular through the selection of appropriate forms of the training organization, the use of appropriate didactic methods and techniques. The effectiveness of such methods and forms of training organization as case-study, simulation methods and cooperative learning are proved. It is suggested to combine co-operative training of the future doctors with the method of analysis of specific situations (cases) and the development of narrow practical skills (simulation), which in reality enables quick feedback (debriefing) between a student and a teacher and other students, forms teamwork skills, develops all components of clinical thinking. The stages of formation of the clinical thinking of the future doctor are described, descriptions of the course of practical and laboratory classes on the discipline «Oncology» are presented, aimed at developing the clinical thinking of students of medical universities.

The features of didactic cases that can be applied to the development of students' clinical thinking are analyzed, and the emphasis is placed on assigning different types of tasks (problematic, evaluative, illustrative) in combination with simulations for the development of the components of clinical thinking of students, in particular their ability to understand causal relationships, arising in the course of a particular disease; to master new methods of diagnosis. It is shown that the implementation of the case-study method in combination with cooperative training requires from a teacher to expand the repertoire of clinical tasks for different groups of students.

The requirements for the cases that can be applied during the study of the “Oncology” discipline are formulated, in particular: the reflection of a real clinical case, sufficient information in the contents of the case for solving the problem, clear instructions concerning working with it.

Key words: *clinical thinking, interactive teaching methods, case study, cooperative learning, simulation training, future physicians, oncology.*

Зростання кількості онкологічних захворювань у всьому світі спричиняє широкі наукові дискусії про онкологічну освіту студентів вищих медичних шкіл. Заклики фахівців до гнучкості й комплексності розроблених навчальних програм і посібників базуються на потребах онкологічних пацієнтів і постійному оновленні інформації щодо лікування й профілактики цих патологій. Тому надзвичайно актуальним на сучасному етапі розвитку системи вищої професійної медичної освіти виявляється вибір змісту й форм вивчення таких дисциплін, як «Онкологія», «Променева діагностика», «Онкохірургія» і т.п.

Опитування випускників медичних шкіл у Великій Британії в останнє десятиліття показало, що лише 61 % студентів виконали завдання клінічного модулю з онкології, а три чверті респондентів хотіли б мати можливість слухати більше курсів у галузі онкології, а саме променевої і хіміотерапії, і лише 41 % опитаних відчували себе готовими до лікування хворих на рак [14].

Оцінка американських випускників медичних ВНЗ виявила, що багатьом не вистачало знань щодо профілактики онкології і анамнезу, а також невідповідності до лікування онкохворих [15]. Опитувань такого роду серед студентів і випускників українських медичних ВНЗ ще не проводилося, але, за твердженням науковців-практиків, викладачів було і залишається актуальним підвищення якості викладання онкологічних дисциплін, при чому основний акцент має бути зроблено на формуванні клінічного мислення лікаря, спроможного розпізнати, діагностувати захворювання й обрати адекватну й доцільну тактику лікування й збереження якості й тривалості життя пацієнта.

«Викладання онкології як самостійної дисципліни у вищих медичних навчальних закладах нашої країни почалося у 70-х роках минулого століття. Раніше різні аспекти цієї дисципліни були «розчинені» у структурі викладання інших дисциплін, переважно циклів хірургії та терапії. При цьому наука про пухлини не мала завершеного, узагальненого характеру й не могла сприйматися студентами як єдине ціле. Зважаючи на це, не було можливості викладати їм теоретичні та практичні проблеми онкології, а тим більше говорити про якість життя онкологічних хворих. Тепер, коли онкологія посідає самостійне місце в навчанні майбутніх лікарів, необхідно серйозно знайомити студентів з тим, що, окрім лікування, існують інші важливі особливості діяльності онкологів, а саме – конструктивна взаємодія з хворими, які мають право на реабілітаційні заходи та гідне життя, незалежно від стадії пухлинної хвороби», – стверджують Ю.В. Думанський і М.В. Конькова [12].

Найбільшою проблемою системи вищої медичної освіти є навчити студентів лікувати, хоч якби банально це не звучало: адже доцільне й адекватне лікування захворювання неможливе без узагальнення лікарем великої сукупності даних – анамнезу, результатів діагностики, нових підходів до лікування конкретної хвороби, своєрідності перебігу патологічних процесів у конкретного пацієнта.

Прогрес медичної науки, досягнення й відкриття в суміжних галузях наукового знання призводять до розширення змістового компонента навчання в медичних ВНЗ, що, своєю чергою, зумовлює непропорційність між значною кількістю навчальних дисциплін і спецкурсів і відсутністю достатньої кількості годин в академічному розкладі для безпосереднього практичного відпрацювання професійних навиків (лабораторних і практичних занять). Між тим, важливим завданням академічної підготовки лікаря було і залишається формування клінічного мислення студентів.

Термін «клінічне мислення» використовують доволі часто, коли йдеться про лікаря чи студента медичного ВНЗ, однак це поняття не має загальноприйнятого визначення й часто тлумачиться досить вільно залежно від контексту [5]. Специфіка клінічного мислення призводить до того, що воно як процес майже не вивчене. Дослідження усіх аспектів прояву клінічного мислення, його емпіричних основ і структури потребує застосування інструментарію щонайперше філософії, психології та педагогіки, що своєю чергою уможливить розробку методичних рекомендацій до організаційно-педагогічних умов його формування в майбутніх лікарів. На сьогоднішній день є чимало досліджень, присвячених різним аспектам розвитку клінічного мислення студентів медичного ВНЗ [2; 8; 17], проте в більшості з них представлено окремі методичні підходи до розвитку означеної якості фахівців різних спеціальностей (стоматологів, хірургів, травматологів і т. п.). Специфічною рисою розглянутих нами досліджень є їхня зосередженість на внутрішніх компонентах клінічного мислення, але не аналіз проявів його сформованості на етапі професійної підготовки – судження, висновки, результати розв'язання різного роду теоретичних і практичних завдань, клінічних ситуацій студентами-медиками.

В основі клінічного мислення лежать такі операції, як ідентифікація ознак, аналіз, синтез, порівняння й диференціація, абстракція й узагальнення, індукція, дедукція, логічні умовиводи. Найбільш лаконічне й концентроване визначення клінічного мислення запропоноване професором Р. Артамоновим: «Клінічне мислення – це професійне творче розв'язання питань діагностики, лікування й визначення прогнозу захворювання в конкретного пацієнта на основі знань, досвіду й лікарської інтуїції» [3]. Ми приймаємо запропоноване трактування клінічного мислення в якості робочого у своїх дослідженнях і практичних розробках. У якості складових клінічного мислення майбутнього лікаря визначаємо: аналітичність, творчість, рефлексивність, здатність ухвалювати оперативні рішення на основі швидкого узагальнення власного теоретичного й практичного досвіду (стратегічна складова).

Алгоритм практичного виявлення клінічного мислення й ухвалення рішення в тому вигляді, у якому його, зазвичай, розуміють клініцисти, складається з таких кроків: вивчення симптомів захворювання на першому етапі (збір скарг, анамнез, фізикальне обстеження); попереднє заключення про сутність патології, захворювання в конкретній ситуації; призначення діагностичних процедур для верифікації й уточнення діагнозу; коротка інтерпретація всіх отриманих фактів у вигляді розгорнутого клінічного діагнозу й прогнозу; планування лікувально-профілактичних і реабілітаційних заходів [13, с.2011].

Відповідно до традицій вітчизняної медичної освіти, етапи формування клінічного мислення студентів включають пропедевтичний, факультетський і госпітальний [6]. Кожен з цих етапів передбачає застосування спеціальних методів і прийомів навчання. Так, на пропедевтичному етапі провідним завданням стає формування вмінь проводити об'єктивне обстеження, виявляти симптоми, формулювати синдромальний діагноз. На другому етапі студенти навчаються визначати сукупність основних нозологічних форм для здійснення диференційного діагнозу, уточнювати етіологію та патогенез захворювання, формулювати клінічний діагноз, призначати лікування. На третьому етапі формується вміння моніторити перебіг захворювання в конкретного пацієнта, вносити зміни в тактику лікування, проводити експертизу працездатності і професійної придатності, давати рекомендації під час виписки [9, с.55].

Успішність формування клінічного мислення, як відзначають дослідники проблеми, пов'язана з рівнем розвитку в студентів-медиків окремих мислительних операцій, зокрема аналізу, синтезу, абстрагування, узагальнення, порівняння, класифікації, конкретизації і систематизації отриманої інформації і набутих знань. Це можливе за умови якісного управління навчально-пізнавальною діяльністю студентів, зокрема через добір відповідних форм організації навчання, дотримання певних принципів, застосування конкретних дидактичних методів і прийомів. Загалом, формування клінічного мислення студентів є складним процесом, залежним від чималої кількості факторів, як об'єктивних, так і суб'єктивних.

Метою статті є опис інтегрованого підходу до вивчення дисципліни «Онкологія» з використанням елементів різних інтерактивних методів навчання.

Ми пропонуємо поєднати кооперативне навчання майбутніх лікарів з методом аналізу конкретних ситуацій (кейсів, CBL) і відпрацювання вузьких практичних навиків (симуляції), що в реальності

уможливило оперативний зворотній зв'язок (дебріфінг) між студентом і викладачем та іншими студентами, формує навик роботи в команді, розвиває всі складові клінічного мислення.

Останніми роками доводять свою ефективність такі методи навчання майбутніх лікарів, як кейс-стаді (метод аналізу конкретних ситуацій), стимуляційні методи, кооперативне навчання [16].

Кейс-стаді – або CBL (cased-based learning) – це неігровий імітаційний метод навчання, що являє собою інструмент, який дозволяє застосувати теоретичні знання для розв'язання практичних завдань. Він призначений для вдосконалення навиків і досвіду, включає в себе: виявлення проблеми, осмислення сукупності факторів, описаних у ситуації, аналіз і синтез інформації і аргументів, роботу з гіпотезами і доказами, оцінку альтернатив, ухвалення рішень, навик командної роботи. Основне призначення цього методу – навчити студентів розв'язанню складних професійних проблем, розвинути аналітичні й комунікативні здібності, професійне мислення майбутнього фахівця [11].

Розрізняють декілька видів конкретних ситуацій (кейсів), які можуть бути застосовані на заняттях у медичному ВНЗ: ситуація-проблема, ситуація-оцінка, ситуація-ілюстрація, ситуація – попередження.

Ситуація-проблема являє собою опис реальної проблемної ситуації, мета студентів – знайти шлях розв'язання ситуації або дійти аргументованого висновку про його неможливість.

Ситуація-оцінка описує обставини, вихід з яких уже знайдено, мета студентів у цьому випадку – провести критичний аналіз ухвалених рішень, надати мотивований висновок щодо представлені ситуації та її розв'язання.

Ситуація-ілюстрація являє собою ілюстративний матеріал (частіше за все – відеоматеріал), а ситуація-попередження описує застосування вже ухвалених раніше неправильних рішень, у зв'язку з чим ситуація має тренувальний характер, вимагає аналізу причин невдачі.

Метою кейс-стаді є мобілізація зусиль групи (команди) для аналізу виниклих обставин і вироблення практичних рішень. Оскільки робота лікаря включає в себе компонент командної співпраці, нам видається доцільним звернутись до такої форми навчання, як кооперативне. Останнє являє собою такий спосіб роботи в малих групах, коли студенти самі несуть відповідальність за освітній процес на конкретному занятті і в ході підготовки до нього. Сутність цього методу можна сформулювати так: «Кожен досягає своїх навчальних цілей лише в тому випадку, коли всі члени групи досягають своїх».

У нашому підході ми пропонуємо поєднати елементи кооперативного і симуляційного навчання з методом аналізу конкретних ситуацій (кейсів). Особливістю такого підходу стає те, що правильне рішення при розв'язанні практичної ситуації не має однозначного трактування, воно виробляється в процесі співпраці студентів і викладачів у ході обговорення і дискусій. В основу нашого підходу ми поклали аналітичну діяльність, зокрема такі види аналізу, як проблемний, системний, причинно-наслідковий, прогностичний, аксіологічний (цінності професії). Розв'язання кейсу завжди спричиняє дискусію, прив'язуючи студентів до оцінки реальних фактів, дозволяє змоделювати реальну проблему, з якою в подальшому студентам доведеться зустрітись в майбутній лікувальній практиці, іншими словами, можемо сказати, що застосування кейс-стаді і командного розв'язання проблем моделює квазіпрофесійну реальність у навчальній аудиторії, тобто ті дидактичні обставини, що є максимально наближеними до життя і вимагають ухвалення адекватних професійно грамотних рішень.

Кейси в умовах командної роботи розвивають не лише аналітичні здібності, що стають основою клінічного мислення студентів, а й виробляють навик дослідництва, ефективної комунікації з колегами, формують здатність розробляти алгоритми професійної діяльності, різного роду стратегії (діагностики, лікування, профілактики захворювань), давати об'єктивну оцінку ухваленим рішенням і вчать адекватно реагувати на критику з боку колег (студентів) і старших наставників (викладачів) під час отримання зворотного зв'язку, що виявляється важливим для майбутнього лікаря.

Хороший кейс для студентів-медиків має задовольняти декільком вимогам: відповідати чітко визначеній меті завдання; мати відповідний рівень складності: ілюструвати реальну, а не вигадану клінічну ситуацію; представляти типову ситуацію; провокувати дискусію; містити чіткі інструкції щодо виконання завдання; розвивати клінічне мислення. Ми формулюємо ці вимоги, базуючись на результатах досліджень наших попередників [1] і власному викладацькому досвіді.

Характеризуючи роботу над клінічною ситуацією під час практичного заняття виокремлюємо декілька етапів реалізації цього методу:

1. Етап занурення в ситуацію: постановка викладачем ввідних питань, актуалізація опорних знань. Текст завдання має кожен учасник заняття, на ознайомлення виділяємо до 10 хвилин. Викладач на цьому етапі може поставити питання типу: «Який синдром визначає тяжкість хворого?» або «Якою є ключова проблема пацієнта в описаному стані?». Потому студенти можуть поставити уточнювальні питання викладачеві з метою отримання додаткової інформації, що має бути десь зафіксована (на фліп-чарті, на дошці) для подальшого обговорення.

2. Аналіз ситуації (робота в малих групах). На цьому етапі вводимо елементи навчальної кооперації: після розподілу на підгрупи визначаємо час для розв'язання проблеми й підготовки презентації ухваленого рішення (зазвичай – від 30 до 45 хвилин). Студентам дозволяється користуватись навчальною літературою, довідниками (але не інтернетом). Можна звертатися до викладача. На цьому етапі викладач має контролювати послідовність дій і алгоритм надання допомоги.

Наведемо приклади названих вище різних видів кейсів, апробованих нами на заняттях з онкології

а) Ситуація-проблема. *У пацієнта 35 років при обстеженні виявлено збільшення пахових лімфатичних вузлів зліва. Під час огляду на шкірі передньої поверхні лівої гомілки виявлене пігментне утворення неправильної форми завбільшки з 11 мм у діаметрі, з нерівною поверхнею неоднорідного забарвлення. Анамнез: Пацієнт вказує на наявність цього утворення з дитинства, проте за останні півроку він помітив збільшення його розмірів, зміну форми. Завдання: 1. Сформулюйте й обґрунтуйте ймовірний діагноз. Приблизна стадія захворювання. 2. Назвіть необхідні додаткові обстеження. 3. Визначте вашу тактику стосовно ведення пацієнта, розкажіть про принципи лікування.*

б) Ситуація-оцінка. *До лікаря звернулася жінка 47 років зі скаргами на збільшення розмірів лімфатичних вузлів справа. Під час огляду в правій аксиллярній ділянці виявлено одиничні щільні лімфовузли з обмеженою рухливістю, розміром до 1,5 см, не спаяні між собою. У молочних залозах вузлові утворення не визначаються. Соски й ареоли не змінені. Інші групи регіонарних лімфовузлів не збільшені. Ознак запалення у правій молочній залозі не виявлено. Пацієнтка направлена на маммографічне дослідження, під час якого в обох молочних залозах виявлена картина помірно вираженої двосторонньої фіброзно-кістозної мастопатії. Вузлових утворень в тканині залоз не виявлено. Пацієнтці рекомендоване контрольне обстеження через три місяці. Завдання: оцініть, чи правильну тактику обрав лікар? Які додаткові обстеження ви б рекомендували? Які онкологічні захворювання можуть виявлятися ураженням аксиллярних лімфатичних вузлів?*

в) Ситуація-ілюстрація. *Перегляд відеофільму «Цілі й завдання променевої терапії в програмах лікування злоякісних утворень», обговорення питань: Для чого потрібна передопераційна променева терапія? Для чого потрібна післяопераційна променева терапія? Остання має низьку біологічну ефективність у зв'язку з рубцюванням і порушенням кровопостачання в тканинах після хірургічної травми. Але такий варіант лікування активно застосовується при багатьох видах онкологічних захворювань, яких саме?*

г) Ситуація-попередження (з монографії Б. Білінського «Медичні помилки в онкології») [4, с. 56]. *«Більшість помилок, що трапляються при діагностиці раку легенів у поліклініці, пов'язані з неправильними висновками рентгенолога, який застосував неадекватну методику обстеження або некваліфіковано інтерпретував отримані дані. Можна твердити, що низький рівень діагностики раку легенів у поліклініці викликаний низькою онкологічною настороженістю лікарів, недостатнім використанням основного методу діагностики – рентген-обстеження, порушенням методики проведення рентгенологічного обстеження і неправильною інтерпретацією отриманих даних і, як наслідок усього вищезазначеного, – пізнім скеруванням хворих у стаціонар.*

Спостереження 53. *Пацієнт К., 38 років, звернувся до лікарів з причини підвищеної температури, кашлю та болю у грудній клітці. Діагностовано лівобічну пневмонію. Отримав протизапальну терапію з добрим ефектом. Виписаний додому. Повторне звернення через два тижні з подібними симптомами. Вирішено, що в пацієнта повторна пневмонія через неадекватну терапію. Повторено курс лікування. Через 1 місяць – повторне звернення. Таких звернень було п'ять. Після 5-го звертання пацієнта скеровано на бронхоскопію. Діагностовано рак лівої легені. Після дообстеження виконана лівобічна пневмоектомія із значними технічними труднощами. Через вісім місяців констатовано рецидив у куксі бронха, скеровано на опромінення. Після опромінення виникла стравохідно-бронхіальна норія. Загинув від пневмонії єдиної легені. Висновок. У хворого спостерігалася рецидивна пневмонія, яка повинна була насторожити лікарів щодо можливості пухлини легені. Цього не сталося, і тому операція була проведена із запізненням, що негативно відбилосся на прогнозі».*

Завдання: Як запобігти описаним помилкам на етапі отримання первинної медичної допомоги?

3. Етап презентації ухвалених рішень. Ця частина роботи є не менш важливою: уміння публічно представити власне рішення клінічного завдання, добре його аргументувати, обґрунтувати провідні патологічні синдроми, визначити об'єм і зміст лікувальних заходів залежно від умов, а також вислухати критичні зауваження є досить цінним соціальним і професійним навиком сучасного фахівця. Більше за те, саме в умовах командної роботи і презентації її результатів студенти навчаться бачити власні когнітивні упередження – тобто те, що впливає на ухвалення рішення (скажімо, авторитет колеги) і працювати з ними.

Ми прагнемо навчити студентів доказовій медицині, науково обґрунтованим методам ухвалення рішень в онкології, адже ця медична галузь складається з рішень, адекватних кожній конкретній ситуації. Це, своєю чергою, стимулює студентів більше дізнаватися про нові досягнення й успішні результати в

лікуванні, вмiти їх відшукати, прочитати, оцінити достовiрнiсть i доцiльно застосувати – ось що являє собою в практичному вимiрi клiнiчне мислення майбутнього лiкаря.

Пiдсумком розв'язання кейсiв в умовах кооперативного навчання має стати *дебрифiнг* – бесiда з метою отримання аналітичної iнформації кожним учасником заняття. Власне, в ходi дебрифiнгу може вiдбутися перехiд вiд обговорення почуттів та емоцій, проявлених студентами в дискусiї, до бiльш об'єктивного обговорення проблем. Студенти дiзнаються про практичний досвiд своїх колег, тобто отримують можливiсть навчатися на помилках iнших. У цей час розвивається ще одна складова клiнiчного мислення майбутнього лiкаря – стратегiчна, що дозволяє мислити системно i узагальнювати практичний досвiд для ухвалення рiшень.

Формування клiнiчного мислення неможливе без оволодiння певною сукупнiстю практичних навикiв – оскiльки прагнення до їх вдосконалення для подальшої ефективноi праці запускає механiзм критичного ставлення до своїх знань i умiнь, стимулює професiйне зростання i розвиток вiдповiдних компетенцій.

Вiдповiдно до завдань навчальної програми, передбачається оволодiння студентами рiзними методами дiагностики захворювання – починаючи вiд пальпації, аускультації, перкусiї пiд час первинних оглядiв, до бiльш складних манiпуляцій з бiологiчним матерiалом. Для формування вiдповiдних умiнь i вiдпрацювання практичних навикiв можуть бути застосованi муляжi i фантоми. Примiром, формування вмiння виготовити мазки-вiдбитки з пухлини можна проводити за допомогою муляжiв (ця нескладна процедура насправдi має свої ризики за умови виконання на реальному бiологiчному матерiалi).

Основною характеристикою такого роду дидактичних засобiв є тканинна еквiвалентнiсть й подiбнiсть реакції на зовнiшнi впливи з реальним патологiчним утворенням. Муляж для вiдпрацювання навику взяття мазкiв-вiдбиткiв пухлини являє собою блок еластичної консистенції, в центрi якого – iмiтація пухлини. Студенти пiд час роботи з муляжем можуть виконати процедуру мазка вiдбитку, отримати матерiал, провести необхiднi предметнi дiї для розподiлу матерiалу на предметному скельцi, оформити направлення на цитологiчне дослiдження. Муляж для формування навикiв пункціональної бiопсiї виконаний з гелю, при чому патологiчне утворення iмiтоване гелем бiльш щiльної консистенції, колiр якого вiдмiнний вiд кольору основного фантому для контролю правильностi виконання процедури. Контроль правильностi виконання й оцiнювання студентiв здiйснюється за двома основними критерiями: методично правильне виконання етапiв манiпуляції i досягнення цiлей манiпуляції – отримання бiоптату потрiбної частини муляжу.

Пiд час реалiзації описаного нами пiдходу в навчаннi «Онкологiї» в студентiв медичного ВНЗ формуються такi компетенції, як здатнiсть до збору й аналізу скарг пацієнта, даних його анамнезу, результатiв огляду, лабораторних, iнструментальних, патологоанатомiчних дослiджень з метою розпiзнавання стану чи встановлення факту наявностi / вiдсутностi захворювання.

Результатами навчання визнаємо комплекс знань i навикiв, що дозволяють судити про належний рiвень розвитку клiнiчного мислення майбутнього лiкаря. Так, студенти повиннi знати: клiнiчну картину, особливостi перебiгу й можливi ускладнення в онкологiї; основнi методи лабораторної та iнструментальної дiагностики, практикованi в онкологiї (показання до застосування, трактування результатiв), правила забору патологiчних матерiалiв вiд хворого; правила ведення типової звітної медичної документації в лiкувально-профiлактичних закладах.

Майбутнi лiкарі повиннi вмiти: розпiзнавати клiнiчнi симптоми онкологiчного захворювання, прагнути виявляти злоякісні пухлини на ранньому етапi; проводити опитування пацієнта з метою збору анамнезу; вмiти обстежити хворого, скласти план лабораторного та iнструментального обстеження, iнтерпретувати їх результати. Студенти мають оволодiти методами загального й спеціального обстеження, зокрема методами пальпації, перкусiї, аускультації, забору матерiалiв для цитологiчного дослiдження (мазкiв, зiшкрiбiв, мазкiв-вiдбиткiв з поверхнi пухлин); володiти методами бiопсiї для гiстологiчних дослiджень злоякісних i доброякісних пухлин.

Формування навику роботи в командi – один з прогресивних напрямiв пiдготовки фахівцiв у медицинi: один лiкар навiть за наявностi значного запасу знань i практичних навикiв не спроможний досягти абсолютного й беззаперечного успiху в лiкуванні захворювання – для цього потрiбна праця команди фахівцiв. I тут може виникнути проблема мiжособистiсного порозумiння: кожен член команди має свої життєвi i професiйнi переконання, що призводять до суперечок стосовно вибору стратегiї i тактики медичного впливу на пацієнта. Тому вкрай важливо ще на етапi професiйної пiдготовки у вищій медичній школі забезпечувати студентам можливiсть набуття досвiду командної роботи з використанням рiзних клiнiчних ситуацій.

Змiстовий аналіз пiд час розв'язання кейсiв рiзних типiв, що являють собою рiзномiрнi клiнiчнi завдання, пов'язаний iз визначенням оптимального на даний момент впливу з ряду можливих з урахуванням низки змiнних умов (лiкувальна стратегiя, додаткова дiагностика тощо). Такий вид аналізу дозволяє студентам вiдкривати для себе рiзнi способи пошуку рiшень професiйних завдань. В мiру опанування студентами навиком змiстового аналізу, вiн поступово скорочується i набуває вигляду

швидкого (симультанного) спрямування на зовнішні ознаки патологічного процесу. Така симультанність притаманна, щонайперше, творчому типу мислення, але, за твердженням дослідників, саме вона характеризує сформованість клінічного мислення лікаря [7; 10]. Оперативний зворотній зв'язок, отримуваний під час дебрифінгу, дозволяє розвинути рефлексивність – ще одну важливу складову клінічного мислення лікаря, а застосування (за можливості) елементів симуляційного навчання знижує ймовірність стресу молодого лікаря під час перших самостійних маніпуляцій і дозволяє адекватно сприйняти критичну оцінку своїх умінь колегами і наставником під час роботи в команді.

Отже, формування клінічного мислення студентів-майбутніх лікарів під час вивчення дисципліни «Онкологія» потребує використання інтерактивних методів навчання, зокрема поєднання методу аналізу конкретних ситуацій (кейс-стаді) з кооперативним навчанням (що уможливує формування навиків роботи в команді) і елементами симуляційного навчання (застосування якого формує практичні навички й елементи професійного досвіду), що відбувається в умовах моделювання квазіпрофесійної діяльності. Такий підхід сприяє розвитку усіх складових клінічного мислення майбутнього лікаря: аналітичної, творчої, рефлексивної, стратегічної.

Література

1. Абаева Ф.Б. Дидактические возможности метода case study в обучении студентов // Современные научные исследования и инновации. 2016. № 1. [Электронный ресурс]. – URL: <http://web.snauka.ru/issues/2016/01/62279> (дата звернення: 23.11.2018).
2. Аношкин Н. К. Психолого-педагогические основы формирования рефлексивного клинического мышления: автореф. дис... д.-ра психол. н. : 19.00.07 / Н. К. Аношкин [Перм. гос. мед. акад.]. – М. : 2001. – 29 с.
3. Артамонов Р.Г. О клиническом мышлении / Р.Г. Артамонов. [Электронный ресурс]. – Режим доступа: URL: http://medreferat.ru/referat/new/9999/2154?phrase_id=421571.
4. Білінський Б. Т. Медичні помилки в онкології : монографія / Б. Т. Білінський; відп. ред. Я. В. Шпарик. – Львів : Афіша, 2013. – 324 с.
5. Загальна та медична психологія (практикум) ; за заг. ред. проф. І.Д.Спіріної, проф. І.С.Вітенка. – Дніпропетровськ: АРТ ПРЕС, 2002. – 176 с.
6. Кузьминов О. М. Формирование клинического мышления и современные информационные технологии в образовании: монография / О. М.Кузьминов, Л. А. Пшеничных, Л. А. Крупенькина. – Белгород : Изд-во, 2012. – 110 с.
7. Лемешев А. Ф. Клінічне мислення / А. Ф. Лемешев. – Мн. : Мед. Література, 2008. – 240 с.
8. Лисаченко О.Д. Роль міждисциплінарної інтеграції у формуванні клінічного мислення студента / О.Д. Лисаченко // Вісник проблем біології і медицини.-2012.-Вип.3,т.2.- С.133-135.
9. Макарова В.И. Академическая история болезни как инструмент формирования клинического мышления у студентов медицинского вуза / В.И.Макарова, А.И.Макаров // Международный журнал экспериментального образования. – 2011 – № 10. – с.54-56.
10. Московко Г. С. Развитие клинического мышления у студентов высших начальных закладов, як когнітивна складова професійної компетентності / Г. С. Московко // Буковинський медичний вісник. – 2016. – Т. 20, № 2 (78). – С. 271–274.
11. Сурмин Ю.П. Ситуационный анализ или анатомия Кейс-метода : Учебное пособие. – К.: Центр инноваций и развития, 2002. – 286 с.
12. Сучасний стан та перспективи викладання онкології в Україні у форматі імплементації «Закону про вищу освіту» / Ю.В. Думанський, М.В. Конькова // Здоров'я України : медична газета [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://health-ua.com/article/31228>.
13. Харрисон Т.Р. Внутренние болезни [Текст]: в 10 книгах / Т.Р. Харрисон. Под ред. Е.Браунвальда, К.Дж.Иссельбахера, Р.Г.Петерсдорфа, Д.Д.Вилсон, Д.Б.Мартина, А.С.Фаучи // Перевод с англ. под общей ред. А.В.Сучкова – М.: Медицина, 1997. – 3430с.
14. Cave J, Woolf K, Dacre J, Potts H, Jones A. Medical student teaching in the UK: how well are newly qualified doctors prepared for their role caring for patients with cancer in hospital? Br J Cancer. 2007;97:472-8.
15. DeNunzio NJ, Joseph L, Handal R, Agarwal A, Ahuja D, Hirsch AE. Devising the optimal preclinical oncology curriculum for undergraduate medical students in the United States. J Cancer Educ. 2013;28(2):228-36.
16. Nair S., Shah T., Seth S. et al. Case based learning: a method for better understanding of biochemistry in medical students // J. Clin. Diagn. Res. – 2013, August. – Vol. 7(8). – P. 1576-1578.
17. Thomas J. Papadimos. Reflective thinking and medical students: some thoughtful distillations regarding John Dewey and Hannah Arendt / Thomas J. Papadimos // Philosophy, Ethics, and Humanities in Medicine. – 2009. – 4:5 [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://www.peh-med.com/content/pdf/1747-5341-4-5.pdf>.

References

1. Abaeva F.B. Didakticheskie vozmozhnosti metoda case study v obuchenii studentov // Sovremennye nauchnye issledovaniya i innovacii. 2016. № 1. [Ehlektronnyj resurs]. – URL: <http://web.snauka.ru/issues/2016/01/62279> (data zvernennya: 23.11.2018).
2. Anoshkin N. K. Psihologo-pedagogicheskie osnovy formirovaniya refleksivnogo klinicheskogo myshleniya: avtoref. dis... d.-ra psihol. n. : 19.00.07 / N. K. Anoshkin [Perm. gos. med. akad.]. – M. : 2001. – 29 s.
3. Artamonov R.G. O klinicheskom myshlenii / R.G. Artamonov. [Ehlektronnyj resurs]. – Rezhim dostupa: URL: http://medreferat.ru/referat/new/9999/2154?phrase_id=421571.

4. Bilynskiy B. T.. Medychni pomylky v onkologii : monohrafiia / B. T. Bilynskiy; vidp. red. Ya. V. Shparyk. – Lviv : Afisha, 2013. – 324 s.
5. Zahalna ta medychna psykholohiia (praktykum) ; za zah. red. prof. I.D.Spirinoi, prof. I.S.Vitenka. – Dnipropetrovsk: ART PRES, 2002. – 176 s.
6. Kuz'minov O. M. Formirovanie klinicheskogo myshleniya i sovremennye informacionnye tekhnologii v obrazovanii: monografiya / O. M.Kuz'minov, L. A. Pshenichnyh, L. A. Krupen'kina. – Belgorod : Izd-vo, 2012. – 110 s.
7. Lemeshev A. F. Klinichne myslennia / A. F. Lemeshev. – Mn. : Med. Literatura, 2008. – 240 s.
8. Lysachenko O.D. Rol mizhdystyplinarnoi intehratsii u formuvanni klinichnoho myslennia studenta / O.D. Lysachenko // Visnyk problem biolohii i medytsyny. -2012.-Vyp.3,t.2.- S.133-135.
9. Makarova V.I. Akademicheskaya istoriya bolezni kak instrument formirovaniya klinicheskogo myshleniya u studentov medicinskogo vuza / V.I.Makarova, A.I.Makarov // Mezhdunarodnyj zhurnal ehksperimental'nogo obrazovaniya. – 2011 – № 10. – s.54-56.
10. Moskovko H. S. Rozvytok klinichnoho myslennia u studentiv vyshchych navchalnykh zakladiv, yak kohnityvna skladova profesiinoi kompetentnosti / H. S. Moskovko // Bukovynskiy medychniy visnyk. – 2016. – T. 20, № 2 (78). – S. 271–274.
11. Surmin YU.P. Situacionnyj analiz ili anatomiya Kejs-metoda : Uchebnoe posobie. – K.: Centr innovacij i razvitiya, 2002. – 286 s.
12. Suchasnyi stan ta perspektyvy vykladannia onkologii v Ukraini u formati implementatsii «Zakonu pro vyshchu osvitu» / Yu.V. Dumanskyi, M.V. Konkova // Zdorovia Ukrainy : medychna hazeta : Elektronnyi resurs: Rezhym dostupu : <http://health-ua.com/article/31228>.
13. Harrison T.R.Vnutrennie bolezni [Tekst]: v 10 knigah / T.R. Harrison. Pod red. E.Braunval'da, K.Dzh.Issel'bahera, R.G.Petersdorfa, D.D.Vilson, D.B.Martina, A.S.Fauchig // Perevod s angl. pod obshej red.A.V.Suchkova – M.:Medicina, 1997. – 3430s.
14. Cave J, Woolf K, Dacre J, Potts H, Jones A. Medical student teaching in the UK: how well are newly qualified doctors prepared for their role caring for patients with cancer in hospital? Br J Cancer. 2007;97:472-8.
15. DeNunzio NJ, Joseph L, Handal R, Agarwal A, Ahuja D, Hirsch AE. Devising the optimal preclinical oncology curriculum for undergraduate medical students in the United States. J Cancer Educ. 2013;28(2):228-36.
16. Nair S., Shah T., Seth S. et al. Case based learning: a method for better understanding of biochemistry in medical students // J. Clin. Diagn. Res. – 2013, August. – Vol. 7(8). – P. 1576-1578.
17. Thomas J Papadimos. Reflective thinking and medical students: some thought ful distillations regarding John Dewey and Hannah Arendt / Thomas J Papadimos // Philosophy, Ethics, and Humanities in Medicine. – 2009. – 4:5 [Elektronnyi resurs]. – Rezhym dostupu: [http:// www.peh-med.com/content/pdf/1747-5341-4-5.pdf](http://www.peh-med.com/content/pdf/1747-5341-4-5.pdf).

УДК 37.047:06.044.5:379.85

DOI 10.31652/2415-7872-2018-56-113-118

РОЗКРИТТЯ СУТІ ТА УМОВ ФОРМУВАННЯ ПРОФЕСІЙНОЇ КОМПЕТЕНТНОСТІ МАЙБУТНІХ МЕНЕДЖЕРІВ ТУРИЗМУ

М. М. Жумбей

orcid.org/0000-0002-8883-4135

У статті розглянуто дослідження вченими-педагогами суті поняття професійної компетентності майбутніх фахівців. На їхніх основі виокремлено провідні компоненти фахової компетентності. Проаналізовано педагогічні умови впливу на професійну підготовку фахівців у вищих навчальних закладах. Доведено ефективність таких умов у процесі формування професійної компетентності майбутніх менеджерів туризму.

Ключові слова: професійна компетентність, педагогічні умови, майбутні менеджери туризму.

THE RESEARCH OF THE ESSENCE AND THE CONDITIONS OF FORMATION OF PROFESSIONAL COMPETENCE OF THE FUTURE TOURISM MANAGERS

M. Zhumbei

The article deals with the research of the scientists-pedagogues concerning the essence of the concept professional competence of the future experts. Based on the analysis of the above studies, it should be emphasized that the scientists focused mainly on the structure of professional competence. Thus, the guiding components of professional competence are considered to be: education in a particular professional sphere, experience of effective and creative application of the acquired knowledge, skills and abilities, personal and professional qualities allowing respecting an expert, taking his opinion into account, ability to perform self-education and self-development. The pedagogical conditions of influence on professional training of experts in higher educational institutions are analyzed. As a conclusion they are: 1) the implementation of interdisciplinary integration of