

МЕДИЧНА ПСИХОЛОГІЯ

Гринько Н.В.

асистент,

Буковинський державний медичний університет

Андрущак А.І.

викладач педіатричних дисциплін;

Груба Т.П.

викладач педіатричних дисциплін,

Чернівецький медичний коледж

Буковинського державного медичного університету

ДОСВІД РАНЬОГО ПРОФЕСІЙНОГО КОНТАКТУ

Реформування вищої освіти в Україні обумовлює необхідність розробки механізмів життєдіяльності вищого навчального закладу (ВНЗ), одним із аспектів якого є проблема ефективного відбору абітурієнтів і їх подальшої адаптації до особливостей навчання в даному ВНЗ, що забезпечить якісну підготовку спеціалістів.

Специфіка процесу адаптації студентів у ВНЗ визначається різницею в методах навчання в середній та вищій школах. Проходить чимало часу, перш ніж студент пристосується до нових вимог навчання у ВНЗ. Як наслідок – істотні відмінності в результатах навчання однієї і тієї же людини у школі та ВНЗ. Звідси, як показує наш досвід, і низька успішність на першому курсі, особливо у першому модулі [1; 2].

Крім того, слабка наступність між середньою і вищою школою, своєрідність методики та організації навчального процесу у ВНЗ, великий обсяг інформації, відсутність навичок самостійної роботи викликають велике емоційне напруження, що нерідко призводить до розчарування у виборі майбутньої професії. Виникає проблема організації навчальної діяльності першокурсників, яка б забезпечила належною мірою їх адаптацію до специфічних умов вищої школи [3].

Протягом останніх років університети ввели навички спілкування та клінічного обстеження для контакту з пацієнтом студентам-медикам раніше [4-6]. Ці курси часто називаються «Ранній клінічний досвід» або «Ранній професійний контакт» і, як

правило, в якості кураторів працюють лікарі загальної практики [7-12]. Зі сторони студента та посередника необхідність оцінити ці нововведення на початку медичної освіти є очевидною. Загальноприйнятним у сучасній медичній освіті є те, що завдання викладача полягає в активізації студентів [13; 14] та залученні їх до зустрічей з лікарями, пацієнтами та персоналом в галузі охорони здоров'я. Студенти на початку медичної освіти зацікавлені і мотивовані щодо клінічної практики [15]. Крім того, робиться акцент на умовах навчання студента, а куратор створює умови праці.

У цьому дослідженні ми намагалися вивчити навчальний клімат, створений в результаті взаємодії викладачів зі студентами. Це досить складно, проте важливо та доцільно [16].

Студенти брали участь у клінічній роботі разом з лікарем і його співробітниками в клініці. Групі з шести студентів були заплановані зустрічі з куратором протягом року. 1 рік складався з восьми рівномірно розподілених днів з клінічними завданнями. Таких груп було чотири (24 студента, середній вік 17-21 р.). Кураторів було 7, середній вік 30-62 р. Студенти також відвідували обов'язковий семінар кожного місяця з наступних тем: медична етика та деонтологія, особливості спілкування у медичному середовищі, професійне вигорання, типи реагування на хворобу, психологічні особливості пацієнтів у клініці різних захворювань тощо. Було запропоновано список цікавої художньої літератури та фільми до перегляду. Безперервність була гарантована у взаємостосунках студент-викладач.

У вересні 2016, студенти і куратори пройшли анонімне анкетування в обов'язковому семінарі у кінці курсу. Вони були поінформовані, що опитування є частиною дослідницької оцінки курсу і що участь була анонімною та добровільною.

«Ранній професійний контакт» – це клінічний вступний курс. За результатами анкетування як студенти, так і куратори клінічних дисциплін залишилися задоволені курсом. Студенти знайшли курс цікавим і корисним. Вони повідомили про зростання впевненості під час контакту з пацієнтами і були натхненні своєю майбутньою професією. Куратори відмічали збільшення навантаження, недостатню підтримку зі сторони клінічних баз та самих студентів. Таким чином, спостерігається певна невідповідність. За оцінками студентів, вони отримали цінний досвід щодо своєї професії та розуміння клініки.

Хорошим курсам потрібні хороші куратори. Це здається важливим, що куратори повинні бути добре освічені і готові до завдань, забезпечені адекватною підтримкою, необхідним часом і заохоченням від керівників клінік та установ.

Список використаних джерел:

1. Бохонкова Ю. О. Социально – психологическая адаптация студенчества в условиях вуза // Теоретичні і прикладні проблеми психології. – № 2 (7). – 2004. – С. 138-149.
2. Казміренко В. П. Програма дослідження психосоціальних чинників адаптації молодшої людини до навчання у ВНЗ та майбутньої професії // Практична психологія та соціальна робота. – № 6. – 2004. – С. 76-78.
3. Рєзник Т. І. Психологічний зміст труднощів у навчанні студентів-першокурсників // Практична психологія та соціальна робота. – № 1. – 2002. – С. 1-3.
4. Haffling AC, Håkansson A, Hagander B: Early patient contact in primary care: a new challenge. *Med Educ* 2001, 35:901-908.
5. O'Brien-Gonzales A, Blavo C, Barley G, Steinkohl DC, Loeser H: What did we learn about early clinical experience? *Acad Med* 2001, 76(Suppl 4):49-54.
6. Eika B, Molgaard H, Sonne O, Jorgensen JO: [Early clinical exposure – an instant success. The new medical curriculum at the University of Aarhus]. *Ugeskr Laeger* 2001, 163:3626-3629. Danish.
7. Wiesemann A, Engeser P, Barlet J, Muller-Buhl U, Szecsenyi J: [What students and teaching doctors in Heidelberg think about early patient contact and tasks in general practice]. *Gesundheitswesen* 2003, 65:572-578. German.
8. Valkova L: First early patient contact for medical students in Prague. *Fam Pract* 1997, 14:394-396.
9. Newble DI, Cannon R: *A Handbook for Medical Teachers* 4th edition. Dordrecht: Kluwer; 2001.
10. Howe A, Dagley V, Hopayian K, Lillicrap M: Patient contact in the first year of basic medical training – Feasible, educational, acceptable? *Med Teach* 2007, 29:237-245.
11. Littlewood S, Ypinazar V, Margolis SA, Scherpbier A, Spencer J, Dornan T: Early practical experience and the social responsiveness of clinical education: systematic review. *Br Med J* 2005, 331:387-391.
12. Dornan T, Bundy C: What can experience add to early medical education? Consensus survey. *Br Med J* 2004, 329:834. Erratum in *Br Med J* 2004; 329: 1159

13. Branch WT Jr, Paranjape A: Feedback and reflection: teaching methods for clinical settings. Acad Med 2002, 77(12 Pt1):1185-1188.

14. Irby DM: What clinical teachers in medicine need to know .Acad med 1994, 69:333-342.

15. Prince KJ, Boshuizen HPA, Vleuten CPM Van der, Scherpbier AJ: Students' opinions about their preparation for clinical practice. Med educ 2005, 39:704-712.

16. Tiberius RG, Sinai J, Flak EA: The role of the teacher-learner relationship in medical education. In International Handbook of Research in Medical Education Edited by: Norman GR, Van der Vleuten CPM, Newble DI. Dordrecht: Kluwer; 2002:463-497.

Компанович М.С.

викладач,

Львівський інститут

ПРАТ «ВНЗ» Міжрегіональна академія управління персоналом»

ДЕПРЕСИВНІ СТАНИ ЯК КОМПОНЕНТ СЕРЦЕВО-СУДИННИХ ЗАХВОРЮВАНЬ У ПІДЛІТКОВОМУ ВІСІ

Психосоматичні дисфункції – група хворобливих станів, що виявляється соматичною патологією, формуванням загальних симптомокомплексів, які виникають при взаємодії соматичних і психічних факторів – соматизованих психічних порушень, які виявляють реакцію захворювання. Розлади, що належать до психосоматичних, включають не лише психосоматичні захворювання в традиційному, вузькому розумінні цього терміну, а значно ширше коло порушень до яких також входять патологічні психогенні реакції.

У межах психосоматичних розладів виокремлюють відносно ізольовані, функціональні порушення окремих органів («функціональні синдроми») – неврози органів. Розрізняють кардіо і ангіоневрози, ахалазію (кардіоспазм). Так при кардіоневрозі поряд з кардіагіями, порушеннями серцевого ритму і явищами гіпервентиляції проявляються кардіофобії (страх зупинки серця, інфаркту міокарда), а також більш генералізовані тривожні розлади, що супроводжуються панічними атаками і страхом смерті [5, с. 6].