

УДК 616-089.8:316.6

Т.А. Вежновець, В.Д. Парій

## СИНДРОМ ЕМОЦІЙНОГО ВИГОРАННЯ В МЕДИЧНИХ ПРАЦІВНИКІВ ХІРУРГІЧНИХ ВІДДІЛЕНЬ ІЗ ПОЗИЦІЇ КАДРОВОГО МЕНЕДЖМЕНТУ

Національний медичний університет імені О.О. Богомольця, м. Київ, Україна

**Мета** – визначити особливості формування синдрому емоційного вигорання в лікарів і медичних сестер хірургічного відділення.

**Матеріали та методи.** Проведено психологічне дослідження серед 54 лікарів і 52 медичних сестер хірургічного відділення за методикою діагностики рівня емоційного вигорання Бойка В.В.

**Результати.** Частота виявлення синдрому емоційного вигорання в медичних сестер становила  $50,0 \pm 6,9\%$ , у лікарів –  $62,5 \pm 6,6\%$ . Структура симптомів у групі лікарів достовірно відрізнялася від аналогічної в медичних сестер ( $p < 0,05$ ) у фазі резистентності та виснаження. У фазі резистентності в медичних сестер переважав симптом «редукція професійних обов'язків» ( $45,4,8 \pm 6,1\%$ ), у лікарів – «розширення сфери економії емоцій» ( $40,0 \pm 5,8\%$ ). У структурі симптомів фази виснаження в медичних сестер превалювали «психосоматичні та психовегетативні порушення» ( $33,3 \pm 5,7\%$ ), у лікарів – «деперсоналізація» ( $50,0 \pm 5,4\%$ ).

**Висновки.** Встановлено, що частота виявлення синдрому емоційного вигорання у лікарів-хірургів більша, ніж у медичних сестер. Медичні працівники мають різні механізми психологічного захисту від впливу психотравмуючих факторів трудової діяльності: у лікарів – «розширення сфери економії емоцій» і «деперсоналізація», у медичних сестер – «редукція професійних обов'язків» і «психосоматичні та психовегетативні порушення». З огляду на можливість негативного впливу зазначених симптомів на якість надання медичної допомоги необхідно розглядати синдром емоційного вигорання як один із кадрових ризиків.

**Ключові слова:** синдром емоційного вигорання, лікарі-хірурги, медичні сестри, кадровий менеджмент, якість надання медичної допомоги.

### Вступ

Найціннішим ресурсом будь-якої організації є кадри [1]. Особливу цінність кадри становлять у закладах охорони здоров'я (ЗОЗ) [5, 11], оскільки саме лікарі та медичні сестри забезпечують ефективність діяльності закладу, його репутацію та конкурентоспроможність. Проте медичний персонал може бути причиною конфліктів у закладі, медичних помилок, невдоволеності пацієнтів якістю надання медичної допомоги. Причиною такої деструктивної поведінки медичного персоналу може бути синдром професійного вигорання (Burnout) як механізм психологічного захисту особистості у відповідь на вплив певних психотравмуючих факторів трудової діяльності [2, 12].

Так, Williams E.S. et al. (2007) встановлено, що лікарі, які мають синдром професійного вигорання, роблять велику кількість медичних помилок і надають пацієнтам неякісну медичну допомогу [21]. За даними літератури, синдром професійного вигорання в лікарів негативно впливає на відчуття задоволеності від роботи, професійне довголіття та якість надання медичної допомоги [13, 14, 17].

У світі частота виявлення синдрому професійного вигорання в медичних працівників коливається у межах

20–75%. Так, за даними літератури, синдром професійного вигорання діагностується у 46% лікарів Великої Британії (Orton P. et al., 2012), 31,4% лікарів Гонконгу (Siu C. et al., 2012), 50% лікарів-педіатрів Бразилії (Garcia T. et al., 2014), 42,4% лікарів Франції (Estryn-Behar M., 2010), 73,3% лікарів-психіатрів Росії (Золотухина Л.В., 2011), 23,5% лікарів невідкладної допомоги (Федак Б.С., 2007) та 89,3% лікарів-педіатрів України (Горачук В.В., 2009) тощо [4, 15, 18–20].

За даними Горачук В.В. (2009), провідними чинниками розвитку синдрому професійного вигорання в лікарів, зокрема педіатрів, є низький рівень матеріальної мотивації, стаж роботи понад 15 років, стресовий характер професійного спілкування, виробниче перевантаження, невдоволеність умовами праці на робочому місці та режимом праці і відпочинку [3]. Крім того, за даними літератури, до причин розвитку синдрому професійного вигорання в медичних працівників відносять стать (частіше жінки), вид діяльності (частіше страждають психіатри, хірурги, лікарі швидкої допомоги), стаж роботи (після 15 років у лікарів та на 10 років раніше в медичних сестер), кількість чергувань, рівень особистісної тривожності, наявність певних акцентуацій характеру (педантичний, демонстративний, емотивний), рівень стресостійкості, особливості

міжособистісних стосунків у колектив, сімейний стан тощо [1, 3, 6, 7, 9].

Зважаючи на значну частоту виявлення синдрому професійного вигорання серед медичних працівників і негативний його вплив на якість надання медичної допомоги, сьогодні актуальним є дослідження зазначеного синдрому із позицій кадрового менеджменту.

**Мета роботи** – визначити особливості синдрому професійного вигорання в лікарів і медичних сестер хірургічного відділення ЗОЗ.

### Матеріали та методи

Проведено психологічне дослідження лікарів і медичних сестер хірургічних відділень ЗОЗ м. Херсона за методикою діагностики рівня емоційного вигорання Бойка В.В. [8].

Методика Бойка В.В. дала змогу оцінити три фази розвитку синдрому емоційного вигорання (фазу напруження, резистентності та виснаження), кожна з яких мала чотири симптоми: фаза напруження – переживання психотравмуючих обставин, невдоволеність собою, відчуття «загнаності в кут, тривога й депресія; фаза резистентності – неадекватне вибіркове емоційне реагування, емоційно-моральна дезорієнтація, розширення сфери економії емоцій, редукція професійних обов'язків; фаза виснаження – емоційний дефіцит, емоційне відчуження,

особистісне відчуження (деперсоналізація), психосоматичні та психовегетативні порушення. Симптоми мали різні ступені формування: несформований ( $\leq 9$  балів), формування (10–15 балів), сформований (16–19 балів)). Крім того, у кожній фазі може бути домінуючий симптом ( $\geq 20$  балів).

У дослідженні взяли участь 106 медичних працівників, серед яких 54 лікарі та 52 медичні сестри. Середній вік медичних сестер становив  $40,28 \pm 1,95$  року, а лікарів –  $45,63 \pm 2,52$  року ( $t=0,76$ ,  $p>0,05$ ). Середній стаж медичних сестер і лікарів становив відповідно  $17,44 \pm 1,85$  і  $15,89 \pm 2,12$  року ( $t=0,85$ ,  $p>0,05$ ). Розподіл респондентів за віком і стажем у цілому відповідав генеральній виборці.

Отримані результати опрацьовано з використанням статистичної програми Microsoft Excel, коефіцієнта згоди Пірсона  $\chi^2$ .

### Результати дослідження та їх обговорення

За отриманими результатами психологічного дослідження медичних працівників хірургічних відділень ЗОЗ м. Херсона за методикою визначення синдрому емоційного вигорання Бойка В.В., структура ступеня формування фаз зазначеного синдрому в медичних сестер і лікарів за коефіцієнтом згоди Пірсона  $\chi^2$  ( $p>0,05$ ) достовірно не відрізнялася (табл. 1).

Таблиця 1

Розподіл фаз синдрому емоційного вигорання за ступенем формування в медичних працівників (%)

Посада	Фаза напруження			Фаза резистентності			Фаза виснаження		
	несформованість	формування	сформованість	несформованість	формування	сформованість	несформованість	формування	сформованість
Медичні сестри	55,5±6,8	27,8±6,2	16,7±5,2	27,5±6,2	50,0±6,9	22,2±5,7	37,8±6,7	40,0±6,8	22,2±5,8
Лікарі	41,7±6,7	37,5±6,5	20,8±5,5	25,0±5,9	41,7±6,7	33,3±6,4	41,7±6,7	50,0±6,9	8,3±3,8

Ступінь формування симптомів синдрому емоційного вигорання в лікарів і медичних сестер залежав від фази синдрому. У фазі напруження превалював ступінь несформованості симптомів, а у фазі резистентності та виснаження – ступінь їх формування. Слід зазначити, що в жодній фазі в медичних працівників не виявлено синдрому превалювання ступеня сформованості.

У кожній фазі синдрому емоційного вигорання можуть діагностуватися домінуючі симптоми, які за

методикою оцінюються у  $\geq 20$  балів і вказують на особливості механізму психологічного захисту особистості на вплив психотравмуючих чинників. Наявність домінуючих симптомів свідчить, що в особистості є ознаки синдрому емоційного вигорання.

За отриманими результатами, домінуючі симптоми у фазі напруження спостерігалися у  $50,0 \pm 6,9\%$  медичних сестер і  $37,5 \pm 6,6\%$  лікарів, у фазі резистентності – відповідно у  $50,0 \pm 6,9\%$  і  $62,5 \pm 6,6\%$ , у фазі виснаження – відповідно у  $50,0 \pm 6,9\%$  і  $41,6 \pm 6,7\%$  (табл. 2).

Таблиця 2  
Розподіл медичних працівників  
за наявністю домінуючого симптому (ДС)  
у різні фази синдрому емоційного вигорання (%)

Посада	Фаза напруження		Фаза резистентії		Фаза виснаження	
	частка осіб з ДС	частка осіб без ДС	частка осіб з ДС	частка осіб без ДС	частка осіб з ДС	частка осіб без ДС
Медичні сестри	50,0±6,9	50,0±6,9	50,0±6,9	50,0±6,9	50,0±6,9	50,0±6,9
Лікарі	37,5±6,6	62,5±6,6	62,5±6,6	37,5±6,6	41,6±6,7	58,4±6,7

Слід зазначити, що в групі медичних сестер частка осіб, в яких спостерігалися домінуючі симптоми у фазі напруження та виснаження, була більшою, ніж у групі лікарів. Проте у фазі резистентії, навпаки, частка лікарів із домінуючими симптомами була більшою за аналогічну частку медичних сестер.

За даними таблиці 2, у групі медичних сестер частка осіб із домінуючими симптомами була однаковою в усіх трьох фазах (напруження, резистентії та виснаження) синдрому емоційного вигорання і становила 50%.

У лікарів найбільша частка осіб мала домінуючі симптоми у фазі резистентії (62,5±6,6% осіб із ДС проти 37,5±6,6% осіб без ДС). Імовірно, що в цій групі основний механізм психологічного захисту здійснювався за рахунок симптомів зазначеної фази, для якої характерним був прояв неадекватного вибіркового емоційного реагування, емоційно-моральної дезорієнтації, розширення сфери економії емоцій, редукції професійних обов'язків. Найменш вираженою у групі лікарів була частка осіб, у яких діагностувалися симптоми фази напруження («переживання психотравмуючих обставин»),

«невдоволеність собою», «загнаність у кут», «тривога і депресія»).

Слід зазначити, що серед лікарів частка осіб, які мали домінуючі симптоми у фазі напруження та виснаження (37,5±6,6% та 41,6±6,7% лікарів із ДС проти 50,0±6,9% та 50,0±6,9% медичних сестер із ДС), була значно меншою, ніж у групі медичних сестер.

Розглянемо домінуючі симптоми емоційного вигорання в медичних працівників за різними фазами синдрому емоційного вигорання (напруження, резистентія і виснаження).

Аналіз домінуючих симптомів, які визначали провідний механізм психологічного захисту у фазі напруження, засвідчив, що в групі медичних сестер і групі лікарів превалював симптом «переживання психотравмуючих обставин» (відповідно 50,0±6,3% і 43,7±5,4%) (табл. 3). Найменше значення в групі медичних сестер у цій фазі мав симптом «загнаність у кут» (8,3±3,1%), у групі лікарів – «невдоволеність собою» (6,25±2,4%).

Таблиця 3  
Структура домінуючих симптомів  
у фазі напруження в медичних працівників (%)

Посада	Переживання психотравмуючих обставин	Невдоволеність собою	«Загнаність у кут»	Тривога і депресія
Медичні сестри (n=54)	50,0±6,3	16,7±4,3	8,3±3,1	25,0±5,1
Лікарі (n=52)	43,7±5,4	6,25±2,2	18,7±3,4	31,35±4,4

За структурою симптомів фази напруження достовірних відмінностей у групі медичних сестер та в групі лікарів за коефіцієнтом згоди Пірсона  $\chi^2$  ( $\chi^2=2,77$ ,  $\chi^2_{кр}=7,81$ ,  $df=3$ ,  $\chi^2 < \chi^2_{кр}$ ,  $p > 0,05$ ) не виявлено. У двох групах провідним домінуючим симптомом було «переживання психотравмуючих обставин». Проте в групі медичних сестер була дещо більшою частка осіб із домінуючим симптомом «невдоволеність собою», ніж у групі лікарів. Водночас, у групі лікарів спостерігалася дещо більша частка осіб із домінуючим симптомом «загнаність у кут» і «тривога та депресія», ніж у групі медичних сестер. Тобто у фазі напруження в медичних працівників незалежно від посади синдром емоційного

вигорання реалізувався в переважній більшості через «переживання психотравмуючих обставин».

Структура симптомів емоційного вигорання у фазі резистентії в групі лікарів достовірно відрізнялася від аналогічної у групі медичних сестер за коефіцієнтом згоди Пірсона  $\chi^2$  ( $\chi^2=9,41$ ,  $\chi^2_{кр}=7,81$ ,  $df=3$ ,  $\chi^2 > \chi^2_{кр}$ ,  $p < 0,05$ ). У групі медичних сестер найбільшу частку мав симптом «редукція професійних обов'язків» (45,4±6,1%), що проявлявся в негативному оцінюванні себе, власних професійних досягнень та успіхів, у негативізмі щодо професійної гідності та можливостей, у нівелюванні особистої гідності та обмеженні власних можливостей і професійних обов'язків щодо інших (табл. 4).

Таблиця 4

Структура домінуючих симптомів у фазі резистентності в медичних працівників (%)

Посада	Неадекватне вибіркове емоційне реагування	Емоційно-моральна дезорієнтація	Розширення сфери економії емоцій	Редукція професійних обов'язків
Медичні сестри	27,3±4,3	9,1±3,1	18,2±5,1	45,4±6,1
Лікарі	28,0±5,1	4,0±2,4	40,0±5,8	28,0±5,4

У групі лікарів домінуючим симптомом у фазі резистентності було «розширення сфери економії емоцій» (40,0±5,8%), що проявлялося в емоційній замкненості, відчуженні, бажанні припинити будь-які комунікації, в економії емоцій у стосунках із пацієнтами та членами їхніх родин. Тобто синдром емоційного вигорання у цій фазі в лікарів і медичних сестер проявлявся достовірно різними симптомами, що вказували на різні механізми психологічного захисту. У медичних сестер – «редукція професійних обов'язків», у лікарів – «розширення сфери економії емоцій».

У структурі симптомів емоційного вигорання у фазі виснаження в групі лікарів виявлено достовірну відмінність від відповідної структури в медичних сестер за коефіцієнтом згоди Пірсона  $\chi^2$  ( $\chi^2=8,22$ ,  $\chi^2_{кр}=7,81$ ,  $df=3$ ,  $\chi^2 > \chi^2_{кр}$   $p < 0,05$ ).

У групі медичних сестер найбільшу частку мав домінуючий синдром – «психосоматичні та психовегетативні порушення» (33,3±5,7%), у групі лікарів – «особистісне відчуження (деперсоналізація)» (50,0±5,4%), (табл. 5).

Таблиця 5

Структура домінуючих симптомів у фазі виснаження в медичних працівників (%)

Посада	Емоційний дефіцит	Емоційне відчуження	Особистісне відчуження (деперсоналізація)	Психосоматичні та психовегетативні порушення
Медичні сестри	25,0±5,1	16,7±4,3	25,0±5,1	33,3±5,7
Лікарі	7,12±2,4	14,28±3,9	50,0±5,4	28,6±4,4

Імовірно, що реалізація фази виснаження в медичних сестер здійснюється шляхом розвитку в них психосоматичних і психовегетативних порушень, які проявлялися у вигляді поганого настрою, безсоння, почуття страху, тривоги, неприємних відчуттів в області серця, у підвищенні артеріального тиску, в головному болю, в загостренні хронічної патології тощо. У лікарів зазначена фаза частіше реалізується шляхом особистісного відчуження (деперсоналізації), що проявляється у деформації стосунків з іншими людьми, зростанні негативізму, формуванні цинічності установок і почуттів щодо пацієнтів, членів їхньої родини.

Таким чином, на підставі проведеного дослідження особливостей формування синдрому емоційного вигорання в медичних працівників, які надають стаціонарну хірургічну допомогу, встановлено, що залежно від посади вони застосовують різні механізми психологічного захисту на вплив психотравмуючих чинників на роботі. Ймовірно, що для медичних сестер таким провідним механізмом є симптоми «редукція професійних обов'язків» і «психосоматичні та психовегетативні порушення», а для лікарів – симптоми «розширення сфери економії емоцій» і «особистісне відчуження (деперсоналізація)». Вказані симптоми в медичних працівників незалежно від посади в переважній більшості перебувають на стадії формування. Водночас,

лікарі і медичні сестри однаково схильні використовувати як механізм психологічного захисту симптом «переживання психотравмуючих обставин», який перебуває в них на стадії несформованості.

Отримані дані підтверджуються результатами Аймедова К.В. (2015), який встановив, що в лікарів-хірургів найвищий ступінь прояву мають симптоми «деперсоналізації» та «редукції професійних обов'язків» [1].

Визначені особливості проявів синдрому емоційного вигорання в медичних працівників дають змогу зрозуміти механізм їх негативного впливу на якість надання медичної допомоги в ЗОЗ, особливо хірургічної допомоги [12, 13, 17, 21]. Тим паче, що синдром емоційного вигорання в медичних працівників – це передусім деформація системи комунікації в міжособистісних стосунках із пацієнтами та колегами. Так, «редукція професійних обов'язків» призводить у медичних працівників до негативного впливу на якість надання медичної допомоги через штучне звуження робочих функцій, що передбачає небажання розширювати спектр власних професійних навичок і знань, а також через обмеження комунікативних контактів із пацієнтами та колегами. Тобто даний механізм психологічного захисту обумовлює погіршення якості медичної допомоги через формальну консервацію виконання певних технологічних

процесів надання медичної допомоги на тлі зниження комунікативної активності. «Розширення сфери економії емоцій» та «особистісне відчуження (деперсоналізація)» негативно відображаються на якості надання медичної допомоги власне через порушення механізму комунікації з пацієнтами та їхніми родичами, що проявляється у відсутності бажання спілкуватися з ними, інформувати їх про результати обстеження, діагноз, можливий прогноз, особливості лікування та дії ліків, у відсутності співчуття до пацієнтів, у цинічності установки тощо. На відміну від перших двох симптомів синдрому емоційного вигорання, симптом «психовегетативні та психосоматичні порушення» насамперед вказує на формування в медичних працівників певних хворобливих станів (головного болю, болю в шлунку, спині, серці, підвищення артеріального тиску, безсоння, хронічної втоми тощо). Імовірно, ці стани обумовлюють негативний вплив на якість надання медичної допомоги через погіршення психофізіологічних властивостей медичних працівників (зниження уваги, погіршенні пам'яті, зниження швидкості психомоторних реакцій тощо).

Зважаючи на безумовно негативний вплив синдрому емоційного вигорання в медичних працівників на якість надання медичної допомоги, його необхідно ідентифікувати, аналізувати та оцінювати як один із проявів кадрових ризиків. Тобто синдром емоційного вигорання можна сприймати як один із кадрових ризиків неякісного надання медичної допомоги. Крім того, він виконує функцію індикатора ефективності кадрового менеджменту в закладі. Високі показники частоти виявлення домінуючих симптомів у медичних працівників можуть свідчити про недостатньо

організовану систему управління в закладі, про недоліки організації процесу надання медичної допомоги тощо.

### Висновки

При проведенні профілактичних заходів організаційно-управлінського генезу щодо попередження розвитку в медичних працівників хірургічних відділень ЗОЗ синдрому емоційного вигорання необхідно враховувати особливості його формування, що проявляється в різних механізмах психологічного захисту на психотравмуючі чинники трудової діяльності в лікарів і медичних сестер. Психологічний захист у медичних сестер реалізується через такі симптоми, як «редукція професійних обов'язків» і «психосоматичні та психовегетативні порушення», а в лікарів – «розширення сфери економії емоцій» і «особистісне відчуження (деперсоналізація)».

Оскільки зазначені симптоми в медичних працівників можуть негативно впливати на якість надання медичної допомоги, синдром емоційного вигорання необхідно розглядати як імовірний кадровий ризик, що потребує своєчасної ідентифікації та ухвалення відповідного управлінського рішення.

### Перспективи подальших досліджень

Подальші дослідження мають бути спрямовані на визначення критеріїв оцінки ефективності кадрового менеджменту за ступенем вираженості синдрому емоційного вигорання в медичних працівників.

### Література

1. *Аймедов К. В.* Синдром емоційного вигорання у лікарів-хірургів в залежності від професійного стажу / К. В. Аймедов // Психічне здоров'я. – 2015. – № 1 (46). – С. 7–9.
2. *Бойко В. В.* Энергия эмоций / В. В. Бойко. – Санкт-Петербург : Питер, 2004. – 474 с.
3. *Горачук В. В.* Наукове обґрунтування системи професійної реабілітації лікарів-педіатрів поліклінічних закладів : автореф. дис. ... к.мед.н. : 14.02.03 / В. В. Горачук. – Київ, 2009. – 26 с.
4. *Золотухина Л. В.* Особенности психического здоровья врачей-психиатров с синдромом профессионального выгорания : автореф. дис. ... к.мед.н. : 14.01.06 / Л. В. Золотухина. – Москва, 2011. – 24 с.
5. *Латишев Є. Є.* Наукові основи формування трудових ресурсів охорони здоров'я в процесі розвитку сімейної медицини в Україні: автореф. дис. ... д.мед.н. : 14.02.03 / Є. Є. Латишев. – Київ, 2009. – 40 с.
6. *Парфенов Ю. А.* Психологическая характеристика профессионального выгорания у врачей-специалистов разных возрастных групп / Ю. А. Парфенов // Успехи геронтологии. – 2012. – Т. 25, № 4. – С. 736–744.
7. *Профессиональная патология: национальное руководство* / под ред. Н. Ф. Измерова. – Москва : ГЭОТАРМедиа, 2011. – 784 с.
8. *Райгородский Д. Я.* Практическая психодиагностика. Методики и тесты : уч. пос. / Д. Я. Райгородский. – Самара : Издательский дом «БАХРАХ-М», 2005. – 672 с.
9. *Силкина А. А.* Синдром «эмоционального выгорания» среди врачей различных специальностей в России и за рубежом (обзор) / А. А. Силкина, М. К. Саншкова, Е. С. Сергеева // Бюллетень медицинских Интернет-конференций. – 2014. – Т. 4, № 11. – С. 1247–1249.
10. *Федак Б. С.* Диагностика синдрома профессионального выгорания у бригад сотрудников скорой и неотложной помощи / Б. С. Федак // Психиатрия. – 2007. – Vol. 12. – С. 25–27.

11. *Ходакова О. В.* Совершенствование системы управления кадрами в муниципальных учреждениях здравоохранения (на примере г. Читы) : автореф. дис. ... к.мед.н. : 14.00.33 / О. В. Ходакова. – Чита, 2005. – 22 с.
12. *Avoiding burnout: the personal health habits and wellness practices of US surgeons* / T. D. Shanafelt, M. R. Oreskovich, L. N. Dyrbye [et al.] // *Ann. Surg.* – 2012, Apr. ; Vol. 255 (4). – P. 625–633.
13. *Bragard I.* Quality of work life, burnout, and stress in emergency department physicians: a qualitative review / I. Bragard, G. Dupuis, R. Fleet // *BMC Research Notes.* – 2015. – Vol. 8. – P. 116.
14. *Degen Ch.* Physicians' intention to leave direct patient care: an integrative review / Christiane Degen, Jian Li, Peter Angerer // *Human Resources for Health.* – 2015. – Sept. (8), Vol. 13. – P. 74.
15. *Emergency physicians accumulate more stress factors than other physicians* results from the French SESMAT study / M. Estryng-Behar, M.-A. Doppia, K. Guetarni [et al.] // *Emergency medicine journal.* – 2010, Dec. – Режим доступу : <https://www.researchgate.net/publication/49650984>. – Title from screen.
16. *Becker S. Gary* Human capital and the personal distribution of income : an analytical approach / Gary S. Becker // *Ann. Arbor : Institute of Public Administration.* – 1967. – 49 p.
17. *How does burnout affect physician productivity? A systematic literature review* / C. S. Dewa, D. Loong, S. Bonato, N. X. Thanh, P. Jacobs // *BMC Health Serv Res.* – 2014. – Jul. 28; Vol. 14. P. 325.
18. *Orton P.* Depersonalised doctors: a cross-sectional study of 564 doctors, 760 consultations and 1876 patient reports in UK general practice / P. Orton, C. Orton, G.D. Pereira // *BMJ Open.* 2012. – Vol. 2 (1). – P. e000274.
19. *Prevalence of burnout in pediatric intensivists: an observational comparison with general pediatricians* / T. T. Garcia, P. C. Garcia, M. E. Molon [et al.] // *Pediatr. Crit. Care Med.* – 2014. – Oct.; Vol. 15 (8). – P. e347–353.
20. *Siu C.* Burnout among public doctors in Hong Kong: cross-sectional survey / C. Siu, S. K. Yuen, A. Cheung // *Hong Kong Med J.* - 2012, Jun;18(3):186-92.
21. *The relationship of organizational culture, stress, satisfaction, and burnout with physician-reported error and suboptimal patient care: results from the MEMO study* / E. S. Williams, L. B. Manwell, T. R. Konrad, M. Linzer // *Health Care Manage Rev.* – 2007. – Jul.-Sep.; Vol. 32 (3). – P. 203–212.

Дата надходження рукопису до редакції: 18.03.2016 р.

**Синдром эмоционального выгорания у медицинских работников хирургических отделений с позиции кадрового менеджмента***Т.А. Вежновец, В.Д. Парий*

Национальный медицинский университет имени А.А. Богомольца, г. Киев, Украина

**Цель** – определить особенности формирования синдрома эмоционального выгорания у врачей и медицинских сестер хирургического отделения.

**Материалы и методы.** Проведено психологическое исследование 54 врачей и 52 медицинских сестер хирургического отделения по методике диагностики уровня эмоционального выгорания Бойко В.В.

**Результаты.** Наличие синдрома эмоционального выгорания установлено у 50,0±6,9% медицинских сестер и 62,5±6,6% врачей. Структура симптомов в группе врачей достоверно отличалась от аналогичной у медицинских сестер в фазе резистенции и истощения ( $p<0,05$ ). В фазе резистенции у медицинских сестер преобладала «редукция профессиональных обязанностей» (45,4±6,1%), у врачей – «расширение сферы экономии эмоций» (40,0±5,8%), а в фазе истощения у медицинских сестер преобладали «психосоматические и психовегетативные нарушения» (33,3±5,7%), у врачей – «деперсонализация» (50,0±5,4%).

**Выводы.** Установлено, что частота выявления синдрома эмоционального выгорания у врачей-хирургов больше, чем у медицинских сестер. Медицинские работники имеют различные механизмы психологической защиты от воздействия психотравмирующих факторов трудовой деятельности: у врачей – «расширение сферы экономии эмоций» и «деперсонализация», у медицинских сестер – «редукция профессиональных обязанностей» и «психосоматические и психовегетативные нарушения». Учитывая возможность негативного влияния указанных симптомов на качество оказания медицинской помощи, необходимо рассматривать синдром эмоционального выгорания как один из кадровых рисков.

**Ключевые слова:** синдром эмоционального выгорания, врачи-хирурги, медицинские сестры, кадровый менеджмент, качество оказания медицинской помощи.

**Burnout syndrome among the medical personnel of surgical departments from the perspective of personnel management***Т.А. Vezhnovets, V.D. Paryi*

Bogomolets National Medical University, Kyiv, Ukraine

**Purpose** – to determine the peculiarities of the formation of burnout syndrome among doctors and nurses of the surgical department.

**Materials and methods.** The psychological testing of 54 doctors and 52 nurses of the surgical department has been accomplished with the method for diagnostics of the level of emotional burnout by V.V. Boyko.

**Results.** The presence of emotional burnout syndrome is diagnosed at 50.0±6.9% of nurses, and 62.5±6.6% of doctors. The structure of symptoms in the group of doctors was significantly different from the corresponding structure in the group of nurses ( $p<0.05$ ) in the phase of resistance and exhaustion. In the phase of resistance, among nurses the symptom of «reduction of professional duties» is predominant (45.4±6.1%), among doctors – the symptom of «extension the sphere of the economy of emotions» (40.0±5.8%). In the phase of exhaustion, among nurses «psychosomatic and psychovegetative disorders» is predominant (33.3±5.7%), among doctors – «depersonalization» (50.0±5.4%).

**Conclusions.** It was found that the frequency of burnout syndrome among surgeons more than among nurses. Health care personnel have different mechanisms of psychological protection from the effects of stressful factors of their work. For doctors these mechanisms are «extension the sphere of economy of emotions» and «depersonalization»; for nurses – «reduction of professional duties» and «psychosomatic and psychovegetative disorders». Considering the possible negative impact of these symptoms on the quality of medical care, it is necessary to take into account the emotional burnout syndrome as one of the personnel risks.

**Key words:** burnout syndrome, surgeons, nurses, personnel management, quality of medical care.

**Відомості про авторів**

**Вежновец Тетяна Андріївна** – к.мед.н., доц. кафедри менеджменту охорони здоров'я Національного медичного університету імені О.О. Богомольця; вул. Якубовського, 6, м. Київ, 03191, Україна.

**Парий Валентин Дмитрович** – д.мед.н., проф., зав. кафедри менеджменту охорони здоров'я Національного медичного університету імені О.О. Богомольця; вул. Якубовського, 6, м. Київ, 03191, Україна.