

Журнал клінічних та експериментальних
JC&EMIR
 медичних досліджень

УДК 612.821.3+612.821.8]:614.253

Abstract

I. G. Mudrenko,
O. O. Potapov ,
D. D. Sotnikov,
D. Y. Sviridenko,
V. S. Yurchenko,
*Sumy State University, 2 Rimsko-
 go-Korsakova str, 40007, Sumy,
 Ukraine*

BURNOUT SYNDROME FORMATION AMONG MEDICAL WORKERS OF DIFFERENT SPECIALITIES

We studied regularities of burnout syndrome formation in three groups of medical workers: psychiatrists, internship doctors and hospital nurses of psychiatric establishments. The aim of the study is determination of syndrome manifestation depending on work experience on the position and gender in separate groups of respondents. The study was carried out according to Maslach Burnout Inventory, the value of three scales “Emotional exhaustion”, “Depersonalization”, “Reduction of professional achievements” was figured out. The total amount of respondents – 62 medical workers.

According to results of given data processing we determined that the hospital nurses have high level of all indices on a scale: “Emotional exhaustion”, “Depersonalization”, “Reduction of professional achievements”. The doctors show the average degree of depersonalization manifestation and reduction of professional achievements, in psychiatrists the high degree of emotional exhaustion is formed during professional activity. We established some regularity according to which we concluded that the work experience of paramedical worker immediately in contact with the mentally ill up to 10 years is maximal as for mental health preservation and prevention of emotional exhaustion. Henceforth, the signs of emotional and mental exhaustion are rapidly formed ($p < 0,001$). In psychiatrists and somatic practitioners such a tendency is absent, the work experience doesn't influence on emotional exhaustion formation. Indices dynamics of depersonalization in medical workers didn't reveal dependence on work experience. The signs of emotional non-responsiveness, indifference, formal fulfillment of duties without personal involvement and empathy are formed and acquire high degree in paramedical workers, and average one in doctors in some years after immediate contact with mentally ill patients and then keeps at the same level. Gender analysis showed that women in the result of chronic stress and overwork are more prone to reduction of professional achievements than men ($p < 0.05$).

Keywords: emotional burnout, emotional exhaustion, depersonalization, reduction of professional achievements, psychiatrists, doctors of somatic profile, nurses.

Corresponding author: mudrenko__sopnd@mail.ru

Резюме

I. Г. Мудренко,
О. О. Потапов,
Д. Д. Сотников,
Д. Ю. Свириденко,
В. С. Юрченко,

ФОРМУВАННЯ СИНДРОМУ ЕМОЦІЙНОГО ВИГОРАННЯ У МЕДИЧНИХ ПРАЦІВНИКІВ РІЗНИХ СПЕЦІАЛЬНОСТЕЙ

У ході дослідження ми вивчили закономірності формування синдрому емоційного вигорання у трьох групах медичних працівників: у лікарів-психіатрів, лікарів-інтерністів, медичних сестер психіатричних закладів. Метою дослідження стало визначення вираженості цього синдрому залежно від стажу роботи на посаді та статі в

Сумський державний університет, кафедра нейрохірургії та неврології, вул. Римського-Корсакова, 2, м. Суми, Україна, 40007

окремих групах респондентів. Обстеження проводили за допомогою опитувальника вигорання (перегорання) К. Маслач. Усього взяли участь в опитуванні 62 медичних працівники. За результатами обробки одержаних даних ми встановили, що медичні сестри мають високий рівень показників за шкалами «Емоційне виснаження», «Деперсоналізація», «Редукція професійних досягнень». Лікарі демонструють середній ступінь вираженості деперсоналізації та редукції професійних досягнень, у лікарів-психіатрів в процесі професійної діяльності формується високий ступінь емоційного виснаження. Ми встановили деякі закономірності, на підставі чого дійшли висновку, що безпечним щодо збереження психічного здоров'я та запобігання формуванню емоційного виснаження є стаж середнього медичного працівника безпосередньо в контакті з психічно хворими до 10 років, в подальшому стрімко формуються ознаки емоційної та психічної виснаженості ($p < 0,001$). У лікарів-психіатрів і терапевтів така тенденція відсутня, стаж роботи на формування емоційного виснаження не впливає. Динаміка показників деперсоналізації у медичних працівників не виявила достовірної залежності від стажу. Ознаки емоційного відсторонення, байдужості, формального виконання професійних обов'язків без особистісної участі і співпереживання формуються і досягають у середніх медичних працівників вираженого ступеня, а у лікарів – середнього вже через декілька років безпосереднього спілкування з психічно хворими пацієнтами і потім упродовж всієї діяльності тримаються на однаковому рівні. Гендерний аналіз продемонстрував, що жінки внаслідок хронічного стресу та перевтоми на роботі більш схильні до редукції своїх професійних досягнень, ніж працівники чоловічої статі ($p < 0,05$).

Ключові слова: синдром емоційного вигорання, емоційне виснаження, деперсоналізація, редукція професійних досягнень, лікарі-психіатри, лікарі соматичного профілю, медичні сестри.

Резюме

И. Г. Мудренко,

А. А. Потапов,

Д. Д. Сотников,

Д. Ю. Свириденко,

В. С. Юрченко,

Сумский государственный университет, кафедра нейрохирургии и неврологии, ул. Римского-Корсакова, 2, г. Сумы, Украина, 40007

ФОРМИРОВАНИЕ СИНДРОМА СГОРАНИЯ У МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ РАЗЛИЧНЫХ СПЕЦИАЛЬНОСТЕЙ

В ходе исследования нами изучены закономерности формирования синдрома эмоционального выгорания в трех группах медицинских работников: врачей-психиатров, врачей-интернистов, медицинских сестер психиатрических учреждений. Целью исследования стало определение выраженности данного синдрома в отдельных группах респондентов в зависимости от стажа работы на должности и пола. Обследование проводилось с помощью опросника выгорания (перегорания) К. Маслач. Всего приняли участие в опросе 62 медицинских работника. По результатам обработки полученных данных нами установлено, что медицинские сестры имеют высокий уровень показателей по шкалам: «Эмоциональное истощение», «Деперсонализация», «Редукция профессиональных достижений». Врачи демонстрируют среднюю степень выраженности деперсонализации и редукции профессиональных достижений, у врачей-психиатров в процессе работы формируется высокая степень эмоционального истощения. Нами установлены некоторые закономерности, на основании чего мы пришли к выводу, что безопасным по сохранению психического здоровья и предотвращению формирова-



ння емоціонального істощення являється стаж середнього медичинського работника непосредственно в контакте с душевнобольными до 10 лет, в дальнейшем стремительно формируются признаки эмоционального и психического истощения ($p < 0,001$). У врачей-психиатров и терапевтов такая тенденция отсутствует, стаж работы на формирование эмоционального истощения не влияет. Динамика показателей деперсонализации у медицинских работников не выявила достоверной зависимости от стажа. Признаки эмоционального отстранения, равнодушия, формального выполнения профессиональных обязанностей без личного участия и сопереживания формируются и достигают у средних медицинских работников выраженной степени, а у врачей – средней уже через несколько лет непосредственного общения с душевнобольными пациентами и затем на протяжении всей деятельности держатся на одинаковом уровне. Гендерный анализ показал, что женщины в результате хронического стресса и переутомления на работе более склонны к редукции своих профессиональных достижений, чем работники мужского пола ($p < 0,05$).

Ключевые слова: синдром эмоционального выгорания, эмоциональное истощение, деперсонализация, редукция профессиональных достижений, врачи-психиатры, врачи соматического профиля, медицинские сестры.

Автор, відповідальний за листування: mudrenko__sopnd@mail.ru

Вступ

При вивченні професійної діяльності спеціалістів соціономічних професій акцент ставиться, перш за все, на позитивних аспектах роботи з людьми. Однак саме така діяльність (через високі вимоги, які ставляться до представників цих професій, особливу відповідальність та емоційні навантаження) є найбільш потенційно небезпечною в плані психологічного здоров'я, негативних переживань, пов'язаних з робочими ситуаціями, ймовірністю виникнення професійного стресу та емоційного вигорання. Термін «синдром емоційного вигорання» («burnout») з'явився у психологічній літературі відносно нещодавно. Він був запропонований американським психіатром Х. Фроуденбергером у 1974 р. Цим терміном автор визначав психологічний стан здорових людей, які інтенсивно і тісно спілкуються з пацієнтами (клієнтами) та перебувають в емоційно навантаженій атмосфері під час виконання професійної діяльності [1–3]. Синдром вигорання – це процес поступової втрати емоційної, розумової та фізичної енергії, що проявляється у симптомах емоційного, розумового виснаження, фізичної втоми, особистісної відстороненості та зниження задоволення від роботи. За даними літератури, цей синдром пов'язують із психосоматичним самопочуттям

та відносять його до стану передхвороби. В Міжнародній класифікації хвороб (МКХ – 10) синдром емоційного вигорання належить до рубрики Z73 – «Стрес, пов'язаний з труднощами підтримки нормального способу життя» [1]. Професія лікаря висуває до особистості вимоги, пов'язані з емоційним перевантаженням, частими стресовими ситуаціями, необхідністю приймати рішення в умовах дефіциту часу та при обмеженому обсязі інформації, з високою частотою та інтенсивністю міжособистісної взаємодії [2, 4], що, в цілому, характеризує професійну діяльність лікаря як екстремальну, стресогенну, таку, що приховує в собі небезпеку формування психічної та психосоматичної дезадаптації [1–4]. Діяльність в подібних умовах вимагає від фахівця емоційної стійкості, стабільності, психологічної надійності, вміння протистояти стресу, інформаційним та емоційним навантаженням, а також сформованих комунікативних навичок, розвинених механізмів психологічної адаптації та компенсації, зокрема конструктивних копінг-стратегій [4]. Незважаючи на велику кількість досліджень в цьому напрямку, ми вважаємо доцільним провести дослідження феномена емоційного вигорання в різних соціально-професійних групах працівників медичної галузі.



Метою нашого дослідження стало вивчення ступеня вираженості емоційного вигорання у лікарів-психіатрів та лікарів соматичного профілю, медичних сестер психіатричних установ залежно від стажу роботи, статі та закономірностей формування складових синдрому вигорання (емоційного виснаження, деперсоналізації, редукції професійних досягнень) в різних групах обстежених.

Завдання дослідження:

1. Визначити рівень емоційного вигорання та його складових у лікарів-психіатрів, лікарів загальносоматичного профілю, медичних сестер психіатричних закладів.
2. Визначити в різних групах обстежених залежність вираженості синдрому емоційного вигорання та його складових від стажу роботи на посаді.
3. Вивчити гендерну залежність у формуванні синдрому емоційного перегорання.

Матеріали та методи. Обстеження проводили серед працівників Сумського обласного клінічного психоневрологічного диспансеру та лікарів соматичного профілю (в різних лікувально-профілактичних закладах м. Сум). У дослідженні загалом взяли участь 62 медичних працівники, з яких 12 чоловіків та 50 жінок. Респонденти були розподілені на три групи: лікарі-психіатри, медичні сестри психіатричного профілю, лікарі загальної практики. Всі медики дали усну згоду на участь в дослідженні. Ми використовували психодіагностичний метод, а саме опитувальник вигорання (перегорання) К. Маслач (англ. Maslach Burnout Inventory, скор. MBI). Методика створена в 1986 році Maslach і Jackson, адаптована Н. Водоп'яною. Опитувальник складається з 22 пунктів, за яки-

ми можливе обчислення значень 3 шкал: «Емоційне виснаження», «Деперсоналізація», «Редукція професійних досягнень», та призначений для діагностики професійного вигорання [1].

«Емоційне виснаження» проявляється в переживаннях зниженого емоційного тону, підвищеної психічної виснаженості і афективної лабільності, втраті інтересу і позитивних почуттів до оточуючих, відчутті «перенасиченості» роботою, незадоволеності життям в цілому. «Деперсоналізація» проявляється в емоційному відстороненні та байдужості, формальному виконанні професійних обов'язків без особистісної участі та співпереживання, а в окремих випадках – в негативізмі і цинічному ставленні. На поведінковому рівні «деперсоналізація» проявляється в зверхній поведінці, використанні професійного сленгу, гумору, ярликів. В контексті синдрому перегорання «деперсоналізація» передбачає формування особливих, деструктивних взаємин з оточуючими людьми.

«Редукція професійних досягнень» відображає ступінь задоволеності медичного працівника собою як особистістю і як професіоналом. Незадовільне значення цього показника відображає тенденцію до негативного оцінювання своєї компетентності і продуктивності і, як наслідок, – зниження професійної мотивації, наростання негативізму стосовно службових обов'язків, тенденція до зняття з себе відповідальності, до ізоляції від оточуючих, відстороненість, безучасність, уникання роботи спочатку психологічно, а потім – фізично.

Діагностику рівнів вигорання проводили за трьома шкалами відповідно до базових значень, наведених в таблиці 1.

Таблиця 1 – Оцінювання рівнів вигорання

Субшкала (значення у балах)	Низький рівень (балів)	Середній рівень (балів)	Високий рівень (балів)
Емоційне виснаження (середнє – 19,73)	0–15	16–24	25 і більше
Деперсоналізація (середнє – 7,78)	0–5	6–10	11 і більше
Редукція професіоналізму (середнє – 32,93)	37 і більше	31–36	30 і менше

Одержані результати оброблені за допомогою методу математичної статистики «Excel» на персональному комп'ютері з використанням варіаційного ряду з підрахунком середньої арифметичної величини, стандартної помилки середнього арифметичного. Достовірність різниці оцінювали за допомогою критерію Стьюдента (t).

Результати дослідження та їх обговорення
Встановлено, що середній вік чоловіків становив $(42,4 \pm 2,7)$ року, жінок – $(40,1 \pm 1,54)$, середній стаж на посаді медичного працівника у чоловіків становив $(14,9 \pm 2,25)$ року, у жінок – $(13,4 \pm 1,47)$ року відповідно. Аналіз опитувальника засвідчив, що з загальної кількості обстежених медичних працівників 21 $((35 \pm 6,21) \%)$



щоденно після робочого дня хоче усамітнитися й відпочити від усього та всіх; 14 ((23,3 ± 5,51) %) відчувають байдужість і втрату інтересу до деяких речей, які радували раніше; 19 ((31,7 ± 6,06) %) наприкінці робочого дня відчуваються вичавленими як лимон. Після нічного сну почувалися втомленими ще до початку робочого дня 14 ((23,3 ± 5,51) %) обстежених. Високе психоемоційне напруження впродовж тривалого часу не могло не позначитися і на ставленні до хворих. Так, 14 ((23,3 ± 5,51) %) зазначили, що їм байдуже те, що відбувається з деякими хворими; 10 ((16,7 ± 4,85) %) з 62 опитаних спілкувалися зі своїми пацієнтами лише формально без зайвих емоцій і намагались час спілкування звести до мінімуму; 8 ((13,3 ± 4,43) %) стали черствішими щодо пацієнтів.

Почували себе емоційно спустошеними та перебували на межі можливостей 8 ((13,3 ± 4,43) %) медичних працівників.

Як бачимо з рисунка 1, медичні сестри психіатричних установ мають високий рівень показників за всіма складовими синдрому професійного вигорання. У зв'язку з майже постійним спілкуванням з пацієнтами та їх родичами медичні сестри найбільше зазнають емоційного виснаження серед обстежуваних. Ми одержали дані за шкалою «Емоційне виснаження» у медсестер на рівні 21,95 бала. Характерним для середніх медичних працівників психіатричних закладів є достовірна різниця емоційного виснаження на рівні $p < 0,05$ порівняно з аналогічними даними у лікарів загальносоматичної мережі.

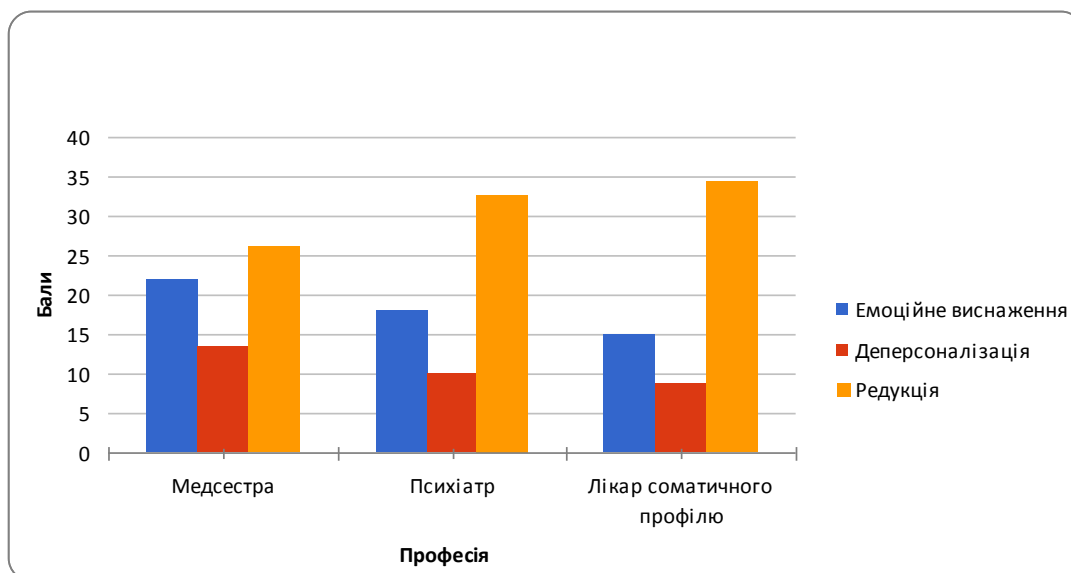


Рисунок 1 – Вираженість складових синдрому емоційного вигорання (емоційного виснаження, деперсоналізації, редукції) в різних групах медичних працівників

Також медичні сестри психіатричних лікарень виявили найвищий порівняно з лікарями рівень деперсоналізації (13,55 бала). Психіатри та лікарі загальносоматичної мережі продемонстрували середні значення за цією шкалою 9,99 та 8,65 бала відповідно. В ході аналізу виявлено достовірні розбіжності між значеннями за шкалою «Деперсоналізація» у медичних сестер та лікарів-соматиків на рівні $p < 0,01$.

Медичні сестри психіатричних закладів низько оцінюють свої професійні досягнення, свою компетентність і значущість як працівника і, як наслідок, мають низькі мотивацію до роботи та продуктивність праці, про що свідчать незадовільні значення за шкалою «Редукція професійних досягнень» – 34,25 бала (див. рис. 1).

Встановлено достовірні розбіжності між ступенем редукції професійних здібностей на рівні $p < 0,01$ у медичних сестер та лікарів-психіатрів, медичних сестер і лікарів соматичного профілю. Лікарі усіх спеціальностей мали середній ступінь редукції професійних здібностей.

Аналізуючи залежність ступеня вираженості синдрому емоційного вигорання та його складових від стажу роботи на посаді, ми встановили таке. Як бачимо з рисунка 2, середні медичні працівники впродовж своєї професійної діяльності мають ознаки наростання емоційного виснаження. Серед тих, чий стаж менший за 10 років, достовірно рідше спостерігається це явище, порівняно з тими, у кого період роботи більше 20 років ($p < 0,001$). Причому у медсестер

зі стажем роботи до 10 років роботи рівень емоційного виснаження середній (19,7 бала), а зі стажем понад 20 років – високий (31 бал). Після

10-річного рубежу достовірно швидше формуються ознаки емоційного виснаження, ніж до десяти років роботи ($p < 0,01$).

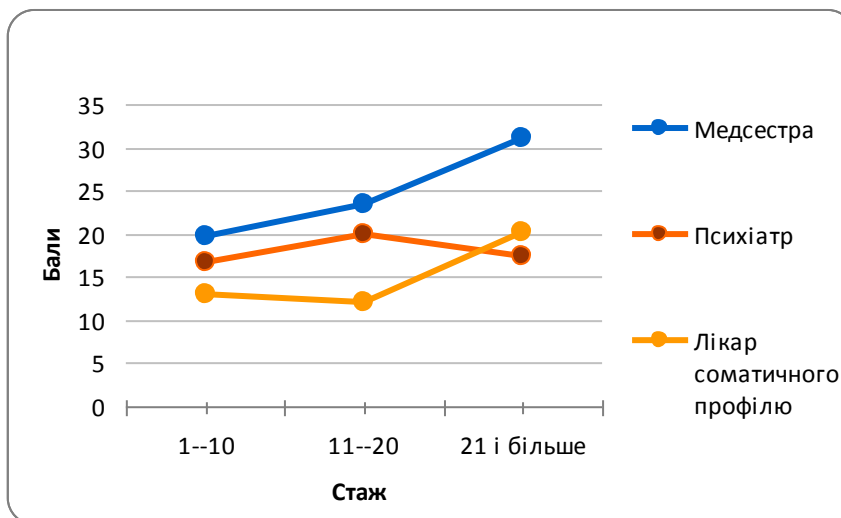


Рисунок 2 – Формування емоційного виснаження залежно від стажу роботи

Значущого наростання емоційного виснаження залежно від стажу у лікарів-психіатрів і лікарів соматичної мережі не виявлено. Лікарі-інтерністи на початку своєї професійної діяльності мають низькі показники за шкалою «Емоційне виснаження» – 13 балів, зі стажем понад 20 років – середні (20,1 бала), у психіатрів вони майже однакові до 10 років роботи і понад 20 років і становлять 16,7 та 17,5 бала відповідно.

Ми також дослідили ступінь вираженості та динаміку розвитку деперсоналізації впродовж професійної діяльності працівників (див. рисунок 3). Аналіз результатів тесту дозволив виявити деякі загальні закономірності в досліджуваних групах медичних робітників. Вже на початку професійної діяльності (до 10 років роботи) середнє значення показників за шкалою «Деперсоналізація» у медичних сестер становило

(12,4 ± 2,1) бала, що відповідає високому ступеню вираженості, а через 20 років відповідно – (14 ± 0) балів. Динаміка цього показника демонструє зростання ознак деперсоналізації на 11,5 % упродовж професійної діяльності, але достовірних розбіжностей між показниками вираженості у медичних сестер зі стажем роботи до 10 років і понад 20 років не встановлено. Тобто явища емоційного відсторонення, байдужості, формального виконання професійних обов'язків без особистісної участі і співпереживання формуються і досягають у середніх медичних працівників вираженого ступеня вже через декілька років безпосереднього спілкування з психічно хворими пацієнтами.

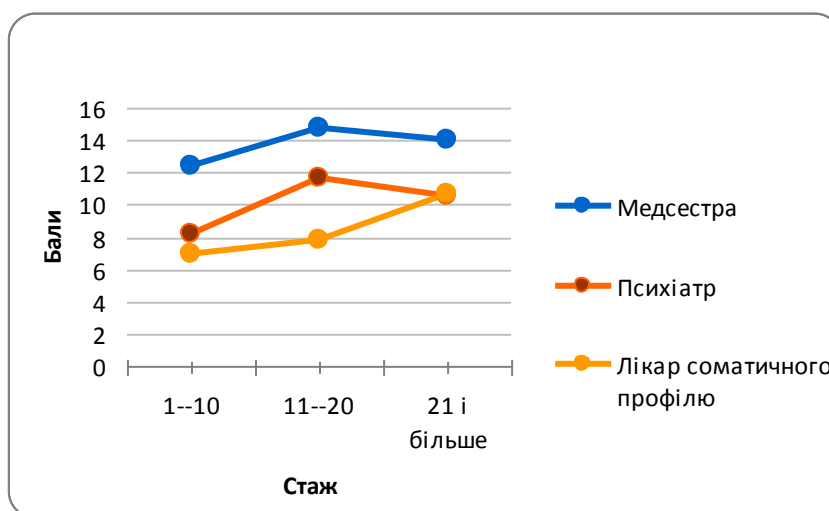


Рисунок 3 – Формування деперсоналізації в різних групах медичних працівників



Необхідно також зазначити, що у лікарів-психіатрів та лікарів соматичного профілю середній ступінь вираженості ознак деперсоналізації формується у період роботи до 10 років ($8,22 \pm 1,89$) та ($7 \pm 1,6$) бала) і потім впродовж всієї діяльності достовірно не змінюється. А серед лікарів-психіатрів значення за шкалою «Деперсоналізація» через 20 років роботи ($10,5 \pm 0,95$) навіть менші, ніж у період між 11 та 20 роками ($11,74 \pm 3,14$), можливо, за рахунок включення механізмів психологічного захисту (див. рис. 3).

На рисунку 4 відображено, що рівень редукції професійних досягнень у медичних сестер є високим і становить у різні періоди роботи ($27,6 \pm 2,6$); ($24,5 \pm 2,0$); (24 ± 0) балів) та достовірно ($p < 0,05$) перевищує аналогічні дані впродовж всієї

професійної діяльності у лікарів-психіатрів ($34,4 \pm 1,8$); ($31,14 \pm 2,2$); ($31 \pm 2,1$)). Отже, медичні сестри низько оцінюють свою компетенцію та результативність праці, внаслідок чого мають низьку мотивацію, уникають виконання завдань спочатку психологічно, а потім – фізично; схильні до зняття з себе відповідальності та демонструють наростання негативізму стосовно виконання службових обов'язків. Зазначимо, що у середніх медичних працівників зі стажем 11–20 років відзначалися набагато вищі показники за шкалою «Редукція» порівняно з лікарями-психіатрами, які пропрацювали понад 21 рік на рівні ($p < 0,05$), тобто спеціальність медичної сестри найнебезпечніша щодо ризику редукції професійних навичок.

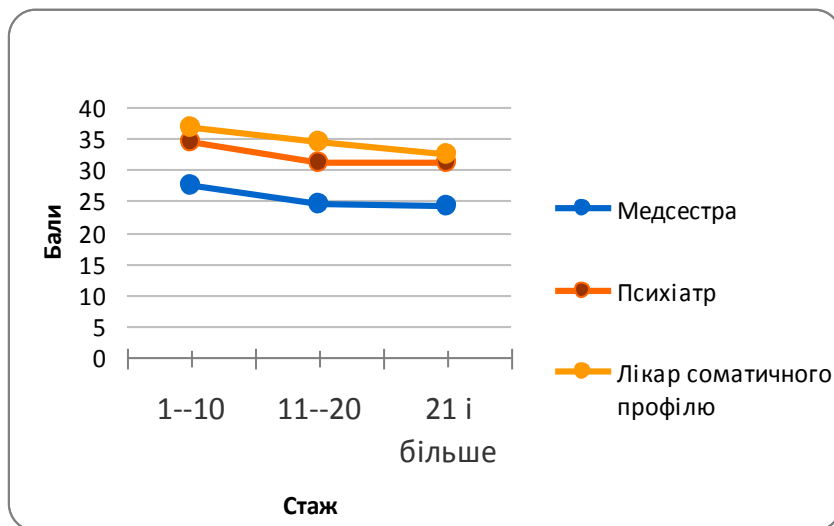


Рисунок 4 – Рівень редукції професійних досягнень

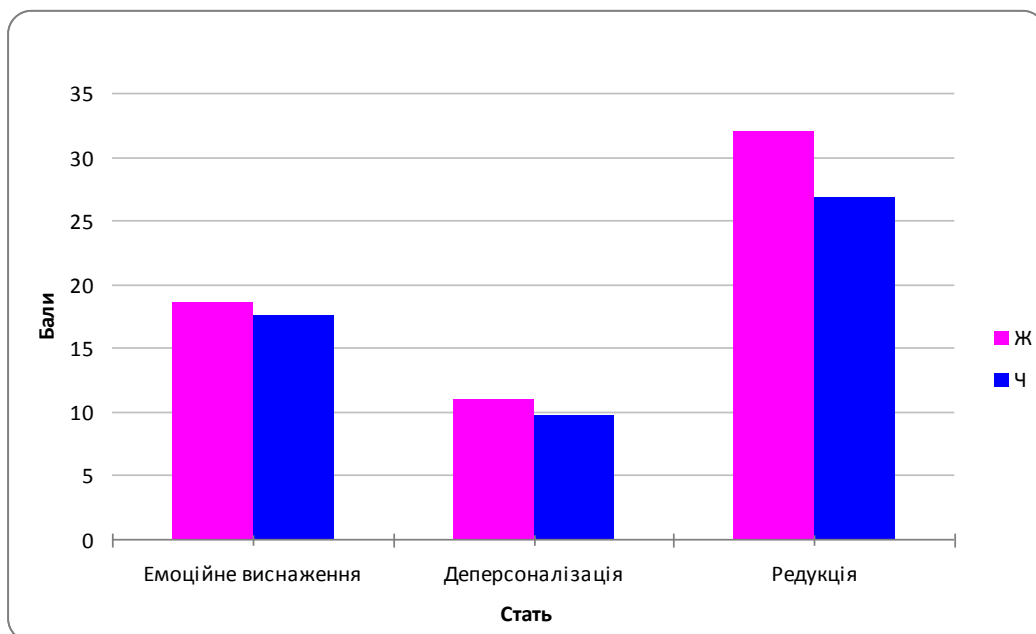


Рисунок 5 – Порівняння параметрів залежно від статі



Відмінностей між рівнем «Редукція професійних досягнень» та залежності від стажу у лікарів-інтерністів та психіатрів не виявлено, вони продемонстрували середні значення цього показника (див. рис. 4).

На рисунку 5 зображено порівняння вираженості складових синдрому емоційного вигорання у медичних працівників в гендерному аспекті. Як бачимо, в абсолютних цифрах дані за трьома шкалами у жінок перевищують аналогі-

чні у медичних працівників чоловічої статі. За результатами тесту встановлено достовірно більші значення за шкалою «Редукція професійних досягнень» у жінок. Отже, жінки більш схильні ($p < 0,05$) внаслідок хронічного стресу на роботі до виникнення почуття некомпетентності в професійній сфері, усвідомлення неупішності в ній. Вони більше, ніж чоловіки, негативно оцінювали себе, свої професійні досягнення і успіхи.

Висновки

1. Медичні сестри психіатричних закладів внаслідок постійного спілкування з пацієнтами та їх родичами мають найвищий рівень психічної виснаженості, афективної лабільності, «перенасиченості» роботою ($p < 0,05$); емоційної відстороненості, байдужості, схильності до формального виконання своїх обов'язків без співучасті і співпереживання, більш схильні до цинізму, зверхньої поведінки стосовно пацієнтів порівняно з лікарями загальносоматичної мережі ($p < 0,01$); медичні сестри психіатричних закладів низько оцінюють свої професійні досягнення, свою компетентність і значущість як працівника і, як наслідок мають низькі мотивацію до роботи та продуктивність праці порівняно з лікарями-психіатрами та лікарями соматичного профілю ($p < 0,01$). Тобто спеціальність медичної сестри найнебезпечніша щодо ризику формування професійного вигорання.

2. Безпечним щодо збереження психічного здоров'я та запобігання формуванню емоційно-

го виснаження є стаж середнього медичного працівника безпосередньо в контакт з психічно хворими до 10 років, в подальшому стрімко формуються ознаки емоційної та психічної виснаженості ($p < 0,001$). У лікарів-психіатрів і терапевтів така тенденція відсутня, стаж роботи на формування емоційного виснаження не впливає.

3. Динаміка показників деперсоналізації у медичних працівників не виявила достовірної залежності від стажу. Ознаки емоційного відсторонення, байдужості, формального виконання професійних обов'язків без особистісної участі і співпереживання формуються і досягають у середніх медичних працівників вираженого ступеня, а у лікарів – середнього вже через декілька років безпосереднього спілкування з психічно хворими пацієнтами і потім впродовж всієї діяльності перебувають на однаковому рівні.

4. Жінки внаслідок хронічного стресу та перевтоми на роботі більш схильні до редукції своїх професійних досягнень, ніж працівники чоловічої статі ($p < 0,05$).

заходів щодо попередження і запобігання розвитку синдрому емоційного вигорання.

Перспективи подальших досліджень

Перспективи нашого дослідження пов'язані з розробленням комплексних профілактичних

References (список літератури)

1. Vodop'yanova NE. *Profylaktyka y korrektsyya syndroma vyhoranyya* [Prevention and correction of burnout]. Publisher of St. Petersburg University, 2011.160 p.
2. Pshuk NG, Kaminska AO. [Some individual psychological predictors of professional disadaptation forming in surgery and therapeutic profile doctors]. *Ukrayinskiy visnik psihonevrologiyi*. 2014; 22 (78):84–87.
3. Larentsova LY. [Psychological and psychopathological features of syndrome of emotional burnout among physicians of the clinical profile]. *Rossyyskyy medytynskyy zhurnal*. 2008; 6:32–35.
4. Pshuk NH, Kamins'ka AO. [Problema profesynoyi dezadaptatsiyi likariv khirurhichnoho ta terapevtychnoho profilyu]. *Arkhiv psykhatriyi*. 2013; 19(73):151–155.

(received 17.06.2016, published online 28.06.2016)

(одержано 17.06.2016, опубліковано 28.06.2016)

