

PEDAGOGICAL SCIENCES

ПСИХОЕМОЦІЙНИЙ СТАН ЛІКАРІВ-СЛУХАЧІВ ЯК ПРЕДИКТОР ПРОДУКТИВНОГО НАВЧАННЯ

Василевська І.В.

*Дніпровський державний медичний університет,
кафедра сімейної медицини ФПО, к. мед. н., доцент*

PSYCHO-EMOTIONAL STATE OF DOCTORS LISTENERS AS A PREDICTOR OF PRODUCTIVE LEARNING

Vasylevska I.

*Dnipro State Medical University,
Department of Family Medicine Faculty of Postgraduate Education,
Ph.D. Associate Professor*

АНОТАЦІЯ

В статті приведено аналіз ефективності навчання лікарів за фахом загальна практика – сімейна медицина під час проведення тематичного удосконалення «Загальна лікарська практика: онкологічна та паліативна допомога» на підставі результатів опитування щодо наявності синдрому емоційного вигорання. Розроблені та впроваджені інноваційні підходи в навчанні, як процесі, що дозволило зменшити негативний вплив емоційного виснаження слухачів.

ABSTRACT

The article presents an analysis of the effectiveness of doctors listeners in general practice - family medicine during the thematic improvement "General practice: cancer and palliative care" based on the results of a survey on the presence of emotional burnout. Innovative approaches to learning as a process have been developed and implemented, which has reduced the negative impact of listeners emotional exhaustion.

Ключові слова: загальна практика-сімейна медицина, тематичне удосконалення, паліативна допомога, андрагогіка, синдром емоційного вигорання, інноваційні підходи в навчанні

Keywords: general practice-family medicine, thematic improvement, palliative care, andragogy, emotional burnout syndrome, innovative approaches to learning

За нагальною потребою суспільства в удосконаленні знань лікарів за фахом ЗПСМ з актуальних медико-соціальних питань онкологічної та паліативної допомоги на кафедрі сімейної медицини ФПО Дніпровського державного медичного університету (ДДМУ) впроваджено цикл тематичного удосконалення (ТУ) «Загальна лікарська практика: онкологічна та паліативна допомога» тривалістю 2 тижні (78 годин), який складається з двох модулів: Модуль 1 - «Онкологічна допомога в практиці сімейного лікаря» та Модуль 2 - «Паліативна допомога в практиці сімейного лікаря».

Змістовно та інформативно матеріал Модулю 2 значного обсягу і передбачає набуття та удосконалення різноманітних компетенцій: придбання нових базових медичних знань стосовно визначення захворювань, що загрожують життю (захворювання, при яких існує ймовірність передчасної смерті) та захворювань, що обмежують життя (захворювання, які неминуче призведуть до передчасної смерті); усвідомлення рівнів організації паліативної та хоспісної допомоги (ПХД); засвоєння вимог до обліку паліативних хворих та внесення даних про них до регіонального реєстру; особливостей ведення медичної документації та обігу наркотичних препаратів; відпрацювання практичних навичок і вмінь догляду за паліативними хворими з використанням можливостей сімейної амбулаторії згідно

чинного табеля оснащення [1]; набуття нових комунікативних навичок спілкування з невиліковними хворими та їх родичами; підвищення здатності вирішувати організаційні медико-соціальні проблеми з формуванням мультидисциплінарної команди та інш.

Зважаючи на те, що контингент осіб, які проходять навчання з модулю ПХД, дорослі люди, ми використовуємо як стандартні освітніанські підходи, так і техніки андрагогіки [2, 3, 4]. Згідно програми ми проводимо базовий, проміжний і вихідний контроль рівня знань. Під час проміжного контролю ми звернули увагу, що сприйняття матеріалу лікарями - слухачами було різним за рівнем засвоєння матеріалу і не завжди було прямо пропорційне нашим зусиллям.

Спочатку ми налагодили зворотній зв'язок в вигляді індивідуальної довірчої бесіди і проаналізували програмуочі (мотиваційні) властивості кожного лікаря в отриманні знань з надання допомоги паліативним хворим і їх родичам. Було виявлене активно-позитивне ставлення всіх без винятку слухачів до цього формату роботи і відбивало сформованість їх самосвідомості.

Надалі ми прийняли до уваги, що лікарі-слухачі належать до особливої за фахом когорти, а саме лікарів первинної ланки, діяльність яких пов'язана з емоційним навантаженням (залученістю до

проблем пацієнтів-декларантів, пов'язаних зі станом їх здоров'я в будь-яких ситуаціях, стиканням з стражданням, болем, вмиранням, смертю); дефіцитом часу для вирішення різноманітних питань і необхідністю приймати самостійні рішення при обмеженому обсязі інформації з високою інтенсивністю міжособистісної взаємодії з частими стресовими ситуаціями. Тобто, робота сімейного лікаря - вид діяльності, що характеризується станом постійної психологічної напруги та самоконтролю.

Таке міркування спонукувало нас з'ясувати чи не є причиною труднощів в засвоєнні матеріалів циклу лікарями-слухачами наявність фонового синдрому емоційного вигорання (СЕВ, код в МКХ-X Z73.0.).

Для визначення можливого зв'язку було досліджено стан психічного здоров'я слухачів циклів ТУ (70 осіб), які в різний термін протягом року перебували на підвищенні кваліфікації за допомогою методики «Синдром вигорання», рекомендованою керівницею тренінгового центру з паліативної допомоги Ольгою Луб'яною під час лекції [5] циклу навчальних семінарів із застосування Порядку надання паліативної допомоги для органів охорони здоров'я і співробітників профільних кафедр вищих навчальних медичних закладів та закладів післядипломної освіти (проводились за наказом МОЗ України 03.3-04/32006/2-20 від 28.10.2020).

Лікарям було запропоновано 22 твердження про почуття та переживання, пов'язані з роботою.

1. Я відчуваю себе емоційно виснаженим (ою)
2. Наприкінці робочого дня я почувуюсь, як лимон
3. Я відчуваю себе втомленим(ою), коли прокидаюся вранці і маю йти на роботу
4. Я добре розумію, що відчувають мої колеги, але використовую це на користь справи
5. Я відчуваю, що спілкуюся з деякими колегами, як із предметами (без теплоти та симпатії до них)
6. Я відчуваю себе енергійним(ою), відчуваю емоційне піднесення
7. Я вмію знаходити правильні рішення у конфліктних ситуаціях
8. Я відчуваю пригніченість та апатію
9. Я можу позитивно впливати на продуктивність роботи моїх колег
10. Останнім часом я став(ла) більш черствим(ою), нечутливим(ою) у стосунках із колегами
11. Як правило, ті, з ким мені доводиться працювати, — нецікаві люди, які, швидше, втомлюють, ніж тішать мене

12. У мене багато планів на майбутнє, і я вірю в їхнє здійснення

13. У мене все більше життєвих розчарувань

14. Я відчуваю байдужість і втрату інтересу до багатьох речей, які радували мене раніше

15. Іноді мені байдуже, що відбувається з деякими з моїх колег

16. Мені хочеться усамітнитися і відпочити від усього та від усіх

17. Я можу легко створити атмосферу доброзичливості та співпраці у колективі

18. Я легко спілкуюся з людьми, незалежно від їх статусу та характеру

19. Я встигаю багато зробити

20. Я відчуваю себе на межі можливостей

21. Я багато чого ще можу досягти у своєму житті

22. Іноді колеги перекладають на мене частину своїх проблем та обов'язків.

Якщо описане відчуття не було властиве особі, що проходила опитування, у бланку відповідей воно відзначалось позицією 0 - "ніколи". Якщо воно було характерне, вказувалось, наскільки часто і напроти цього питання проставлявся бал від 1 до 6, який відповідав частоті виникнення того чи іншого почуття («Дуже рідко», «Рідко», «Часто», «Дуже часто», «Завжди»).

Обробка та інтерпретація результатів визначалась самими лікарями-слухачами за сумою балів за трьома основними показниками:

1. Емоційне виснаження – підраховувались результати з питань: 1, 2, 3, 6, 8, 13, 14, 16, 20. Максимально можлива сума – 54.

2. Деперсоналізація - підраховувались результати з питань: 5, 10, 11, 15, 22. Максимально можлива сума - 30.

3. Редукція особистісних досягнень - підраховувались результати з питань: 4, 7, 9, 12, 17, 18, 19, 21. Максимально можлива сума балів - 48.

Рівень професійного вигорання оцінювався за показниками:

- Емоційне виснаження: Низький рівень (0-16); Середній рівень (17-26); Високий рівень (27 і більше);

- Деперсоналізація: Низький рівень (0-6); Середній рівень (7-12); Високий рівень (13 і більше)

- Редукція особистісних досягнень: Низький рівень (39 та більше) Середній рівень (38–32) Високий рівень (31–0)

Результати представлені в таблиці.

Показники	Прояви не визначені	Низький рівень	Середній рівень	Високий рівень
Емоційне виснаження:	10 (14,3%)	9 (12,9%)	36 (51,4%)	15 (21,4%)
Деперсоналізація	22 (31,4%)	31 (44,3 %)	14 (20%)	3 (4,3 %)
Редукція особистісних досягнень	30 (42,9%)	22 (31,4%)	11 (15,7%)	7 (10%)

Таким чином, нам стало зрозумілим, що саме ступінь емоційного виснаження, а в деяких випадках і деперсоналізації з елементами редукції особистісних досягнень з високою часткою ймовірності можуть визначати складнощі з опануванням матеріалів циклу лікарями-слухачами і спрямувались не тільки на передачу обсягу знань, а ще й на елементи розвантаження під час занять.

Корегування подачі матеріалу відбулось таким чином:

- бралось до уваги, що викладач працює з групою лікарів-слухачів різних не тільки за віком та рівнем лікарського досвіду, а ще й різним психо-емоційним станом та ступенем СЕВ;

- викладачі удосконалювали педагогічні методи та прийоми, що забезпечило індивідуальний підхід до кожного слухача з проявами СЕВ з метою надати йому необхідну допомогу для розвантаження психологічного напруження шляхом вибудовування діалогового стилю спілкування;

- збільшили компонент неформальної, неавторитарної атмосфери взаємодії, взаєморозуміння та взаємоповаги;

- актуалізували увагу і орієнтацію на вирішення конкретних виробничих проблем;

- більш активно враховували попередній персональний досвід лікарів, тобто спочатку визначали стартовий рівень, наявні професійні знання та вміння, за рахунок чого корегувати індивідуальну програму навчання;

- з метою формування комунікативних копінг-ресурсів орієнтували лікаря використовувати стратегію пошуку соціальної підтримки (активна поведінкова стратегія, відповідно до якої для ефективного вирішення проблеми звертаються за допомогою та підтримкою до навколишнього середовища: сім'ї, друзів, значущих інших); спонукали розвивати в собі сенситивність до заперечення, здатність сприймати негативне ставлення оточуючих, зокрема паліативних пацієнтів та їх родичів, що може виникати на певних етапах лікування;

- застосували розвантажувальні методики в процесі навчання (перегляд учбових відеофільмів на сайті кафедри, наприклад, для засвоєння навичок по догляду за хворими [6]);

- зворотній зв'язок з аналізом особистої оцінки курсантами змісту циклу відповідно до власного розуміння, досвіду, мотивів;

- партнерски розділяли відповідальність за результати навчання між викладачем і лікарем-курсантом.

Таким чином, ми допомагаємо сімейним лікарям, робота яких у звичайних умовах відрізняється тривалістю та інтенсивністю різноманітних соціальних контактів, під час перебування на циклі ТУ отримати живе, позитивне ставлення до процесу навчання та акцентуємо увагу щодо важливості корекції особистих психо-емоційних порушень для захисту себе від професійних деформацій, байдужості та формалізму. Навчаємо лікарів прийомам і методам психічної саморегуляції, які допомагають у збереженні власної емоційної стабільності, психологічної надійності професійного «іміджу», стійкого перед такими руйнівними факторами, як періодичні сумніви в правильності обраного рішення,

відкидання з боку колег та багатьох інших, які певною мірою обумовлені обмеженими можливостями сучасної медицини та неможливістю врахувати та передбачити вплив на організм пацієнта всіх факторів - зовнішніх та внутрішніх, органічної та психологічної природи.

Висновки:

1. Значний відсоток лікарів-слухачів циклу ТУ «Загальна лікарська практика: онкологічна та паліативна допомога» мають емоційне виснаження (85,7%), ознаки деперсоналізації (68,6%) та редукції особистісних досягнень (57,1%), що є проявами СЕВ та впливає на якість засвоєння знань;

2. З метою виявлення СЕВ під час проведення циклів ТУ для сімейних лікарів доцільно проводити скринінг наявності психо-емоційних порушень і при їх виявленні застосовувати індивідуальний підхід до навчання;

3. Багатокомпонентний формат проведення модулю паліативної допомоги зі структуруванням матеріалу і використанням інноваційних форм викладання сприяє не тільки підвищенню рівня засвоєння інформації, а ще й залишає в пам'яті лікарів-слухачів сутнісне наповнення і глибокий емоційний слід.

Література

1. Наказ МОЗ України № 2857 від 10.12.2020 «Про внесення змін до Примірного таблиця матеріально-технічного оснащення закладів охорони здоров'я та фізичних осіб-підприємців, які надають первинну медичну допомогу». Електронний ресурс: <https://moz.gov.ua/article/ministry-mandates/nakaz-moz-ukraini-vid-10122020--2857-pro-vnesennja-zmin-do-primirnogo-tabelja-materialno-tehnicnogo-osnaschennja-zakladiv-ohoroni-zdorov%e2%80%99ja-ta-fizichnih-osib-pidpriemciv-jaki-nadajut-pervinnu-medichnu-dopomogu>

2. Н.Д. Чухриенко, И.В. Василевская. Андрогогика-союзница в подготовке врача общей практики-семейного врача // Журнал «Актуальні проблеми розвитку освіти і науки в умовах глобалізації. Матеріали всеукраїнської наукової конференції», 2016, с.125-126

3. И.Л. Высочина, С.И. Вальчук, И.В. Василевская. Формат подготовки семейных врачей по вопросам паллиативной помощи в Днепропетровском регионе // Журнал «Медичні перспективи», Том 25, № 2, 2020, с.12-18

4. І. Л. Височина, І. В. Василевська. Нові форми проведення циклу «Паліативна допомога» для лікарів-слухачів циклу «Спеціалізація» за фахом «загальна практика-сімейна медицина» // Журнал «Матеріали XV Всеукраїнської науково-практичної конференції з міжнародною участю «Актуальні питання вищої медичної освіти в Україні», 2018, с. 374-374

5. Лекція «Профілактика професійного вигорання» Електронний ресурс: <https://www.youtube.com/watch?v=tGQhwbr17Z0>

6. ТУ «Загальна лікарська практика: онкологічна та паліативна допомога»: «Відеоінструкції по догляду за хворими». Електронний ресурс: <https://612.dmu.edu.ua>