RESEARCH JOURNAL OF TRAUMA AND DISABILITY STUDIES

**Volume: 3 Issue: 8 | Aug–2024 ISSN: 2720-6866**
http://journals.academiczone.net/index.php/rjtds

# Операции Мыслительного Процесса Как Алгоритм Формирования Клинического Мышления У Студентов Медицинского Образования

***М. Л. Аграновский Р. Р. Убайдуллаева***
*Андижанский государственный медицинский институт Узбекистан, Андижан*

**Аннотация:** С развитием инновационных технологий и науки, за последнее столетие, навыки необходимые для работы врача, изменились. Традиционная программа обучение в медицинских вузах сводилась к тому, что несколько лет изучались фундаментальные знания, а затем знания получали на клинических базах. Соответственно, развитие навыка решения клинических ситуаций имело первостепенное значение, и эти способности необходимо было развить у студентов – медиков, будучи находясь в стенах учебного заведения. Встал вопрос, какое образование необходимо дать студенту-медику, что помогло развить навыки клинического мышления.

**Цель исследования:** изучить эффективность развития клинического мышления с помощью операций мыслительного процесса.

**Ключевые слова:** клиническое мышление, операции мыслительного процесса, рассуждения, новые технологии.

## ВВЕДЕНИЕ

Образование, которое получают студенты медицинского вуза, поможет стать грамотным врачом, который умеет справляться с клинической проблемой. Важно выяснить, какими обладает знаниями студент, только что пришедший на новый цикл, умеет ли применять свои знания на практических занятиях. На клинических базах, необходимо при проведении практических занятиях, уделить внимание тому, как студент – медик учится выявлять основные и второстепенные жалобы у больного, собирать анамнез, с полученных данных проводить их анализ, синтезировать выявленное логическое образование в виде новых знания, установить их сходства и различия, построить прогноз и составить последующий план лечения. Данные способности могут формироваться только в тесном взаимодействии студента – медика с пациентом во время курации и работы у постели больного.

На сегодняшний день актуальной задачей в формирование клинического мышления является использование новых инновационных технологий в сфере образования и самообразования. [1-2] Из-за недостаточной способности врача применять свои знания на практике, зачастую приводят к врачебным ошибкам. Кроме того, в экстренных случаях скорость обработки новой информации требует оптимизации мыслительного процесса, доводя до ее автоматизации.

Клиническое мышление является важной частью в клинической работе врача. Что же подразумевается под клиническим мышлением? В широком ее понимании это способность человека решать многоуровневые клинические задачи на основе приобретенных знаний, полученного опыта и интуиции. Научные исследования, открытия, клинические наблюдения их анализ и обработка в непрерывном темпе расширяют медицинские знания [3-4]. Непрерывная работа над собой и совершенствование уровня передачи знаний и навыков студентам, помогает и оптимизировать свои знания.

**Volume: 3 Issue: 8 | Aug–2024 ISSN: 2720-6866**
http://journals.academiczone.net/index.php/rjtds

Врач, который недостаточно владеет своими знаниями, соответственно недостаточно сформировано клиническое мышление, что приводит к различным врачебным ошибкам. Чтобы минимизировать их, необходимо расширять лечебно-диагностическое обучение врачей в будущем. [5-6].

Формирование клинического мышления у студентов медицинских специальностей будучи в институте, является важным критерием в рамках модели обучения [7]. В связи с этим разработка методов развития клинического мышления и внедрение их в систему обучения, приведет к их совершенствованию и решению проблем в будущем.

## МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

В качестве изучаемого материала на кафедре психиатрии и наркологии АГМИ, профессором М.Л. Аграновским и ассистентом кафедры Р.Р. Убайдуллаевой был разработан оригинальный метод развития клинического мышления у студентов - медиков. Данный метод предложенной нашей кафедрой называется «Формирование клинического мышления у студентов во врачебной практике по методу профессора Аграновского М.Л.» Андижанским государственным медицинским институтом метод признан рационализаторским, выдано удостоверение №86 и внедрен в учебную практику.

Мы знаем, что студент получает базовые знания на территории медицинского института, однако как ими пользоваться на практике, вызывает трудности. Для решения поставленных задач, была проведена апробациях на студентах – медиках 5 курсов лечебного и педиатрического факультета.

Алгоритм мыслительного процесса состоит из – анализа, синтеза, сравнения, обобщения, абстракции и конкретизации. Когда все эти процессы гармоничны сплетаются друг с другом, работа с различными пациентами не будет казаться столь сложной.

Для анализа формирования клинического мышления были использованы 2 моделированные клинические ситуации, 30 студентов 5 курса лечебного факультета и 30 студентов 5 курса педиатрического факультета. Два факультета поделили на две группы, одна основная группа, состоявшая из 30 человек и вторая контрольная группа из 30 студентов, педиатрического факультета. Основной группе было предложено разбор клинического случая с использованием алгоритма операционного мышления, второй контрольной группе, студентам необходимо было разобрать клинический случай без использования алгоритма операционного мышления. Студентам предлагалось логически обсуждать идеи и подкреплять отдельные этапы процесса рассуждения соответствующими выводами и конкретной информацией из моделированной клинической ситуации.

## РЕЗУЛЬТАТЫ

Результаты показали, студенты первой основной группы, в ходе разбора клинического случая, применившие алгоритм операционного мышления, указали на то, что было легче ввести больного, так как этапность выстраивания диалога, сбора жалоб, анамнестических сведений, корректность и точность формулировок вопросов, помогли найти правильный вектор для постановки диагноза, дальнейшего прогнозирования заболевания и выбрать конкретный метод лечения для конкретного больного.

Студенты второй контрольной группы, отметили, что сложно было ввести больного, потому что вызвало затруднение грамотно описать состояние больного, сложность в построение правильного, нужного вопроса и постановке нозологического диагноза. Учащиеся указали на то, что причиной в затруднении введения больного было в недостаточности знаний и навыков, отсутствие необходимого времени для решения клинической проблемы.

**Volume: 3 Issue: 8 | Aug–2024 ISSN: 2720-6866**
http://journals.academiczone.net/index.php/rjtds

## ОБСУЖДЕНИЕ

В ходе исследования мы изучили и оценили эффективность разработки клинического мышления у студентов на каждом этапе (операций) мыслительного процесса. Оно показывает, что у каждого студента-медика навыки клинического мышления развиты по-разному. После того как студент овладел знаниями, немаловажным является применения их на практике, ориентирования в них, а также способность развивать в себе такие качества как гибкость, то есть готовым к восприятию новой информации и находить решениях в непростых ситуациях, быть настойчивым в своих решениях, умение планировать и упорядочивать свои мысли, выстраивая их в последовательную цепочку, осознанность свои действий, дисциплинированность. [8] Такой студент будет выделяться умением слушать пациента, проявлять эмпатию по отношению к нему, владеть своими эмоциями, правильно оценивать ситуацию, строить прогнозы, аргументировать их и ставить перед собой новые цели. Обладая различной информацией и умением ею пользоваться, такой студент будет чувствовать уверенность в своих дальнейших действиях. Чтобы правильно применять свои накопленные знания, нужно сформировать алгоритм мыслительного процесса, который будет помогать ориентироваться в различных сложных клинических ситуациях

Ниже мы привели пример разбора каждого шага алгоритма мыслительного процесса с использованием клинического случая.

Первый шаг, который необходимо сделать студенту, когда он соприкасается с пациентом, это - провести анализ пациента. Анализ – это разложение объекта на отдельные признаки и свойства. Изучая на примере больного, в первую очередь на что должен обратить студент, это на его внешний вид, то во что он одет, его манеры поведения, выражения лица и мимики, на все то, что можно описать в качестве объективных симптомов или таких субъективных симптомов, которым врач психиатр имеет непосредственный доступ, то что доступно восприятию – различным внешним проявлениям переживаемых человеком психических процессов.

Например Девушка 26 лет, примерно 175 см роста, входит в кабинет с опаской и настороженностью, волосы слегка растрёпаны, прямого кроя демисезонное пальто, в тапочках, под пальто халат средней длины, серого цвета и штаны прикрывающие чуть щиколотку ног, тоненьки носочки, несмотря на то что на улице холодно. Садится в кресло, тесно сдвинув ноги. Руки лежат на коленях, пальцы сжаты. Временами посматривает на маму, с чувством недоверия и оттенком холодности. Эмоции маловыразительные, погружена в собственные переживания. Далее, от внешности пациента переходим к беседе с ним. Беседа – это клиническое интервью, где мы собираем у пациента жалобы, изучаем анамнеза жизни и болезни. Чтобы беседа с пациентом была продуктивной, необходимо придерживаться некоторых принципов клинического интервью – точно сформулировать вопрос, доступность вопроса, ввести последовательную беседу, и уметь дифференцировать между наблюдением и оценочными суждениями. В ходе беседы девушка отвечала односложно, кратко, утверждая, что ее соседи не дают ей жить, постоянно на нее наговаривают, осуждают что они договорились с ее родителями и хотят от нее избавиться. Из анамнеза наследственность отягощена, у тети по линии мамы, отмечались странности в поведении. Брак родителей родственный. Мама примитивная личность. В семье вторая по счету из 3х детей. Со слов мамы особых странностей за дочкой никогда не наблюдала, после того как поступила в институт, изменилась. Последние 4 года ничем полезным не занимается, предоставлена сама себе, ни с кем не общалась, перестала за собой ухаживать

Что дает нам подробный анализ пациента, зачем раскладывать на составные части? Для того, чтобы процесс изучения больного стал возможным, детальным, таким образом изучая его сквозь призму поэтапного разделения.

**Volume: 3 Issue: 8 | Aug–2024 ISSN: 2720-6866**
http://journals.academiczone.net/index.php/rjtds

После того как студент провел анализ пациента, ему необходимо теперь объединить в единое логическое образование, то есть перейти к следующему этапу – синтез пациента. На этом этапе студенту необходимо объединить все составные части пациента - внешний вид, одежда, манера, движение, выражение лица, жалобы, анамнез жизни и болезни. Симптомы объединяются в синдром. Нужно также понимать, что синдром это не только совокупность симптомов, потому как один и тот же синдром может проявляться при разных заболеваниях, в зависимости от стадии и развития болезни, синдром может модифицироваться, или отражать в первую очередь особенность реакции организма.

Например, исходя из вышеизложенного клинического случая, можно предположить, что у больной отмечается аффективно - бредовый синдром. Так как она убеждена, что ее соседи и родители настроены против нее, переубедить невозможно, что характерно для патологии суждения – бреда обвинения, в эмоционально-волевой сфере отмечается снижения настроения, заторможенность, редукция психоэнергетического потенциала, не желание работать, уединяться, находиться в одиночестве. Со слов родных, данное состояние у пациентки отмечается длительное время, к врачам не обращались. Впервые изменилась 4 года назад после того, как поступила в институт. Думали, что адаптация к новой институтской жизни, соответственно и изменился характер, в новом окружении, у кого не бывает.

Поскольку процесс синтеза привёл студента к определенному синдрому, то на следующем этапе необходимо сравнить то целостное образование, которое получил с аналогичным, о котором он знал, читал, наблюдал у других пациентов, то есть на данном этапе студенту необходимо установить сходства и различия в объектах действительности. Ранее мы пациентке поставили синдромологический диагноз – аффективно бредовый синдром.

На этапе сравнения необходимо вспомнить изученный материал, сопоставить и выявить сходства и различия данного синдрома. У каких пациентов мы встречали данный синдром, как описывается в книге данная клиническая картина, схожа ли классическая клиническая картина с клинической картиной у пациентки.

Например, у нашей больной отмечалось нарушения суждения - то есть она высказывала бредовые идеи обвинения по отношению к соседям и родным. Какие мы знаем бредовые синдромы – чувственный бред, аффективный бред, галлюцинаторный бред, парафренный синдром. Среди многочисленных бредовых явлений, нас будет интересовать аффективный бред, который связан с аффективными расстройствами. Так как у больной отмечалось сниженное настроение, заторможенность, скудные эмоции, высказывала идеи осуждения можно было предположить депрессивный бред. Провести дифференциальную диагностику с такими заболеваниями как биполярное аффективное расстройство (БАР), циркулярная форма шизофрении, с психопатией, с психозами экзогенно-органической, соматической этиологии, реактивными параноидами.

На следующем этапе студенту необходимо обобщить всю информацию, которую он получил, выделить то общее, что типично для многих объектов действительности и представления, то есть объединить в один общий смысл, в одно понятие. Складывая анамнестические сведения, субъективных переживаний больного, объективных данных, необходимо выставить клинический диагноз. Отрешенность от окружающего мира, отсутствия интереса к жизни, снижение психоэнергетического потенциала, внезапное начало болезни, отягощенный наследственный фактор, высказывания идеи осуждения, пониженное настроение, неадекватность в поведении можно поставить диагноз - Шизоаффективное расстройство, которое сочетает в себе проявления классической шизофрении и аффективных расстройств.

**Volume: 3 Issue: 8 | Aug–2024 ISSN: 2720-6866**
http://journals.academiczone.net/index.php/rjtds

Следующий этап мыслительного процесса – абстракция, где необходимо оторваться от реального эмпирического образа на другой, непосредственно не данный, но подразумеваемый и мыслимый, с целью выделения важного, использовать полученные выводы на практике, выстроить прогноз, тактику лечения, профилактику и дальнейшие перспективы для конкретного больного. Этот этап является сложным этапом, так как процесс абстракции будет формироваться в процессе работы и накопленного ранее опыта. После постановки диагноза – шизоаффективное расстройство, необходимо спрогнозировать дальнейшее состояние больной, что следует ожидать, возможные осложнения, ремиссии, их длительность, профилактика повторного случая.

При данном состоянии у больной возможность положительной реакции на медикаментозную терапию, социальная адаптация будет проходить удачнее, меньше страдает трудоспособность, легче смогут контролировать волевую сферу, строить отношения с окружающими. Возможные осложнения в виде социальной изоляции, проблемы с самообслуживанием, потеря работоспособности, утрата профессиональных навыков.

На последнем этапе алгоритма операционного мышления - конкретизации, позволяет увидеть за общими положениями конкретные факты, выстроить конкретный план лечения, для определённого конкретного случая. План лечения будет зависеть от степени выраженности симптомов заболевания. При этом используются атипичные или традиционные препараты антипсихотической группы, антидепрессанты, анксиолитики, нормотимики. Основная цель медикаментозной терапии – достижение и поддержание устойчивой ремиссии. Лекарственные препараты подбирается индивидуально с учетом основных клинических проявлений, длительности и выраженности симптомов. Наилучший результат медикаментозное лечение демонстрирует в комбинации с психотерапией. Как правило, работа с психотерапевтом проводится в стадии ремиссии. Наиболее эффективна когнитивно-поведенческая психотерапия: методики помогут пациенту осознать свое состояние, адоптироваться к нему, улучшить коммуникацию с окружающими людьми.

В совокупности при таком алгоритме мышления, возможность развития клинического мышления студента, будет намного проще.

Применяя знания в соответствии с алгоритмом операции клинического мышления, студент-медик должен задать себе ряд вопросов и найти на них решения. Что я знаю? Что мне известно? Какие мои дальнейшие действия? Это отправная точка поможет найти дальнейших вектор своих действий. [9-10] Умение добраться от одного пункта до конечной станции будет движущей силой клинического мышления. При этом предполагается использование сформированных ранее алгоритма операции мыслительного процесса. С таким упорством студент-медик будет чувствовать удовлетворения от проделанной работы.

## ВЫВОД

С помощью операций мыслительного процесса, указанная методика поможет учащимся студентам - медикам подходить к обучению более глубже, а не поверхностно. Применять навыки алгоритма мыслительного процесса на практических занятиях у постели больного. Это в свою очередь приведет к оптимизации мышления и автоматизации дальнейшего хода мыслительного процесса. Данный метод будет стимулировать студента – медика осознанно подходить к лечебному делу, решать клинические задачи и находить решения. Такой подход научит студента широте мышления, уверенности в своих дальнейших действиях и поиске новых знаний.

**Volume: 3 Issue: 8 | Aug–2024 ISSN: 2720-6866**
http://journals.academiczone.net/index.php/rjtds

**Использованная литература**

1. Арский Ю.М. О развитии информационной инфраструктуры инновационной сферы [Текст] / Арский Ю.М., Цветкова В.А., Яшукова С.П. // НТИ. Сер.1 Орг. и методика информ. работы. – 2006. - №1. – С.12-18.
2. Артамонов, Р.Г.О клиническом мышлении [Электронный ресурс]. / Р.Г.Артамонов. // Medreferat.ru .
3. Бащинский, С.Е. Клиническое мышление и наука [Электронный ресурс]. О необходимости научно-обоснованной медицинской практики./ С.Е.Бащинский // Источник: Evidence-Based Medicine и Международный журнал медицинской практики.
4. Борискова, И.В. Формирование клинического мышления у студентов медицинского колледжа на основе их учебно-исследовательской деятельности [Текст]: диссертация ... канд. пед. наук / И.В. Борискова. - Краснодар, 2006.- 145 с.
5. Султанов, И.Я. Этапы диагностики с позиций теории диагноза и классификация диагностических ошибок в клинике внутренних болезней 96 [Текст] / И.Я.Султанов // Вестник Российского университета дружбы народов. Серия «Медицина» – 1998 - №1. – С.168-174. 57.Тарасов, К.Е. Логика и семиотика диагноза (методологические пробы)
6. Эльштейн, Н.В. Диагностические ошибки интернистов: общие аспекты [Электронный ресурс] / Н.В.Эльштейн // Русский медицинский журнал. – 1998 - №1 http://www.rmj.ru/articles_1983.htm
7. Дзюбенко А.А. Новые информационные технологии в образовании [Текст] / Дзюбенко А.А.. // М.: Б.И., 2000 - 104 с.
8. Морозов, А.В., Чернилевский, Д.В. Креативная педагогика и психология [Текст] / А.В. Морозов, Д.В. Чернилевский. – М.: Академический проект, 2004. – 560 с.
9. Аграновский М.Л. Общая медицинская психология и психопатология 2003 – стр. 204 (77стр)
10. Аграновский МЛ. Психиатрия и медицинская психология 2024 320 стр (22-23 стр)