

соціальної медицини, управління та бізнесу в охороні здоров'я ХМАПО МОЗ України, м. Харків; e-mail: berminvodu@mail.ru

ГАЛАЧЕНКО Олександр Олександрович, кандидат медичних наук, доцент, заслужений лікар України, головний лікар Клінічного санаторію «Хмільник», м. Хмільник, Вінницька область; e-mail: galachenko@mail.ru

ГАЛАЧЕНКО Вікторія Віталіївна, кандидат медичних наук, заступник головного лікаря з оргметодичної роботи Клінічного санаторію «Хмільник», м. Хмільник, Вінницька область; e-mail: galachenko@mail.ru

ВАШКИТЕ Інна Даріюсівна, кандидат медичних наук, асистент кафедри психотерапії ХМАПО МОЗ України, м. Харків; e-mail: vashkiteinna@yahoo.com

МУКХАЙЛОВ Борис, Doctor of Medical Sciences, Professor, Head of the Department of psychotherapy of the Kharkiv Medical Academy

of Postgraduate Education of the Ministry of Health of Ukraine (KhMAPE), Kharkiv; e-mail: prof_mykhaylov@mail.ru

SERDIUK Oleksandr, Doctor of Medical Sciences, Professor, Head Physician of the Clinical sanatorium "Bereziv's'ki Mineral'ni Vody", Bereziv's'ke, Kharkiv region; Head of the Department of the social medicine, management, business and healthcare of the KhMAPE of the Ministry of Health of Ukraine, Kharkiv; e-mail: berminvodu@mail.ru

GALACHENKO Oleksandr, MD, PhD, Associate Professor, Honorary Doctor of Ukraine, Head Physician of the Clinical sanatorium "Khmilnyk", Khmilnyk, Vinnytsia region; e-mail: galachenko@mail.ru

GALACHENKO Victoriia, MD, PhD, Deputy Head Physician of organizational and methodical work of the Clinical sanatorium "Khmilnyk", Khmilnyk, Vinnytsia region; e-mail: galachenko@mail.ru

VASHKITE Inna, MD, PhD, assistant of the Department of psychotherapy of the KhMAPE of the Ministry of Health of Ukraine, Kharkiv; e-mail: vashkiteinna@yahoo.com

УДК 616.89:616-006-052

І. Р. Мухаровська

ЕМОЦІЙНЕ ВИГОРЯННЯ У ЛІКАРІВ-ОНКОЛОГІВ: ДЖЕРЕЛА ПРОФЕСІЙНОГО СТРЕСУ ТА МЕДИКО-ПСИХОЛОГІЧНІ ПОТРЕБИ

И. Р. Мухаровская

Эмоциональное выгорание у врачей-онкологов: источники профессионального стресса и медико-психологические потребности

I. R. Mukharovska

Burnout in physicians-oncologists: sources of professional stress and psychological needs

У дослідженні проводили оцінення поширеності вигоряння серед лікарів-онкологів, ідентифікацію джерел професійного стресу, виявлення потреби медичних працівників у інформації та психологічних навиках щодо професійної взаємодії.

Онкологічну практику від інших напрямків соматичної патології відрізняють перебування у міцному контакті та взаємодія з пацієнтами, які перебували під впливом вираженого хронічного фізичного та психічного стресу. Виявлено, що у кожного третього лікаря спостерігалися ознаки дезадаптивної дії професійного стресу, а кожен сьомий спеціаліст переживав інтенсивний робочий стрес з негативними наслідками для виконаної діяльності та власного здоров'я. Опитування лікарів виявило високу потребу щодо інформації з питань психоонкології та практичних навиків.

Висока вираженість вигоряння лікарів-онкологів, стрессогенність та психотравматичність професійної діяльності в сфері онкології зумовлюють потребу у розробленні та впровадженні медико-психологічних заходів для медичного персоналу.

Ключові слова: емоційне вигоряння, онкологія, лікарі, медико-психологічна допомога

В исследовании проводили оценку распространенности выгорания среди врачей-онкологов, идентификацию источников профессионального стресса, выявление потребности медицинских работников в информации и психологических навыках касательно профессионального взаимодействия.

Онкологическую практику от других направлений соматической патологии отличают пребывание в тесном контакте и взаимодействие с пациентами, которые находились под влиянием выраженного хронического физического и психического стресса. Выявлено, что у каждого третьего врача наблюдались признаки дезадаптивного влияния профессионального стресса, а каждый седьмой специалист переживал интенсивный рабочий стресс с негативными последствиями для выполняемой деятельности и собственного здоровья. Опрос врачей выявил высокую потребность в информации по вопросам психоонкологии и практических навыков профессионального взаимодействия.

Высокая выраженность выгорания врачей-онкологов, стрессогенность и психотравматичность профессиональной деятельности в сфере онкологии обуславливает потребность в разработке и внедрении медико-психологических мероприятий для медицинского персонала.

Ключевые слова: эмоциональное выгорание, онкология, врачи, медико-психологическая помощь

The study evaluated the prevalence of burnout among physicians-oncologists, identified sources of occupational stress; found the needs in information and psychological skills for professional interaction.

Specificity of oncologic practice from other areas of somatic pathology included close contact and interaction with patients who were under the influence of pronounced chronic physical and mental stress. Found that every third physician showed signs of maladaptive influence of occupational stress, and every seventh specialist experienced intense work stress with negative consequences for the activities and their health. The survey of physicians showed high demand for information in psychooncology and psychological practical skills.

The high burnout severity in physicians-oncologists, stressful and psychotraumatic professional work in the field of oncology makes the need for the development and implementation of psychological measures for medical staff.

Key words: burnout, oncology, physicians, medical psychological help

Феномен вигоряння — актуальна проблема у сфері діяльності, пов'язаної із взаємодією у системі «людина — людина». Фахова робота медичних працівників належить до професій, спрямованих на допомогу людям, де людські стосунки мають вагоме значення і потужний

лікувальний потенціал. Високі вимоги до кваліфікації та результатів праці, постійна взаємодія з людьми у стані фізичного та психічного стресу спричиняють вигоряння спеціалістів у сфері охорони здоров'я [1—5]. Зміни, що їх спричиняє вигоряння, мають несприятливі наслідки для здоров'я та професійної діяльності спеціалістів, що зумовлює потребу у підтримці та забезпеченні

медиків необхідними знаннями та вміннями протидіяти професійному стресу, зберігати їхнє здоров'я та кваліфіковані кадри у системі охорони здоров'я [6—10].

Вигоряння — це довготермінова стресова реакція, що виникає в результаті впливу на людину професійних стресів середньої інтенсивності, супроводжується фізичним, емоційним чи мотиваційним виснаженням, та є певним типом реагування на хронічний професійний стрес, який дозволяє людині дозувати та економити енергетичні ресурси.

Вигоряння формується як стрес-реакція у відповідь на жорсткі виробничі та емоційні вимоги, які впливають з надмірної включеності людини до своєї роботи та зменшення часу на сімейне життя та відпочинок.

Вигоряння характеризується порушенням продуктивності праці, втомою, безсонням, підвищеною схильністю до соматичних захворювань, а також вживанням алкоголю та інших психоактивних речовин з метою отримати тимчасове полегшення, що має тенденцію до розвитку фізичної залежності та суїцидальної поведінки. Таким чином, соматичні та психологічні зміни, що виникають, мають несприятливі наслідки для здоров'я та професійної діяльності спеціаліста. В МКХ-10 «синдром вигоряння» виділений в окремий діагностичний таксон — Z 73 («проблеми, пов'язані з труднощами керування своїм життям») та кодується Z 73.0 — «вигоряння» (*burnout*).

Синдром вигоряння має складну, багатогранну структуру, що включає наявність компонентів, фаз та груп симптомів (рис. 1).

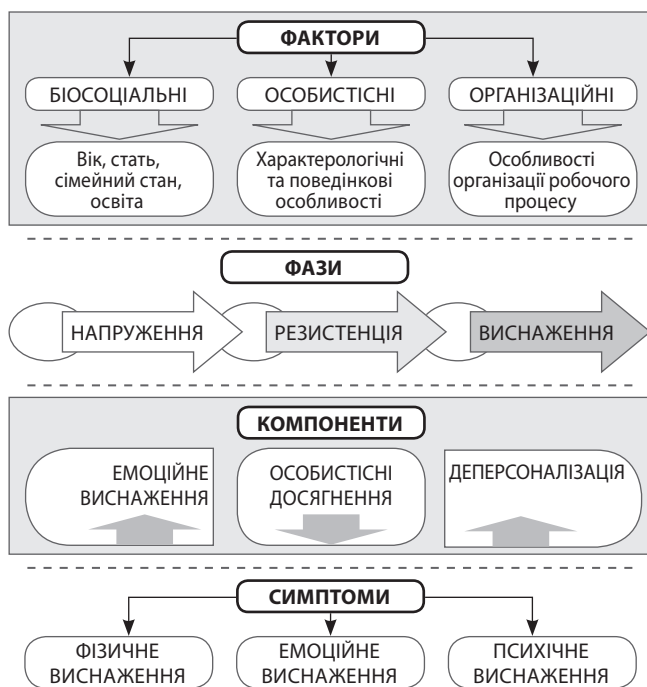


Рис. 1. Структура синдрому вигоряння

На формування вигоряння впливають групи чинників: біосоціальні, особистісні та організаційні [5, 11, 12].

Біосоціальні чинники. Щодо віку — виявлено, що вигоряння більш виражене у молодих спеціалістів (20—30 років) та осіб старше ніж 50 років. Схильність юних спеціалістів до вигоряння пояснюють емоційним шоком, який вони переживають, стикаючись з реальністю професії, що йде в розріз з їх очікуваннями та уявленнями.

Тоді як у спеціалістів старшого віку вигоряння пов'язано з рівнем задоволеності своїми професійними здобутками. В цілому, у спеціалістів зі збільшенням стажу спостерігається тенденція до зменшення ризику вигоряння внаслідок набування навиків адаптації до своєї роботи.

Високими є ризики вигоряння як у висококваліфікованих спеціалістів, так і низькокваліфікованих. В першому випадку вигоряння пов'язане з високим рівнем домагань, у другому — з неможливістю повноцінно самоствердитися та реалізуватися.

У більшості досліджень відмічено, що більш схильними до вигоряння є жінки, внаслідок високих робочих перенавантажень та поєднання професійних обов'язків з домашніми справами і сімейними обов'язками. Однак у деяких професіях вищими є рівні вигоряння у чоловіків, в особливості таких, що потребують прояву чоловічих властивостей (фізичної сили, відваги, стриманості, досягнень). Щодо сімейного стану — у неодружених ризик вигоряння є більшим. Родина у більшості випадків є ресурсом підтримки та допомоги.

Особистісні характеристики можуть як сприяти розвитку вигоряння, так і протидіяти цьому. До особистісних паттернів, пов'язаних з високим ризиком вигоряння, належать низька психічна та фізична витривалість, знижена стресостійкість, недостатня комунікативна компетентність, висока конфліктність, занижена самооцінка, тривожність, агресивність, висока емоційна чутливість, пасивні тактики протидії стресу, зміщення відповідальності на ситуацію. Відповідно, контрверсивні властивості будуть мати протективний ефект.

Організаційні чинники, які впливають на розвиток вигоряння, включають рівень робочого навантаження, ступінь самостійності та незалежності працівника у своїй діяльності, можливість приймати важливі рішення, стан соціальної підтримки колег та керівництва, стимулювання співпрацівників, залученість до ролевих конфліктів (відсутність достатньої інформації та ресурсу для виконання обов'язків, нечіткість обов'язків, їх нерівномірний розподіл).

Основними компонентами вигоряння в емоційній сфері є емоційне виснаження, в когнітивній — деперсоналізація, мотиваційно-вольовій — оцінка особистісних досягнень. Емоційне виснаження відображає почуття емоційної спустошеності й втоми, що спричинене власною працею. Деперсоналізація включає дистанціювання та розвиток негативного ставлення до своїх колег і пацієнтів. Оцінка особистісних досягнень віддзеркалює самооцінку продуктивності, ефективності, досягнень спеціаліста у професійній діяльності, або виникнення почуття некомпетентності у своїй професійній сфері, усвідомлення неуспіху в ній. Виявлено, що серед лікарів онкологічного профілю високий рівень емоційного виснаження визначається у 15—25 % працівників, деперсоналізація — у 4—15 %, самооцінка особистісних досягнень — у 30—65 %.

Вигоряння — це динамічний поетапний процес, який розвивається у часі під впливом надмірного та тривалого стресу на роботі [13]. Вигоряння проходить низку послідовних фаз: напруження, резистенції та виснаження. Фаза напруження відображає зіткнення з психотравматичними компонентами професії, фаза резистенції описує шляхи пристосування до робочого стресу, що спрямовані на скорочення обов'язків, які пов'язані з емоційними затратами, фаза виснаження свідчить про злам психологічної адаптації та виникнення змін у фізичному стані (рис. 2).

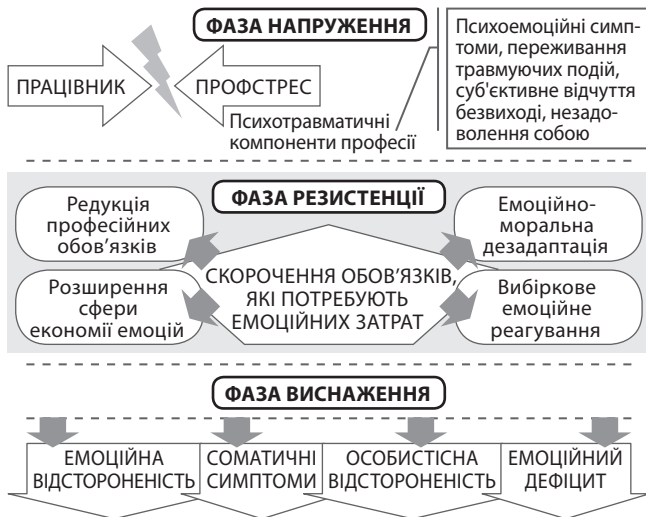


Рис. 2. Фази вигорання

Нааявність, вираженість та спектр симптомів вигорання залежать від взаємодії специфіки професійної діяльності та персональних особливостей працівника (рис. 3). Спеціалісти з високим адаптаційним ресурсом здатні пристосуватися до високого рівня професійного стресу, тоді як у робітників з низьким — вигорання може розвинуватися і при незначних професійних труднощах.

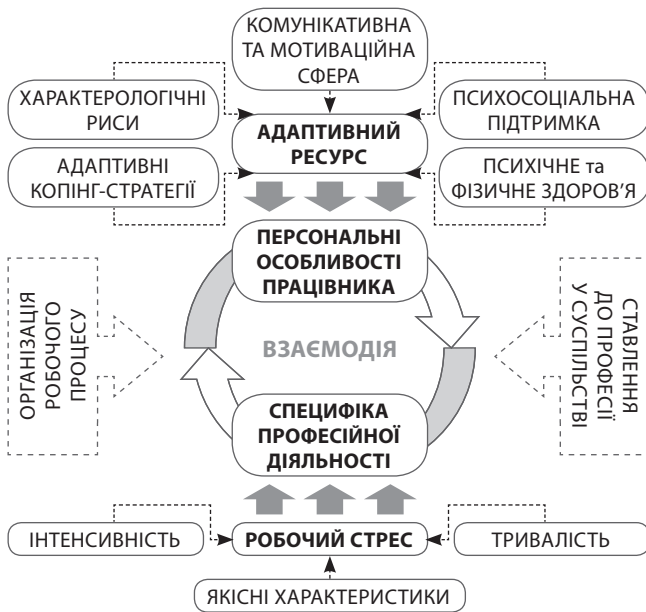


Рис. 3. Психодинаміка процесу вигорання

Виокремлюють фізичні, емоційні та психічні симптоми вигорання. До ознак фізичного виснаження належать хронічне відчуття втоми, слабкість, втрата життєвого тону; головний біль напруження, біль у спині, м'язове напруження, порушення сну, гастроінтестинальні та кардіоваскулярні симптоми; сприйнятливості до інфекційних захворювань, підвищена захворюваність та травматизм. Емоційні симптоми виражені відчуттям пригніченості, тривоги, безпорадності, безнадії; підвищеною напруженістю та конфліктністю у сім'ї; збільшення частоти та інтенсивності негативних емоцій та зменшення позитивних. Психічні прояви включають незадоволення та негативне ставлення до себе, роботи та життя в ціло-

му; поведінку, пов'язану з уникненням роботи (прогули, листки непрацездатності).

Вивчення феномена вигорання є важливим питанням практичної медицини у зв'язку з негативними наслідками для працівників та сфери діяльності в цілому (рис. 4).



Рис. 4. Наслідки вигорання у медичній галузі

Метою дослідження стала оцінка поширеності вигорання серед лікарів-онкологів, ідентифікація джерел професійного стресу, виявлення потреби медичних працівників у інформації та психологічних навиках щодо професійної взаємодії.

Було використано опитувальник MBI-HSS (Maslach Burnout Inventory — Human Service Survey) та спеціально розроблений опитувальник.

MBI-HSS був розроблений К. Маслач та С. Джексоном для оцінювання компонентів вигорання: емоційного виснаження, деперсоналізації та ставлення до професійних досягнень [14].

Дослідження було проведено на базі Київського міського клінічного онкологічного центру. За добровільною згодою, анонімно в тестуванні взяли участь 50 лікарів-онкологів (27 жінок та 23 чоловіки). Середній вік респондентів становив $38,5 \pm 6,8$ роки.

Опитуваних було згруповано у 3 групи в залежності від спеціалізації: онкотерапевтичні спеціальності ($n = 24$) — хіміотерапевти, лікарі-радіологи, лікарі паліативної медицини, хірургічний фах ($n = 19$) та лікарі інтенсивної терапії та реаніматології ($n = 7$).

Чинниками професійного стресу лікарів, які працювали в сфері онкології, були:

— суттєве робоче перенавантаження, що характеризувалося наданням допомоги значній понаднормовій кількості онкологічних пацієнтів, з формуванням синдрому хронічного дефіциту часу;

— повідомлення «несприятливих новин» хворому та його родичам;

— спілкування з онкологічними пацієнтами та членами їх сім'ї, які перебувають у стресовому стані та часто проявляють негативні емоції;

— медичний персонал був «свідком» фізичних та емоційних страждань хворого;

— складність проблем пацієнта та неможливість їх повністю вирішити (забезпечити повне вилікування);

— висока складність спілкування з родиною хворого в «переломних» періодах лікування захворювання (рецидив, продовження хвороби) та на термінальній стадії захворювання;

— необхідність мати високі кваліфікаційні навички, працювати зі складною медичною апаратурою;

— прийняття рішень, які суттєво впливають на тривалість та якість життя пацієнта.

Онкологічну практику від інших напрямків соматичної патології відрізняли перебування у міцному контакті та взаємодії з пацієнтами, які переживали виражений хронічний фізичний та психічний стрес, що додатково підсилювалося надзвичайною важливістю будь-яких дій медичних працівників у зв'язку з переживанням загрози для життя.

У основних сферах професійної діяльності лікарів-онкологів найвищий рівень професійного стресу був наявним щодо взаємодії з родичами пацієнтів та онкохворими (32 % та 28 %), надмірної кількості медичної документації для заповнення (28 %), проблем у зв'язку з обстеженням та лікуванням пацієнтів (18 %), взаємодії з керівництвом (16 %) та колегами (8 %), рис. 5. Тобто щонайменше у 1/3 лікарів виникали труднощі у професійній взаємодії та були присутні проблеми, пов'язані з особистісною організацією діяльності.

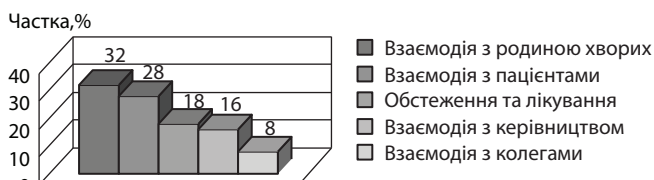


Рис. 5. Джерела професійного стресу в лікарів-онкологів

Рівень емоційного виснаження у лікарів-онкологів становив $16,1 \pm 9,1$ бали, деперсоналізації — $6,0 \pm 4,5$ бали, самооцінки професійних досягнень — $35,4 \pm 7,5$ бали, що відображало середній рівень вираженості вигорання за кожною складовою. Незадоволеність професійними досягненнями корелювала з емоційним виснаженням та деперсоналізацією ($r = -0,71$ та $r = -0,72$).

У 50 % лікарів емоційне виснаження та у 58 % — деперсоналізація мали низьку вираженість, середній рівень реєструвався відповідно у 36 % та 34 %, висока міра прояву — у 14 % та 8 % опитуваних. Щодо оцінки професійних досягнень, виявлені приблизно рівні частки щодо рівнів вираженості: 32 % — низький, 30 % — середній та 38 % — високий (рис. 6).

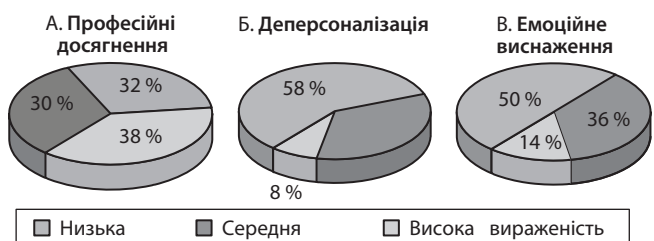


Рис. 6. Компоненти вигорання у лікарів-онкологів

Дослідження вигорання виявило, що у 34 % лікарів-онкологів були присутніми від 1 до 3 складових з високими показниками. У 20 % осіб зареєстровано 1 компонент, у 8 % — 2 компоненти та у 6 % — усі 3 компоненти. Тобто, у кожного третього лікаря спостерігалися ознаки дезадаптивного впливу професійного стресу, а кожен сьомий спеціаліст переживав інтенсивний робочий стрес з негативними наслідками для виконуваної діяльності та власного здоров'я.

Рівень вираженості складових вигорання серед лікарів-онкологів, онкологів-хірургів та реаніматологів мав

різні значення, однак різниці були статистично незначущі (таблиця).

Рівні прояву компонентів вигорання у лікарів-онкологів

Спеціалізація	Емоційне виснаження	Деперсоналізація	Самооцінка професійних досягнень
Онкологи	$16,0 \pm 10,2$	$5,4 \pm 5,0$	$35,7 \pm 8,3$
Онкологи-хірурги	$15,8 \pm 8,8$	$5,7 \pm 3,1$	$35,7 \pm 6,3$
Реаніматологи	$17,1 \pm 5,3$	$8,6 \pm 5,6$	$33,4 \pm 8,3$
Загальний показник	$16,1 \pm 9,1$	$6,0 \pm 4,5$	$35,4 \pm 7,5$

У структурі складової емоційного виснаження (рис. 7,А) у онкологів та онкологів-хірургів превалювали опитувані з низьким рівнем (58,3 % та 47,4 %), меншу частку виявили з середнім (25,0 % та 36,8 %) та ще меншу — з високим (16,7 % та 15,8 %). У лікарів інтенсивної терапії спостерігалось домінування середньої вираженості емоційного виснаження (71,4 %) над низькою (28,6 %), тоді як високий рівень не зареєстровано (0 %).

Щодо деперсоналізації (рис. 7,Б), також встановлено переважання частки лікарів з низьким рівнем у онкологів та онкологів-хірургів (70,8 % та 57,9 %). У онкологів терапевтичного профілю частка осіб з середнім та високим рівнем незначно відрізнялися (16,7 % та 12,5 %), тоді як для хірургічного профілю при відсутності вираженої деперсоналізації (0 %) була присутня значна кількість осіб з середнім рівнем (42,1 %). Лікарі-реаніматологи мали рівною мірою як низьку, так і середню вираженість деперсоналізації (42,9 % та 42,9 %), високий її рівень був наявний у 14,3 %.

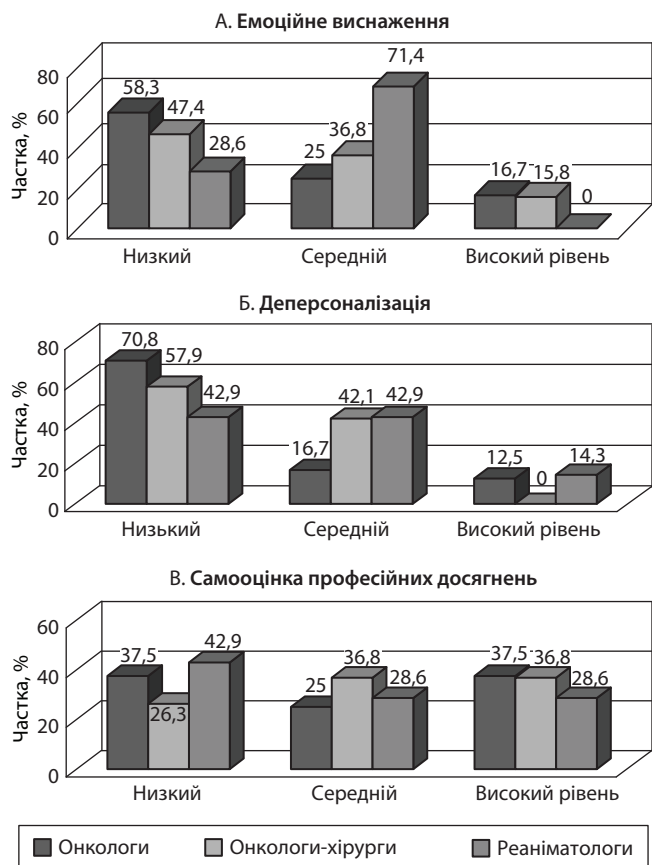


Рис. 7. Структура компонентів вигорання у лікарів різних спеціалізацій

Ставлення до власних професійних досягнень серед онкологів (рис. 7,В) значно розрізнялося: 25,0 % вважали їх середніми, а по 37,5 % — низькими чи високими. Серед онкологів-хірургів спостерігалася більш позитивна тенденція, низькими власні здобутки вважали 26,3 %, тоді як середніми та високими — по 36,8 %. У лікарів-реаніматологів навпаки більша кількість осіб ставилася до власних досягнень незадовільно — 42,8 %, та лише по 28,6 % опитуваних віднесли їх до середніх чи високих.

Відмінності у структурі складових вигоряння коринилися у особливостях професійної діяльності. Онкологи терапевтичного профілю переважно працювали з онкохворими на більш пізніх стадіях захворювання. Пацієнти хіміотерапевтів та променевої терапії мали суттєве погіршення фізичного здоров'я і зрушення у психічній сфері у зв'язку з нозогенним стресом та протипухлинною терапією. Хворі переживали потужний стрес, результат лікування набував високої життєво важливої цінності, що формувало потужний пласт психологічних проблем у взаємодії з лікарями. Постійне перебування у контакті з пацієнтами, які були у стресовому стані, виникнення конфліктних ситуацій спричиняли емоційне виснаження та бажання відмежуватися від психотравматичних ситуацій.

Онкологи-хірурги переважно контактували з пацієнтами на ранніх стадіях захворювання, коли прогноз щодо лікування був найбільш сприятливим та оптимістичним, що може бути одним з факторів оцінки більшої успішності у професійній діяльності. Поряд з тим, хірурги виявлялися одними з перших спеціалістів, з якими хворому доводилося взаємодіяти. І саме на них припадала значна частка хаосу емоційних переживань пацієнтів, які щойно дізнавалися про онкологічний діагноз. Оперативне втручання саме по собі складна медична маніпуляція, що потребувала високої фахової підготовки, психічної і фізичної витривалості від спеціаліста. Значна захворюваність на онкологічну патологію обумовлювала потік пацієнтів та постійне перенавантаження. Сукупність цих чинників і сприяла розвитку емоційного виснаження та деперсоналізації.

Лікарі інтенсивної терапії визначали можливість проведення оперативного втручання з огляду на загальний стан хворого, призначали передопераційну підготовку та несли відповідальність за післяопераційний стан та життя пацієнтів. Більшість онкологічних хворих були особами похилого віку, з супутньою соматичною патологією, що значно ускладнювало лікування та підвищувало рівень відповідальності за прийняті лікарські рішення, це і спричинило високе емоційне напруження. Однак, наряду зі значним стресом, лікарі-реаніматологи, у порівнянні зі своїми колегами онкологами, значно менше часу контактували з пацієнтами. Відсутність можливості та потреби у міцній взаємодії з хворими у свою чергу сприяли відстороненню та збільшенню деперсоналізації.

Висока стресогенність та психотравматичність професійної діяльності в сфері онкології зумовлює потребу у розробленні та впровадженні медико-психологічних заходів для медичного персоналу. Класичними формами медико-психологічного впливу є інформування (психоосвіта) та навчання базовим навикам професійної взаємодії з пацієнтом (психологічний тренінг).

Опитування лікарів виявило високу потребу щодо інформації з питань психоонкології (84 %) та практичних навиків (88 %).

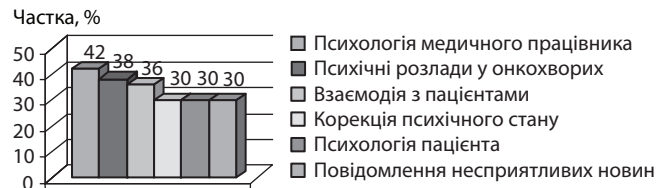


Рис. 8. Інформаційні потреби з питань психоонкології

Найбільш цікавою для лікарів, незалежно від спеціалізації, була інформація щодо психологічних аспектів діяльності медичних працівників (42 %), поширеності та особливостей психічних розладів у онкологічних пацієнтів (38 %), комунікації та взаємодії з хворими та їх сім'єю (36 %), корекції психічного стану та психічних розладів у пацієнтів (30 %), базових знань щодо психології хворого з онкопатологією (30 %), повідомлення «несприятливих новин» (30 %), рис. 8.

Найбільш затребуваними психологічними навиками у професійній діяльності для лікарів-онкологів були практика протидії стресу (54 %), взаємодії та поведінки в конфліктних ситуаціях (54 %), професійній комунікації (48 %), асертивності (48 %), саморегуляції психічного стану (44 %), рис. 9.



Рис. 9. Потреба у психологічних навиках професійної взаємодії

Онкологи, які займалися лікуванням хворих, як на ранніх так і пізніх стадіях захворювання, мали більшу потребу в інформуванні та практичних навиках, виявили широкий спектр психоосвітніх потреб. Хірурги-онкологи були зорієнтовані більше на практичні аспекти взаємодії, комунікації, корекції психічного стану хворих. Лікарів-реаніматологів зацікавили питання поширеності та особливостей психічних розладів у онкологічних пацієнтів, практикум стресостійкості та регуляції психічного стану.

Таким чином, високий рівень стресу у лікарів-онкологів пов'язаний з професійною взаємодією та організацією діяльності. Психопатогенним підґрунтям формування вигоряння в онкології була постійна взаємодія з пацієнтами, які перебували у стані вираженого фізичного та психічного стресу.

У 34 % лікарів-онкологів були наявні складові та у 6 % вигоряння набувало розгорнутої форми з негативними професійними та особистісними наслідками. Відмінності у структурі складових вигоряння зумовлювалися особливостями професійної діяльності.

Внаслідок високого стресового навантаження в сфері онкології лікарі вказували суттєву потребу в психоосвіті з питань психоонкології та навчанні базовим психологічним навикам професійної взаємодії. Вищевказане зумовлює потребу у розробленні та впровадженні медико-психологічних заходів для медичного персоналу, диференційованих залежно до специфіки виконуваної діяльності.

Список літератури

1. Колоскова О. К. Синдром емоційного вигорання у лікарів-педіатрів, які працюють на різному рівні надання медичної допомоги дітям [Текст] / О. К. Колоскова, Т. М. Білоус, В. В. Білоус // Буковинський медичний вісник. — 2013. — Т. 17. — № 4 (68). — С. 79—82.

2. Кужель І. Р. Рівень емоційного вигорання як базовий критерій необхідності та змісту психоед'юкативної та психокорекційної роботи з медичним персоналом хоспісу [Текст] / І. Р. Кужель, М. В. Маркова // Медична психологія. — 2010. — № 1. — С. 34—39.

3. Назаренко І. П. Синдром емоційного вигорання серед медичних працівників психіатричної сфери [Електронний ресурс] / І. П. Назаренко // Новини медицини і фармації. — 2011. — № 383. — Режим доступу : <http://www.mif-ua.com/archive/article/20574>.

4. Пастрик Т. В. Психологічні особливості емоційного вигорання в діяльності лікарів швидкої допомоги [Текст] / Т. В. Пастрик // Психологічні перспективи. — 2011. — Вип. 17. — С. 186—192.

5. Судакова О. С. Специфіка розвитку синдрому емоційного вигорання у лікарів-онкологів [Текст] / О. С. Судакова // Медична психологія. — 2012. — № 4. — С. 92—96.

6. Burnout among psychosocial oncologists: an application and extension of the effort-reward imbalance model [Text] / V. Rasmussen, A. Turnell, P. Butow [et al.] // Psychooncology. — 2016. — Vol. 25(2). — P. 194—202.

7. Russell K. Perceptions of Burnout, Its Prevention, and Its Effect on Patient Care as Described by Oncology Nurses in the Hospital Setting [Text] / K. Russell // Oncol Nurs Forum. — 2016. — Vol. 1, issue 43(1). — P. 103—109.

8. Strategies to promote coping and resilience in oncology and palliative care nurses caring for adult patients with malignancy:

a comprehensive systematic review [Text] / L. Gillman, J. Adams, R. Kovac [et al.] // JBI Database System Rev Implement Rep. — 2015. — Issue 12. — Vol. 13(5). — P. 131—204.

9. Burnout and associated factors among members of the Society of Gynecologic Oncology [Text] / K. S. Rath, L. B. Huffman, G. S. Phillips [et al.] // American Journal of Obstetrics Gynecology. — 2015. — Vol. 213(6). — P. 1—9.

10. Васильєва Г. Ю. Ефективність корекції емоційного вигорання фахівців-онкологів як один з індикаторів якості медичної допомоги хворим на онкологічну патологію / Г. Ю. Васильєва // Медичні перспективи. — 2010. — Т. XV/1. — С. 81—83.

11. Psycho-Oncology [Text] / Holland J. C., Breitbart W. S., Jacobsen P. B. [et al.]. — Oxford University press, 2010. — 374 p.

12. Орел В. Е. Феномен «выгорания» в зарубежной психологии: эмпирические исследования [Текст] / В. Е. Орел // Журнал практической психологии и психоанализа. — 2001. — № 3. — С. 76—97.

13. Юрьева Л. Н. Профессиональное выгорание у медицинских работников [Текст] / Л. Н. Юрьева. — Киев : Сфера, 2004. — 272 с.

14. Maslach, C. Job Burnout [Text] / C. Maslach, W. B. Schaufeli, M. P. Leiter // Annual Review of Psychology. — 2001. — Vol. 52. — P. 397—422.

Надійшла до редакції 30.03.2016 р.

МУХАРОВСЬКА Інна Романівна, кандидат медичних наук, лікар-психолог, Київський міський клінічний онкологічний центр, м. Київ; e-mail: kuzhel.i@gmail.com

MUKHAROVSKA Inna, MD, PhD, Physician-psychologist of Kyiv City Clinical Cancer Center, Kyiv; e-mail: kuzhel.i@gmail.com

УДК 616.89-008.441.33:616-055.2

Т. М. Радченко
ГЕНДЕРНІ ОСОБЛИВОСТІ ПОШИРЕНOSTІ ТА КЛІНІКО-ПСИХОПАТОЛОГІЧНИХ ПРОЯВІВ
ОПІОЇДНОЇ ЗАЛЕЖНОСТІ У ЖІНОК

Т. М. Радченко
Гендерные особенности распространенности и клинико-психопатологических проявлений
опиоидной зависимости у женщин

Т. М. Radchenko
Gender peculiarities and prevalence clinical and psychopathology of womens opioid dependence

В результаті епідеміологічного, клініко-психопатологічного та психодіагностичного дослідження 198 жінок, які страждають на опіоїдну залежність (ОЗ), встановлені гендерні особливості виникнення та подальшого клінічного перебігу ОЗ. В порівнянні з чоловіками у жінок виявлена значно більша питома вага спадкової обтяженості психічними та аддиктологічними розладами, вирішальна роль їхніх чоловіків та партнерів на початок вживання опіоїдів.

Ключові слова: опіоїдна залежність у жінок, спадкова обтяженість, соціально несприятливе середовище

В результате эпидемиологического, клинико-психопатологического и психодиагностического исследования 198 женщин, страдающих опиоидной зависимостью (ОЗ), установлены гендерные особенности возникновения и дальнейшего клинического течения ОЗ. По сравнению с мужчинами у женщин обнаружен значительно больший удельный вес наследственной отягощенности по психическим и аддиктологическим расстройствам, значительная роль их мужей и партнеров в начале употребления опиоидов.

Ключевые слова: опиоидная зависимость у женщин, наследственная отягощенность, социально неблагоприятная среда

As a result of the epidemiological, clinical, psychopathological and psychodiagnostic study of 198 women with opioid dependence, established gender-specific origin and the further clinical course of opioid dependence. Compared with men, women have found a significantly greater proportion of family history of mental disorders and additions, a significant role of their husbands and partners at the beginning of opioid usage.

Keywords: women's opioid dependence, family history, social hostile environment

В останні роки опіоїдна наркоманія стала не тільки медичною, психологічною, а і значною соціальною проблемою сучасної України [1—4]. Зменшення віку початку вживання психоактивних препаратів призводить до руйнування психіки молодих людей ще у підлітковому віці [5, 6]. Відсутність життєвих пріоритетів, нестабільна емоційна сфера підлітків і молодих людей, значний вплив

криміногенного оточення і широке розповсюдження депресивних станів серед населення створюють передумови для поширення наркоманії та токсикоманії [7—10]. Особливо ця проблема загострилася в останні 2 роки в зв'язку з напруженою політико-соціальною обстановкою і проведенням АТО в Луганській області. Проблема наркотичної (НЗ) і, зокрема, опіоїдної залежності (ОЗ) у жінок, епідеміологічні, клініко-патогенетичні, пато-психологічні її аспекти, методи лікування і профілактики