

УДК 614.253.5+616-093.75+371.14

О.З. Децик, Ж.М. Золотарьова

ДВНЗ «Івано-Франківський національний медичний університет»

ЧИННИКИ СОЦІАЛЬНО-ПСИХОЛОГІЧНОЇ ДЕЗАДАПТАЦІЇ ЯК ІНДИКАТОРИ СИНДРОМУ ЕМОЦІЙНОГО ВИГОРАННЯ МЕДИЧНОГО ПЕРСОНАЛУ, ЗАДІЯНОГО В СИСТЕМІ ПАЛІАТИВНОЇ І ХОСПІСНОЇ ДОПОМОГИ

За спеціально розробленою програмою опитано 389 медичних працівників закладів охорони здоров'я м. Івано-Франківська: 211 медичних працівників сфери паліативної і хоспісної допомоги (ПХД), які мають з інкурабельними хворими постійний контакт, 111 медиків первинної ланки, що контактують з інкурабельними хворими періодично, та 67 організаторів охорони здоров'я, які взаємодіють з таким контингентом хворих достатньо рідко. Не отримано доказів, що синдром емоційного вигорання (СЕВ) є специфічною проблемою для сфери ПХД, оскільки рівень поширення СЕВ був однаковим у всіх порівнюваних професійних групах – (54,0±2,5) %. Аналіз розподілу контингенту спостереження та поширеності СЕВ за віком, статтю, стажем роботи, рівнем освіти тощо дозволив висунути гіпотезу, що такий кінцевий результат міг скластися внаслідок плинності кадрів у системі ПХД. Встановлено, що такі чинники соціально-психологічної дезадаптації, як скарги на постійні дистреси, незадоволеність рівнем досягнення життєвих цілей, розлучення, негаразди в сім'ях, відчуття самотності та відсутності підтримки в родині, низька громадська активність, конфліктні робочі стосунки, у 1,5–7 разів частіше зустрічаються в медичних працівників із високим та критичним рівнями СЕВ, а отже, можуть бути індикаторами синдрому, придатними для моніторингу якості кадрових ресурсів у закладах охорони здоров'я. При цьому групою ризику слід уважати медичний персонал у віці 30–49 років, де зазначені показники сягають пікових значень. Результати дослідження вказують на необхідність розробки заходів профілактики та корекції СЕВ у медичних працівників: раннього виявлення симптомів, запровадження у закладах охорони здоров'я постійно діючих тренінгів з подолання емоційного вигорання, включення питань профілактики СЕВ у програми до- та післядипломної освіти.

Ключові слова: *паліативна і хоспісна допомога, медичний персонал, синдром емоційного вигорання.*

Професійна медична діяльність у системі «людина – людина» – одна з найбільш психологічно напружених [1]. Особливостями праці медичних працівників у сфері паліативної і хоспісної допомоги (ПХД) є її висока стресогенність, підвищене емоційне та фізичне навантаження, що ускладнюється неминучим контактом з процесами помирання і смерті та відсутністю позитивного результату лікування, оскільки пацієнт все одно йде з життя [2, 3]. Доволі жорсткі професійні й

емоційні виклики часто стають причиною розвитку у медичного персоналу синдрому емоційного вигорання (СЕВ), який за Міжнародною класифікацією хвороб та споріднених проблем охорони здоров'я 10-го перегляду отримав шифр Z73.0 – «Стрес, пов'язаний з труднощами підтримки нормального способу життя» [4].

Внаслідок виникнення та розвитку СЕВ знижується якість як самого персоналу (психологічне та фізичне виснаження, ріст захво-

© О.З. Децик, Ж.М. Золотарьова, 2013

рюваності, руйнація міжособистісних стосунків тощо), так і, відповідно, ефективність та якість його праці, зростає конфліктність у трудовому колективі і плинність кадрів [2, 5, 6]. За дослідженнями різних авторів, значна частина медичних працівників залишають паліативну сферу після кількох років роботи через негативний вплив професійного стресу на їхнє життя, що є серйозним викликом для системи охорони здоров'я [5–8].

З огляду на сказане, зрозуміло, що для медичного персоналу, який працює з невиліковними хворими, важливо мати навички діагностики, саморегуляції та профілактики розвитку СЕВ. Поінформованість про ранні ознаки СЕВ дозволить попередити розвиток вигорання, впливати на найбільш критичні соціально-психологічні чинники та проводити корекцію наявних симптомів синдрому (само- та взаємодіагностика, тренінги безпосередньо на робочому місці, професійна психологічна допомога тощо). Про можливість успішного подолання емоційного вигорання свідчить позитивний міжнародний досвід [1, 2, 5–8]. Згідно з рекомендаціями Європейської асоціації паліативної допомоги (2007, 2009) ці питання повинні бути включені у програми до- та післядипломної освіти [9, 10].

Мета дослідження – встановити наявність взаємозв'язку соціально-психологічних чинників та синдрому емоційного вигорання медичних працівників, які працюють з інкурабельними та тяжкохворими пацієнтами, та визначити напрями профілактики синдрому емоційного вигорання.

Матеріал і методи. За спеціально розробленою програмою опитано 389 медичних працівників закладів охорони здоров'я м. Івано-Франківська, яких за ступенем контакту з інкурабельними пацієнтами розподілили на три групи: першу групу становили 211 медичних працівників сфери ПХД, які мають з такими хворими постійний контакт (93 лікарі, решта – молодші спеціалісти з медичною освітою), другу – 111 медиків первинної ланки (ПМСД), що контактують з інкурабельними хворими періодично, третю – 67 організаторів охорони здоров'я, які взаємодіють з таким контингентом хворих достатньо рідко.

Синдром емоційного вигорання оцінювали за методикою В. Бойка [11].

Для статистичної обробки даних використовували формули розрахунку частоти кожного чинника на 100 опитаних і похибки репрезентативності для відносних величин, а оцінку достовірності різниці отриманих даних у групах порівняння проводили за допомогою критерію χ^2 -квадрат (χ^2) [12]. Для вивчення впливу окремих чинників на формування СЕВ використовували методику розрахунку показника відношення шансів (Odds Ratio, OR) та його 95 % довірчого інтервалу (95 % Confidential Interval, 95 % CI) [13]. Групами порівняння були особи з високим та критичним рівнями СЕВ і медпрацівники без ознак вигорання.

Результати та їх обговорення. Встановлено, що методика оцінки емоційного вигорання (В. Бойко) є досить складною і громіздкою. Опитувальник містить 84 питання, відповіді на які, підрахунок та інтерпретація результатів вимагають затрат часу і відповідних навичок. Адже інтенсивність прояву СЕВ визначають сумарно на підставі окремих оцінок сформованості трьох його послідовних фаз: напруження, резистенції та виснаження, кожна з яких, у свою чергу, оцінюється за сумою балів по чотирьох симптомах. Ступінь сформованості кожної фази визначають за інтегральною оцінкою її складових (симптомів), а інтенсивність синдрому (несформований, середній, високий та критичний) – за сумарною кількістю балів по трьох фазах. Така складна методика придатна у професійній практиці (наприклад, психотерапевтів) і навряд чи підходить для самооцінки чи моніторингу керівниками закладу охорони здоров'я рівня ураженості медичного персоналу СЕВ з метою виявлення ранніх симптомів та їх корекції. Це наштовхнуло нас на думку про пошук більш простих індикаторів СЕВ.

За результатами дослідження встановлено, що більше половини [(54,0±2,5) %] всіх опитаних медичних працівників мали сформований СЕВ середнього [(37,3±2,5) %], високого [(7,7±1,4) %] та критичного [(9,0±1,5) %] рівнів, причому, як видно на рис. 1, у дослідженні не встановлено суттєвої різниці ($p > 0,05$) у частоті СЕВ та його інтен-

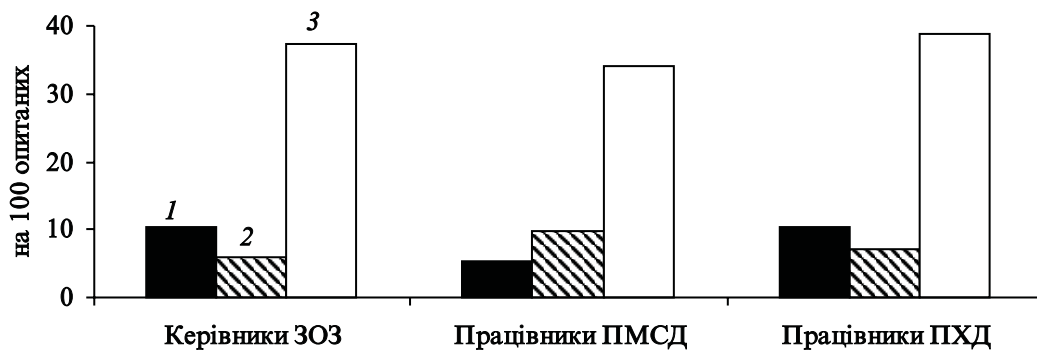


Рис. 1. Частота проявів СЕВ різного рівня серед обстежених медичних працівників: 1 – критичного; 2 – високого; 3 – середнього; $p > 0,05$

сивності серед порівнюваних за рівнем контакту з інкурабельними пацієнтами груп медичних працівників.

За допомогою методики обчислення показника відношення шансів не отримано доказів щодо розвитку СЕВ залежно від віку, статі, місця проживання та кваліфікації ($p > 0,05$). Встановлені тільки суттєві відмінності ($p < 0,05$) за рівнем освіти медичного персоналу – серед лікарів СЕВ поширений у 1,5 разу частіше, ніж серед молодших медичних спеціалістів з медичною освітою. Дві третини опитаних лікарів сфери ПХД [(67,7±4,8) % проти (47,5±4,6) % середнього медперсоналу] мають сформовані ознаки професійного вигорання, у тому числі (15,1±3,7) і (6,8±2,3) % відповідно – критичного рівня.

Доведено, що шанси виникнення СЕВ достовірно зростають при наявності вищої освіти ($OR=1,68$; 95 % $CI=1,11-2,56$; $p < 0,05$). Очевидно, це пов'язано з відмінністю функціональних обов'язків лікарів та медичних сестер стосовно обслуговування інкурабельних хворих. Унаслідок несформованості сфери ПХД в Україні, можливо, середній медперсонал ще не виконує такого обсягу завдань, як у країнах, де існують стандарти цього виду допомоги, а тому основний тягар спілкування з пацієнтом та його родиною традиційно лягає на лікарів. З іншого боку, це може вказувати на плінність кадрів у сфері ПХД внаслідок високого психоемоційного навантаження, особливо за рахунок середніх медпрацівників. Так, попередні наші дослідження [14] показали наявність суттєвих відмінностей у віковому та статевому

складі обстеженого контингенту, аналіз яких дозволив висунути гіпотезу про високу плінність кадрів у сфері ПХД, зокрема серед молодших спеціалістів з медичною освітою (половину яких становили особи до 30 років, головним чином жінки). Ще одним аргументом сказаного, на наш погляд, є відсутність отримання у дослідженні доказів щодо залежності тяжкості проявів СЕВ від стажу роботи ($p > 0,05$). Мало того, професійна діяльність упродовж понад 25 років суттєво знижує шанси формування синдрому ($OR=1,82$; 95 % $CI=1,15-2,86$; $p < 0,05$). Можна припустити, що залишаються у професії ті, хто не має вигорання (особи з високими адаптаційними можливостями та ті, котрі володіють методиками протидії дистресам тощо), а інші – вибувають до того часу.

У підтвердження сказаному при вивченні поширеності чинників соціально-психологічної адаптації встановлено, що половина всіх респондентів [(53,7±2,5) %] скаржились на постійні дистреси у житті. Найбільш уразливими серед порівнюваних професійних груп виявились лікарі сфери ПХД [(66,7±4,9) %; $p < 0,01$] та особливо медичні працівники із високим та критичним рівнем СЕВ [(83,3–85,7) %; $p < 0,001$]. Доведено, що при наявності професійного вигорання шанси страждання від дистресів у 2,5–6 разів вищі ($OR=3,83$; 95 % $CI=2,51-5,83$, $p < 0,001$), рис. 2. Крім того, нарікання на них були найбільш поширені серед медпрацівників у віці 40–59 років (65,0–68,8 %; $p < 0,01$), тобто на вершині професійних досягнень, що може бути підтвердженням взаємозв'язку розглянутого чинника із специфічними умовами трудової ді-

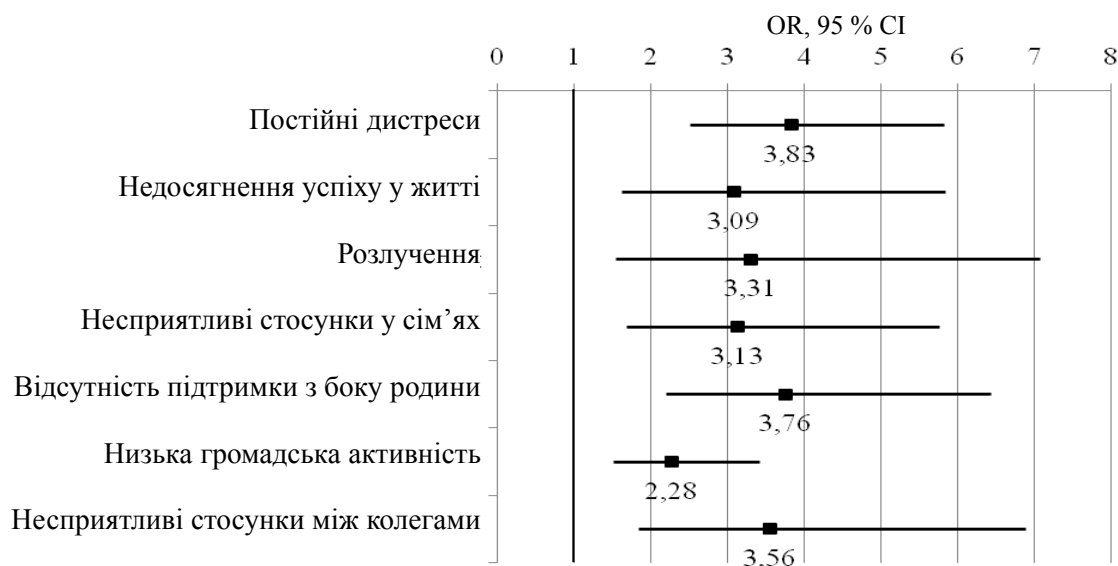


Рис. 2. Взаємозв'язок соціально-психологічних чинників та СЕВ

яльності та доказом подальшого вибування із професії внаслідок високого психоемоційного навантаження.

Важливим психоемоційним чинником та водночас інтегральним параметром якості життя є повнота самоактуалізації, яка відображає міру досягнення життєвих мрій, цілей та сподівань. Досить високою [(15,0±1,8) %] виявилась частка респондентів, які вважали, що взагалі не досягли успіху в житті. Кризовою віковою групою у цьому плані виявився вік 30–39 років [(21,9±4,2) %; $p < 0,05$], який, як відомо, є часом найбільших соціальних та професійних амбіцій. Очевидно, їх невідповідність реальній сфері зайнятості та життєвим цілям може бути ще одним додатковим чинником виникнення емоційного вигорання. Адже кожен четвертий–п'ятий респондент з високим та критичним рівнем емоційного вигорання (20,0–28,6 % проти 7,9 % осіб з несформованим СЕВ; $p < 0,01$) вважав, що зовсім не досяг успіху у житті. При цьому доведено, що шанси виникнення СЕВ (рис. 2) достовірно зростають саме у тих респондентів, які відносять себе до невдах (OR=3,09; 95 % CI=1,63–5,85; $p < 0,01$).

Високий рівень емоційного вигорання серед медичних працівників сфери ПХД негативно впливає й на особисте життя. Встановлено, що поширеність розлучень серед опитаних зростала з (4,3±1,9) % у молодому

віці (до 30 років) до кожного п'ятого [(21,3±4,6) %] у віковій групі 40–49 років. Про можливий взаємозв'язок між напруженими умовами праці та складними сімейними стосунками свідчить найвищий відсоток розлучених серед осіб із СЕВ високого та критичного рівнів (23,3–25,7 % проти 9,0 % у респондентів без ознак вигорання; $p < 0,05$). Підтвердженням цієї гіпотези стали достовірні значення показника відношення шансів – OR=3,31; 95 % CI=1,54–7,09 (рис. 2).

Ще одним доказом негативного впливу професії на сімейний мікроклімат стали результати вивчення взаємостосунків у сім'ях респондентів. Так, половина респондентів [(50,4±2,5) %] оцінили їх як доброзичливі, а решта – як проблемні і навіть конфліктні. Особливо часто несприятливі взаємостосунки у сім'ях зафіксовані у медичних працівників з високим та критичним рівнями СЕВ (63,3–71,4 %). Доведено, що шанси поєднання сімейних негараздів та СЕВ (рис. 2) – досить високі (OR=3,13; 95 % CI=1,69–5,77; $p < 0,001$).

Наслідком показаних внутрішньосімейних проблем стає відсутність підтримки з боку родини та близьких, що поглиблює психологічний дискомфорт медичних працівників. Показано, що практично четверта частина респондентів [(23,4±2,1) %] вважали себе зайвими та не потрібними своїй сім'ї. Вказаний психологічний стан достовірно частіше

спостерігався у осіб з критичним та високим рівнями СЕВ (51,4–53,3 % проти 11,7 % з несформованим синдромом; $p < 0,001$). Про важливість розглянутої характеристики свідчить те, що відсутність підтримки в родині значно збільшує шанси (рис. 2) розвитку СЕВ ($OR=3,76$; 95 % $CI=2,20-6,44$; $p < 0,001$).

Крім негативного впливу на сімейні стосунки розглянуті особливості професійної діяльності відбиваються й на інших характеристиках соціально-психологічної адаптації, якості життя та соціального благополуччя індивідуума, зокрема на його громадській активності. Загалом тільки менше половини опитаних [(45,5±2,5) %] визнали, що регулярно зустрічаються з друзями, родиною чи відвідують різні гуртки, секції, театр, церкву тощо. Ще приблизно така ж частка [(48,6±2,5) %] роблять це зрідка, а (5,9±1,2) % зовсім не беруть участі у громадському житті. При цьому більш поширена абсолютна соціальна апатія серед чоловіків [(11,1±3,2) % проти (4,1±1,2) % жінок; $p < 0,05$] і характерна для молодого та зрілого віку – 30–49 років (10,0–11,5 %; $p < 0,01$). Це знову нашттовує на думку, що саме ці вікові категорії можна розглядати як групи ризику у плані психологічного напруження та виснаження. Високий відсоток медичних працівників, які постійно зайняті у суспільному житті, серед осіб у віці понад 50 років [(54,5–66,7) %] ще раз підтверджує, що в професії, очевидно, залишаються психологічно адаптовані, про що може свідчити їхня активна громадська позиція.

Всередині порівнюваних професійних груп встановлено, що найменш соціально активні респонденти, які постійно працюють з інкурабельними хворими, головним чином лікарі [(12,9±3,5) %; $p < 0,01$]. Крім того, виявлено, що серед осіб з високим і критичним рівнями емоційного вигорання частки тих, що зовсім не беруть участі у громадському житті, ще суттєвіші (13,3–17,1 %), а частка соціально активних осіб значно менша (22,9–30,0 %; $p < 0,001$). Доведено, що при вираженому СЕВ шанси низької громадської активності (рис. 2) достовірно вищі ($OR=2,28$; 95 % $CI=1,52-3,43$; $p < 0,001$).

Також дослідженням встановлено, що розглянуті особливості професійної діяльності негативно впливають на психологічний

мікроклімат у робочих колективах, а отже, і на якість трудових ресурсів. Так, лише (37,9±2,5) % респондентів оцінили свої взаємини з колегами як доброзичливі, а більшість [(62,1±2,5) %] висловили невдоволення ними, причому (3,9±1,0) % з них визнавали наявність постійних конфліктів. Найгірше оцінювали взаємовідносини в колективі медичні працівники у віці 40–49 років (76,3 %), з яких кожен десятий (8,8 %) характеризував ситуацію на роботі як конфліктну ($p < 0,01$).

На противагу очікуваному, стосунки в колективах медиків, які обслуговують інкурабельних хворих, виявились кращими за такі у інших групах. Респонденти цієї групи частіше від інших давали доброзичливі оцінки взаєминам зі своїми колегами [(41,7±3,4) % проти майже рівних часток персоналу міських поліклінік і організаторів охорони здоров'я – (34,5±4,6) та (31,3±5,7) % відповідно; $p < 0,05$]. Очевидно, через високу відповідальність у ході виконання управлінських функцій найбільш проблемні професійні стосунки встановлені у організаторів охорони здоров'я, де кожен десятий оцінив їх як стабільно конфліктні [(9,0±3,5) % проти (3,8±1,3) % працівників ПХД та (0,9±0,9) % працівників первинної ланки]. В цілому кращий мікроклімат у робочих колективах медичних працівників сфери ПХД можна пояснити комплексом факторів: відносно молодший вік працівників (особи до 30 років найкраще оцінюють робочу атмосферу – 46,1–50,0 %), можливо, природний професійний відбір – на цих місцях працюють особи з відповідним складом характеру і психологічними характеристиками, а ті, для кого це надзвичайно важко, як уже неодноразово вказувалось, вибувають із професії. З іншого боку, у цю групу респондентів входили медичні працівники Івано-Франківського хоспісу, у якому з моменту його заснування діють постійні тренінги з профілактики професійного вигорання та з навичок командної роботи [3]. Можливо, саме ця обставина значною мірою вплинула на отримані результати, адже в дослідженні встановлено, що серед осіб з високим та критичним рівнями СЕВ абсолютна більшість (76,7–80,0 %; $p < 0,001$) незадоволені взаєминами в робочому колективі, тобто наяв-

ність емоційного вигорання у 2–7 разів збільшує шанси (рис. 2) ускладнених професійних стосунків з колегами (OR=3,56; 95 % CI=1,84–6,89; $p < 0,001$).

Висновки

1. Не отримано доказів, що синдром емоційного вигорання є специфічною проблемою для сфери паліативної та хоспісної допомоги, оскільки рівень поширення цього синдрому був однаковим у всіх порівнюваних професійних групах. Аналіз розподілу контингенту спостереження та поширеності синдрому емоційного вигорання за віком, статтю, стажем роботи, рівнем освіти тощо дозволяє висунути гіпотезу, що такий кінцевий результат міг скластися внаслідок плинності кадрів у системі паліативної і хоспісної допомоги, особливо молодших спеціалістів з медичною освітою.

2. Встановлено, що такі чинники соціально-психологічної дезадаптації, як скарги на постійні дистреси, незадоволеність рівнем досягнення життєвих цілей, розлучення, негаразди в сім'ях, відчуття самотності та відсутності підтримки в родині, низька громадська активність, конфліктні робочі сто-

сунки, у 1,5–7 разів частіше зустрічаються в медичних працівників із високим та критичним рівнем синдрому емоційного вигорання, а отже, можуть бути індикаторами синдрому, придатними для моніторингу якості кадрових ресурсів у закладах охорони здоров'я. При цьому групою ризику слід уважати медичний персонал у віці 30–49 років, де зазначені показники сягають пікових значень.

3. Результати дослідження вказують на необхідність розробки заходів профілактики та корекції синдрому емоційного вигорання у медичних працівників: раннього виявлення симптомів, запровадження у закладах охорони здоров'я постійно діючих тренінгів з подолання емоційного вигорання, включення питань профілактики синдрому емоційного вигорання в програми до- та післядипломної освіти.

Перспективи подальших досліджень полягають у перевірці висунутих гіпотез та розробці заходів профілактики професійного стресу як важливої складової системи підготовки та вдосконалення професійних знань і навичок медичного персоналу сфери паліативної та хоспісної допомоги.

Список літератури

1. Шелков В. Ю. Профілактика синдрому вигорання у медичних працівників методами психологічної саморегуляції / В. Ю. Шелков // Український медичний часопис. – 2009. – № 2 (70). – С. 57–59.
2. Кужель І. Р. Рівень емоційного вигорання як базовий критерій необхідності та змісту психоед'юкативної та психокорекційної роботи з медичним персоналом хоспісу / І. Р. Кужель, М. В. Маркова // Психіатрія. – 2010. – № 1. – С. 34–39.
3. Застосування системи профілактики синдрому професійного вигорання в Івано-Франківському хоспісі / Л. І. Андрієшин, І. Б. Овчаренко, Н. В. Галамага [та ін.] // Перший Національний конгрес з паліативної допомоги, 26–27 вересня 2012 р., м. Ірпінь : тези доповідей. – [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://ligalife.com.ua/p.pdf>. – Титул з екрану.
4. World Health Organization. International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems. 10th Revision (ICD-10). [Електронний ресурс]. – Geneva : WHO, 2003. Режим доступу : <http://apps.who.int/classifications/apps/icd/icd10online2003/fr-icd.htm?gz70.htm>. – Титул з екрану.
5. Kovacs M. Emotion work and burnout: Cross-sectional study of nurses and physicians in Hungary / M. Kovacs, E. Kovacs, K. Hegedus // Croat. Med. J. – 2010. – № 51 (5). – Р. 432–442.
6. Эккерт Н. В. Проблемы «эмоционального выгорания» в практике паллиативной помощи / Н. В. Эккерт // Проблемы управления здравоохранения. – 2008. – № 5 (42). – С. 14–19.

7. Кужель І. Р. Щодо форм та змісту медико-психологічної допомоги медичним працівникам з синдромом емоційного вигорання, які працюють з онкологічними хворими в термінальній стадії захворювання / І. Р. Кужель, М. В. Маркова. – 2010. – Т. 14, № 1 (50). – С. 122–124.
8. Sand L. Coping strategies in the presence of one's own impending death from cancer / L. Sand, M. Olsson, P. Strang // Journal of Pain and Symptom Management. – 2009. – № 31 (1). – P. 13–22.
9. Recommendations of the European Association for Palliative Care : Curriculum in Palliative Care Undergraduate Medical Education. – Milano : EAPC, 2007. – 24 p.
10. Recommendations of the European Association for Palliative Care for the Development of postgraduate Curricula leading to Certification in Palliative Medicine. – Milano : EAPC, 2009. – 44 p.
11. Практическая психодиагностика. Методики и тесты. Учебное пособие / сост. Д. Я. Райгородский. – Самара : Издат. дом «БАХРАХ-М», 2002. – С. 161–169.
12. Децик О. З. Методичні підходи до узагальнення результатів наукових досліджень / О. З. Децик // Галицький лікарський вісник. – 2011. – Т. 18, № 2. – С. 5–8.
13. Бабич П. Н. Применение современных статистических методов в практике клинических исследований. Сообщение третье. Отношение шансов: понятие, вычисление и интерпретация / П. Н. Бабич, А. В. Чубенко, С. Н. Лапач // Український медичний часопис. – 2005. – № 2 (46). – С. 113–119.
14. Децик О. З. Порівняльна характеристика кадрового складу закладів охорони здоров'я в контексті обслуговування паліативних пацієнтів / О. З. Децик, Ж. М. Золотарьова // Сучасні медичні технології. – 2013. – № 2 (18). – С. 40–43.

О.З. Децик, Ж.Н. Золотарёва

ФАКТОРЫ СОЦИАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ДЕЗАДАПТАЦИИ КАК ИНДИКАТОРЫ СИНДРОМА ЭМОЦИОНАЛЬНОГО ВЫГОРАНИЯ МЕДИЦИНСКОГО ПЕРСОНАЛА В СИСТЕМЕ ПАЛЛИАТИВНОЙ И ХОСПИСНОЙ ПОМОЩИ

По специально разработанной программе опрошено 389 медицинских работников учреждений здравоохранения г. Ивано-Франковска: 211 медицинских работников сферы паллиативной и хосписной помощи (ПХП), имеющих с инкурабельными больными постоянный контакт, 111 медиков первичного звена, контактирующих с инкурабельными больными периодически, и 67 организаторов здравоохранения, взаимодействующих с таким контингентом больных достаточно редко. Не получено доказательств, что синдром эмоционального выгорания (СЭВ) является специфической проблемой для сферы ПХП, поскольку уровень распространения СЭВ был одинаков во всех сравниваемых профессиональных группах – (54,0±2,5) %. Анализ распределения контингента наблюдения и распространенности СЭВ по возрасту, полу, трудовому стажу, уровню образования и т. п. позволил выдвинуть гипотезу, что полученный конечный результат мог сложиться вследствие текучести кадров в системе ПХП. Установлено, что такие факторы социально-психологической дезадаптации, как жалобы на постоянные дистрессы, неудовлетворенность уровнем достижения жизненных целей, разводы, семейные неурядицы, ощущения одиночества и отсутствия поддержки в семье, низкая общественная активность, конфликтные трудовые отношения, в 1,5–7 раз чаще встречаются у медицинских работников с высоким и критическим уровнями СЭВ, а значит, их можно использовать в качестве индикаторов синдрома для мониторинга качества кадровых ресурсов учреждений здравоохранения. При этом группой риска следует считать медицинский персонал в возрасте 30–49 лет, где указанные показатели достигают пиковых значений. Результаты исследования указывают на необходимость разработки мер по профилактике и коррекции СЭВ у медицинских работников: раннего выявления симптомов, внедрение в учреждениях здравоохранения постоянно действующих тренингов по преодолению эмоционального выгорания, включение вопросов профилактики СЭВ в программы до- и последипломого образования.

Ключевые слова: паллиативная и хосписная помощь, медицинский персонал, синдром эмоционального выгорания.

O.Z. Detsyk, Jh.M. Zolotarova

SOCIO-PSYCHOLOGICAL DISADAPTATION FACTORS AS BURNOUT INDICATORS OF MEDICAL STAFF IN PALLIATIVE AND HOSPICE CARE

389 medical staff's persons on the basis of various health care facilities in Ivano-Frankivsk were interviewed: 211 medical workers of palliative and hospice care constantly contacting with incurable patients, 111 primary care physicians periodically contacting with them, and 67 health care managers, interacting with this group of patients rare. It was not founded, that burnout is a specific problem for the palliative and hospice care, because the level of burnout was the same in all of the compared occupational groups – (54,0±2,5) %. Analysis of the distribution monitoring contingent and burnout's prevalence by age, gender, seniority, level of education etc. allowed hypothesizing that such final result could emerge as an effect of staff turnover in the palliative care. There were found socio-psychological disadaptation factors as complaints of constant distress, dissatisfaction of achievement life goals, divorce, troubles in families, loneliness and lack family supporting, low social activity, conflict working relationships in 1,5–7 times more common in healthcare workers with high and critical levels of burnout, and therefore can serve as indicators of the syndrome fit for monitoring the quality of staff in health care facilities. The medical personnel aged 30–49 years should be considered as risk group where these parameters reach peak values. The results indicate the need for prevention and correction burnout of health care workers: early detection of symptoms, implementation permanent training to overcome emotional burnout in health care facilities, including issues burnout prevention program in the under- and postgraduate curriculums.

Key words: *palliative and hospice care, medical staff, burnout.*