



Єхалов В.В., Єгоров С.В., Павлиш О.С.,
Бараннік С.І.

КЛІПОВЕ МИСЛЕННЯ В АНЕСТЕЗІОЛОГІЇ: ПАРАДОКС СЬОГОДЕННЯ

ДЗ «Дніпропетровська медична академія МОЗ України»

Резюме. Було проведено аналіз 1156 анонімних анкет студентів 3–4-го курсу, інтернів 1-го року навчання і слухачів циклів спеціалізації та підвищення кваліфікації лікарів за професіями «Анестезіологія» та «Дитяча анестезіологія», використана тестова методика, запропонована М.Б. Литвиною, яка характеризується критеріальною та категоріальною валідністю. Було отримано несподівані результати в групах дослідження лікарів-анестезіологів зі стажем роботи за фахом від 5 до 20 років, що виявилось у більш ніж дворазовому підвищенню показників кліпового мислення в порівнянні з інтернами. Такої динаміки прогресу явища нами досі не було виявлено ні в одній з груп медичних професіоналів. Така ж сама тенденція, в дещо меншій мірі, була виявлена у дитячих анестезіологів. Значне зростання кількості носіїв кліпового мислення в анестезіологічному середовищі пояснюється професійною закономірністю та поліфункціональністю вузької спеціальності (якщо інформаційні фрагменти відсилають до цілого, це означає, що кліпове мислення перетворюється на символічне).

Ключові слова: мислення, анестезіологія, дитяча анестезіологія, освіта.

Вступ. Понятійне мислення функціонує на базі звукової мови, утворюючи логічні конструкції, поняття, систематизацію, розумові операції (аналіз, синтез, порівняння, абстрагування, узагальнення тощо). Воно є найбільш пізнім етапом історичного і онтогенетичного розвитку свідомості. Це стиль «інтелектуальної людської еліти» або менталітет людини, у якій «занадто багато часу».

Клінічне мислення – це вид понятійної інтелектуальної діяльності, заснований на спеціальних знаннях, спостереженнях, вмінні мислити діалектично та логічно. Воно базується на інформації, запозиченій з різноманітних наукових дисциплін, уяві, пам'яті, фантазії, інтуїції, вмінні, ремеслі та майстерності.

Кліпове мислення (КМ) – це процес відображення безлічі різних властивостей об'єктів, без врахування зв'язку між ними, що характеризується алогічністю, повною різноманітністю, відсутністю цілісної картини сприйняття навколишнього світу, проте – високою швидкістю перемикавання між інформаційними фрагментами, але знання в цьому випадку швидше за все будуть поверхневі та нетривалі. Мова образів і жестів більш давня, ніж мова символів, тому людині легше сприйма-

ти інформацію у вигляді образів, ніж букв, цифр, формул, тощо. У психології, андрагогіці та журналістиці таке мислення характеризується як фрагментарне та алогічне.

Проблема фрагментації отриманої інформації йде вглиб століть і стала досить помітною в умовах сучасного «інформаційного буму». З давніх-давен вчені намагалися відокремити «потрібні» знання від «непотрібних». Античні філософи Демокрит Абдерський і Геракліт, математик Піфагор Самоський та інші заперечували користь «багатознайства». Сенека Луцій Анней навпаки стверджував, що «краще вивчити зайве, ніж нічого не вивчити». Сократ вважав важливим відокремлювати корисні знання з загального потоку інформації (три «сита» Сократа). Епікур і Арістотель вважали ознакою повного знання вміння ним користуватися на ділі. У VIII столітті італійський філософ і теолог Фома Аквінський писав: «Знання – настільки дорогоцінна річ, що їх не соромно здобувати з будь-якого джерела.» Видатний французький філософ, фізіолог XVII століття, засновник рефлексології Р. Декарт вважав: «Недостатньо лише мати хороший розум, головне – це добре застосовувати його.» Похмуре середньовіччя устами Леонардо да Вінчі повто-

рює: «Знання самого по собі не достатньо, його потрібно застосовувати. Мати бажання мало, потрібно діяти.» В епоху Просвітництва М.В. Ломоносов сформулював проблему так: «Корисних і непотрібних взагалі, у відриві від контексту, знань немає ... Один досвід я ставлю вище, ніж тисячу думок, народжених тільки уявою.» У XIX столітті видатний педагог К.Д. Ушинський писав: «Голова, що наповнена уривчастими, роз'єднаними знаннями, схожа на комору, в якій все безладно і де сам господар нічого не відшукає; голова, де тільки система без знання, схожа на крамницю, в якій на всіх ящиках є написи, а в ящиках порожньо.» Всесвітньо відомий фізик професор П.М. Лебедев був ворогом марної ерудиції та прирівнював її до безглуздості. Людей, що напхані некорисною інформацією він називав «фаршированими головами». Одного разу він жартома сказав: «Моя книжкова шафа набита відомостями на порядок більше мене, проте, не вона вчений, а я.» Геній літератури Л.М. Толстой писав: «Помилково думати, що багатознавство є чесною. Важлива не кількість, а якість знань.» Американський інженер і винахідник Ч.Ф. Каттерінг (1955) робить висновок: «Існує величезна різниця між знанням і розумінням: ви можете багато знати про щось, по-справжньому не розуміючи цього.»

Отже, кліп – це складова, яка не відсилає до цілого. Якби це було так, то тоді вона була б символом, а не кліпом [1]. Процесу міркування, якщо його розібрати на складові, властиві такі розумові етапи, як увага, сприйняття, пам'ять, уява, відтворення. А мислення є сукупністю розумових процесів, що полягають в основі пізнання. Прискорення темпів життя та зростання потоку інформації створює необхідність її відбору. Стрімкий розвиток інтернет-технологій і розширення комуніка-

тивного простору вимагає створення мови образів, що буде зрозуміла всім [2].

Проблема девіації мислення клініцистів, що виникла в останнє десятиліття, сьогодні вимагає серйозного вивчення та обговорення.

Мета дослідження. Оцінити явище поширення кліпового мислення в середовищі студентів, інтернів і слухачів циклів спеціалізації та підвищення кваліфікації лікарів в залежності від вузької спеціалізації, віку й стажу роботи за спеціальністю.

Матеріали та методи дослідження. Нами було проаналізовано 1156 анонімних анкет студентів 3-4-го курсу, інтернів 1-го року навчання та лікарів слухачів циклів спеціалізації та підвищення кваліфікації за фахами «Анестезіологія» та «Дитяча анестезіологія». Була використана тестова методика, запропонована М.Б. Літвіновою, яка характеризується критеріальною та категоріальною валідністю та відповідає критерію надійності [3].

Результати та обговорення. Аналіз отриманих результатів (табл.1) вказує на наявність у студентському середовищі певної тенденції до формування кліпового мислення [4, 5], однак у лікарів-інтернів середній результат ключових відповідей дещо знижується за рахунок збільшення частки групи ризику, до того ж спостерігається деяке збільшення відсотку респондентів з тривалим мисленням. Це не можна пояснити віковою різницею опитаних, оскільки вона незначна, а швидше усвідомленим зануренням молодих колег до основ спеціальності, що неодмінно вимагає ретельного аналізу і синтезу отриманої інформації, що є вкрай необхідним при оволодінні практичними навичками [6].

Нами були отримані несподівані результати в групах дослідження лікарів-анестезіологів зі стажем роботи за фахом від 5 до 20 років, що виявилось у більш, ніж у дворазовому підвищенні показників кліпового мислення в порівнянні з таким у інтернів. Такої динаміки прогресу явища досі нами не було виявлено ні в одній групі медич-

Таблиця №1. Отримані під час анкетування дані.

Етап навчання	Стаж у роках за фахом	Середній результат ключових відповідей		Кліпове мислення		Група ризику (за фахами)		Тривале мислення	
		"Анестезіологія"	"Дитяча анестезіологія"	"Анестезіологія"	"Дитяча анестезіологія"	"Анестезіологія"	"Дитяча анестезіологія"	"Анестезіологія"	"Дитяча анестезіологія"
Студенти	-	13,8± 0,7		36,5%		38,5%		25,0%	
Спеціалізація		"Анестезіологія"	"Дитяча анестезіологія"	"Анестезіологія"	"Дитяча анестезіологія"	"Анестезіологія"	"Дитяча анестезіологія"	"Анестезіологія"	"Дитяча анестезіологія"
Лікарі-інтерни	-	12,0±0,2	12,3±0,5	19,0%	20,1%	35,8%	36,8%	45,2%	43,1%
	5-10	12,7±0,2	12,6±0,6	33,3%	27,5%	33,4%	35,7%	33,3%	36,8%
Слухачі циклів спеціалізації та підвищення кваліфікації	11-20	13,8±0,5	13,8±0,9	42,8%	34,5%	28,6%	34,3%	28,6%	31,2%
	21-30	11,2±0,5	10,4±0,9	11,2%	11,3%	44,4%	40,9%	44,4%	47,8%
	31-40	10,7±0,4	9,9±0,6	10%	8,1%	20%	15,2%	70%	76,7%
	>40	8,0±1,1	7,6±0,9	0%	0%	0%	0%	100%	100%

них професіоналів (всього пройшло перевірку 24 спеціальності). Така ж тенденція, в дещо меншій мірі, була виявлена нами у дитячих анестезіологів. Катастрофа це чи особливість вузького профілю? Узагальнивши досвід сучасних дослідників і наш власний, спробуємо пояснити цей феномен.

Нашу спеціальність неможливо вивчити тільки за підручниками. Анестезіолог повинен вміти думати. «Книжкова вченість – краса, а не фундамент» (М. де Монтень). Виникає суперечність між величезним обсягом інформації, яку ще й потрібно переробити на тлі професійного навантаження, яке постійно підвищується. Це змушує нашого колегу «захиститися, щоб вижити». Кліпове мислення є негативним лише тоді, коли пов'язане з нездатністю відокремити головне. А якщо така здатність є, тоді в наш час воно стає силою, а не слабкістю. Контрольна функція зосереджена на динамічному розподілі прицільної уваги анестезіолога між множинними проблемами, рутинними та нерутинними діями. Управління ресурсами відбувається на вищому рівні ментальності, який володіє усіма доступними ресурсами. Ці два рівні передбачають гнучку адаптацію процесу мислення. Ця здатність «аналізувати мислення» з метою стратегічно контролювати власний менталітет, зветься психологами метапізнанням і є дуже важливою складовою успішного розрішення критичних ситуацій в анестезіологічній практиці. Функція розумового контролю прислужується анестезіологу для вирішення питання: яку інформацію він повинен вибрати і як часто буде до неї звертатися. Насправді увага анестезіолога – це настільки обмежений ресурс, що стає надзвичайно важливим його раціональне розподілення протягом усього процесу прийняття рішень. Відмінною особливістю такого фахівця є та обставина, що коли він приймає рішення то не тільки віддає команду, але і безпосередньо бере участь у її виконанні. Коли робоче навантаження перевищує можливості наявних ресурсів, він зобов'язаний залучити помічників ззовні та розподілити роботу між присутніми, ефективне управління ресурсами – дуже важлива складова роботи в команді [7]. Багатозадачність викликає перевтомлення, і доцільна тільки при виконанні рутинних, простих справ. Уміння швидко перемикає увагу і одночасно виконувати завдання, які не потребують високої концентрації і глибокого аналізу, може стати в нагоді та навіть заощадити час, але це не повинно ставати звичкою.

Незважаючи на вимушене звернення до кліпового мислення, у анестезіолога вкрай розвинене логічне мислення. Можна сказати, що це математики від медицини, а фахівці без логіки в цій спеціальності просто не «виживають».

Висновки.

1. Зосередження уваги на одному предметі дуже важливе, але й уміння швидко перемикає на нове завдання, швидко входити у незнайому ситуацію – теж значне. Парадокс у тому, що ці навички, однаково необхідні людині, дещо антагоністичні – розвиток одних когнітивних навичок завдяки іншим, реактивність розвивається за рахунок зосередженості, і навпаки.
2. Поширення кліпового мислення у медичній спільноті вимагає детального соціального, андрагогічного та медичного дослідження, створення нових освітніх технологій, заснованих на живому спілкуванні.
3. Значне зростання кількості носіїв кліпового мислення в анестезіологічному середовищі пояснюється професійною закономірністю та поліфункціональністю вузької спеціальності (якщо інформаційні фрагменти відсилають до цілого, це означає, що кліпове мислення перетворюється на символічне).
4. Об'єктивно перешкоджати надмірній інтеграції кліпового мислення до анестезіологічного середовища можуть регулярне відвідування курсів підвищення лікарської кваліфікації, тренінгів, участь (переважно – активна) у конференціях та з'їздах, клінічних обходах, лікарських консилиумах, тощо.

Конфлікт інтересів: відсутній.

Conflicts of interest: authors have no conflict of interest to declare.

Надійшла до редакції / Received: 22.12.2019

Після доопрацювання / Revised: 10.01.2020

Прийнято до друку / Accepted: 16.01.2020

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Гиренко Ф.И. Кліпове сознание. М.: Изд. «Проспект», 2015. - 292 с.
2. Кліпове мышление в анестезиологии: катастрофа или закономерность? / Клизуненко Е.Н., Ехалов В.В., Куц Е.А., Кравец О.В., Гайдук О.И., Баранник С.И., Хоботова Н.В. // Медицина неотложных состояний, 2019. - №3 (98). - С. 124-136.
3. Літвінова М.Б. Досвід діагностування кліпового мислення// Педагогічні науки: Зб. наук. праць, 2017. - Вип. LXXVI. - т. 3. - С. 140-145.
4. Evolutionary Aspects of «Click Hole» in Medicine Students and their Integration in Higher Education/ Barannik S.I., Yekhalov V.V., Barannik K.S., Lyachenko P.V. // Collection of conference II International Scientific-Practical Conference «Modern View of Science and Practice». - London, Great Britain, 2019, - P. 38-45.
5. Динамічні зміни «кліпового мислення» у студентів-медиків та їх інтеграція у вищу медичну освіту / Бараннік С.І., Стусь В.П., Трофімов М.В., Ехалов В.В., Бараннік К.С., Єгоров С.В. // Урологія, 2019. - т. 23. - № 3: 19(90). - С. 264-269.
6. Клиническое и клиповое мышление в процессе обучения врачей-интернов / Клизуненко Е.Н., Ехалов В.В., Кравец О.В., Куц Е.А., Сединкин В.А. // Медицина неотложных состояний, 2018. - №6 (93). - С. 12-23.
7. Габа Д. М., Фиш К. Д., Хауард С. К. Критические ситуации в анестезиологии: Пер. с англ. - М.: «Медицина», 2000. - 440 с.

ЕХАЛОВ В.В., ЕГОРОВ С.В., ПАВЛЫШ А.С., БАРАННИК С.И.

КЛИПОВОЕ МЫШЛЕНИЕ В АНЕСТЕЗИОЛОГИИ: ПАРАДОКС СОВРЕМЕННОСТИ

ГУ «Днепропетровская медицинская академия МЗ Украины»

Резюме. Был проведен анализ 1156 анонимных анкет студентов 3-4-го курса, интернов 1-го года обучения и слушателей циклов специализации и повышения квалификации врачей по специальностям «Анестезиология» и «Детская анестезиология». Была использована тестовая методика, предложенная М.Б. Литвиновой, которая характеризуется критериальной и категориальной валидностью. Были получены неожиданные результаты в группах исследования врачей-анестезиологов со стажем работы специальности от 5 до 20 лет, что проявилось более, чем двукратным повышением показателей клипового мышления по сравнению с таковыми у интернов. Такой динамики прогресса явления до сих пор нами не было обнаружено ни в одной из групп медицинских профессионалов. Такая же тенденция, в несколько меньшей степени, была обнаружена нами у детских анестезиологов. Значительный рост количества носителей клипового мышления в анестезиологической среде объясняется профессиональной закономерностью и полифункциональностью узкой специализации (если информационные фрагменты отсылают к целому, это означает, что клиповое мышление переходит в символическое).

Ключевые слова: мышление, анестезиология, детская анестезиология, образование.

EKHALOV V.V., EGOROV S.V., PAVLYSH O.S., BARANNIK S.I.

CLIP THINKING IN ANESTHESIOLOGY: THE PARADOX OF MODERNITY

State institution «Dnepropetrovsk Medical Academy of the Ministry of Health of Ukraine»

Summary. An analysis was made of 1,156 anonymous questionnaires of 3-4th year students, residents of the 1st year of study and doctors in the specialties «Anesthesiology» and «Children's Anesthesiology» of cycles of specialization and advanced training. The test method proposed by MB Litvinova was used. It is characterized by criteria and categorical validity. Unexpected results were obtained in research groups of anesthetists with 5–20 years of work experience, which was manifested by more than a twofold increase in clip thinking compared to those in interns. So far, we have not found such dynamics of the progress of the phenomenon in any of the groups of medical professionals. The same tendency, to a slightly lesser extent, was discovered by us among pediatric anesthetists. A significant increase in the number of carriers of clip thinking in the anesthetic environment is explained by professional regularity and multifunctionality of narrow specialization (if information fragments refer to the whole, this means that clip thinking becomes symbolic).

Key words: thinking, anesthesiology, pediatric anesthesiology, education.