

Щоб стати виконавцем, у музичних закладах учні мають години індивідуального навчання, а в медичних ВУЗ процес навчання носить груповий характер. Під час навчання в інтернатурі ми створюємо умови для найповнішої реалізації творчих можливостей інтернів, які отримують цей час в розкладі аудиторного навчання. Безумовно, дистанційне навчання – індивідуалізований процес передачі та засвоєння знань, умінь, навичок, яке створюється на основі сучасних психолого-педагогічних та інформаційно – комунікаційних технологій. Індивідуальні форми навчання на кафедрі за клінічним напрямком: описання хворого, який поступив, під контролем викладача, розбором помилок з питань діагностики, формулювання діагнозу, плану обстеження та лікування; чергування в клініці, проведення самостійно інструментальних обстежень (ЕКГ, ДМАТ, ХМЕКГ, спірографія, пікфлоуметрія), навички з реанімації на фантомах, трактування результатів лабораторного та інструментального дослідження, проведення різних ін'єкцій, плевральної пункції, проведення бесід з хворим з питань профілактики та консультування з модифікації засобу життя, оформлення медичної документації. Необхідно надавати більше самостійності, але під наглядом лікаря, викладача. Існує ситуація, коли в інтернатурі лікар не має права самостійно щось робити, а завтра, коли отримав сертифікат, повинен здійснювати ту чи іншу дію.

Лікарі-інтерни на практичних та семінарських заняттях часто готують та виступають з презентаціями, які також являються однією із форм інтерактивного навчання. Найбільш відповідальним є підготування та виступ на науково-практичній конференції клініки.

Всі форми інтерактивного навчання потребують високої професійної і педагогічної кваліфікації викладачів, по-

шуку нових форм проведення практичних та семінарських занять.

**Висновки.** Таким чином, не тільки технічні методи, дистанційне навчання, спілкування в соціальних мережах дають змогу взаємодії, а і традиційні форми можуть містити інтерактивні форми: клінічний розбір з активною участю всієї групи та дискусією, аналіз клінічних ситуацій, ділові та рольові ігри, майстер-класи, самостійна робота, підготування презентацій сприяють індивідуальному навчанню лікаря-інтерна, формують компетенції, розвивають його творчий потенціал, здатність обґрунтовувати свою думку, навички співпраці з колегами, наближають до справжньої практичної діяльності.

#### **Література.**

1. Національна стратегія розвитку освіти в Україні на період до 2021 року [Електронний ресурс]. Режим доступу – <http://zakon2.rada.gov.ua/laws/show/344/2013#n10>

2. Дичківська І.М. Інноваційні педагогічні технології / І.М. Дичківська // Підручник, 3-тє видання, виправлене, Академвидав, 2015. – 304 с.

3. Козлова Г.М. Методика викладання у вищій школі / Г.М. Козлова // Навчальний посібник. – Одеса, ОНЕУ, 2014 – 200 с.

4. Федорчук Е.І. Сучасні педагогічні технології / Е.І. Федорчук // Навч.-метод. посібник. – Кам'янець – Подільський, 2006 – 212 с.

5. Реутова Е.А. Применение активных и интерактивных методов обучения в образовательном процессе вуза / Е.А. Реутова // Метод. реком. для преподавателей. – Новосибирск, 2012. – 58 с.

УДК 159.942+612.821]:614.23

## **ПСИХОЕМОЦІЙНИЙ ТА ВЕГЕТАТИВНИЙ СТАН ЛІКАРІВ-ІНТЕРНІВ НА ПОЧАТКУ ПРОФЕСІЙНОЇ ДІЯЛЬНОСТІ**

***В. І. Кривенко, О. П. Федорова, С. П. Пахомова, І. В. Непрядкіна, І. С. Качан***

*Запорізький державний медичний університет*

## **PSYCHOEMOTIONAL AND VEGETATIVE STATUS OF INTERNS AT THE BEGINNING OF ITS PROFESSIONAL ACTIVITY**

***V. I. Kryvenko, O. P. Fedorova, S. P. Pachomova, I. V. Nepryadkina, I. S. Kachan***

*Zaporizhian State Medical University*

У статті розглянуті питання адаптації молодих фахівців до початку трудової діяльності. Проведена оцінка наявності проявів депресії та вегетативної дисфункції при проходженні інтернатури на заочному періоді навчання. Запропоновані методи корекції психоемоційного стану молодих фахівців.

The article is devoted to adaptation of young specialists at the beginning of their professional activity. The assessment of presence of depression and vegetative dysfunction was made during the internship at extramural learning. The correction methods were proposed for prevention the psychoemotional disturbances.

**Вступ.** Життя людини тісно пов'язане з його професійною діяльністю, тому немає нічого більш важливого, аніж правильний вибір життєвого шляху. Для реалізації

людини, як соціального елемента, їй необхідно знайти своє місце у соціумі, яке дозволить реалізувати себе у повній мірі, відчутти радість від праці за призначенням. На початку трудової діяльності кожному молодому спеціалісту приходить зійтнутися з процесом адаптації до колективу співробітників, пацієнтів, а також до нової соціальної ролі.

Адаптація молодого спеціаліста – це не тільки пристосування до нових умов життя, але і активне засвоєння норм професійного спілкування, трудової дисципліни, професійних навичок, традицій трудового колективу [5].

Молодий спеціаліст для засвоєння своєї професійної сфери повинен пройти два рівня адаптації: професійної і соціально-психологічної.

Соціально-психологічна адаптація, на думку фахівців, є найбільш важливою. Це адаптація до найближчо-

го соціального оточення, традицій і нормам поведінки у колективі, до стилю роботи керівників, до особливостей міжособистісних відносин, що склалися в колективі. Вона означає включення працівника у колектив, як рівноправного, прийнятого всіма його членами.

Соціально-психологічна адаптація може бути пов'язана з чималими труднощами, до яких відносяться нереалізовані очікування швидкого успіху, обумовлені недооцінкою труднощів, важливості живого людського спілкування, практичного досвіду і переоцінкою значення теоретичних знань та інструкцій.

Результати дослідження показують, що на професійне становлення молодого фахівця впливають більшою мірою перші роки роботи.

Згідно А.А.Налчаджану соціально-психологічна адаптація – це процес розв'язку проблемних ситуацій особистістю, у ході чого вона використовує навички соціалізації, які були набуті на попередніх етапах свого розвитку. Це дозволяє особі взаємодіяти з групою без внутрішніх або зовнішніх конфліктів, продуктивно виконувати провідну діяльність, задовольняти свої основні потреби, переживаючи стан самоствердження та вільного вираження своїх творчих здатностей [4].

Соціально-психологічна адаптація – це складний, тривалий, а іноді і болісний процес, пов'язаний зі зміною внутрішнього світу людини. Він обумовлений відмовою від звичного плину життя, пов'язаного з подоланням різних професійних труднощів. Молодий фахівець змушений мобілізувати волю, енергію, стримувати емоції. При цьому порушуються старі уявлення, стереотипи діяльності, формуються нові навички, вміння, змінюється поведінка. Перші роки після закінчення вищого навчального закладу є тим випробувальним терміном, який визначає позиції молодого фахівця [4, 5].

На процес соціальної адаптації молодих фахівців великий вплив має духовна атмосфера колективу, яка може надати як позитивний, так і негативний вплив. Неприйняття молодого фахівця, байдуже або навіть вороже ставлення до нього з боку колег, здатні негативно вплинути на професійне самовизначення. Проблеми адаптації до нового колективу можуть вплинути на молодого фахівця, можуть привести до невпевненості до себе, до своєї практичної або теоретичної підготовки та, навіть, до розвитку депресії.

Таким чином, важливо знати як адаптуються молоді фахівці до своєї професійної діяльності, зокрема, на етапі інтернатури.

#### **Основна частина.**

Нами були протестовані 35 здорових лікарів-інтернів, які знаходилися на другому році навчання в інтернатурі і повернулися із заочних баз стажування, де вони протягом 1 року працювали безпосередньо виконуючі обов'язки лікарів за фахом «загальна практика-сімейна медицина». З них 28 жінок (80%) та 7 чоловіків (20%), середній вік  $23,2 \pm 0,2$  років. Лікарями-інтернами самостійно були заповнені анкети вегетативних порушень Вейна, шкали депресії Бека та шкали тривожності Ч.Д. Спілбергера – Ю.Л.Ханіна [2].

Опитувальник Вейна складається з 11 запитань, які стосуються вегетативних проявів при різних ситуаціях. Ступінь вираженості оцінюється за шкалою від 0 до 3 залежно від тяжкості стану [3].

Для оцінки наявності депресії була використана шкала депресії Бека (Beck Depression Inventory) запропонова-

на А.Т.Беком у 1961 р. Ця шкала була розроблена на основі клінічних спостережень, що дозволили виявити обмежений набір найбільш релевантних і значущих симптомів депресії і скарг, які найбільш часто пред'являються пацієнтами. Після співвіднесення цього списку параметрів з клінічними описами депресії, що містяться у відповідній літературі, був розроблений опитувальник, що включає в себе 21 категорію симптомів і скарг. Кожна категорія складається з 4-5 тверджень, які відповідають специфічним проявам/симптомам депресії. Ці твердження розподілені в міру збільшення питомого вмісту симптому в загальну ступінь тяжкості депресії [1].

Показник за кожною категорією розраховується наступним чином: кожен пункт шкали оцінюється від 0 до 3 відповідно до наростання тяжкості симптому. Сумарний бал становить від 0 до 62 і знижується відповідно до поліпшення стану.

Реактивна тривожність характеризується напруженням, стурбованістю, нервозністю у певній ситуації. Зазвичай рівень реактивної тривожності змінюється напередодні важливих ситуацій, перед виконанням відповідальних завдань та ін.. Тривожність може бути результатом нещодавно пережитих подій. При цьому емоційні враження не втратили впливу на особу. Особистісна тривожність – це стійкий стан, який характеризується схильністю сприймати великий круг ситуацій, як загрозу. У тривожний стереотип поведінки трансформується все: незначні соматичні порушення, психологічний дискомфорт, сприйняття певних сторін дійсності, або життєвої позиції.

Рівні реактивної і особистісної тривожності оцінювались за результатами шкали Спілбергера – Ханіна. У опитувальнику дві анкети «Реактивна тривожність» і «Особистісна тривожність» по 20 питань кожна. Інтерпретація даних: сума балів до 30 – низька тривожність або її відсутність, від 31 до 45 – помірна тривожність, 46 та вище – висока тривожність, що може дестабілізувати особистість.

При інтерпретації шкали Бека у інтернів було виявлено, що у більшості опитованих – 24 (68,6%) лікарів-інтернів – немає ознак депресії, з них 3 (8,57%) чоловіків і 21 жінка (60%). Однак, у третини респондентів – 11 (31,4%) осіб – були виявлені ознаки депресії різного ступеня тяжкості:

у 7 (20%) інтернів – легка депресія (субдепресія) з них 2 (5,7%) чоловіків і 5 (14,3%) жінок;

у 2 (5,7%) інтернів – помірна депресія, з них всі чоловіки;

у 2 (5,7%) інтернів – виражена депресія (середньої тяжкості), з них всі жінки.

При цьому, лише у 12 (34,3%) лікарів-інтернів були відсутні вегетативні порушення, тоді як у більшості – у 23 (65,7%) були виявлені ознаки вегетативної дисфункції. При оцінці наявності депресії та вегетативної дисфункції, виявлено, що у всіх лікарів-інтернів з вираженою та помірною депресією також були всі ознаки вегетативної дисфункції. У респондентів з субдепресією (7 осіб) тільки у 2 (5,7%) не було ніяких ознак вегетативної дисфункції, тоді як у 5 (14,2%) вони були наявні. Таким чином, з 11 лікарів-інтернів з виявленою депресією у 9 (25,7%) вона проявлялася вегетативною дисфункцією.

При аналізі анкет тривожності виявлено, що у лікарів-інтернів з вираженою депресією також спостерігалася виражена тривожність (як реактивна, так і особистісна), сума балів відповідно складала 56,5 і 50. У осіб з помірною вираженою депресією – особистісна тривожність складала

в середньому 59, а реактивна – 56 балів відповідно. У інтернів з субдепресією особистісна тривожність склала в середньому 48, а реактивна – 51 бал відповідно.

Серед скарг, які пред'являли респонденти, домінували: загальна слабкість, швидка стомлюваність, зниження настрою, з його пригніченням, почуттям туги, провини, необґрунтовані страх і тривога, зниження апетиту і ваги, порушення сну, головний біль, що посилюється при емоційних і фізичних навантаженнях, зміні погоди, відсутність задоволень. Деякі інтерни вказали на незадоволеність собою, відчуттям провини, або невпевненості в собі.

Нові принципи навчання у вищій школі дають можливість придбати знання, освоїти частину навичок, отримати хорошу освітню компетентність. Але автономність, соціальна і професійна адаптивність у сучасних молодих фахівців знаходяться на низькому рівні, що пов'язано значною мірою недостатнім навиком соціалізації – вмінням спілкуватися з хворими та колегами. Це пов'язано з тим, що більшість часу виділена на тестову форму навчання, тому основною формою навчання повинні бути клінічні розбори, роботи в групах, курація хворих. Ця форма проведення заняття дає можливість удосконалити пропедевтичні навички, застосувати теорію на практиці, розмовляючи і обстежуючи хворого, формулюючи діагноз і складаючи план обстеження і лікування. Важливою також є можливість розвитку комунікативних здатностей лікарів-інтернів не тільки у парі «пацієнт – лікар», але й у парах «лікар – лікар», «лікар – медична сестра» та ін.

Можливо, необхідно вдосконалити систему тестування на кафедрах внутрішніх хвороб, на яких навчаються студенти IV-VI курсів. Змінити структуру і складність тестів, створювати так звані розгалужені тести-завдання, багаторівневі тести, які включали б поєднану патологію, хірургічні та акушерські проблеми при терапевтичних захворюваннях. На клінічних кафедрах основою заняття повинна бути не короткочасна демонстрація хворого, а клінічний розбір-спілкування з хворим, з обговоренням і конкретними висновками, вчити лікувати хворого, а не хворобу. Тоді на початку трудової діяльності лікар не буде

загнаний в глухий кут. Самостійна робота в позаурочний час також повинна бути перенесена в клініку, де під керівництвом наставників студент, лікар-інтерн міг би набувати практичних навичок і вмінь. Якщо більше часу приділяти роботі з хворими ще у вищому начальному закладі, то в інтернатурі, можливо, адекватна соціально-психологічна адаптація до самостійної роботи на початку трудової діяльності сприяла б попередженню розвитку порушення вегетативних функцій, депресивних станів у певної частини молодих фахівців.

#### **Висновки.**

Таким чином, для значної частини опитаних молодих лікарів-інтернів за фахом «загальна практика-сімейна медицина» характерні порушення вегетативної нервової системи (65,7%) та розвиток депресивних станів (31,4%), що поєднується з розвитком особистісної та реактивної тривожності. Це негативно впливає на соціально-психологічну адаптацію молодих фахівців і заважає їм застосовувати свої навички і вміння у практичній роботі.

#### **Література.**

1. Beck A.T., M.D., Ward C.H., M.D., Mendelson M., M.D., Mock J., M.D.; Erbaugh J., M.D. An Inventory for Measuring Depression // Arch. Gen. Psychiatry. – 1961. – Vol. 4 (6). – P. 561-571. doi:10.1001/archpsyc.1961.01710120031004.
2. Батаршев А.В. Базовые психологические свойства и самоопределение личности: Практическое руководство по психологической диагностике. – СПб.: Речь, 2005. – С.44-49.
3. Вегетативные расстройства: клиника, диагностика, лечение / Под ред. А.М.Вейна. – М.: ООО «Медицинское информационное агентство», 2003 – 752 с. – С. 54-55.
4. Налчаджян А.А. Социально-психическая адаптация личности: (Формы, механизмы и стратегии) / А.А. Налчаджян. – Ереван: Изд-во АН АрмССР, 1988. – 263 с.
5. Калиновская И.М. Адаптация молодого специалиста в новом коллективе [Электронный ресурс] / И.М. Калиновская // <http://www.libsakh.ru/?div=express&hid=145>.

## **ВПРОВАДЖЕННЯ СУЧАСНИХ ПІДХОДІВ ДЛЯ ПОКРАЩЕННЯ ПРАКТИЧНОЇ ПІДГОТОВКИ СПЕЦІАЛІСТІВ НА КАФЕДРІ ПІСЛЯДИПЛОМНОЇ ОСВІТИ ЛІКАРІВ-ОРТОДОНТІВ**

**В. Д. Курєдова, Л. Б. Галич, Ю. К. Сокологорська-Никіна**

*ВДНЗ України «Українська медична стоматологічна академія», м. Полтава*

**Вступ.** Через те, що Україна вже давно обрала курс на євроінтеграцію, освіта в країні не могла залишитись осторонь. І післядипломна медична освіта не є винятком. Саме впровадження сучасних підходів до післядипломної освіти допомагає в подоланні шляху до визнання міжнародною спільнотою наших спеціалістів конкурентоспроможними.

**Основна частина.** Стаття 47 закону України «Про вищу освіту» визначає сутність післядипломної освіти: «Післядипломна освіта – це спеціалізоване вдосконалення освіти та професійної підготовки особи шляхом поглиблення, розширення та оновлення її знань, умінь і навичок на основі здобутої раніше вищої освіти (спеціальності) або професійно-технічної освіти (професії) та практично-го досвіду» [1].

На сьогоднішній день основними критеріями, які визначають кваліфікацію та фахову підготовку майбутнього лікаря-ортодонта, є формування клінічного мислення та здатність до прийняття рішень в будь-якій клінічній ситуації. Майбутньому лікарю-ортодонті для розв'язання професійних задач, окрім теоретичних знань, потрібно відпрацьовувати мануальні навички. З перших днів на кафедрі курсанти заглиблюються в лікувально-діагностичну атмосферу, яка чекає їх щодня в подальшому.

Одним з таких сучасних методів навчання лікарів-курсантів на кафедрі є захист історії хвороби по 7 основним нозологічним одиницям в ортодонті який відбувається у вигляді конференцій [2].

Перед захистом історії хвороби курсанти проходять тестовий контроль. З впровадженням сучасних інформа-