

Е. М. Ходош МЕДИЦИНА ТА ЧАС В АСПЕКТІ КЛІНІЧНОГО МИСЛЕННЯ, МЕДИЧНОЇ ОСВІТИ ТА РЕФОРМИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

Харківський національний медичний університет
КНП «Міська клінічна лікарня №13» Харківської міської ради

МЕДИЦИНА ТА ЧАС В АСПЕКТІ КЛІНІЧНОГО МИСЛЕННЯ, МЕДИЧНОЇ ОСВІТИ ТА РЕФОРМИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

Е. М. Ходош

Резюме

Ця робота є аналізом клінічних, професійних та організаційних моделей медичної діяльності в динаміці їх розвитку, в тому числі і в умовах медичної реформи в Україні. Використано комплексний підхід, який полягає у вивченні освітнього розвитку лікаря, логіки його професійного формування та організаційного управління умовами праці, рівень яких багато в чому визначає рівень та інтенсивність післядипломного лікарського становлення. Крім того, у цьому дослідженні були застосовані такі методи, як абстрактно-логічний метод, метод аналізу та синтезу, метод порівняння.

Нині немає жодного сумніву у розвитку медичної реформи в Україні — НЗСУ, «пакети», КНП з їхньою автономізацією та комерціалізацією, кластери та надкластери, клініко-економічні реорганізації спеціальностей та ін. Очікується подальше реформування первинної ланки, а потім вторинної та третинної. Тим не менш, залишається велика кількість питань щодо збереження та розвитку у розумінні клінічного професіоналізму, тобто мистецтва будувати діагноз, прогноз, оптимальне лікування, які відносяться до основ лікування та неминуче змінюються залежно від соціальних умов та, безумовно, наукових досягнень.

Однак медична реформа не може бути самоціллю за умови нігілізації лікарської діяльності у вигляді відставання в галузі ґносеології, логіки, семіотики, семантики в їхньому історичному аспекті. Тому запорукою успішної реалізації медичної реформи є грамотне використання комплексу методів державного управління, спрямованих на збалансований розвиток клініко-організаційних методів, спрямованих на запобігання загальному негативному впливу суміжних організаційних проблем на таку «приватність», як діагностика та лікування, які є неперевершеними центральними за будь-якої системи охорони здоров'я.

Ключові слова: логіка, освіта, свідомість, несвідомість, клінічне мислення, діагностика, реформа.

Укр. пульмонолог. журнал. 2025;33(2):51–57.

Ходош Едуард Михайлович
Харківський національний медичний університет
Канд. мед. наук, доцент
Міська клінічна лікарня № 13, м. Харків
Завідувач пульмонологічним відділенням № 1
137, проспект Аерокосмічний, Харків, 61000
Тел.: 057 725-07-43, факс: 057 725-07-43, gen.khodosh@gmail.com
ORCID 0000-0003-0572-4932

Діагностичне мислення з його логічним обґрунтуванням є невід'ємним та невідкладним аспектом лікарської діяльності. У той же час, деталізація цієї логічної послідовності є гострою клінічною проблемою, яка порівняно мало вивчається і застосовується.

Чому почала розглядатися дана проблема? Як вона розвивалася і розвивається, як формується, структурується, у якій конкретній послідовності? Як наші знання

MEDICINE AND TIME IN THE ASPECT OF CLINICAL THINKING, MEDICAL EDUCATION, AND HEALTH CARE REFORM

E. M. Khodosh

Abstract

This work is an analysis of clinical, professional and organizational models of medical activity in the context of developing medical reform in Ukraine. A comprehensive approach was used, which consists in studying the educational development of a doctor, the logic of his professional formation and organizational management of working conditions, largely determined by the level and intensity of postgraduate medical training. In addition, such methods as the abstract-logical method, the method of analysis and synthesis, and the method of comparison were used in this study.

Currently, there is no doubt about the development of medical reform in Ukraine — National Health System, "packages", private medical institutions tending to autonomization and commercialization, clusters and super-clusters, clinical and economic reorganizations of specialties, etc. Further reform of the primary level is expected, and then secondary, tertiary, and, possibly, at the level of state institutions (research institutes). Nevertheless, there are still a large number of questions regarding the preservation and development of the understanding of clinical professionalism, i.e. the art of making a diagnosis, prognosis, prescribing optimal treatment. These important features are related to the basics of treatment and inevitably change depending on social conditions and, of course, scientific achievements.

However, medical reform cannot be an end, provided that medical activity is nihilated in the form of backwardness in the field of epistemology, logic, semiotics, semantics in their historical aspect. Therefore, the key to the successful implementation of medical reform is the competent use of a complex of state administration methods for the development of clinical and organizational methods aimed at preventing the general negative impact of related organizational problems on such "privacy" as diagnostics and treatment, which are unsurpassably central to any health care system.

Key words: logic, education, consciousness, unconsciousness, clinical thinking, diagnostics, reform.

Ukr. Pulmonol. J. 2025;33(2):51–57.

Eduard M. Khodosh
Kharkiv National Medical University
MD, PhD, associate professor
City Clinical Hospital №13, Kharkiv
Head of the Pulmonology Department # 1
137, Aerospace Avenue, 61000, Kharkiv
Tel.: 057 725-07-43, fax: 057 725-07-43, gen.khodosh@gmail.com
ORCID 0000-0003-0572-4932

пов'язані з клінічною реальністю?

Відповіді на ці питання лікарі отримають тільки тоді, коли не обмежуючись тільки зовнішнім описом клінічних проявів будуть розкривати в них логічну сутність, зв'язок і закони, що визначають розвиток і перебіг досліджуваного нозологічного процесу.

Не викликає жодного сумніву, що при вивченні загальних питань будь-якої галузі знання необхідно визнати те, що ті, хто борються за часткові питання без попереднього вирішення загальних, неминуче будуть на кожному кроці несвідомо для себе "натрапляти" на ці загальні питання. На підтвердження цієї думки слід

зазначити, що такі загальні проблеми як трирічна війна, економічна депресія, нові реформістські умови праці медичних працівників та медичних закладів, недостатня програмно-освітня та наукова підготовка зумовлюють низькі організаційні та фінансові можливості лікувально-профілактичних закладів, а також недостатній професійно-теоретичний рівень, без якого неможливий практичний розвиток лікаря. До загальних проблем ми можемо віднести і той вид діяльності, необхідний в процесі пізнання та розвитку лікаря, який ґрунтується на загальних правилах та законах логіки, що застосовуються до процесу функціонування та мислення, а також до доказу та обґрунтованості побудови прикладних наук.

Дослідження логічних категорій та форм мислення актуальне у клінічній діяльності, оскільки будь-яка наука, у тому числі медична, це прикладна логіка. Адже будь-який вид достовірного пізнання ґрунтується на додатку загальних правил та законів логіки до цього процесу мислення, до доказу та обґрунтування побудов приватних наук. І це не випадково, тому що всі форми, правила, закони формальної логіки вірні тому, що в них закладено багатовікову мільйони разів повторювану практику всього людства. В той же час, складність діагностичного мислення залишається, незважаючи на стрімкий розвиток та реформування охорони здоров'я. І справді, з клінічного погляду «...можна бути знайомим і з фізіологією, і з патологією, і з засобами, якими ми користуємося при лікуванні хворого організму, і усе-таки без уміння докласти ці знання до окремих індивідуумів, не бути в змозі вирішити завдання, що представилося, якщо навіть рішення його і не переходить за межі можливості...» [1].

Поряд із цим твердженням можна нагадати, що важко, а часто і неможливо, виявити той чи інший симптом, ознаку, синдром, якщо їх не шукати, а тим більше, якщо їх не знати. Тобто формування лікарського мислення з прийняттям діагностичного та терапевтичного рішення важче і відповідальніше, ніж адміністратору, хоча рішення останнього можуть мати більш значні наслідки в плані розвитку або стагнації. У зв'язку з цим постає питання: чому в лікарській діяльності стихійність (несвідомість) може переважати над усвідомленістю?

У цьому аспекті слід зазначити те, що медична освіта готує лікарів до соціального та біологічного розуміння хворих, які не схожі один на одного, тому клінічне мислення є складним суперечливим процесом, оволодіння яким відбиває одне з найважливіших і найважливіших завдань медичної освіти. Саме ступенем володіння клінічним мисленням насамперед і визначається кваліфікація лікаря.

У свою чергу клінічне мислення розглядається як своєрідна діяльність лікаря, що передбачає особливі форми мислення, пов'язані з необхідністю співвіднести загальну картину хвороби з виявленим симптомокомплексом захворювання, а також швидко та своєчасне прийняття рішення про природу захворювання виходячи з єдності усвідомлюваних та неусвідомлюваних, логічних та гіпотетичних компонентів досвіду. Велике значення має і те, що характер підготовки лікаря та форма лікування залежать від рівня цивілізації та соціальної організації відповідних країн та народів (В. Х. Василенко).

Однак передусім слід дізнатися, чи отримав лікар тверді наукові знання в університетському періоді, що дозволяють йому зрозуміти досягнення клінічної медицини минулого і сьогодення, без яких неможливий подальший розвиток. Тобто ми повинні сформувати лікарські уми, які розвинули синтетичний розмах, не здатний легко капітулювати перед псевдовченнями, як тільки лікар відійде від фактів на відстань, необхідну для отримання загальної клінічної картини.

Далі слід підкреслити, що проблемі діагностичної та терапевтичної неусвідомленості (стихійності) сприяє прогресуюча спеціалізація (відомо близько сотні окремих гілок теоретичної та практичної медицини) і нарастаюча механізація лікарської діяльності, які затуляють або відсувають загальні проблеми лікарства при повсякденних перевантаженнях, виробничих «турботах» далеких від діяльності «біля ліжка хворого». Тому шлях до вузької спеціалізації не повинен бути раннім. Він повинен розвиватися від загального до часткового, наприклад, у клініці внутрішніх хвороб від терапії до кардіології, пульмонології, гастроентерології та ін.

У цьому аспекті слід зазначити, що внаслідок особливостей мислення при вузькій спеціалізації лікаря іноді можливо те, що він забуває або перестає розуміти, що хвора людина – це єдине ціле. Тобто лікар може втратити здатність відображати у своїй свідомості навколишній світ у повноті існуючих зв'язків. Іншими словами, лікар може втратити або взагалі не набути здатності не тільки спостерігати, а й розуміти суть того, що відбувається. У зв'язку з цим професійна увага та мислення лікаря зосереджуються тільки на одній хворобі, на одному органі – нирки, серце, шлунок тощо, або на вузькому списку методів діагностики та лікування. Такий лікар може заглибитися у вивчення «молекулярних механізмів», але занедбати цілісний організм. Запобігаючи такому шляху розвитку, необхідно більш глибоко розуміти проблеми біології та соціології в контексті осмислених фактів експериментальної та клінічної медицини. Важливе значення у формуванні клінічного мислення лікаря можуть відігравати клініко-анатомічні розбори, конференції в системі лікарняної та поліклінічної роботи, які в останні роки нівельовані та не входять до планів НЗСУ.

Гальмом у набутті істинного розуміння того чи іншого патологічного процесу може бути хибне уявлення, засноване на ненаукових методах пошуку знань. До останніх належать наступні методи: інтуїція (Intuition), раціоналізм (Rational), емпіризм (Empiricism), метод впертості (Tenacity) та представництво (Authority). У кожному з перелічених методів свої когнітивні особливості. Так метод «впертості» характеризується тим, що якісь понятійні уявлення зберігаються за звичкою; твердження, що повторюються, часто викликають більше довіри; інформація розцінюється як істинна, оскільки у неї завжди вірили, і не знайдено метод виправлення потенційних неточностей. Своєю чергою інтуїтивний метод – це метод, у якому «інформація» приймається на основі припущення; часто використовується в моральних міркуваннях і відсутній механізм, що дозволяє оцінити, чи є ця інформація точною. Цікавим є і метод представництва (повноважень), при якому необхідно оцінити компетент-

ність та актуальність джерела; наскільки об'єктивна інформація, її обґрунтованість та її відповідність відомим фактам тощо. Для емпіричного методу характерне формулювання відповідей на основі власного чуттєвого досвіду. Так, всі знання набуваються за допомогою почуттів, проте спостереження можуть бути неправильно інтерпретовані, почуття обмежені та оманливі. Раціональний метод базується на логічних міркуваннях, наприклад, дедуктивних або силогічних, які відображають набір передумов, саме передумов, об'єднаних для отримання висновку. Проте силогізм дійсний, якщо висновок логічно випливає з посилок. І нарешті, не слід плутати дійсність із істиною [2].

Логіка діагностичного мислення невіддільна від дедуктивного (силогізму) та індуктивного мислення. Ці два методи характеризуються тим, що, наприклад, індуктивне мислення має ту форму узагальнення, яке виводить універсальний закон із закономірності, виявленої в багатьох окремих випадках. Дедуктивне мислення будується на висновках від загальних положень до окремих випадків. Ці два методи мисленевого процесу через свою неповноту взаємопов'язані і доповнюють один одного в реальному процесі діагностичного пізнання. Слід зазначити, що проста істина, отримана індуктивним шляхом, завжди є неповною, оскільки досвід завжди незакінчений. Наукова індукція через свою неповноту є лише ймовірнісною і служить лише для створення нового загальнотеоретичного знання, ґрунтованого на поодиноких емпіричних фактах.

Що стосується гіпотетичного мислення та пізнання, то воно розглядається як припущення чи здогад, твердження, яке на відміну від аксіом та постулатів вимагає докази. Іншими словами, гіпотеза це висновок про високу ймовірність чогось і побудова у вигляді низки наявних спостережень та переліку відомих закономірностей. Гіпотетичний (точніше, умовний) — категоричний силогізм як різновид дедуктивного умовиводу, який зазвичай є підґрунтям діагнозу. Також гіпотезу розглядають як умовне судження, що існує окремо, або як частину висновку, але яке не належить до останнього. Крім того, необхідно мати на увазі наступне: 1. Поняття «гіпотеза» відрізняється від понять «ймовірність», «можливість», «умовність», «припущення», «версія», «здогад», але часто буває пов'язане з ними. 2. Гіпотеза як вид умовиводу грає неоднакову роль у різних видах і процесах людського пізнання: науці, прогнозуванні, розпізнаванні, пізнаванні.

Як відомо, гіпотетична методика діагнозу наприкінці XIX століття була, безумовно, найкращою в порівнянні з усіма перерахованими вище, бо вона виходила з науково обґрунтованих принципів. Чи не означає це, що кожен практикуючий лікар у процесі постановки діагнозу має звертатися до гіпотези з метою створення нової теорії захворювання, що в практичній реальності мало ймовірно. Безумовно ні, оскільки завдання практикуючого лікаря та вченого-клініциста відрізняються. Один створює та пропагує теорію, патогенез, методи лікування, а інший застосовує їх на практиці. Один відкриває хвороби та її механізми, а інший розпізнає їх у конкретних хворих.

Проблема і у тому, що значно розширене тлумачення поняття гіпотези призводить до суб'єктивізації цієї форми думки, оскільки підпорядковує «робочій» гіпотезі всі етапи діагнозу: від збирання анамнезу до лабораторного дослідження, і навіть функціонального, анатомічного і нозологічного діагнозу. Тобто до «робочої» гіпотези можуть невинновдано зводити всі форми лікарського діагностичного мислення – від аналогії до індукції та дедукції. Таке нескінченне та суб'єктивне розпилення «гіпотез» не призводить до істини, тим більше в практиці лікарів, не знайомих з логікою та методологією науки.

Таким чином, «робоча діагностична гіпотеза» — це лише версія чи одне з можливих, навіть хибних пояснень чи тлумачень факту, явища, події. Одним із найпоширеніших аргументів на користь гіпотетичності діагнозу хвороби є аргумент про його ймовірнісний характер.

У свою чергу, до необхідних наукових методів пізнання належать 4-и основних логічних законів без яких не можна перевірити та встановити, чи правильно діагностичне мислення. Ці закони логіки представлені: 1. Законом тотожності («А є А») — кожна думка повинна дорівнювати самій собі та не повинна мати більше одного значення. 2. Законом протиріччя – висловлювання та її заперечення неможливо знайти одночасно істинними. 3. Законом виключеного третього, коли два суперечать судження про один і той же предмет в один і той же час і в тому самому відношенні не можуть бути одночасно істинними і не можуть бути одночасно помилковими. 4. Законом достатньої підстави — будь-яка думка (теза) для того, щоб мати силу, обов'язково має бути доведена будь-якими аргументами, причому ці аргументи мають бути достатніми для заснування вихідної думки, тобто вона повинна впливати з них.

На відміну від науково-теоретичного пізнання гарно розуміти ту чи іншу нозологічну одиницю заважає: не завершена клінічна освіта, уривчасті знання, гіперболізовані акценти на теорію, пасивне вивчення нозології, великі перерви при вивченні, відсутність клінічної системи: бачити та читати, читати та бачити.

Далі слід особливо відзначити, що прогресивно наростаючий потік наукової, а також рекламної інформації, поряд із дійсною користю, може загрожувати розпорошенням чи відволіканням від принципів медицини, від кардинальних підходів щодо виявлення патології та нозології. Звичайно, що чим більше маса неупорядкованої наукової інформації, тим менша її доступність. Більше того, медицина як наука перманентно піддається дискусії в плані постійного розвитку нозологій з їх модифікацією означень, термінології, класифікацій, схем лікування та ін. А відсутність, наприклад, точних означень та термінології недостойна науки, що, безумовно, обмежує розуміння. І справді, не все понятійно визначено в медичній науці, навіть в фундаментальних поняттях. Так деякі автори вважають відмітною рисою хвороби недосконалість, обмеження, недостатність пристосованості організму до змін середовища. А опоненти стверджують протилежне, що саме пристосованість є сутністю хвороби. Так чи інакше, але хвороба — зниження пристосованості (фізіологічної адаптації) до навколишнього середовища, що є біологічною складовою, а зниження праце-

здатності — соціальною. У той же час співвідношення патологічної структури і функції неймовірно складне, шаблонне розділення хвороб на функціональні та органічні неприйнятне, поняття «реакція організму» має надто широке значення, а безпосереднього зв'язку між стимулом і реакцією організму по суті немає, оскільки для виникнення «пошкодження органу» та хвороби передусім має з'явитися його «поломка». Водночас виникнення хвороби, як правило, пов'язується із соціальними, економічними, політичними, екологічними та професійними обставинами [3]. Соціальні детермінанти здоров'я були визнані декількома організаціями охорони здоров'я, такими як Агентство суспільної охорони здоров'я Канади та ВООЗ, як ті, що мають значний вплив на колективне та особистісне благополуччя. Рада із соціальних детермінантів ВООЗ також визнає соціальні детермінанти здоров'я в умовах бідності [4].

Таким чином, у міру розвитку медицини як науки стало зрозумілим, що існує множина понять на неоднорозуміння, наприклад, між класичними термінами «пошкодження», «стрес», хвороба. Разом з тим, розуміння наукових протиріч, боротьби думок із формуванням теорій, понять, означень тощо, абсолютно необхідне для студента та лікаря, тому що роз'яснення, навіть коротке, про походження та суперечливість розвитку діагностичних та терапевтичних концепцій можуть полегшити розуміння як власне патології, так і практики. У свою чергу, замовчування чи спрощення труднощів розуміння предмета вивчення, у даному випадку нозології, є перешкодою для успішного розвитку професійного мислення лікаря. Тим паче, що сучасний стан рівня теоретичної та практичної медицини досить високий, що потребує корекції непорядкованості понять, термінології, означень. Проте проблема термінологічного розуміння є надзвичайно складною і не тільки для практикуючого лікаря. Так Г. Сельє у своїй книзі «Стрес життя» дає не менше п'яти визначень стресу: неспецифічна маніфестація тваринного організму; стан, що виражається синдромом загальної адаптації; загальна назва всіх адаптивних реакцій тіла (організму); специфічний синдром, спричинений неспецифічною причиною та ін. [5]. Водночас поняття стрес передбачає ситуацію, що викликає потребу в адаптації організму; реакцію людини на погіршення біологічної та духовної рівноваги.

Повертаючись до проблеми розвитку неусвідомленості в діяльності лікаря, слід вказати на зростаючу лабораторно-технічну методологію, найчастіше необхідну, проте, яка дедалі більше вклинюється між лікарем і хворим, що сприяє зменшенню взаємодії між ними. Такі умови діяльності можуть звужувати професійне поле зору з втратою цілісного, біологічного та соціального бачення хворого, деперсоналізації і навіть дегуманізації лікування, тобто скочування до професійного ремісництва. Заразом дозволимо собі нагадати, що чим досвідченіший лікар (мається на увазі дійсно досвід, а не стаж роботи), тим більше він усвідомлює обмеженість чи недоліки своїх знань та мистецтва і таким чином неминує оптимізує свою професійну усвідомленість.

Для таких лікарів не існує дрібниць, коли йдеться про боротьбу за здоров'я хворої людини, оскільки «та чи

інша дрібниця» — частина великого цілого, як – от діагностики та лікування. І саме в умовах клініки при безпосередньому спостереженні хворого студент чи лікар засвоюють техніку та майстерність післядипломного вчителя, його перебіг міркувань, тобто аналіз та синтез виявлених клінічних фактів у конкретного хворого, систему динамічної перевірки діагностичних припущень, встановлення показань та протипоказань кожного лікувального заходу.

Однак розглядаючи діяльність лікаря в поліклініці та стаціонарі необхідно зазначити, що за нинішньої організації праці йому не до аналізу та синтезу, оскільки лікарі «тонуть» у повсякденній паперовій та комп'ютерній тяганині, часто залишаючись допізна чи беручи частину цієї роботи додому, щоб її закінчити. Ця далека від лікарського служіння діяльність не лише «з'їдає» особистий час, а й забирає час, який лікар має присвячувати вивченню хворих та патології. Не викликає жодного сумніву, що студентів медичних університетів навчають бути лікарями, а не фахівцями з нескінченних форм та бюрократичних процедур. І в таких виробничих умовах пригнічує і те, що хворі можуть довго чекати, а часом і не дочекатися необхідних за часом оглядів, тому що лікар цілком технічно зайнятий оформленням усілякої документації. Звичайно, виникає актуальна проблема, чи можливо зберегти тонкий та необхідний баланс між лікувально-діагностичним процесом та адміністративними навантаженнями, не йдучи на компроміси ані з тим, ані з іншим?

І дійсно, медична сфера в етичному плані кардинально змінюється за останні кілька десятиліть, оскільки молоді лікарі переглядають свої пріоритети. На відміну від своїх старших колег, які часто присвячували своє життя повністю медицині, багато лікарів покоління міленіалів та покоління X прагнуть фінансової безпеки, незалежності та кращого балансу між роботою та особистим життям.

Більше того, сьогоденні покоління лікарів виступають проти традиційної моделі довгих годин роботи та лікарняної бюрократії. Багато хто звертається до консерв-медицини, телемедицини та неклінічних ролей, щоб уникнути великої кількості пацієнтів та адміністративного навантаження. Для деяких це означає поєднання медицини з підприємництвом, тоді як інші віддають пріоритет відпочинку та зниженню вигорання, розробляючи власні моделі практики.

Фінансовий тиск на це покоління також не можна ігнорувати, оскільки середньостатистичний випускник медичного університету має певний фінансовий борг. У зв'язку з цим і з об'єктивної економічної причини фінансова стабільність є серйозною проблемою. Втім, ландшафт приватної практики скорочується. Це зрушення змушує молодих лікарів переосмислювати традиційні кар'єрні шляхи. Можливо, найпомітніше, про що говорять молоді лікарі, так це про захист свого психічного здоров'я та благополуччя. Багато хто делегує обов'язки, освоює технології та активно уникає вигорання, яке переслідувало попередні покоління. Невже епоха класичної медицини відходить?

Говорячи про адміністративну активність, нинішня медична реформа надала їй нового розмаху по вертика-

лі та горизонталі. Під глобальним тиском «пакетів», протоколів, низьким фінансуванням, недостатнім кадровим забезпеченням тощо реформа не викликала оптимального відгуку у всіх структурах охорони здоров'я та в медичній освіті також. Як наслідок, відбулося відсунення професорсько-викладацького складу від клінічного процесу, стала прогресувати дезорганізація відцентрових локальних сил з її «голим» адмініструванням, обмежувачим загальний розвиток охорони здоров'я, у центрі якого має формуватися висококваліфікований лікар не лише НДІ, кафедри, а й першої лінії.

До того ж, чим очевидніше просувається вітчизняна медична реформа, тим більше відхилень з її «спростуванням» сформувалося на тлі економічної депресії, обстрілів та масових боїв. Так, знизилася якість та доступність медичної послуги — телефонна діагностика та лікування, обмежена кількість обстежень за один день, довгий шлях до фахівців другого рівня, безліч комп'ютерних процедур у діяльності лікаря. Тобто чим глибшими були пробуджені надії, тим гострішим виявилось розчарування. На місці первісної потреби, що відображає оптимізм і сумніви, зараз виросла нова потреба — пояснення, яке необхідне для розуміння логіки професійного функціонування, як окремого лікаря, так і медичних установ з їх балансом усвідомленого та стихійного (неусвідомленого).

В цьому аспекті слід зазначити, що у сучасній літературі необхідність ґрунтовного вивчення та усвідомленого застосування економічних законів, змістовної та формальної логіки для функціонування окремих виконавців та лікувальних закладів розглядається недостатньо. У зв'язку з цим ми спробували розглянути ті апіорні категорії, які служать не тільки для побудови теорій, але й необхідні для розкриття функціонування у лікарській діяльності та лікувальних закладах.

Методологічна недосконалість у лікарській діяльності зумовлена тим, що часто професійна «стихійність» («неусвідомленість») має перевагу над професійною «свідомістю» («усвідомленням»). Іншими словами, правильніше говорити не про відбиття деяких законів логіки, а про відсутність застосування універсальних логічних принципів, законів та категорій у вирішенні специфічних завдань тієї чи іншої галузі науки та практичної діяльності, зокрема медичної.

Проблема діагностичної логіки в сучасній лікарській діяльності може бути розкрита двома основними концепціями. Перша полягає в тому, що «професійна лікарська свідомість або розуміння тієї чи іншої патології» не може виникнути з «стихійності», а може бути привнесена лише зовні, тобто від експертів, наказів, консенсусів, рекомендацій та інших такого роду документів. У свою чергу, експерти сприяють швидшому та глибшому освоєнню матеріалу. Пропоновані для практичної реалізації різноманітні рекомендації (консенсуси) сформовані на основі їх блискучих узагальнень (мета-тестів).

І, по-друге, свідомо клінічна діяльність завжди припускає певну міру передбачення її результатів, тобто близьких чи віддалених наслідків своїх дій. Вища форма свідомої діяльності в умовах клініки ґрунтується на пізнанні біологічних та соціальних законів життєдіяль-

ності пацієнта та їх практичному використанні для досягнення точного діагнозу та оптимального лікування. Однак у зародкових формах свідомої діяльності має місце і тоді, коли люди емпірично пізнали окремі зв'язки явищ і не навчилися їх застосовувати, ще не знаючи законів цих явищ. І якщо люди діють лише в ім'я своїх найближчих інтересів, то може виникнути невідповідність між найближчими та більш віддаленими результатами їхньої діяльності. У таких випадках діяльність людей не втрачає своєї якості свідомої, проте, її наслідки виявляються стихійними.

Ці дві концепції визначають особливості ставлення лікаря до хворого як до єдиного медико-соціального цілого і можуть мати прогресивні далекосяжні результати, які важко оцінити негайно.

Щоб пробудити трудову свідомість у широкої медичної громадськості, водночас з економічним становленням необхідний професійний розвиток. Ці два чинники невіддільні один від одного, оскільки будь-який професійний розвиток передусім має бути економічним становленням.

Не викликає сумніву й те, що професійний медичний розвиток особливо наочний і відчутний у контексті клінічної підготовки лікаря, яка залежить від рівня цивілізації та соціальної організації відповідних країн та народів і що ми вище, вже, підкреслювали.

Ідеалом діяльності практичної охорони здоров'я має бути «не відірвана багатослівність і беззмістовність, тобто просторікування про рекомендації, протоколи або тільки їх наявність у надрукованому вигляді в стопці документів для звітності, а незрівнянно більше – активне вивчення, адаптація, дотримання та реалізація в регулярній, повсякденній роботі.

У зв'язку з цим розглянемо дві історичні категорії – свідомість і стихійність, що характеризують перебіг процесів у трудовій діяльності та, безумовно, у суспільному житті. Свідомим називається те, що здійснюється адаптація людьми відповідно до заздалегідь поставленої мети. Вища форма свідомої діяльності ґрунтується на пізнанні та застосуванні законів суспільства, природи, фізіології, патофізіології тощо.

Стихійним називається те, що здійснюється ненавмисно і не контролюється людьми, оскільки не підпорядковано в потрібній мірі свідомості, знанням, розумінню патологічного процесу, конструктивності мислення. Свідомість і стихійність співвідносні і можуть за відомих умов переходити одна до одної [6].

У найзагальнішому вигляді свідомість і стихійність відбивають протилежність між процесами у природі, суспільстві та у трудовому процесі. У природі діють стихійні сили, у суспільстві діють люди, які мають свідомість, волю, мають певні цілі. Хоча кожна людина діє свідомо, трудова діяльність в цілому не є первісно свідомим процесом. Якщо люди діють лише у своїх безпосередніх інтересах, і оскільки такі інтереси вельми часто бувають суперечливими, може виникнути невідповідність між найближчими і більш віддаленими результатами їхньої діяльності. В таких випадках кінцеві наслідки свідомої діяльності людей виявляються стихійними.

Отже, зважаючи на вищевикладене, лікарська діяль-

ність може бути як стихійною, тобто не усвідомленою в розумінні логіки виставленого діагнозу, нехай навіть помилкового, або при призначенні ліків, фармакокінетики та фармакодинаміки яких невідомі лікарю.

У свою чергу свідому діяльність лікаря ми розглядаємо як постійний цілеспрямований рух вперед до своїх професійних знань та досвіду. Вищою формою такої діяльності є клінічне мислення. Безумовно, свідомою діяльністю залежить не тільки від особистих якостей того чи іншого дипломованого співробітника, а й від умов праці, наприклад: чи проводяться в тому чи іншому лікувальному закладі конференції, консилиуми, клінічні розбори, патологоанатомічні паралелі; чи є бібліотека, чи є відповідна кафедра, та як налагоджено взаємодію з кафедральними співробітниками, з їхньою відповідальністю та закріпленістю за тим чи іншим відділенням. Цей підхід означає те, що методичний професійний рівень кафедрального співробітника (доцента, професора чи асистента) достатній для такої діяльності, тобто наявність кафедри при лікарні, що надає їй звання клінічної, це не формальність, це не договірна умовність, а процес, що віддаляє керівництво лікарні від голого адміністрування. Але є ще одна паралель, можливо пов'язана з діяльністю кафедральних співробітників — це лінія Учителя. Опора такої функції — формування учнів. Без такого підходу немає колективу, немає спадкоємців, немає майбутнього [7].

Говорячи про професійну значущість кафедральних працівників, які мають науковий ступінь, слід зазначити, що їхня діяльність пов'язана з невід'ємною одна від одної науково-практичною ініціативою. І діяти такого масштабу належать до зовсім іншої категорії, ніж діяти лише практичного рівня, оскільки вони зобов'язані звалити на плечі трудомістку роботу з подальшого розвитку науки, практичної діяльності та медичної освіти. І це можливо реалізувати, якщо в їх менеджменту діяльність педагога закладено науковий зміст. Тобто їхня початкова і подальша науково-педагогічна та адміністративна кар'єра, говорячи високим стилем, не повинна губитися в темряві історії. А для того, щоб діяти між старим та новим, неодмінно потрібен справжній, відданий справі новатор, фахівець. І не викликає жодного сумніву, що повноцінний розвиток лікаря неможливий без постдипломного вчителя.

Розглядаючи цю дискусію, ми вважаємо, що розвиток професіоналізму можливий у трьох основних напрямках:

1. Економічному — покращення умов продажу своєї праці, скорочення робочого часу, зменшення кількості хворих на одного лікаря, підвищення оплати праці. «Політикою може займатися людина економічно незалежна». Ми дозволимо собі дещо перефразувати цей погляд та нагадати, що наукою, лікарською діяльністю тощо також може займатися людина економічно незалежна.

2. Професійному (для медичних працівників — постійна та всебічна боротьба за свої професійні інтереси). Професор Майк Севедж з Лондонської школи економіки каже: «Коли вас примушують працювати багато годин, то у вас немає свого часу. Ви більше не розпоряд-

жаєтеся власним життям». І дійсно, нескінченна кількість історій хвороби з їх первинним оглядом, щоденниками, перехідними епікризами, виписками, нескінченим контактом з хворими, надання невідкладної допомоги, аналіз та оцінка лабораторних даних та багато іншого.

3. І, нарешті, ідеологічний напрямок в охороні здоров'я, який характеризується протистоянням впровадженню методів недоказової медицини, що покликане внести до широких мас населення доступну, своєчасну та професійну допомогу будь-яким верствам суспільства.

І немає жодного сумніву, що в міру розвитку держави її охорона здоров'я розвивається від менш розвинутої професійно-економічної форми до більш розвинених професійних та ідейних форм.

Переходячи від загального до часткового, слід зауважити ще складніший аспект, який зазначає, що й професійний розвиток ведеться більш менш свідомо, він не завжди приносить очікувані результати, приводячи нерідко до розбіжності між цілями і результатами. Стихійність у професійній діяльності є здебільшого показником їх нерозвиненості, недостатньою організованістю, відсутністю раціонального менеджменту. Проте професійна діяльність у розвинених формах завжди характеризується як діяльність усвідомлена. З іншого боку, стихійність може бути як показник об'єктивного недосконалої реальності.

Водночас слід враховувати, що існують такі стихійні явища, які виражають процес зародження нового. Перехід від стихійності до свідомості передбачає поєднання свідомого керівництва із боку керівних органів із діяльністю найбільш ініціативних творчих співробітників.

Як відомо, період війн призводить до корінного перелому у суспільному розвитку, коли дедалі більше відбуваються розбіжності інтересів окремих діячів з інтересами виробничого процесу. Це веде до поступового переважання стихійних сил, оскільки у суспільстві порушується можливість враховувати як найближчі, а й більш віддалені наслідки тієї чи іншої діяльності, що відбувається у перспективному прогнозуванні і плануванні. У той же час економічні закони розвитку вимагають свідомого керівництва життям суспільства, підприємства. Однак коли люди перебувають у системі невідповідності чи неможливості дотримання законів чи функціональних обов'язків, результатом їхньої діяльності можуть бути і непередбачені стихійні наслідки.

Отже, нами представлені концепції логіки можливостей діагностичного мислення разом із їх синтаксисом, семантикою та прагматикою. Було викладено основи діагностичного мислення, згідно з яким діагноз співвідноситься зі складним діагностичним контекстом. Серед складових цього контексту — пацієнт, діагност, методи діагностичного міркування та конкретне медичне пізнання, що використовується. Методи можуть містити одну або кілька логік для використання їх у діагностичному мисленні, міркуванні. Показано, що медичний діагноз є соціальним конструктором, оскільки діагностичний процес, який створює діагноз, є людською соціальною практикою, заснованою на інституті наукових правил.

ЛІТЕРАТУРА

1. Стражеско МД. Основи фізичної діагностики захворювань черевної порожнини. 3-тє вид. Київ: Держмедвидав, УРСР. Посібник для лікарів та студентів. 1948;235 с.
2. Gurariy GE. Full course of lectures. Available at: <https://www.youtube.com/@PsychologyVistas-cs1vg/playlists> OHIO College of Arts and Sciences Psychology. 2024.
3. Ходош ЕМ, Щербань МГ. Морфологічні та клініко-променеві основи професійних захворювань легень (історія, клініка, патоморфологія, фіброзні ускладнення, променева діагностика). Харків: Право. 2024;414 с.
4. Соціальні детермінанти здоров'я. Всесвітня організація охорони здоров'я, виконавчий комітет, 154 сесія Пункт 19 попереднього порядку денного EB154/21. 2023.
5. Selye H. The Stress of Life Paperback. 1978;517 p.
6. Ходош Е, Бодня К. «Свідомість» та «стихийність» як протиставлені категорії розвитку лікарів та лікувальних закладів. XII Міжнародна науково-практична конференція "perspectives of contemporary science: theory and practice", 13-15.01.2025. Львів, Україна. 261–266.
7. Лупальцев В. Життя хірурга. Харків: Право. 2025;260 с.

REFERENCES

1. Strazhesko MD. *Osnovy fizychnoyi diahnostyky zakhvoryuvan cherevnoyi porozhnyny*. 3-tye vyd (Fundamentals of physical diagnostics of abdominal diseases. 3rd ed). Kyiv: Derzhmedvydav, URSR. Posibnyk dlya likariv ta studentiv. 1948;235 p.
2. Gurariy GE. Full course of lectures. Available at: <https://www.youtube.com/@PsychologyVistas-cs1vg/playlists> OHIO College of Arts and Sciences Psychology. 2024.
3. Khodosh EM, Shcherban MH. *Morfolohichni ta kliniko-promenevi osnovy profesiynykh zakhvoryuvan lehen* (istoriya, klinika, patomorpholohiya, fibrozni uskladnennya, promeneva diahnostyka) (Morphological and clinical-radiological bases of occupational lung diseases (history, clinic, pathomorphology, fibrotic complications, radiological diagnostics)). Kharkiv: Pravo. 2024;414 s.
4. *Sotsialni determinanty zdorovya. Vsesvitnya orhanizatsiya okhorony zdorov'ya, vykonavchyy komitet, 154 sesiya Punkt 19 poperednoho poryadku dennoho EB154/21* (World Health Organization, Executive Board, 154th session Item 19 of the preliminary agenda EB154/21). 2023.
5. Selye H. The Stress of Life Paperback. 1978;517 p.
6. Khodosh E, Bodnya K. «Svidomist» ta «stykhiynist» yak protystavlени katehoriyi rozvytku likariv ta likuvalnykh zakladiv. XII Mizhnarodna naukovopraktychna konferentsiya "perspectives of contemporary science: theory and practice", 13-15.01.2025 ("Consciousness" and "spontaneity" as opposed categories of development of doctors and medical institutions. XII International scientific and practical conference "perspectives of contemporary science: theory and practice", 13-15.01.2025). Lviv, Ukrayina. 261–266.
7. Lupaltsev V. *Zhyttya khirurha* (Life of a surgeon). Kharkiv: Pravo. 2025;260 p.