

пізнавальні ігри є серйозними іграми, а не розвагою або відпочинком.

Продуктивні, творчі форми організації навчального процесу (діалог, полілог, створення „ситуації успіху”, драматизація дидактичних ситуацій, рольові ігри, групова робота, індивідуальні завдання, творчі роботи, проекти, проблемні заняття) створюють атмосферу співтворчості, емоційного збудження і радості від власного успіху, задоволення від “бути почутим”, стимулювання творчості і неоднозначності.

Особистісно-орієнтоване навчання історії передбачає відмову вчителя від традиційної монологічної дидактики і перехід до діалогізованого спілкування з учнями в ході навчального процесу (розігрування ролей, колективне обговорення, диспут, дискусія, „словесний теніс”). При будь-якому обговоренні суті історичного явища учителеві слід вчити, як саме вести обговорення та знаходити кілька різних варіантів вирішення проблеми. Вчителі історії повинні заохочувати учнів застосовувати навички, пов’язані з аналізом фактів. Це сприяє виробленню в останніх власної позиції, яка сама по собі є ціннісною характеристикою особистості.

Література:

1. Вяземский Е.Е., Стрелова О.Ю. Теория и методика преподавания истории. – М.: ВЛАДОС, 2003. – 384 с.
2. Степанищев А.Г. Методика преподавания и изучения истории в 2 чт. – М.: ВЛАДОС, 2002. – 304 с.

Скряпник И.Н., Голко А.Ф.

Украинская медицинская стоматологическая академия, г.Полтава **РАЦИОНАЛЬНЫЕ ПОДХОДЫ К ФОРМИРОВАНИЮ КЛИНИЧЕСКОГО МЫШЛЕНИЯ У ВРАЧЕЙ-ИНТЕРНОВ**

Повседневная клиническая деятельность ставит перед каждым из врачей-клиницистов кардинальную и до сих пор до конца нераскрытую проблему медицинской науки – проблему болезни, во всем многообразии ее медико-биологических, психологических, этических и социальных аспектов. Давно и справедливо было отмечено, что клиническая деятельность – это разновидность искусства (*ars medica*), т.е. единство знаний и опыта, мышления и интуиции.

Целью обучения врачей на начальном этапе последипломного образования состоит не столько в непрерывном пополнении знаний, сколько в формировании способности самостоятельно эти знания пополнять, усваивать и обновлять, эффективно использовать их в профессиональной деятельности. На сегодняшний день основная масса учебного времени тратится больше на натаскивания, зубрежку, чем на обобщение, систематизацию, самостоятельную аналитическую работу врача-интерна. Отсюда гипертрофированный эмпиризм, фрагментарность,

непоследовательность мышления докторов, что в итоге приводит к частым ошибкам в вопросах диагностики, лечения и профилактики.

В повседневной практике врачу дано увидеть лишь внешние, иногда весьма скудные и трудно различимые проявления заболевания. В других случаях проявления болезни, напротив, оказываются множественными, из-за чего общая ее картина становится неопределенной. Врачу необходимо не только отличить болезненное состояние от здоровья, но и определить форму, тяжесть и стадию развития патологии, что наряду с принятием решения о выборе адекватных средств и методов лечения и его осуществлением, является одной из неотъемлемых и обязательных компонентов профессиональной деятельности врача. Несомненно, весь комплекс его профессиональных действий должен базироваться на четком осознании сущности сложного и многогранного (воспринимаемого субъективно пациентом и далеко не всегда объективно – врачом) процесса, каковым является болезнь (А.С. Григорьян, 2004). Особая актуальность поставленных вопросов связана с тем, что наиболее частая причина врачебных ошибок обусловлена незнанием и недостатками врачебного мышления (Н.В. Эльштейн, 1998).

Когда говорят о враче, что он – мыслящий специалист, то этим подчеркивается способность такого врача в вариативных условиях, конкретных ситуациях находить правильные клинические решения. Поэтому, приступая к обучению клинической деятельности в интернатуре на кафедре, преподаватель должен объяснить способы ее организации, цель, какими средствами она достигается. При разборе определенных клинических ситуаций преподаватель должен стремиться четко и понятно изложить суть проблемы, алгоритмы ее решения. Наиболее оптимальным способом развития клинического мышления является работа врача-интерна у постели больного с акцентуацией внимания не только на этиологию, патогенез и симптоматику заболевания, но и на понимание ими сути заболевания. Трудно рассчитывать на успех в подготовке медицинских кадров, если врач-интерн не в состоянии обосновать клинический диагноз, изложить общие принципы дифференциальной диагностики, отличить патогномичные симптомы той или иной нозологии от неспецифических. Особенно это актуально становится в эпоху полиморбидности современного пациента, которая будет стремительно прогрессировать. Эта тенденция при подготовке врачей во всем мире практически не учитывается (Н.В. Эльштейн, 2001).

Не менее важным вопросом остается развитие логического мышления у врача-интерна, от которого зависит жизнь пациента. Это связано с отсутствием курса логики на додипломном образовании, что приводит к незнанию докторами основ логического мышления, точности (определенности) и обоснованности своих рассуждений. Б. Шоу писал, что «высокой культурой мышления не овладеть без понимания роли основных логических законов и принципов мышления, его возможных логических ошибок», т.е. всего того, что может дать

изучение серьезного курса современной логики. Для усовершенствования логического мышления, на наш взгляд, необходимо учить докторов-интернов составлять алгоритмы дифференциальной диагностики с учетом этиологических факторов, патогенетических механизмов, клинических проявлений заболевания, данных лабораторно-инструментальных методов исследования, что должно привести врача к логическому обоснованию клинического диагноза и выбору адекватной терапии.

Актуальным вопросом остается становление будущего врача-специалиста как личности, которая входит в состав формирования клинического мышления. Научно-техническая революция, будучи, бесспорно, прогрессивной, породила коллизии, обусловленные необходимостью сочетать классические методы врачевания с освоением новейшей аппаратуры, бурными темпами роста объема информации и дефицитом по ее усвоению и осмысливанию. На этом фоне больной как личность из поля зрения врача исчезает. Клиническая деятельность - это не только чисто рациональная деятельность ума (интеллекта) по использованию и преобразованию знаний, но и нравственно-деонтологическая оценка этой деятельности (Г.И. Царегородцев и др., 2005). Крайний пример - когда, ссылаясь на декларации о правах человека, врач говорит больному «у вас рак с метастазами» и предлагает ему «оставшиеся недели до смерти дышать свежим воздухом». Пациенту необходимо вселить надежду и веру в жизнь, которую он ждет прежде всего от врача, ведь в конечном счете врачебная правда - это только та правда, которая помогает больному. Отсюда задача формирования клинического мышления - это и задача воспитания врача-интерна как носителя духовных ценностей, субъекта нравственных отношений. Врач начинается с понимания своего профессионального долга, с душевной доброты, чуждости и сострадания.

В современных условиях, когда под влиянием западноевропейских систем высшего образования идет тенденция к технизации работы врача, не следует забывать об одном неоспоримом преимуществе отечественной школы, которая учила прежде всего клиническому мышлению, милосердию и состраданию к пациенту.