



Південна  
Фундація  
Медицини

**«МЕДИЧНІ ТА ФАРМАЦЕВТИЧНІ НАУКИ:  
ІСТОРІЯ, СУЧАСНИЙ СТАН  
ТА ПЕРСПЕКТИВИ ДОСЛІДЖЕНЬ»**

---

**ЗБІРНИК ТЕЗ НАУКОВИХ РОБІТ**

**13-14 грудня 2013 р.**

**Одеса**

**Громадська організація  
«Південна фундація медицини»**

**ЗБІРНИК ТЕЗ НАУКОВИХ РОБІТ**

**УЧАСНИКІВ МІЖНАРОДНОЇ  
НАУКОВО-ПРАКТИЧНОЇ КОНФЕРЕНЦІЇ**

**«МЕДИЧНІ ТА ФАРМАЦЕВТИЧНІ  
НАУКИ: ІСТОРІЯ, СУЧАСНИЙ СТАН  
ТА ПЕРСПЕКТИВИ ДОСЛІДЖЕНЬ»**

**13-14 грудня 2013 р.**

**Одеса  
2013**

ББК 61(063)

УДК 61(063)

М 42

М 42      **«Медичні та фармацевтичні науки: історія, сучасний стан та перспективи досліджень»:** Матеріали міжнародної науково-практичної конференції (м. Одеса, 13-14 грудня 2013 року). Одеса: ГО «Південна фундація медицини», 2013. – 132 с.

У збірнику представлені матеріали міжнародної науково-практичної конференції «Медичні та фармацевтичні науки: історія, сучасний стан та перспективи досліджень». Розглядаються загальні проблеми клінічної та профілактичної медицини, питання ветеринарної, фармацевтичної науки та інше.

Призначений для науковців, практиків, викладачів, аспірантів і студентів медичної, фармацевтичної та ветеринарної спеціальностей, а також для широкого кола читачів.

Організатори конференції не завжди поділяють думку учасників. У збірнику максимально точно відображається орфографія та пунктуація, запропонована учасниками.

ББК 61(063)

УДК 61(063)

© Автори статей, 2013

© Південна фундація медицини, 2013

<b>Бурлова-Васильєва М. К., Савчук О. М.</b> РІВЕНЬ ФАКТОРА ФОН ВІЛЛЕБРАНДА ТА АКТИВНІСТЬ ПЛАЗМІНОГЕНА ТА А2-АНТИПЛАЗМІНУ ЗА УМОВ АТЕРОТРОМБОТИЧНОГО ІШЕМІЧНОГО ІНСУЛЬТУ ТА КАРДЮЕМБОЛІЧНОГО ІШЕМІЧНОГО ІНСУЛЬТУ НА ФОНІ МИГОТЛИВОЇ АРИТМІЇ.....	31
<b>Візнюк В. В., Федорук О. С.</b> ВПЛИВ ОЗОНУ НА ПОКАЗНИКИ ПЕРЕКИСНОГО ОКИСНЕННЯ ЛІПІДІВ ТА АНТИОКСИДАНТНИЙ ЗАХИСТ У ХВОРИХ НА СЕЧОКАМ'ЯНУ ХВОРОБУ УСКЛАДНЕНУ ПІСЛОНЕФРИТОМ.....	33
<b>Герман Л. В., Каліновська І. В.</b> ГОРМОНАЛЬНИЙ СТАН ФЕТОПЛАЦЕНТАРНОГО КОМПЛЕКСУ У ВАГІТНИХ З ПЛАЦЕНТАРНОЮ НЕДОСТАТНІСТЮ.....	37
<b>Головачук О. К., Каліновська І. В.</b> ПЕРЕБІГ ВАГІТНОСТІ ТА ПОЛОГІВ ВІД МАТЕРІВ З УРОГЕНІТАЛЬНИМИ ІНФЕКЦІЯМИ.....	39
<b>Жук А. В.</b> ТАКТИКА КОРРЕКЦІЇ КРОВОТОКА В ОТДАЛЕННИХ СОСУДИСТЫХ БАСЕЙНАХ ПРИ СОЧЕТАННОМ ПОРАЖЕНІИ ІХ АТЕРОСКЛЕРОЗОМ.....	42
<b>Конда А. А., Батраченко А. В., Шенцев І. О.</b> ПОМИЛКИ ПРИ ВИГОТОВЛЕННІ СУЦІЛЬНОМЕТАЛЕВИХ ПАЯНИХ МОСТОПОДІБНИХ ПРОТЕЗІВ.....	45
<b>Кондря Д. О., Каліновська І. В.</b> ОСОБЛИВОСТІ СТАНУ НОВОНАРОДЖЕНИХ ВІД МАТЕРІВ З ФЕТОПЛАЦЕНТАРНОЮ НЕДОСТАТНІСТЮ НА ТЛІ НЕВИНОШУВАННЯ.....	50
<b>Карвацька Н. С., Пашковський В. М., Левицька А. П.</b> АКТУАЛЬНІ ПИТАННЯ ПРОТИДІЇ НАСИЛЬСТВУ В СІМ'Ї.....	54
<b>Карвацька Н. С., Федотова А. В., Карвацька Т. Г.</b> МЕХАНІЗМИ ЗАХИСТУ ТА ЕМОЦІЙНЕ ВИГОРАННЯ ЛІКАРІВ.....	58
<b>Мартиць Ю. М.</b> ЗМІНИ СТУПЕНЮ ВИРАЖЕНОСТІ ПОСТУРОЛОГІЧНИХ ПОРУШЕНЬ ПРИ НАЯВНОСТІ В ПОРОЖНИНІ РОТА ЛІКУВАЛЬНИХ СПЛІНТІВ.....	63

## **Механізми захисту та емоційне вигорання лікарів**

*Карвацька Н.С. - канд. мед. н., доцент,  
Буковинський державний медичний університет,  
Федотова А.В. – завідувач 5-го відділення,  
Чернівецька обласна психіатрична лікарня,  
Карвацька Т.Г. - студентка 6 курсу медичного факультету,  
Буковинський державний медичний університет*

Значні емоційні перевантаження, часті стресові ситуації, дефіцит часу, необхідність ухвалювати рішення при обмеженому обсязі інформації, висока частота і інтенсивність міжособистісної взаємодії вимагають від лікаря значного напруження нервово-психічних процесів. Різномічна і тривала дія несприятливих соціальних, психологічних, економічних чинників зумовлює велику нервово-психічну напругу, яка здатна викликати різноманітні негативні прояви в поведінці і призводити до нервово-психічних розладів [1, с. 68].

Як правило, при синдромі емоційного вигорання, унаслідок психічної дезадаптації невротичні конфлікти витісняються в несвідоме, тому людьми не усвідомлюються. Захисні механізми – це способи мислення, які направлені на пом'якшення неприємних емоційних переживань і утримання несвідомих конфліктів ззовні свідомості, обумовлюють виникнення хворобливої симптоматики. Залишається актуальним вивчення шляхів вирішення конфліктів пацієнтів, що сприяє покращенню рівня адаптації до умов навколишнього середовища.

За родом професійної діяльності лікар стикається із стражданням, болем, вмиранням, смертю. Усе це обумовлює необхідність підтримання стану постійної психологічної готовності, емоційної залученості в проблеми тих людей, що їх оточують, що пов'язані із станом їх здоров'я, практично в будь-яких ситуаціях, що припускають міжособистісну взаємодію. Існування в

подібних умовах вимагає від фахівця медичної установи високої емоційної стійкості, стабільності, психологічної надійності, вміння протистояти стресу, інформаційним і емоційним перевантаженням, а також сформованих комунікативних навичок, розвинених механізмів психологічної адаптації і компенсації, зокрема, конструктивних копінг-стратегій, направлених на профілактику емоційного вигорання у медичних фахівців [3, с. 177].

Синдром емоційного вигорання виявляється у відчутті байдужості, емоційного виснаження, знемоги, коли людина не може віддаватися роботі так, як це було раніше; у дегуманізації - розвитку негативного відношення до своїх колег і клієнтів); негативному самосприйнятті в професійному плані [4, с. 34].

Розвитку синдрому емоційного вигорання у лікарів сприяє напружена психоемоційна діяльність: інтенсивне спілкування, підкріплення його емоціями, інтенсивне сприйняття, переробка та інтерпретація отримуваної інформації і ухвалення рішень. Інший чинник розвитку емоційного вигорання - дестабілізуюча організація діяльності і несприятлива психологічна атмосфера. Це нечітка організація і планування праці, недостатність необхідних засобів, наявність бюрократичних моментів, багатогодинна робота, наявність конфліктів як в системі «керівник - підлеглий», так і між колегами [2, с. 6].

Метою даного дослідження було вивчення механізмів захисту, які використовуються лікарями з синдромом емоційного вигорання, з подальшим проведенням психотерапії для досягнення усвідомлення конфлікту, що веде до усунення причин і механізмів розвитку синдрому емоційного вигорання. Знання та урахування механізмів психологічного захисту необхідні при проведенні особистісно - орієнтованої психотерапії.

У групу обстеження входило 30 лікарів різних спеціальностей. Дослідження механізмів захисту проводили з використанням методики визначення типу психологічного захисту особистості за Плутчиком-Келлерманом-Конте; визначення ознак емоційного вигорання за Е.Б. Боллзом (1995) шляхом діагностики і самодіагностики синдрому хронічної втоми.

Синдромом емоційного вигорання вважають стан фізичного, емоційного та розумового виснаження, який може спостерігатися у медичних працівників. Характеризується порушенням продуктивності в роботі, підвищеною втомою, безсонням, підвищеним ризиком виникнення соматичних захворювань, а також вживанням алкоголем або інших психоактивних речовин з метою отримання тимчасового полегшення, що має наслідком тенденцію до розвитку психічної та фізичної залежності і багатьох випадках суїцидальної поведінки.

Цей синдром зазвичай розцінюється як стрес-реакція на безжалісні виробничі і емоційні вимоги, таких, що виходять з надмірної відданості людини своїй роботі із супутньою зневагою сімейного обов'язку.

У досліджуваних лікарів визначали перелік симптомів синдрому хронічної втоми (за Боллзом): слабкість м'язів, м'язовий біль; болі в суглобах; загальне нездужання, безсоння, забудькуватість, неуважність, нездатність або утруднення зосередження; пригнічений настрій (депресія).

Специфічними симптомами синдрому хронічної втоми у медпрацівників були дратівливість (направлена не тільки на пацієнтів, але і на колег); скорочення часу прийому пацієнтів вже до середини робочого дня; використання в усній і письмовій мові штампів; при спілкуванні з колегами вживання великого числа слів, синонімічних поняттю утомленість; при виконанні роботи, пов'язаної з оформленням документів, карток і т.п., використання внутрішньої мови (внутрішнє промовляння фраз), що типово для вирішення розумових завдань в утруднених умовах.

У більшості лікарів із синдромом емоційного вигорання в значній мірі використовувалися такі механізми захисту особистості, як раціоналізація, проекція, компенсація та гіперкомпенсація, рідше – витіснення, заперечення та регресія. Психологічний захист був направлений на зниження тривоги, психічного дискомфорту, підвищення самооцінки шляхом викривлення процесу відбору та перетворення інформації. З одного боку механізми психологічного захисту в деякій мірі сприяли стабілізації «Я» особистості, але обмежували можливості розкриття і вирішення внутрішньоособистісного

конфлікту. При цьому спостерігалася відмова особистості від діяльності, що призначена для продуктивного рішення ситуації чи проблеми, яка викликала негативні болісні для індивіда переживання.

Відношення до свого стану в цьому плані у лікарів зустрічалось переважно двох видів: 1) заперечливе - не звертає уваги на власний психологічний стан, не вважає його наслідком простої перевтоми, не звертається по допомогу до фахівців; 2) зневажливе - недооцінює свою втомленість; не змінює свій стиль життя, який, як правило, несумісний з психологічним здоров'ям. Дуже часто для лікарів із синдромом хронічної втомленості характерна не тільки недосконала "самодіагностика", але і недосконала "самотерапія" - надмірності у вживанні транквілізаторів або вживанні спиртних напоїв для зняття перенапруги.

На думку З.Фрейда, психічні захисти покликані забезпечити психічну рівновагу суб'єкта, знизити рівень тривоги, напруження. Це вдається у результаті витіснення конфліктогенного змісту за межі свідомості. Та витіснення - як спосіб захисту - лише тимчасово може деактуалізувати внутрішню суперечність, утримуючи її в сфері несвідомого. З часом витіснений зміст може актуалізуватися, та в реальності він має змогу презентуватися лише у вигляді заміщуючого утворення. Клінічна практика психоаналізу концентрує увагу на такому різновиді заміщуючого утворення, як симптом [4, с. 43].

Особливості психологічного захисту проявлялися в період інтенсивної психотерапевтичної роботи при обговоренні суттєвих проблем особистості, аналізі самооцінки, проясненні нечітко виражених емоцій, конфронтації, співставленні та демонстрації особистості її суперечливих висловлювань і поведінки, усвідомленні внутрішнього конфлікту при спілкуванні з психотерапевтом.

У структурі особистості лікарів, у яких швидше розвинулося емоційне вигорання, частіше мала місце депресивна, депресивно-мазохістична або нарцисична структура особистості. Вважається, що захисні процеси, що формують такі структурні особливості особистості, вносять свої корективи в



розвиток синдрому емоційного вигорання, прискорюючи його виникнення і ускладнюючи його.

Неможливість направити агресію назовні у депресивних особистостей провокувала розвиток психосоматичних захворювань, а підвищений рівень вимогливості до себе держить їх у стані постійної фрустрації.

Особистості з переважаючим нарцисичним радикалом намагалися справитися зі своїми проблемами шляхом професійної ідентичності, і тому професійні загрози і стреси призводили їх до декомпенсації швидше, ніж інших людей. Нарцисичні особистості страждали алекситимічною формою порушення сексуального здоров'я. Надмірна стурбованість кар'єрою, багатообіцяючою роботою і приділення мало часу і уваги статевому життю, зайнятість іншими проблемами, що поглинають всю їх енергію, обумовлює зменшення частоти статевих актів, зниження статевого бажання, у чоловіків - погіршення ерекції, поява передчасної еякуляції.

При синдромі емоційного вигорання психотерапевтичний вплив, який був направлений на соціалізацію і корекцію захисних механізмів, надавав індивіду можливість засвоєння нових форм регуляції, переформування психічних процесів і переходу на нові рівні взаємодії з середовищем.

Після проведеного медикаментозного і психотерапевтичного лікування відбулося зниження рівня напруженості захисних механізмів, що корелювало з покращенням психічного і соматовегетативного стану лікарів із синдромом емоційного вигорання.

Проведені дослідження доводять результативність особистісного підходу до вирішення питань емоційного вигорання лікарів з покращенням рівня адаптації до умов навколишнього середовища.

Вважаються перспективними подальші дослідження шляхів профілактики емоційного вигорання лікарів, формування високого ступеню стійкості до стресу, інформаційних і емоційних перевантажень, а також розвиток механізмів адаптації і компенсації з високою значущістю екзистенціально-гуманістичних цінностей, що формують подальшу життєву перспективу.

## Список використаних джерел

1. Бойко В.В. Синдром “эмоционального выгорания” в профессиональном общении / В.В. Бойко. – СПб.: Питер, 1999. – 434 с.
2. Василенко, А.Ю. Личностные факторы профилактики эмоционального выгорания в процессе профессиональной самоактуализации: автореф. дис. канд. психол. наук: 19.00.01 «Общая психология, психология личности, история психологии» / Василенко Анна Юриевна. – Хабаровск, 2008. – 22 с.
3. Водопьянова Н.Е. Синдром выгорания: диагностика и профилактика / Н. Е. Водопьянова, Е. С. Старченкова. - СПб. : Питер, 2005. - 336 с.
4. Дудяк В. Емоційне вигорання / В. Дудяк. – К.: Главник, 2007. –126 с.