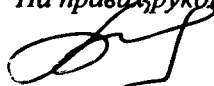


760310

На правах рукописи



Борискова Ирина Валерьевна

**ФОРМИРОВАНИЕ КЛИНИЧЕСКОГО МЫШЛЕНИЯ У
СТУДЕНТОВ МЕДИЦИНСКОГО КОЛЛЕДЖА НА ОСНОВЕ ИХ
УЧЕБНО-ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ**

13.00.08-теория и методика профессионального образования

**Автореферат
диссертации на соискание ученой степени
кандидата педагогических наук**

Майкоп - 2006

Работа выполнена на кафедре общей и социальной педагогики
Кубанского государственного университета

Научный руководитель: доктор педагогических наук, профессор
Верцинская Нелли Николаевна

Официальные
оппоненты: доктор педагогических наук, профессор
Меретукова Зара Кадыровна;
кандидат педагогических наук
Карпенко Анастасия Ивановна

Ведущая организация: Ростовский государственный
педагогический университет

Защита состоится «23» декабря 2006 г., в 10 часов на
заседании диссертационного совета ДМ 212.001.04 в Адыгейском
государственном университете по адресу: 385000, г. Майкоп, ул.
Университетская, 208

С диссертацией можно ознакомиться в библиотеке Адыгейского
государственного университета

Автореферат « 22 » ноября 2006 г.

НАУЧНАЯ БИБЛИОТЕКА КГУ



0000246126

Ученый секретарь

диссертационного совета

М.П. Кудав

Общая характеристика работы

Актуальность исследования Профессиональное образование в России переживает реформирование, вызванное социально-экономической потребностью в специалистах высокого уровня. Особые требования предъявляются к образовательным учреждениям медицинского профиля. Возрастает роль высококвалифицированного специалиста среднего звена с врачебной подготовкой, предполагающей умения самостоятельно принимать ответственные решения и оказывать оперативную качественную профессиональную помощь пациенту. Это вызывает необходимость в переходе от поддерживающего образования (ориентированного на готовность будущего специалиста к действиям в типичных ситуациях) к альтернативному (предусматривающему его поведение в ситуации неопределенности).

Этой ориентации в профессиональной подготовке студентов медицинских средних специальных учебных заведений посвящены научные труды В.А. Бодрова, Е.М. Борисовой, А.В. Коржуева, Ю.Н. Лысенко, В.П. Петленко, В.А. Попкова, Л.П. Рамоновой, Л.П. Урванцева, Н.В. Яковлевой и др. Установлено, что основными особенностями образования такого типа являются: междисциплинарная организация содержания образования, его преемственность с высшим врачебным образованием; инновационный характер содержания и методов обучения; способность выпускников создавать принципиально новые знания и технологии, а не только их усваивать в процессе обучения; формирование у студентов клинического мышления.

Последний аспект рассматривается в ряде исследований, в которых выявлено, что клиническое мышление выступает составной частью профессионального медицинского мышления и что его особенность состоит в реализации мыслительных операций применительно к задачам медицинской диагностики и тактики лечения (Л.Г. Лихтерман). Определена система исследовательских умений, способствующих становлению у студентов профессионального, а значит и клинического, мышления, доказана целесообразность использования при этом проблемно-поисковых образовательных технологий (М.А. Беялова).

Однако названные позиции исследователей касаются процесса формирования клинического мышления и исследовательских умений у будущего специалиста – выпускника вуза. Применительно к студенту среднего образовательного учреждения, особенно дентологической направленности как единственного из подобного ряда, обеспечивающего врачебную подготовку, этот вопрос не рассматривался. Не разработана и система диагностики данного профессионально-личностного свойства. Не изучены возможности самостоятельной учебно-исследовательской деятельности студентов как аналитической базы формирования клинического мышления. Не установлена сопряженность их педагогически целесообразных средств, форм и методов. В результате возникло противоречие между социальным требованием специальной врачебной подготовки медицинских работников среднего звена с такой развитой интеллектуальной функцией, как клиническое мышление, и слабо разрабо-

танними содержательной, методической и исследовательской составляющими целенаправленного процесса его формирования. Разрешение этого противоречия составило суть **проблемы** исследования в следующей ее формулировке: каковы целевые, содержательные и методические особенности формирования клинического мышления студентов медицинского ссуза на основе их учебно-исследовательской деятельности, обеспечивающие становление специалиста, способного интегрально решать профессиональные задачи?

Объект исследования – процесс формирования клинического мышления у студентов медицинского колледжа.

Предмет исследования – взаимосвязь целевых, содержательных и методических составляющих процесса формирования у студентов медицинского колледжа клинического мышления на основе их учебно-исследовательской деятельности.

Цель исследования – научное обоснование и экспериментальная проверка эффективной взаимосвязи целевой, содержательной и методической составляющих процесса формирования клинического мышления у студентов сопряженно с их самостоятельной учебно-исследовательской деятельностью.

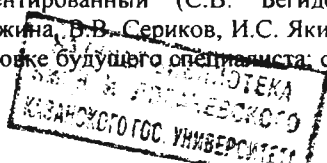
Задачи исследования:

1. Определить сущность клинического мышления как профессионально – личностного качества, критерии и показатели его сформированности.
2. Выявить возможности учебно-исследовательской деятельности в ссузе как сферы становления клинического мышления будущего специалиста – медика.
3. Разработать и экспериментально апробировать модель процесса формирования у студентов клинического мышления на основе их самостоятельной учебно-исследовательской деятельности в технологически обеспеченной взаимосвязи его целевых, содержательных и методических компонентов.

Гипотеза исследования: процесс формирования клинического мышления студентов медицинского ссуза, вероятно, будет эффективным при условии его целеорганизирующего единства с их самостоятельной учебно-исследовательской деятельностью и дидактического обеспечения целостной методической системой, включающей в себя разноуровневые интегративные педагогические технологии, алгоритмы профессиональных действий и клинико-содержательные исследовательские задания, приближающие к реальной врачебной практике.

Методологической основой исследования служили фундаментальные законы познания мира; диалектические принципы всеобщей связи, взаимодействия и развития; содержание категорий причинности, необходимости, случайности, единичного, особенного, всеобщего; единство принципов познания и практики; гносеологическое значение диалектического противоречия.

Теоретическую основу исследования составили: личностно-деятельностный (В.И. Андреев, Л.И. Анцыферова, Е.И. Рогов, Е.А. Климов, Н.В. Кузьмина и др.) и личностно-ориентированный (С.В. Бегидова, Е.В. Бондаревская, Н.Н. Верцинская, Н.М. Сажина, В.В. Сериков, И.С. Якиманская и др.) подходы к профессиональной подготовке будущего специалиста; системный



подход к организации и управлению исследовательской работой в вузе (В.Т. Ащепков, Е.В. Бережнова, М.В. Богуславский, Г.А. Бордовский, Р.А. Галустов, В.В. Краевский, В.И. Мареев, Ф.П. Хакунова и др.); психологические и педагогические теории учебной деятельности (В.В. Давыдов, И.И. Ильясков, В.С. Леднев и др.); мышления (Л.С. Выготский, В.В. Давыдов, А.Н. Леонтьев, С.Л. Рубинштейн); проблемного обучения (Т.В. Кудрявцев; И.А. Лернер, А.М. Матюшкин, М.И. Махмутов, З.К. Меретукова); интеграции образования (А.Я. Данилюк); концепции корректирующего контроля (М.Р. Кудаев); связи научной и практической диагностики (Ю.З. Гильбух, В.А. Петьков, А.И. Кочетов), истины и метода (Х.Г. Гадамер, Г.А. Ермоленко); медицинской деонтологии (Л.Рене, В.А. Тихоненко, Т.А. Покуленко, А.К. Хетагурова и др.); основные положения философии паллиативной медицины (А.Я. Иванюшкин, А.К. Хетагурова), клинической психологии (Б.Д. Карвасарский); положения Устава (Конституции) Всемирной организации здравоохранения.

Методы исследования использовались в комплексе: теоретический анализ психолого-педагогической и медицинской литературы; включенное наблюдение; анкетирование; анализ нормативных документов средних специальных образовательных учреждений, педагогического опыта и продуктов учебно-исследовательской деятельности студентов; педагогический эксперимент; математические методы обработки полученных диагностических данных; моделирование.

Организация и этапы исследования. Исследование проводилось в три этапа с 2001 по 2006 гг.

Первый этап (2001-2002гг.) был посвящен анализу научной и учебно-методической литературы: установлению исходных позиций автора в исследовании; определению его объекта, предмета, целей, задач и гипотезы; констатирующему эксперименту; разработке теоретической модели формирования клинического мышления студентов.

Второй этап (2003-2005гг.) -- осуществление формирующего эксперимента на основе разработанной модели и адекватной ей программы педагогической деятельности.

Третий этап (2005-2006 гг.) -- завершение эксперимента, анализ, обобщение и внедрение его результатов в практику, формулирование выводов и рекомендаций, оформление текста диссертационного исследования.

База исследования. Опытнo-экспериментальная работа осуществлялась на базе Краснодарского базового медицинского колледжа со студентами вторых-четвертых курсов стоматологического отделения. В качестве контрольной группы были определены студенты Ейского и Кропоткинского медицинских колледжей.

Достоверность и обоснованность результатов исследования обеспечивались методологическими позициями; отражающими диалектику интеграции научного знания в аспекте обозначенных объекта и предмета; репрезентативностью выборки (на всех этапах в исследовании приняло участие более 300 студентов и 60 преподавателей); сопоставлением данных об опыте работы педагогов различных ссузов медицинской направленности; комплексным

применением эмпирических и теоретических методов, адекватных, целям и задачам исследования; сочетанием качественного и количественного видов анализа; применением математических методов обработки полученных результатов.

Апробация и внедрение результатов исследования осуществлялась в ходе их обсуждения на научных конференциях международного, всероссийского и регионального уровней: «Проектирование инновационных процессов в социокультурной и образовательной сферах » (Сочи, 2001); «Опытно-экспериментальная работа в образовательных учреждениях: контекст модернизации образования » (Краснодар, 2004); «Теоретико-методологические и технологические основы педагогики и психологии профессионального образования России» (Пенза, 2005); «Педагогическое образование в условиях трансформационных процессов: методология, теория, практика» (Минск, 2005); на заседаниях кафедры общей и социальной педагогики Кубанского государственного университета, методических объединений медицинских колледжей, что подтверждено справками о внедрении; посредством публикаций.

Научная новизна результатов исследования: принципиально новым является предложенный автором подход к реализации личностно-ориентированного образования в медицинском вузе с позиции развития клинического мышления студентов как внутреннего фактора качественной профессиональной подготовки; обоснована логика развития самостоятельной учебно-исследовательской деятельности обучающихся в аспекте взаимосвязи мыслительных операций и профессиональных действий с учетом различных клинических практик; исследовано и охарактеризовано ее трехаспектное функциональное влияние на структурные компоненты клинического мышления (их развитие, систематизацию и объективацию); содержательно и методически представлен процесс формирования клинического мышления студентов, базирующийся на его целеорганизующем единстве с их самостоятельной учебно-исследовательской деятельностью, на целостно-интегративной методической системе, включающей поэтапно реализуемые нетрадиционные клинико-содержательные и алгоритмизированные учебно-исследовательские задания, придающие ей уровень технологии.

Теоретическая значимость исследования состоит в том, что в научный аппарат теории профессионального образования включено понятие клинического мышления как профессионально - личностного образования, качественно дополняющего профессиональные параметры подготовки будущего врача; установлены и содержательно охарактеризованы его структурные компоненты в виде системно-интеллектуальных действий, конкретизирующие развивающие возможности образовательного пространства медицинского колледжа; выявлены познавательные проблемы студентов – диагностические, профессионально-лечебные, прогностические и профилактические; установлена их взаимосвязь с действиями психолого-педагогического характера будущего специалиста: демонстрация соучастия в жизни пациента, разъяснение ему источников болезни, использование согласительных способов взаимодействия, мотивация взаимных усилий по

контролю за состоянием здоровья, – что инновационно изменяет систему самостоятельной работы студентов; разработана модель процесса формирования клинического мышления; теоретически обосновано на уровне целеполагания его единство с самостоятельной учебно-исследовательской деятельностью студентов.

Практическая значимость исследования состоит в том, что определены критерии сформированности клинического мышления: диагностико-взаимодействующий; лечебно-взаимодействующий; прогностико-коррекционный; контрольно-взаимодействующий – и показатели: адекватность или неадекватность действий анализа, сравнения, обобщения и принятия решения по четырем направлениям: диагноз, система лечения, прогноз и профилактика, – необходимые для диагностического обеспечения педагогического процесса; разработаны комплексы исследовательских заданий с алгоритмом их самоосуществления студентом: установление общей поисковой задачи, ее распределение на трехэлементную пошаговую задачу и самоопределение содержания собственно исследования; разработана целостно-интегративная методическая система обеспечения процесса формирования клинического мышления студентов, где взаимосвязь его компонентов направлена на преемственную, поэтапную смену их содержания, функций и личностно-выраженного результата и поэтому может быть конкретизирована на уровне технологии; установлены методические правила ее реализации: диагностические, оценочные, креативно-деятельностные, инструментально-коррекционные, имеющие организационное значение для целостного образовательного процесса в медицинском колледже.

Личное участие автора в получении научных результатов. Представлен авторский подход к проблеме профессиональной подготовки будущего врача в аспекте взаимосвязи формирования у него клинического мышления и организации самостоятельной учебно-исследовательской деятельности в условиях медицинского ссуза; автором самостоятельно осуществлены сбор, анализ и интерпретация полученных данных с учетом разработанных им специальных диагностических методик.

На защиту выносятся следующие положения:

1. Клиническое мышление – это профессионально-системное мышление, реализующее исходные мыслительные операции: анализ, сравнение, синтез и обобщение в направлении медицинской диагностики, терапевтической и творческо-технологической прогностики, а заключительные: принятие решения, контроль и оценка – в аспекте процессов лечения и психолого-педагогического взаимодействия врача с пациентом. Согласно специфике медицинской деятельности данные мыслительные операции приобретают профессионально своеобразное выражение – как симптомо-комплексный анализ, теоретико и практико-клиническое сравнение, теоретико-обусловленное обобщение – образ, практико-обусловленное обобщение – образ, принятие технологического решения, рефлексивно-оценочный контроль.

2. Основной сферой развития клинического мышления студентов служит их учебно-исследовательская деятельность. Ее развивающие возможности

закключаются в: а) клинико-содержательной направленности, суть которой состоит в проектировании содержания исследовательских заданий для предметного анализа учебной информации и практического врачебного опыта на основе поисковой задачи и которая связана с умением оценивать имеющуюся учебную информацию как полную или неполную, адекватную реальной ситуации здоровья пациента или неадекватную, логически завершенную или противоречащую логике развития типичной клиники болезни, легко разрешаемую или затрудненную для выбора решения, прогнозируемую или непрогнозируемую; б) выполнении трех основных функции – поддерживающей (направленность на развитие компонентов клинического мышления); практико-сопоставительной (направленность на их систематизацию); опытно-доказательной (направленность на их объективацию).

3. Процесс формирования клинического мышления студентов медицинского колледжа содержательно представляет собой методическую систему, отражающую общую траекторию педагогических и индивидуальных целей обучающихся, перевод педагогом учебного процесса на исследовательский уровень и аналитико-поисковую самоорганизацию студентами своей учебной деятельности; педагогическое стимулирование аналитико-познавательных действий студента и самостоятельное накопление им исследовательских умений; дидактическое обеспечение развития клинического мышления и поэтапное накопление его элементов усилиями студента; взаимосвязь традиционных и нетрадиционных средств (программных учебных текстов, самостоятельно приобретенного обучающимся исследовательским путем нового знания, моделей инновационных медицинских практик); форм (различного типа теоретико- и практико-поисковых занятий) и учебно-экспериментальных методов. Реализуемые на определенных этапах в их функциональной значимости, названные составляющие образуют системную модель процесса формирования клинического мышления.

Структура и объем диссертации. Диссертационная работа состоит из введения, двух глав, заключения и списка литературы, содержит 130 страниц основного текста, включает 5 рисунка и 6 таблиц, 249 наименований библиографического списка.

Основное содержание работы

Во введении обосновывается актуальность проблемы исследования, определены основные характеристики его научного аппарата, раскрываются методологические позиции, научная новизна, теоретическая и практическая значимость, обосновывается достоверность, представлены пути апробации и внедрения результатов в педагогическую практику, сформулированы положения, выносимые на защиту.

В первой главе – «Теоретические и практические предпосылки формирования клинического мышления у студентов медицинского колледжа» – с учетом интегративных тенденций в образовании рассмотрен процесс профессиональной подготовки будущего специалиста в средних

специальных образовательных учреждениях медицинского профиля, претерпевающий качественные изменения в его организации, функционировании и влиянии на личность. При этом методологическим ориентиром послужило научно доказанное положение о том, что интеграция является основополагающей категорией педагогической науки, поскольку составляет принципиальную основу всех процессов продуктивной деятельности, в том числе и индивидуального мышления (А. Я. Данилюк). Это относится и к клиническому мышлению будущего врача.

Термин «клиническое мышление» в науке пока еще не имеет однозначного толкования. Анализ специальной литературы выявил следующие подходы к его определению:

1. Диагностический. Он обусловлен тем, что именно ошибка в диагнозе является первопричиной неправильного проведения лечебного процесса и ухудшения состояния здоровья пациента. В этом случае проблема формирования клинического мышления будущего специалиста имеет социально-этические аспекты ее рассмотрения. Следствием несформированности клинического мышления, по данным исследователей (Л.Д. Лихтерман), являются врачебные просчеты в практике: плохо собранный анамнез; недостатки в клиническом обследовании; недостатки в лечебно-профилактических мероприятиях; недостатки в форме ведения приема и другие. Это свидетельствует о снижении уровня клинической подготовки выпускников медицинских вузов и ссузов и необходимости обучения студентов врачебному искусству на основе всестороннего комплексного анализа и классического алгоритма описания болезней. Отсюда клиническое мышление характеризуется как: а) мысленный переход от "встреченной клинической картины к диагнозу" (Г.А. Захарьин); б) принятие клинического решения на основе статико-алгоритмического выражения информационного образа болезни и стратегии распознавания (А.А. Генкин); в) способ установления диагноза болезни, назначения активного лечения в постоянно сменяющихся ситуациях принятия решения (И.Н. Денисов, М.А. Пальцев, Б.М. Чекнев); г) анализ, синтез и оценка отдельных проявлений болезни у конкретного человека, определение их прогностической значимости (Г.В. Довгялло, В.И. Козловский, В.Г. Сорокина); д) способность к умственному воспроизведению синтетической и динамической картины болезни и принятию клинического решения (В.Г. Кондратьев, А.С. Попов, Я.М. Рутгайзер, Е.М. Тареев).

Данные характеристики выражают общую стратегию: решение проблемной ситуации (этимология и клиника болезни) и вытекающие из него действия теоретического или опытного обобщения. Сведенные в совокупность, они дают целостную картину состояния здоровья индивида и отклонений в нем, своего рода ориентировочный образ. Как свидетельствуют приведенные выше высказывания ученых, диагностический подход к раскрытию сущности клинического мышления осуществляется в рамках общей клинической подготовки и его информационной поддержки.

2. Субъект – субъектный подход. Он обусловлен необходимостью выработать направленность мышления специалиста не на отрицательную

картину состояния пациента, а на положительные вспомогательные контакты с ним, обеспечивающие его собственное активное участие в оздоровлении и лечении. С этих позиций считается, что клиническое мышление – это мышление, обеспечивающее лично–центрированное медицинское взаимодействие (В.П. Дуброва). Согласно этой точке зрения, специалист должен знать психологическую реакцию пациента на болезнь; его позицию в отношении проводившегося ранее лечения, если оно имело место; степень доверия медицинским работникам в настоящий момент и определить способы лечения. Такое взаимодействие всегда индивидуально и требует творческих решений, обусловленных не только диагнозом, но и психологией больного. Клиническое мышление приобретает творческий характер.

3. Деятельностный подход. Согласно ему, клиническое мышление рассматривается как: а) врачебное искусство, складывающееся из объема знаний, необходимых для понимания причин и патологических механизмов заболеваний, из клинического опыта, интуиции и набора профессиональных качеств; б) интеллектуальная деятельность, благодаря которой врач находит особенности, характерные для данного патологического процесса у конкретного человека (А.Ф.Билибин, Л.В. Максименко, Т.И. Царегородцев); в) одновременно форма познания и определения практического действия (М.С. Роговин).

Данный подход обусловлен содержанием научной информации, составляющей теоретическую основу подготовки специалиста – медика. В ее предметную область входят естественнонаучные дисциплины, содержание которых представляет собой сложную систему теоретических обобщений. В этом аспекте наиболее адекватно направлению нашего исследования определение, данное Л.Г. Лихтерманом. Клиническое мышление – это реализация высшей формы отражательной деятельности мозга, человеческого познания, мыслительных операций (анализ и синтез, сравнение и различение, суждение и умозаключение, абстрагирование, обобщение и др.) применительно к задачам медицинской диагностики, прогностики и тактики лечения.

4. Нормативно–синдромный: способность установить стечение признаков приближающейся болезни или ее меняющейся картины на основе сравнения с клинической, физиологической, морфологической, иммунологической, биохимической нормой (А.А. Генкин). В этом случае специалист-медик может безошибочно выдвигать диагностические гипотезы при определенной совокупности найденных факторов и определять схему лечения и взаимодействия с пациентом планомерно или спонтанно. Поэтому, продолжая развивать свою мысль о сущности клинического мышления, Л.Г. Лихтерман добавляет к его общей характеристике способность охватить, проанализировать и синтезировать все данные о больном, полученные различными путями, при одновременном сравнении с ранее встречавшимися наблюдениями, книжными знаниями и интуицией (опытом) для установления индивидуального диагноза, прогноза и тактики лечения.

Данный подход характеризует взаимосвязь, взаимопроникновение существенных характеристик клинического мышления и других его видов, в совокупности регулирующих медицинскую деятельность любого профиля;

5. Интегративный. Он раскрывает единство всех умственных операций (Л.А.Пономарева, М.С.Роговин, В.А.Сибряева).

Эти подходы позволили определить системные характеристики клинического мышления на основе его связей с другими видами профессионального мышления: анализ, связанный с изучением источников болезни, типичных ее характеристик (симптомов). Он может быть обозначен как симптомокомплексный. Сопоставление этих характеристик с теоретически и практически установленной картиной паталогического состояния здоровья пациента позволяет нам представить это сопоставление как теоретико и практико клиническое сравнение. Сведение типичных признаков болезни в единое целое – целостную реальную картину состояния больного – на основе теоретического обобщения или врачебной практики мы квалифицировали как теоретико-обусловленное и практико-обусловленное обобщение. После вышеперечисленных операций следует принятие технологического решения либо по процедуре лечения, либо восстановления здоровья. Данные процессы сопровождаются контролем, оценкой и самооценкой, необходимыми для достижения положительного результата и промежуточной коррекции. Вышеназванные характеристики клинического мышления выступают его структурными компонентами.

Проведенный анализ научной литературы и выявленные внешние связи клинического мышления, его системные характеристики и их функциональная значимость позволили нам конкретизировать его понятие и установить, согласно сущности, основные критерии его сформированности: 1) диагностико-взаимодействующий, раскрывающий у студентов умения анализа, сравнения и обобщения в направлении одновременного специального обследования пациента и изучения его психосоматического состояния и для установления с ним отношений доверия и взаиморасположенности; 2) лечебно-взаимодействующий, предполагающий умения определить и осуществить план действий, создать индивидуально-контактный психолого-педагогический фон для профессионального общения с пациентом и определять технолого-техническое обеспечение лечения; 3) прогностико-коррекционный, обозначающий соответственно умения прогнозировать результаты принятых решений и их отдаленные последствия и разрабатывать коррекционные программы лечения; 4) контрольно-взаимодействующий, раскрывающий умения конформировать и оценивать результаты лечения и осуществлять консультативно-психологическую подготовку пациента для самостоятельного выполнения программ профилактики повторного заболевания.

Установленные критерии раскрывают определенную логическую систему рассуждений и действий студентов, в состав которых входят четыре модальности: «возможно», «действительно», «необходимо», «недопустимо». При этом суждения, выражающие возможность (проблематические), касаются диагностики больного и взаимодействия с ним; выражающие реальное состояние здоровья (ассерторические) связаны с лечением и опосредовано через него – с взаимодействием; суждения аподиктические (необходимость) – с комплексными действиями: диагностико- и лечебно-взаимодействующими, творческо-техни-

ческими. Суждения, выражающие недопустимость каких-либо действий (дисабилитационные), касаются прогностико-коррекционного и контрольно-взаимодействующего характера решений. Все они строго подчинены ситуации, связанной с состоянием здоровья пациента.

Анализ научной литературы показал, что мыслительные действия медицинского работника осуществляются чаще всего в направлении от конкретно-единичного к конкретно-обобщенному (синтезированному). И в том, и в другом случае имеет место анализ: собственно анализ и анализ-синтез. Это позволяет определить в качестве показателей сформированности клинического мышления студентов адекватность действий анализа, сравнения, обобщения и принятия на их основе решения реальной ситуации здоровья пациента.

С целью установления степени сформированности клинического мышления студентов нами были разработаны ситуационные клинические задачи, имеющие готовые эталоны ответов по показателю адекватности и четырем направлениям: диагноз, система лечения, прогноз и профилактика.

В результате диагностики выявлено несоответствие действий по установлению диагноза на всех курсах (от 36,7% студентов II курса до 16,7% студентов IV курса), по принятию решения (соответственно от 43,4% до 23,4%), по умению прогнозировать последствия принятых решений (от 43,4% до 33,4%), по выбору профилактических мер (от 56,7% до 40,0%). При требовании абсолютного выражения качества подготовки медицинских работников данные показатели следует считать чрезвычайно низкими. Наибольшее расхождение наблюдается между действиями диагностическими и по принятию решения, между диагностическими и прогностическими, диагностическими и профилактическими. Это означает, что поставленный диагноз не получает подкрепления в виде оптимальной системы последующих действий, направленных на восстановление здоровья пациента. Наблюдается значительное несоответствие принятого решения прогнозу его эффективности (только 63,3% студентов адекватно произвели требуемые действия на IV курсе). Что касается действий профилактики, то ни с какими другими они, практически, не согласуются.

Полученные данные свидетельствуют о том, что формирование клинического мышления протекает односторонне, с более выраженными действиями анализа, и поэтому завершается их сформированностью, преимущественно, в аспекте диагностики. Студенты оказываются более всего подготовлены к этой стороне профессиональной деятельности. Именно с этой односторонностью связаны трудности ошибки в медицинской практике. В главе детально охарактеризованы причины такого положения. Это свидетельствует о необходимости для реального или будущего специалиста ориентации на исследование при решении профессиональных задач, а для организаторов образовательного процесса – о целесообразности усиления значимости в нем исследовательской деятельности студентов.

В науке установлено, что исследовательская деятельность включает в себя: ориентацию индивида в теории и практике с целью аналитического поиска информационного поля для решения поставленной задачи (В.И. Мареев). В медицинской деятельности это постановка диагноза, поиск доказательной

информации для перспективного решения проблемы на основе интеграции научного знания и опыта (обобщение), поиск абсолютно нового или недостаточно известного (самостоятельное творчество – В.Т. Ащепков, А.Д.Цедринский); выдвижение нескольких диагностических гипотез для дифференцированного диагноза, что требует не только суммы знаний, но и конкретных мыслительных операций: сравнения, обобщения, умозаключения (В.Л. Сибряева).

Такая ориентация соответствует Доктрине среднего медицинского и фармацевтического образования в РФ и Программе развития среднего профессионального образования в России на 2000-2010 г., где выдвигается требование развития исследовательской работы студентов. С учетом этого мы осуществили анализ и обобщение опыта работы ссузов медицинской направленности. Был изучен опыт работы Тобольского, Липецкого, Башкирского, Брянского, Омского, Волгоградского, Краснодарского №1, Краснодарского базового, Ейского, Кропоткинского медицинских колледжей, Борисоглебского медицинского училища. Установлено, что исследовательская работа студентов в учебном процессе выступает, с одной стороны, как средство обучения, а с другой, – как его составляющая. Последняя ориентация наиболее распространена.

Анализ содержания исследовательских заданий свидетельствует о том, что они подразделяются на два вида: ориентированные на формирующуюся профессиональную компетентность будущего специалиста или ее отдельные элементы и его потенциальные творческие и организационно-стилевые возможности, косвенно обеспечивающие качество общей профессиональной подготовки. В целом, названные задачи соответствуют ее нормативным требованиям. Но взятые отдельно и ограниченные одним перспективным направлением, они не обеспечивают становления такого интегративного образования, как клиническое мышление, при котором реализуются способности к активно-динамическим операциям (действиям) на основе анализа – синтеза, происходит устранение противоречия в различных состояниях среды и ее субъектов, осуществляется моделирование объективных и субъективных условий жизнедеятельности и взаимодействия индивида. Отсюда и организационные формы исследовательской деятельности студентов однотипны и представляют собой базисные модули для объективно или предметно-обобщенного отражения реальной практики или информационного объема изучаемых дисциплин.

Таким образом, формы исследовательской деятельности в единстве с ее содержанием также не соотношены с формированием клинического мышления. Они сопряжены с такими особенностями профессионального медицинского мышления, как наглядно-образные, словесно-логические, праксеологические, креативные, но фактически не активизируют теоретико-исследовательские и ауторефлексивные характеристики клинического мышления, выполняющего генеральную роль в ментальной и практической медицинской деятельности. В процессе подготовки студентов в ссузах ориентация на формирование клинического мышления как профессионально-личностного свойства,

объединяющего внутреннюю активность индивида по овладению необходимыми знаниями об изучаемом явлении или процессе, по дальнейшему их применению, совершенствованию уже достигнутого ранее своего интеллектуального потенциала, не осуществляется. Складываются определенные компоненты клинического мышления, которые в реальной практике не выступают факторами эффективности целостной профессиональной деятельности. Это подтверждается фактом того, что часть респондентов дали ответы, не адекватные вопросу или не адекватные требуемому профессиональному уровню.

Установлено противоречие: все преподаватели (100%) признают необходимость формирования клинического мышления в процессе профессиональной подготовки будущего врача, но при этом не осведомлены о его сущностной характеристике, структуре и способах организации на основе исследовательской деятельности студентов. Не имея четкой ориентации относительно формирования данного профессионально-личностного свойства, преподаватели не могут определить и необходимые формы работы в этом аспекте учебного процесса и во внеучебное время. На вопрос о таких формах не получено никаких ответов.

Анализ содержания исследовательских заданий показал, что они предполагают две цели: подкрепление усвоенного учебного материала фактами из практики или дополнительной учебно-методической литературы и развитие навыков диагностирования состояния здоровья пациента. В связи с этим и предложения преподавателей по совершенствованию профессиональной подготовки студентов сводятся вновь к традиционным мерам общего характера.

Полученные данные свидетельствуют о необходимости переориентации процесса профессиональной подготовки с его ограниченно функционального характера на личностно-взаимодействующий с учетом двусторонних интересов врача и пациента. Одновременно это создает возможность организации исследовательской деятельности студентов, элементы которой органически сопряжены со структурными элементами клинического мышления.

Во второй главе – «Процесс формирования клинического мышления студентов медицинского колледжа» – представлена модель данного процесса, раскрыты его целевые, содержательные и методические аспекты во взаимосвязи с самостоятельной учебно-исследовательской деятельностью студентов. Необходимость такого рассмотрения обусловлена тем, что в современных условиях в равной мере общество, государство и личность выступают субъектами, определяющими цели, содержание и результаты образовательного процесса. Более того, они стремятся к гармоничному объединению их интересов (В.П. Борисенков, В.И. Загвязинский, О.В. Морева, С.А. Гильманов, А.Ф. Закирова, И.П. Лебедева и др.). Профессиональная школа, учитывая это, реализует исходную образовательную цель – качественную подготовку будущего специалиста, которая проективно выражена в его эталоне.

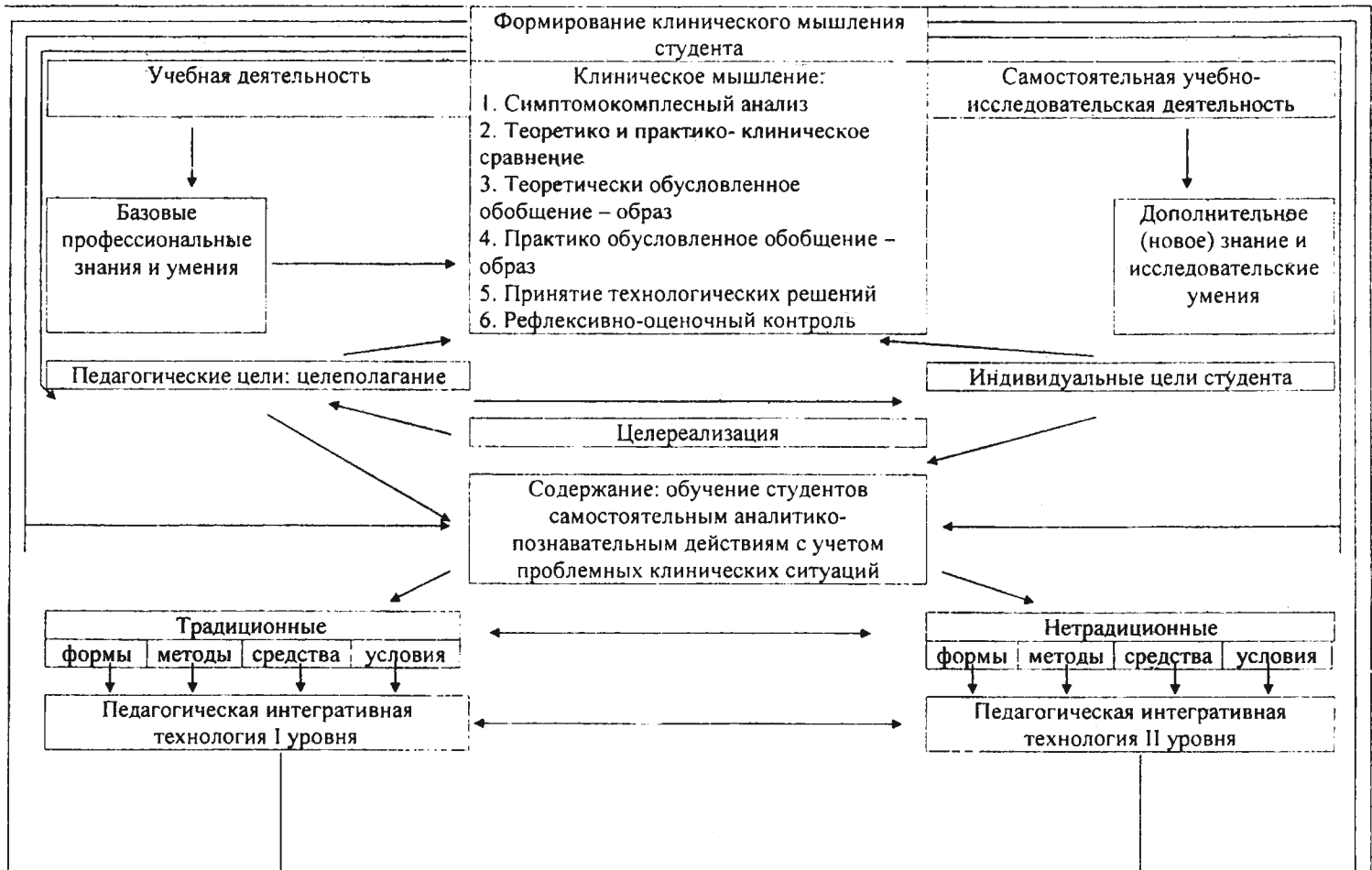
В медицинском образовании таким эталоном выступает специалист, обладающий высоким уровнем клинического мышления, которое обеспечивает ему гарантированную безошибочную практику. В этом результате косвенно

содержится предшествующая ему цель. Складывается определенная цепочка целей: цель 1 → качественная подготовка будущего специалиста; цель 2 → ориентация студентов на идеал врача; цель 3 → формирование компонентов клинического мышления у будущего специалиста; цель 4 → его гарантированная социальная здоровьесберегающая деятельность. Анализ научной литературы показал, что в процессе целеобразования выделяют два типа деятельности: а) в которой цели заданы, последовательность операций фиксирована, предопределена; б) в которой цели определяются и корректируются ее субъектом (Г.А. Бакулина, О.К. Тихомиров). В аспекте нашего исследования к первому типу относятся педагогическая деятельность по формированию клинического мышления студентов, ко второму – самостоятельная учебно-исследовательская деятельность студентов. Их взаимосвязь отражена в модели, реально выступающей как процесс формирования у студентов клинического мышления (рис. 1).

Исследованиями Р.А. Галустова, Ю.А. Бейко, В.А. Трухачева, Ф.П. Хакуновой и др. установлено, что целеобразование в исследовательской деятельности студента носит дихотомический характер: будущий специалист принимает выдвигаемую педагогическую цель и реализует ее через собственные индивидуальные цели. Педагогической целью служит перевод целостного учебного процесса на качественно новый уровень на основе формирования клинического мышления студентов. Качество обучения обеспечивается повышением одновременно теоретической и практической подготовки. Это происходит потому, что учебное исследование, подчиненное познавательной задаче, начинается с теоретического анализа имеющейся информации.

Осознанная и эмоционально переживаемая студентом потребность в развитии у него клинического мышления побуждает его к самоорганизации учебной работы в этом направлении, что и составляет его первичную цель в исследовательской деятельности. В трактовке понятия «самоорганизация» мы исходили из следующей позиции: это деятельность личности, связанная с умением организовать себя на высоком уровне интеллекта, показателями которого выступает способность к продуктивно-гностическим актам, решению проблемных задач, целенаправленной активности, обоснованной мотивации: планированию и скорости принятия решения, способность накапливать и использовать прошлый опыт (свой собственный или заимствованный), что непременно предполагает его анализ, обобщение, трансформацию. С учетом этого самоорганизация учебной деятельности студента на исследовательской основе является исходной в его профессиональном взаимодействии с педагогом.

Качественное обновление учебного процесса, направленного на формирование клинического мышления, связано с выдвижением такой цели, как стимулирование аналитико-познавательных действий студента, выступающих его структурными элементами. Осознавая эту необходимость, студент для себя определяет цель – самостоятельно приобретать поисково-аналитические умения. Их совокупность обеспечивает целый ряд теоретических и практических действий по установлению диагноза болезни пациента, ее причинно-следственных связей, выбору курационной системы, ее технологической



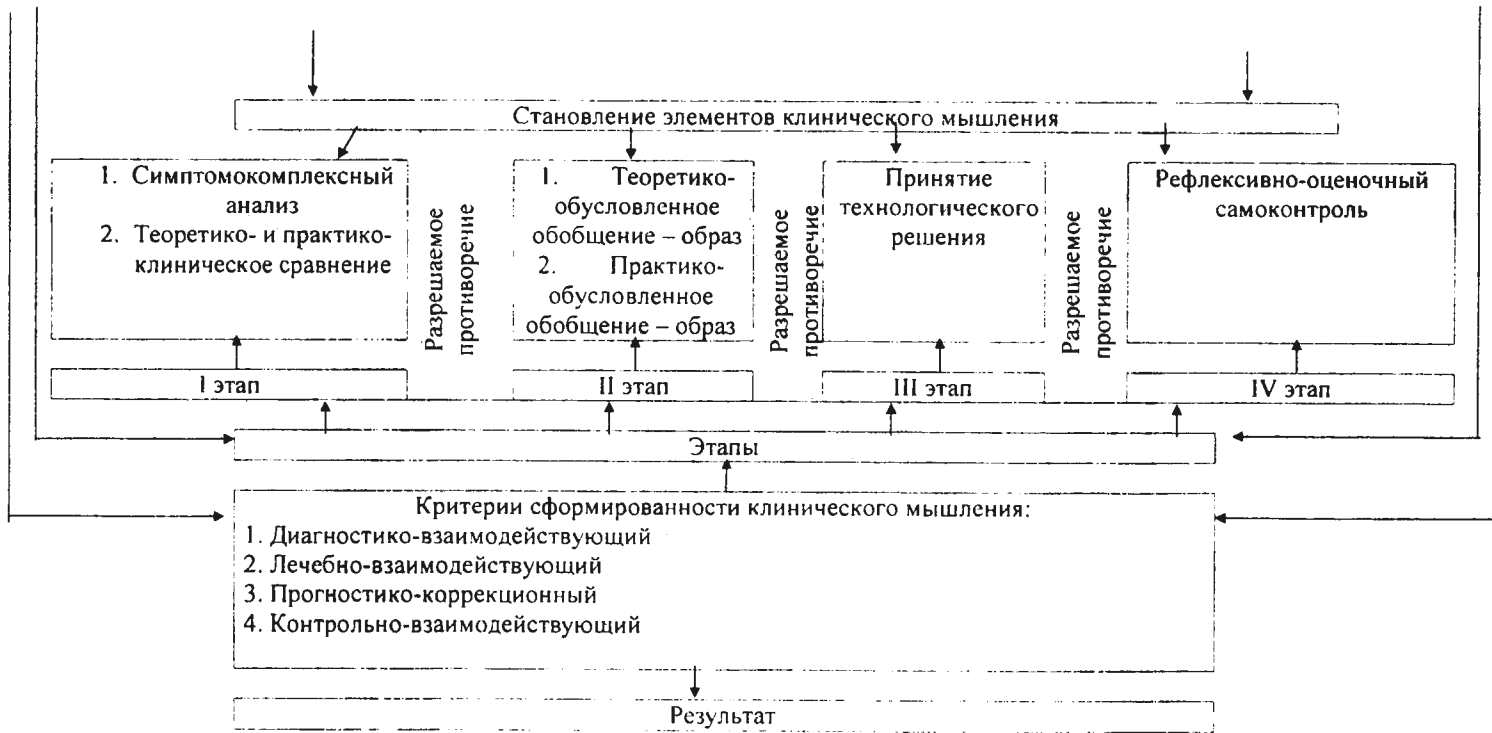


Рис. 1. Теоретическая модель процесса формирования клинического мышления у студентов медицинского колледжа.

реализации. В этом случае цели педагога и обучающегося совпадают – постепенное накопление структурных элементов клинического мышления во взаимосвязи. Их приобретение на любом уровне означает приближение к социально-заданному эталону специалиста – медика.

С учетом данного механизма целеобразования и целеразвития в исследовательской деятельности студентов была разработана программа формирующего эксперимента.

Его первый этап был связан с обучением студентов моделированию синтетической и динамической картины болезни пациента при изучении специальных дисциплин. Для этих действий были избраны следующие типы клинических ситуаций: с наличием факторов, противоречащих и не противоречащих типовой клинике болезни; содержащие и не содержащие аналитическую цепь событий; включающие и не включающие алгоритмы определения практических действий; ведущие и не ведущие к диагностическим гипотезам.

Рассматривая данные ситуации, студент находится в позиции активного субъекта информационного поиска: выявить минимум факторов для диагностической деятельности; установить причинно-логическую схему анализа; обнаружить в тексте правильную тактику ведения больного, варианты гипотетических заключений, логически обосновать решение клинической задачи, примеры интуитивных, рационально-последовательных и стратегических решений. Самостоятельное изучение информации, таким образом, носит аналитико-эмпирический характер. Это означает, что самоорганизация учебной деятельности по систематизированному усвоению базовой информации выступает предпосылкой поисково-деятельностной самоорганизации исследовательской работы студентов. Определение ее содержания составило второй этап эксперимента.

Проектирование содержания исследовательских заданий для предметного анализа учебной информации или практики в нашем эксперименте самостоятельно осуществлялось студентами на основе поисковых задач. Они носили пошаговый характер: самостоятельно выявить все необходимые исходные данные, синтезировать их, проанализировать, сделать вывод, разработать курационную систему, установить способы эмоционально-ценностных отношений и взаимодоверительного взаимодействия врача с пациентом.

С учетом этого в нашей опытно-экспериментальной работе были разработаны комплексы специальных исследовательских заданий студентам, сочетающих в себе действия анализа, синтеза, обобщения, сравнения. Первый комплекс заданий - систематизация студентами научной информации вокруг определенного клинического явления, установление связанных с ним системы терминов и понятий, составление вопросов и возможных ответов, затем обмен вопросами и ответ на них. Такая форма исследовательской деятельности нами была обозначена как *взаимный терминологический диктант*. Его основное назначение - обучение студентов синтезу при осуществлении ими поиска элементов целого и группировки их вокруг него.

Второй комплекс заданий направлен на поиск, систематизацию и самостоятельную интерпритацию информации по конкретной теме из разных информационных источников. Затем определяется верный вариант. Эта форма исследовательской деятельности названа как *комплексный сбор и интерпретация информации*. Ее назначение -- обучение умению осуществлять теоретическое обобщение;

Третья серия заданий: из определенного объема информации по теме студенты, работая в группах, составляют разной сложности и проблемности вопросы, касающиеся клиники, диагностики, лечения конкретного заболевания реального человека. Эта форма исследовательской деятельности получила название - *контрольно-оценочная игра - исследование*. Ее назначение - развитие рефлексии;

Четвертый комплекс заданий связан с проведением исследовательской работы с целью установления объективности рекламы лечебных и профилактических средств, с диагностикой объективности медико-рекомендательной системы в свободной прессе и на телевидении. Исследовательская работа проводилась совместно с фирмой «Ora1 — B» (стоматологическая профилактика) по анализу возможностей рекламируемых средств и методов лечения, переработке информации в доступный вариант для восприятия определенной социальной группой населения. Эту форму деятельности студентов мы квалифицировали как социально и медико-направленное взаимное продуктивное действие. Ее назначение - обучение анализу, теоретико и практико - клиническому сравнению.

Таким образом, на первом этапе эксперимента осуществлялось обучение анализу, сравнению, умениям делать акцент на сущностном проявлении состояния здоровья пациента, определять путем сравнения закономерные показатели его изменений; на втором -- фиксировать возникновение новых и угасание прежних признаков болезни, объединять их в общую ее картину, что позволяет избежать неправильного, необъективного, ошибочного медицинского заключения; на третьем -- принимать решения и на четвертом -- применять различные формы контроля и самоконтроля в аспекте разработанной системы лечения. Такая программа действий предполагает педагогические технологии. Анализ научных трудов М.В. Кларина, В.М. Монахова, Ю.С. Тюнникова, Н.К. Чапаева, И.Э. Куликовской и других показал, что в педагогическом эксперименте возможны два уровня интегративной педагогической технологии. При этом интегративная технология представляет собой технологизированную методическую систему, где взаимосвязь компонентов направлена на преемственную, поэтапную смену их содержания, функций и личностно выраженного результата. Исходным выступает преемственность цели: от развития знаниевого компонента в мышлении студента к мыследеятельностному.

Соответственно цели изменяются формы и методы обучения в сторону их индивидуализации. В условиях традиционного, объяснительно-репродуктивного, обучения (I уровень интегративной технологии) преобладают объяснительно-иллюстративные и инструктивно-репродуктивные методы обучения: конструи-

рование задач, эмпирическое обобщение и другие. При втором уровне (инновационный вариант) они уступают место методам проблемно-развивающего обучения: создание проблемных ситуаций, теоретическое обобщение, моделирование. Обогащение уровней характеристик интегративной технологии происходит за счет перехода от ее репродуктивной функции к реорганизационной, творческой. При этом информационная и развивающая функции остаются постоянными.

Анализ опыта работы преподавателей, осуществляющих эксперимент под нашим руководством, выявил, что данная интеграция происходит на основе двух алгоритмов: выполнения требуемой соответственно Государственному образовательному стандарту профессиональной манипуляции и самостоятельной исследовательской подготовки студентов к будущей деятельности. При этом объединяются следующие педагогические средства: диагностические процедуры, оценочные процедуры, литературные и жизненные источники знания, теоретические и технологические модели; методы: демонстрации, копирования действий преподавателя, упражнения, самостоятельного доказательства, проверки и опровержения, моделирования; формы: занятие – теоретическое исследование; практико-поисковое занятие; занятие – эксперимент; творческое групповое занятие; самостоятельное подготовительное занятие; самостоятельное контрольно-оценочное занятие; занятие – индивидуальное творчество. Соблюдение такой интеграции способствует положительной динамике показателей сформированности клинического мышления студентов медицинского ссуза, что отражено в таблице 1.

В результате проведенного эксперимента к завершающему периоду обучения все 100% студентов продемонстрировали адекватность действий эталону диагноза и методу лечения; 93, 3% – адекватность действий функциональным возможностям организма. Это означает, что в требуемом пределе сформирована почти вся совокупность компонентов клинического мышления. Исключение составляет рефлексивно-оценочный контроль, о чем свидетельствует неадекватность действий студентов уровням профилактики (выявлено у 16,7% студентов экспериментальной группы). У студентов контрольной группы все показатели значительно ниже. Сопоставление исходных, промежуточных и конечных результатов эксперимента показало стабильность в нарастании показателей становления клинического мышления, что подчеркивает целесообразность и эффективность разработанной модели и методической системы ее реализации. Недостаточная выраженность адекватности действий студентов уровням профилактики объясняется слабой разработанностью и недостаточной реализацией этого направления профессиональной подготовки в целом. Наиболее сложной операцией для усвоения студентами оказались теоретико и практико-обусловленное обобщение – образ, поскольку требует значительного объема интегративного знания и собственного опыта. В большей степени это подтверждено цифровыми данными, полученными в контрольной группе. Результаты эксперимента раскрыли перспективные возможности дальнейшего исследования проблем профессиональной подготовки будущего врача.

Таблица 1.

Результаты эксперимента по формированию клинического мышления студентов (данные в % от 30 человек в каждой группе, общее число обследованных – 120).

Критерии	Показатели	Действия																							
		Первичная диагностика																							
		Диагноз						Лечение						Прогноз						Профилактика					
		Курсы																							
		II ЭГ	III ЭГ	IV ЭГ	II КГ	t _ф	P	II ЭГ	III ЭГ	IV ЭГ	II КГ	t _ф	P	II ЭГ	III ЭГ	IV ЭГ	II КГ	t _ф	P	II ЭГ	III ЭГ	IV ЭГ	II КГ	t _ф	P
I. Диагностико-взаимодействующий (симптомокомплексный анализ, теоретико и практико-клиническое сравнение)	1. Адекватность действий эталону диагноза	63,3	80,0	83,3	60,0	0,26	>0,05																		
	2. Неадекватность действий эталону диагноза	36,7	20,0	16,7	40,0																				
II. Лечебно-взаимодействующий (приятные технологического решения)	1. Адекватность действий методу лечения							56,6	73,3	76,6	60	0,27	>0,05												
	2. Неадекватность действий методу лечения							43,4	26,7	23,4	40														
III. Прогностико-коррекционный (теоретико обусловленное обобщение – образ, практико обусловленное обобщение – образ)	1. Адекватность действий функциональным возможностям организма													56,6	63,3	66,6	53,3	0,25	>0,05						
	2. Неадекватность действий функциональным возможностям организма													43,4	36,7	33,4	46,7								
IV. Контрольно – взаимодействующий (рефлексивно оценочный контроль)	1. Адекватность действий уровням профилактики																			43,3	53,3	60,0	40,0	0,26	>0,05
	2. Неадекватность действий уровням профилактики																			56,7	46,7	40,0	60,0		

При первичной диагностике уровень адекватности действий студентов статистически значимо не различается. Это говорит о том, что для эксперимента группы студентов (контрольные и экспериментальные) сформированы правильно. При промежуточной диагностике результаты контрольной и экспериментальных групп различаются, хотя и не достоверно. ($P > 0,05$).

Критерии	Показатели	Действия							
		Итоговая диагностика							
		Диагноз		Лечение		Прогноз		Профилактика	
		Курсы							
		IV ЭГ	IV КГ	IV ЭГ	IV КГ	IV ЭГ	IV КГ	IV ЭГ	IV КГ
I. Диагностико- взаимодействующий (симптомокомплексный анализ, теоретико и практико-клиническое сравнение.)	1. Адекватность действий эталону диагноза 2. Неадекватность действий эталону диагноза $t_{\Phi} = 2,45, P < 0,05$	100	83,3						
II. Лечебно- взаимодействующий (принятие технологического решения)	1. Адекватность действий методу лечения 2. Неадекватность действий методу лечения $t_{\Phi} = 3,03, P < 0,05$			100	76,6				
III. Прогностико–коррекционный (теоретико обусловленное обобщение – образ, практико обусловленное обобщение – образ)	1. Адекватность действий функциональным возможностям организма 2. Неадекватность действий функциональным возможностям организма $t_{\Phi} = 3,03, P < 0,05$					93,3	63,3		
IV. Контрольно – взаимодействующий (рефлексивно оценочный контроль)	1. Адекватность действий уровням профилактики 2. Неадекватность действий уровням профилактики $t_{\Phi} = 2,07, P < 0,05$							83,3	60,0
								16,7	40,0

При итоговой диагностике достоверные различия обнаружены по всем четырем критериям ($P < 0,05$).

В заключении представлены общие **выводы** по результатам исследования как итог решения поставленных задач и подтверждения гипотезы:

1. В современных условиях жестко выдвигаемое требование гарантированно-качественной профессиональной подготовки будущего врача может быть реализовано за счет формирования у него клинического мышления как когнитивной составляющей профессионализма.

2. Клиническое мышление формируется в процессе клинического подготовки будущего врача, выступает ее результатом и сущностной характеристикой профессионального мышления в целом. Направленность клинического мышления одновременно на познание комплекса деструктивных валеологических ситуаций в жизни человека, их преобразование на основе полного воссоздания научного знания и опыта и, как правило, при дефиците времени придает умственным операциям интегративно-содержательный характер и предполагает: симптомокомплексный анализ, теоретико-практико-клиническое сравнение, теоретико-практико-обусловленное обобщение – образ, принятие технологического решения, рефлексивно-оценочный контроль. Адекватно им выполняется педагогическая диагностика при помощи системных показателей и критериальных заданий.

3. В современных медицинских средних специальных образовательных учреждениях, осуществляющих врачебную подготовку будущего специалиста, формирование у него клинического мышления ограничено взаимосвязью операций анализа для постановки диагноза и обобщения для определения программы лечения. В связи с этим требуется дополнительное целенаправленное педагогическое обеспечение перехода от диагностических действий студента к лечебным и далее – прогностическим, коррекционным и профилактическим, придающим целостность данному профессионально-личностному образованию.

4. Аналитико-прогностическая выраженность клинического мышления определяет наиболее оптимальную сферу его формирования - учебно-исследовательскую деятельность студента. Ее инновационность обеспечивается двумя аспектами: целевой направленностью на развитие компонентов клинического мышления и клиничко-содержательной направленностью учебно-исследовательских заданий, требующими сопоставления научной информации со сложившимся или предполагаемым опытом в конкретном клиническом случае. Алгоритм выполнения задания представляет собой последовательное определение общей поисковой задачи, пошаговых задач ее решения, полноты, адекватности, прогностичности учебной информации как источника системы профессиональных практических действий, выбор двух вариантов исследовательских заданий: микроуровневых и макроуровневых.

5. Эффективность процесса формирования клинического мышления у будущего врача заключается в достижении педагогического результата (оптимальная сформированность компонентов данного профессионально-личностного образования) на основе разработанной модели. Как структурное образование она содержит единство побуждающих педагогических целей (целенаправление) и индивидуальных целей студента (целереализация), общую клиничко-содержательную направленность учебной и исследовательской

деятельности будущего специалиста, взаимосвязь традиционных и нетрадиционных форм, методов, средств, условий с учетом алгоритма выполнения поискового задания, что, в сущности, является разноуровневой интегративной педагогической технологией. Функциональная сторона модели выражена проектируемой педагогической мотивацией познавательной активности студентов, трехаспектным влиянием на компоненты клинического мышления (развитие, систематизация, объективация) учебно-исследовательской деятельности и разноуровневыми педагогическими технологиями (репродуктивная, информационная, развивающая и реорганизационная функции).

Направления дальнейших исследований связываются нами с изучением проблемы преемственности педагогической деятельности по формированию клинического мышления у будущего врача в условиях медицинского колледжа и вуза.

Основные положения диссертации отражены в следующих публикациях автора:

1. *Статьи из перечня ведущих научных журналов и изданий, рекомендованных ВАК РФ:*

1. Борискова И.В. Формирование клинического мышления у студентов медицинского колледжа на основе их исследовательской деятельности // Спец выпуск «Педагогика». – Ростов-на-Дону, 2006.
2. Борискова И.В. Целеорганизующее единство процесса формирования клинического мышления и исследовательской деятельности студентов // Педагогическое образование в условиях трансформационных процессов: методология, теория, практика. – Минск: Учебно-издательский центр БГПУ, 2005. С. 219-225.
3. Борискова И.В. Клинико-содержательная направленность исследовательской деятельности студентов // Педагогическое образование в условиях трансформационных процессов: методология, теория, практика. – Минск: Учебно-издательский центр БГПУ, 2005. С. 228-235.
4. Борискова И.В., Коплик А.А. Планирование и организация самостоятельной (внеаудиторной) работы студентов в медицинских образовательных учреждениях. // Вопросы стоматологического образования Москва – Краснодар: «Советская Кубань», 2003. – 200с. С. 44-46.
5. Борискова И.В. Сущность и структура клинического мышления будущего врача. // Краснодар Наука Кубани 2004, №1. ООО «Просвещение – Юг», 2004. с. 143. С. 29-32.
6. Борискова И.В., Зубенко О.А. Организация исследовательской работы студентов – одна из форм совершенствования качества подготовки специалистов. // Краснодар Наука Кубани 2004, №1. ООО «Просвещение – Юг», 2004. с. 143. С. 32-36.
7. Борискова И.В. Исследовательская деятельность как сфера становления клинического мышления будущего врача. // Теоретико-методологические и

- технологические основы педагогики и психологии профессионального образования. Пенза: Приволжский дом знаний, 2005. С. 287-290.
8. Борискова И.В. Состояние проблемы формирования клинического мышления студентов в практике средних специальных образовательных медицинских учреждений // Опытно-экспериментальная работа в образовательных учреждениях: контекст модернизации образования. – Краснодар: Далекс, 2004. С 189-193.

Борискова Ирина Валерьевна

**ФОРМИРОВАНИЕ КЛИНИЧЕСКОГО МЫШЛЕНИЯ У
СТУДЕНТОВ МЕДИЦИНСКОГО КОЛЛЕДЖА НА ОСНОВЕ
ИХ УЧЕБНО-ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ**

Техническое редактирование,
компьютерная верстка
В.Г. Нерсесьянц
Е.А. Гончаренко

**Подписано к печати 22.11.2006 г. Формат 108 х 84 1/32. 1 п. л.
Гарнитура Times. Тираж 100 экз.**

**Типография Института им. Россинского
2-й проезд Стасова, 48, Краснодар 350011, Россия**

