

**Таблиця 3. Показники смертності від РПК**

Роки	Смертність на 100 тис. населення по Івано-Франківській області	Смертність на 100 тис. населення по Україні	Летальність до 1 року (%)	
			По Івано-Франківській області	По Україні
2002	7,4	11,6	26,2	33,1
2003	6,9	11,6	31,1	34,2
2004	9,4	12,1	30,3	33,9
2005	8,7	12,1	32,5	34,5
2006	10,7	12,1	37,7	34,0
2007	10,1	12,4	40,5	33,6
2008	9,0	12,3	32,9	33,0
2009	8,1	12,3	32,6	32,9
2010	9,4	12,1	30,1	31,4
2011	9,3	11,9	28,6	31,9

баних форм первинних РПК упродовж 2001-2009 років складала близько третини усіх вперше зареєстрованих випадків хвороби – в середньому  $30,1 \pm 1,29\%$ . І лише за останні 2 роки кількість вперше виявлених занедбаних форм РПК помітно скоротилась – до 21,9% у 2010 і 20% у 2011 році. Стадія захворювання не була визначена в 0,5-3,5% випадків, в середньому  $0,9 \pm 0,33\%$  за 10 років. Саме пацієнти, віднесені до IV стадії захворювання та випадки, у яких ступінь поширення процесу не була визначена, в значній мірі сформували означені вище високі показники летальності до 1 року.

За період з 2002 по 2011 р.р. пухлина не була морфологічно верифікована в середньому у кожного 10-го хворого. Проте, дослідження показника верифікації РПК показало його стабільний ріст з 82,1% у 2002 р. до 96,7% у 2011 р. Це, безперечно, позитивна динаміка, при збереженні якої вказаний показник в найближчі роки впритул наблизиться до 100%.

**Висновки**

Таким чином, хоча упродовж 2002-2011 років захворюваність на РПК в Івано-Франківській області була нижчою, ніж по Україні в цілому, показники дорічної летальності наближались, а в окремі роки перевищували такі по Україні. Не дивлячись на високу забезпеченість лікувальних закладів

кваліфікованими лікарськими кадрами і технічними засобами для здійснення своєчасної діагностики РПК (ректоромано-, фіброколоноскопи, рентген-діагностична апаратура) рівень своєчасної і, особливо, активної діагностики захворювання залишається недостатнім. Існує необхідність інтенсифікації раннього виявлення РПК.

**Перспективи подальших досліджень** полягатимуть у розробці та апробації моделі профілактики та скринінгу РПК.

**Література**

1. Бондар Г.В. Сучасні закономірності епідеміології колоректального раку в Донецькій області та Україні / Г.В.Бондар, Ю.В.Думанський, С.В.Грищенко, В.І.Агарков // Новоутворення. – 2009. – № 3-4. – С. 13-18.
2. Дворниченко В.В. Лучевая терапия в комбинированном лечении рака прямой кишки (обзор литературы) / В.В. Дворниченко, С.Г.Афанасьев, А.В.Шелехов // Сибирский онкологический журнал. 2009.- №1 (31).- С. 72-77.
3. Федоренко З.П. Епідеміологія колоректального раку в Україні / З.П. Федоренко, А.В. Гайсенко, Л.О. Гулак та ін. // Онкологія. – 2010. – Т.12, № 2(44) (Приложение). – С. 44-49.
4. Федоренко З.П. Рак в Україні, 2008-2009. Захворюваність, смертність, показники діяльності онкологічної служби Бюлетень національного канцер-реєстру України №11 Київ, 2010. – 111 с.
5. Щепотін І.Б. Порівняльна характеристика стану ураження злоякісними новоутвореннями міського та сільського населення України / І.Б. Щепотін, З.П. Федоренко, А.В. Гайсенко та ін. // Клиническая онкология. – 2011. – №1. – С. 4-8.
6. Ferlay J., Shin H.R., Bray F., Forman D., Mathers C. and Parkin D.M. GLOBOCAN 2008 v2.0, Cancer Incidence and Mortality Worldwide: IARC CancerBase No. 10 [Internet]. Lyon, France: International Agency for Research on Cancer; 2010. Available from: <http://globocan.iarc.fr/>.
7. Irigaray P. Lifestyle-related factors and environmental agents causing cancer: an overview / P. Irigaray, J.A. Newby, R. Clapp et al. // Biomed Pharmacother. – 2007. – Vol. 61, N 10. – P. 640-658.
8. SmoliDska K. Risk of colorectal cancer in relation to frequency and total amount of red meat consumption. Systematic review and meta-analysis / K. SmoliDska, P. Paluszkiwicz // Arch Med Sci. – 2010. – Vol. 6, N 4. – P. 605-610.

Одержано 17.09.2012 року.

УДК: 614.253.5+616-093.75+371.14

**ВПЛИВ СИНДРОМУ ЕМОЦІЙНОГО ВИГОРАННЯ НА ЯКІСТЬ КАДРОВИХ РЕСУРСІВ СИСТЕМИ ПАЛІАТИВНОЇ І ХОСПІСНОЇ ДОПОМОГИ**

**Золотарьова Ж.М.**

*ДВНЗ «Івано-Франківський національний медичний університет»*

**ВЛИЯНИЕ СИНДРОМА ЭМОЦИОНАЛЬНОГО ВИГОРАНЕНИЯ НА КАЧЕСТВО КАДРОВЫХ РЕСУРСОВ СИСТЕМЫ ПАЛЛИАТИВНОЙ И ХОСПИСНОЙ ПОМОЩИ**

**Золотарева Ж.Н.**

*ГВУЗ «Івано-Франківський національний медичний університет»*

**INFLUENCE OF SYNDROME OF EMOTIONAL EXHAUSTION ON THE QUALITY OF STAFF RESOURCES IN PALLIATIVE AND HOSPICE CARE**

**Zolotarova Jh.M.**

*SHEE "Ivano-Frankivsk National Medical University"*

**Резюме.** Стаття присвячена вивченню проблеми синдрому емоційного вигорання (СЕВ) серед медичного персоналу, що обслуговує інкурабельних та важкохворих пацієнтів. Обстежено 211 медичних працівників, які надають паліативну і хоспісну допомогу на базі різних закладів охорони здоров'я м.Івано-Франківська. Встановлено, що синдром емоційного вигорання різного рівня (за методикою В. В. Бойка) наявний у більш, ніж половини опитаних медичних працівників ( $54,6 \pm 3,4\%$ ), головним чином, на етапі резистентності – ( $28,0 \pm 3,1\%$ ). Показано, що наявність СЕВ погіршує якість медичного персоналу внаслідок пов'язаних з ним соціально-психологічної дизадаптації, конфліктності,

нездорового способу життя, більшої частоти хронічних захворювань, відсутності мотивації продуктивно працювати. Результати дослідження вказують на потребу професійного відбору, спеціальної підготовки та постійної психологічної підтримки і корекції симптомів СЕВ у працівників, задіяних у паліативній і хоспісній допомозі.

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

**Резюме.** Стаття посвячена изучению проблемы эмоционального выгорания (СЭВ) медицинского персонала, обслуживающего incurable и тяжелобольных пациентов. Обследовано 211 медицинских работников, предоставляющих паллиативную и хосписную помощь на базе различных учреждений здравоохранения г. Ивано-Франковска. Синдром эмоционального выгорания разного уровня (по методике В. В. Бойко) выявлен у (54,6±3,4)% опрошенных медицинских работников, главным образом, на этапе резистенции – (28,0±3,1)%. Показано, что наличие СЭВ ухудшает качество медицинского персонала вследствие связанных с ним дезадаптацией, конфликтности, нездорового образа жизни, большей частоты хронических заболеваний, отсутствия мотивации продуктивно работать. Результаты исследования указывают на необходимость профессионального отбора, специальной подготовки, постоянной психологической поддержки и коррекции симптомов СЭВ у работников, задействованных в паллиативной и хосписной помощи.

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

**Summary.** This article is devoted to studying the burnout problem of the medical staff working with the incurable and seriously ill patients. The study involved 211 health care workers providing palliative care on the basis of various health care facilities in Ivano-Frankivsk. It was founded that different levels of burnout (by the method of V. Boyko) was in more than half of health care workers (54,6±3,4)%, mainly at the stage of resistance - (28,0±3,1)%. It was shown burnout affects the quality of medical personnel as a result of the associated disadaptation, conflicts, unhealthy lifestyle, higher frequency chronic diseases, and lack motivation to work productively. Results indicate the needs of professional selection, special training, regular psychological support, and correction burnout symptoms among health care workers in palliative and hospice care.

**Keywords:** burnout, palliative and hospice care, medical staff.

### Постановка проблеми і аналіз останніх досліджень.

Синдром емоційного вигорання (burnout – згоріти, англ.) – це стрес-реакція на жорсткі професійні й емоційні виклики, що супроводжується психологічним, розумовим та фізичним виснаженням і згідно з 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» [1].

Проблеми психологічного здоров'я особливо актуальні для представників хелперських (help – допомога, англ.) професій, а тому безпосередньо торкаються медичних працівників, оскільки сфера їх діяльності в системі «людина – людина» є однією з найбільш напружених в емоційному плані. Не викликає сумніву, що медичний персонал, який надає паліативну і хоспісну допомогу (ПХД), є «групою ризику» щодо розвитку СЕВ [2-4], тому що виконання ними їх професійних обов'язків супроводжується постійними стресами, значним емоційним та фізичним навантаженням, відповідальністю та досить невизначеними критеріями успіху діяльності. Крім того, праця медичних працівників, що надають послуги інкурабельним та важкохворим пацієнтам, характеризується постійним контактом з процесом помирання та самою смертю, а це вимагає від них проявів тактовності, співчуття, толерантності як до самого хворого, так і стосовно членів його родини та водночас вміння справлятися і з власними емоційними реакціями та станами [5]. Вказане може призвести до таких негативних наслідків СЕВ, як: фізичне та психологічне виснаження, зростання ризику соматичних захворювань, а, відповідно, - зниження професійної ефективності та якості наданих послуг, порушення системи міжособистісних стосунків тощо [2-5]. Як бачимо, розвиток вигорання у медичних працівників – це не тільки їх особиста проблема, а й серйозний виклик для медичних закладів, де здійснюють свою професійну діяльність такі фахівці, оскільки в результаті СЕВ зростає захворюваність персоналу, плинність кадрів, конфліктність та знижується ефективність праці [2-5]. Тому розробка та запровадження системи заходів профілактики розвитку СЕВ у медичного персоналу, який працює в сфері паліативної допомоги, на нашу думку, є надзвичайно актуальним завданням. Адже закордонний досвід свідчить, що впровадження антистресових програм психоемоційного розвантаження та реабілітації медичного персоналу (балінтовські групи, тайм-аути, дебрифінги, копінг-стратегії тощо), використання енергозберігаючих моделей виконання професійних обов'язків, формування навичок саморегуляції, створення умов для професійного розвитку та самовдосконалення медичних працівників є достатньо ефективними [2-5].

**Мета дослідження:** встановити рівень (наявність) та характеристики синдрому емоційного вигорання, їх вплив на якість медичного персоналу, що обслуговує інкурабельних і важкохворих пацієнтів, та окреслити шляхи його профілактики.

### Матеріали і методи

За спеціально розробленою програмою опитано 211 осіб медичного персоналу, які працюють із важкохворими та інкурабельними пацієнтами, з них 93 лікарів, решта – середній медичний персонал. Дослідження проводилося на базі закладів охорони здоров'я м. Івано-Франківська (обласний онкологічний диспансер, хоспіс, обласна клінічна лікарня, центральна міська клінічна лікарня, обласний центр СНІДу). Синдром емоційного вигорання оцінювався за методикою В.В.Бойка [6] як: несформований, середнього, високого чи критичного рівня.

Оскільки за результатами дослідження отримані переважно категорійні (якісні) дані, 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 хі-квадрат ( $\chi^2$ ) [7].

### Результати дослідження та їх обговорення

Справжню актуальність поставленої проблеми підтверджують отримані дані: сформований синдром емоційного вигорання виявлений у більш, ніж половини (56,4±3,4)% опитаних медичних працівників, які обслуговують інкурабельних та важкохворих пацієнтів. З них – (38,9±3,4)% мали СЕВ середнього рівня, (7,1±1,8)% - високого, і кожен десятий (10,4±2,1)% (рис. 1) – критичного (!). Причому, у дослідженні не виявлено залежності виникнення та розвитку СЕВ від віку чи професійного стажу респондентів  $p > 0,05$ .

Необхідно вказати, що окремими складовими, які відображають послідовні етапи розвитку синдрому емоційного вигорання, є три фази: напруження, резистенції та виснаження, на кожен з яких формують по чотири симптоми [6]. Інтенсивність прояву кожного симптому оцінюється за сумою балів: 0-9 – симптом не сформований, 10-15 – на стадії формування, 16 і більше – симптом сформований, у т.ч. 20 балів і більше – домінуючий. Ступінь сформованості фази визначають за інтегральною оцінкою її складових (симптомів).

Отже, в результаті вивчення розповсюдженості окремих фаз та симптомів синдрому вигорання (рис. 2) виявлено, що перша фаза – напруження, сформована у (15,2±2,5)%, і

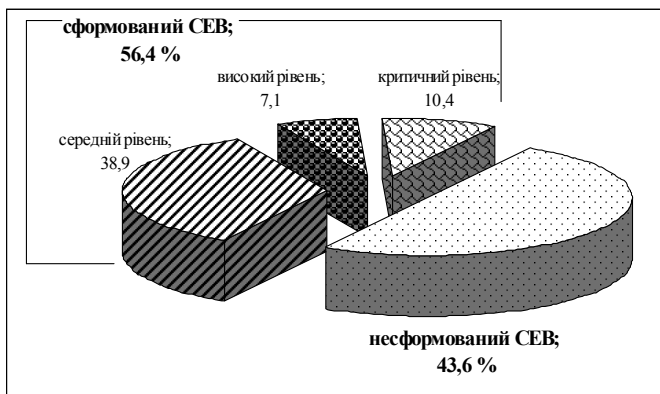


Рис. 1. Структурний розподіл вираженості синдрому емоційного вигорання серед опитаного медичного персоналу, який працює в сфері паліативної і хоспісної допомоги, %

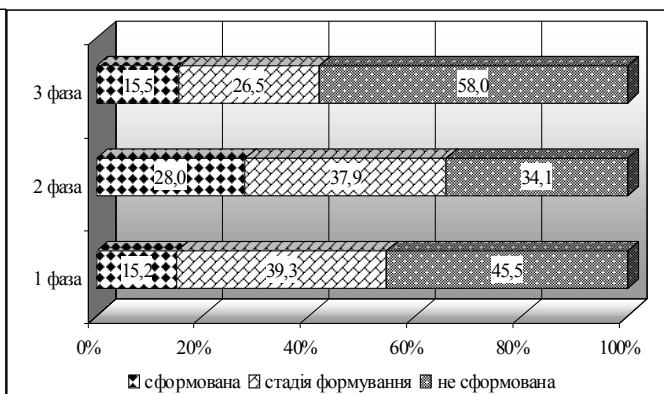


Рис. 2. Розподіл ступеню формування фаз синдрому емоційного вигорання, %

ще більш, ніж в третини респондентів (39,3±3,4)% – знаходиться на стадії формування  $p < 0,001$ . Цю фазу складають такі симптоми як: переживання психотравмуючих обставин, незадоволеність собою, відчуття «загнаності в кут», тривога і депресія. Найбільш показовим для опитаного медичного персоналу виявився симптом переживання психотравмуючих обставин, що проявляється спочатку надмірною активністю, співчуттям, відчуттям незамінності, а потім змінюється емоційною спустошеністю, втому, безсонням, викликаними власною професійною діяльністю, і є сформованим у більшості респондентів (59,2±3,4)%, в т.ч. у майже половини з них (49,3±3,4)% – домінує.

Досить поширені серед респондентів також були тривога та депресія, ознаками яких є постійне почуття провини, підвищена нервозність та неспокій, нерідко алекситимія (неможливість виразити словами свої почуття), пригнічений настрій тощо. Ці прояви зафіксовані майже у третини (26,1±3,0)% опитаних на стадії формування, а для практично п'ятої частини респондентів (19,9±2,7)% є сформованим симптомом, у т.ч. для (11,4±2,2)% - домінуючим.

Разом з тим, як видно на рис.2, у картині синдрому вигорання медичного персоналу, який працює в сфері паліативної і хоспісної допомоги, найпоширенішими виявились симптоми другої фази СЕВ – резистентності (у (28,0±3,1)% фаза сформована і ще у (37,9±3,3)% - на етапі формування), характерними рисами якої є зменшення емпатії у відповідь на професійний стрес. Ця фаза проявлялась завершеністю та домінуванням таких симптомів, як: розширення сфери економії емоцій (у (39,3±3,4)% респондентів симптом сформований, у т.ч. у (29,9±3,2)% - домінуючий), редукція професійних обов'язків (37,0±3,3)% і (25,1±3,0)% відповідно), неадекватне вибіркове емоційне реагування (31,3±3,2)% і (23,7±2,9)% та емоційно-моральна дезорієнтація (23,2±2,9)% і (12,8±2,3)%, яким притаманні емоційна замкненість, байдужість, бажання припинити будь-які комунікації, згорання професійної діяльності, виникнення у працівників відчуття некомпетентності та відсутності позитивних результатів роботи, обмеження емоційної віддачі за рахунок вибіркового реагування тощо. Розвиток цієї фази очевидно зумовлений неможливістю для медичного працівника продовжувати свою діяльність в попередньому режимі і є своєрідним, свідомим чи несвідомим, спротивом особистості у відповідь на дію психотравмуючих професійних факторів.

Апофеозом розвитку синдрому емоційного вигорання є фаза виснаження, основні прояви якої - психофізична перевтома, нівелювання власних професійних досягнень, розвиток ціннісного ставлення до колег і хворих. У нашому дослідженні (див. рис. 2) така фаза виявилась повністю сформованою у достатньо високому відсотку опитаних - у (15,6±2,5)% медиків, які постійно працюють з інкурабельними та важкохворими пацієнтами, і ще у (26,5±3,0)% знахо-

дилась на стадії формування. Одним з найвагомійших симптомів цієї фази був емоційний дефіцит, що характеризується мінімізацією емоційного внеску в роботу, автоматизмом та спустошенням людини на тлі розвитку негативних емоцій: у (18,0±2,6)% опитаних медичних працівників він сформувався, в т.ч. у (12,8±2,3)% - домінуючий. Крім того, у респондентів виявились психосоматичні та психовегетативні порушення - у (17,1±1,9)% опитаних сформовані прояви, в т.ч. у (13,3±2,3)% - домінують. Ці ознаки зазвичай формують погіршення фізичного самопочуття і такі дисфункції, як: розлади сну, головний біль, зниження імунітету, переїдання чи анорексія, а також можуть провокувати проблеми з артеріальним тиском, шлункові розлади, загострення хронічних захворювань. Майже з такою ж частотою зустрічаються серед медперсоналу і прояви емоційного - (17,5±2,6)% і (8,1±1,9)% відповідно, та особистісного відчуження - (14,7±2,4)% і (10,4±2,1)%, які можуть виражатися в формальному виконанні своїх професійних обов'язків, критичності і навіть засудженні особистісних та фахових цінностей, бажанні відсторонитися як від близьких, так і колег, пацієнтів, формуванні негативістської життєвої позиції, відчутті втрати сенсу життя тощо. Досить часто саме в цій фазі з'являється потреба якимось чином «зняти» стрес і такими засобами, на жаль, стають психотропні середники, алкоголь, тютюн, азартні ігри тощо.

Поглиблене вивчення цього питання за спеціально розробленою нами програмою підтвердило, що СЕВ глибоко впливає на особистість як в соціальному, психологічному, так і в фізичному плані.

Зокрема, абсолютна більшість респондентів із об'єктивно наявним критичним рівнем СЕВ суб'єктивно також засвідчили, що їх життя постійно супроводжують стреси – (81,8±8,2)% проти (30,4±4,8)% медпрацівників без ознак вигорання  $p < 0,001$ .

Більшість респондентів з критичним рівнем вигорання відчувають себе зайвими у соціумі – (59,1±10,5)% проти (13,0±3,5)% осіб з несформованим СЕВ  $p < 0,001$  і практично половина вважають себе невдахами (40,9±10,5)% проти (6,7±2,6)%  $p < 0,001$ . Відповідно, їх майже не цікавить громадське життя (регулярні зустрічі з друзями, родиною, відвідування церкви, гуртків, товариств тощо) – (13,6±7,3)% проти (50,0±5,2)%  $p < 0,001$ .

З поглибленням емоційного вигорання удвічі погіршуються взаємовідносини в трудових колективах - тільки (13,6±7,3)% респондентів із критичним рівнем вигорання оцінили їх як доброзичливі, у порівнянні із (56,5±5,2)% медперсоналу без СЕВ  $p < 0,01$ , та у сім'ях - (18,2±8,2)% і (59,8±5,1)% відповідно  $p < 0,001$ .

Показово, що серед опитаних медичних працівників з критичним рівнем СЕВ значно поширеніший нездоровий спосіб життя (можливо як несвідома захисна реакція на по-

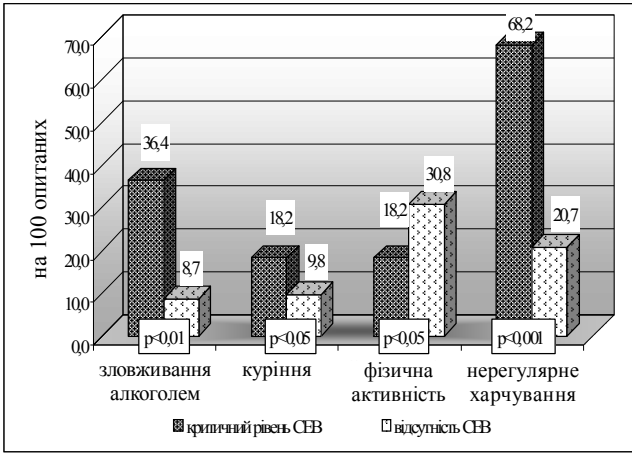


Рис. 3. Характеристика чинників індивідуального способу життя серед опитаних медпрацівників без ознак і з критичним рівнем СЕВ

требу боротьби із постійним стресом). Зокрема (рис. 3), вони майже втричі частіше, порівняно із респондентами, без ознак емоційного вигорання, зловживають алкоголем - (36,4±10,3)% проти (8,7±2,9)%  $p<0,01$ , удвічі частіше постійно курять - (18,2±8,2)% проти (9,8±3,1)%  $p<0,05$ , і при цьому практично вдвічі рідше займаються фізичними вправами - (18,2±8,2)% проти (30,8±4,8)%  $p<0,05$ . Їх тип харчування характеризується нерегулярністю - (68,2±9,9)% проти (20,7±4,2)%  $p<0,001$ , а також нерациональністю (рис. 4), оскільки у раціоні переважають гострі і солоні продукти - (54,5±10,6)% проти (16,3±3,9)%  $p<0,01$ , жирна їжа та фастфуд - (31,8±9,9)% проти (7,6±2,8)%  $p<0,01$  на фоні дефіциту свіжих овочів і фруктів - (54,5±10,6)% проти (64,1±5,0)%  $p<0,05$ .

З огляду на сказане логічно, що стан здоров'я респондентів із критичним рівнем СЕВ, порівняно з медичними працівниками, без ознак вигорання, гірший. Більшість з них мають хронічні хвороби - (68,2±9,9)% проти (46,7±5,2)% відповідно  $p<0,05$ , і кожен п'ятий оцінює власне здоров'я як незадовільне - (22,7±8,9)% проти (7,6±2,8)%  $p<0,05$ .

Опитування медпрацівників, які обслуговують важкохворих та інкурабельних пацієнтів, підтвердило також, що із розвитком емоційного вигорання страждає й професійна сфера (рис. 5) – майже всі респонденти із критичним рівнем СЕВ уже не мають бажання працювати в цій сфері - (90,9±6,1)% проти (46,7±5,2)% опитаних без вигорання  $p<0,001$ , решта – вагаються з відповіддю: (9,1±6,1)% проти (27,2±4,6)%. При цьому, жодний (!) з респондентів із критичним рівнем розглянутого синдрому не висловив будь-якого бажання працювати в сфері паліативної і хоспісної допомоги.

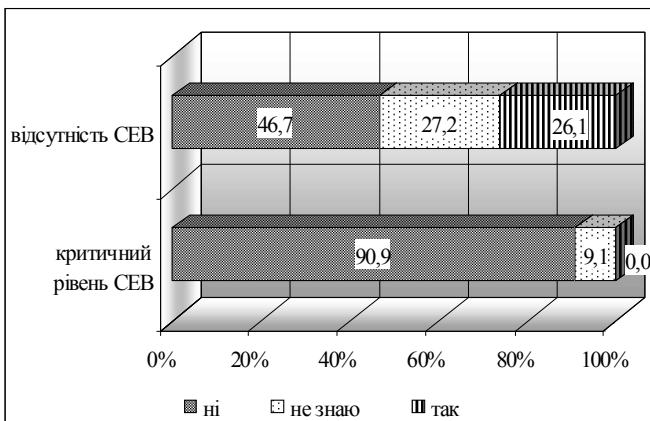


Рис. 5. Бажання працювати в сфері паліативної і хоспісної допомоги серед опитаних медпрацівників, %

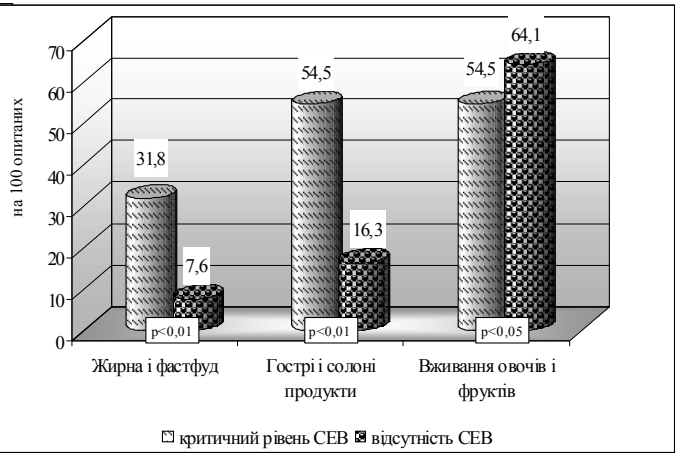


Рис. 4. Характеристика раціону харчування серед опитаних медпрацівників без ознак і з критичним рівнем СЕВ

Однак, і серед медичних працівників без ознак СЕВ таких, що твердо переконані у правильності власного професійного вибору, тільки четверта частина – (26,1±4,6)%, а решта, як вже було показано, або вагаються, або, майже у половині випадків – не бажають працювати у цій сфері. Це вкотре підкреслює непрості, як фізичні, так і психологічні, умови праці з інкурабельними хворими, а отже важливість спеціальної підготовки, постійної психологічної підтримки і корекції симптомів СЕВ у працівників, залучення до паліативної і хоспісної допомоги.

Слід зазначити, що більшість опитаного медичного персоналу з критичним рівнем СЕВ (63,6±10,3)% самі відчувають потребу в психологічній допомозі, проте звертаються за нею тільки (4,5±4,4)% з них. Не зважаючи на те, що опитані є медичними працівниками, тобто мали би бути достатньо обізнаними щодо можливості отримання спеціальної допомоги, однак (35,1±3,3)% всіх респондентів, у тому числі (60,0±12,6)% з високим і (50,0±10,7)% з критичним рівнями емоційного вигорання, вказали, що не знають, куди звертатись за нею. Хоча, можливо, така ситуація є й наслідком недостатнього розвитку та недосконалості (а подекуди, просто відсутності) психотерапевтичної допомоги і корекції, зокрема в системі ПХД, де вона є вкрай необхідною.

### Висновки

У більш, ніж половини медичних працівників (54,6±3,4)%, які працюють з важкохворими та інкурабельними пацієнтами, виявлений синдром емоційного вигорання різного рівня, головним чином, на етапі його резистентності – (28,0±3,1)%.

Показано, що наявність СЕВ погіршує якість медичного персоналу внаслідок його соціально-психологічної дезадаптації, конфліктності, нездорового способу життя як засобу боротьби чи захисту від постійних психологічних стресів, більшої частоти хронічних захворювань, відсутності мотивації продуктивно працювати.

Результати дослідження вказують на потребу професійного відбору, спеціальної підготовки, постійної психологічної підтримки і корекції симптомів СЕВ у працівників, залучених до паліативної і хоспісної допомоги.

### Перспективи подальших досліджень

Отримані нами результати будуть використані при розробці заходів профілактики професійного стресу як важливої складової системи підготовки та підвищення кваліфікації медичного персоналу, який працює в сфері паліативної та хоспісної допомоги.

**Література**

1. World Health Organization. International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems. 10th Revision (ICD-10) Geneva: World Health Organization. - 2004.  
 2. Maslach C. Measuring Burnout / C. Maslach, M.P. Leiter, W.B. Schaufeli WB. // The Oxford handbook of organizational well-being. Oxford (UK): Oxford University Press. - 2008. - P. 86-108.  
 3. 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) - P. 432-442. - [Електронний ресурс]. - Режим доступу: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2969138/> - Титул з екрана.  
 4. IsHak WW. Burnout During Residency Training: A Literature Review / WW. IsHak, S. Lederer, C. Mandili, R. Nikraves, L. Seligman,

M. Vasa, D. Ogunyemi, CA. Bernstein // J. Grad. Med. Educ. - 2009. - 1 (2) - P. 236-242. - [Електронний ресурс]. - Режим доступу: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2931238/> - Титул з екрана.  
 5. Кужель І. Р. Рівень емоційного вигорання як базовий критерій необхідності та змісту психоедукативної та психокорекційної роботи з медичним персоналом хоспісу / І. Р. Кужель, М. В. Маркова // Психіатрія. - 2010. - №1. - С. 34 - 39.  
 6. Практическая психодиагностика. Методики и тесты. Учебное пособие. - Самара. - 2002. - С. 161-169.  
 7. Децик О. З. Методичні підходи до узагальнення результатів наукових досліджень / О. З. Децик // Галицький лікарський вісник. - 2011. - Т. 18, № 2. - С. 5-8.

Одержано 24.09.2012 року.

УДК : 616.12 - 008.331.3 - .036.18 - 092 : (611.3 - 018.73 : 577.17)

**ДОЦІЛЬНІСТЬ РЕФОРМУВАННЯ АМБУЛАТОРНО-ПОЛІКЛІНІЧНОЇ СИСТЕМИ НАДАННЯ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ ТА ПЕРЕХОДУ ДО ПРАКТИКИ СІМЕЙНОГО ОБСЛУГОВУВАННЯ НАСЕЛЕННЯ**

**Сірик В.О.**

*Національний медичний університет імені академіка О.О. Богомольця*

**ЦЕЛЕСООБРАЗНОСТЬ РЕФОРМИРОВАНИЯ АМБУЛАТОРНО-ПОЛИКЛИНИЧЕСКОЙ СИСТЕМЫ ПЕРВИЧНОЙ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЙ ПОМОЩИ И ПЕРЕХОДА К ПРАКТИКЕ СЕМЕЙНОГО ОБСЛУЖИВАНИЯ НАСЕЛЕНИЯ**

**Сирьк В.О.**

*Национальный медицинский университет имени академика О.О. Богомольця*

**FEASIBILITY OF REFORMING OF OUT-PATIENT HEALTH CARE SYSTEM AND TRANSITION TO THE PRACTICE OF FAMILY SERVICE**

**Siryk V.O.**

*National Medical University Named after Academician O.O. Bohomolets*

**Резюме.** У статті відображені сучасні уявлення про первинну медико-соціальну допомогу, доведена доцільність переходу від дільнично-територіального надання медичної допомоги до сімейної медицини.

**Ключові слова :** *первинна медико-соціальна допомога, сімейна медицина, лікар загальної практики.*

**Резюме.** В статье отображены современные представления о первичной медико-социальной помощи. Доказана необходимость перехода к семейной медицине.

**Ключевые слова :** *первичная медико-социальная помощь, семейная медицина, врач общей практики.*

**Summary.** In the review the modern representations about the primary medical help, well-proven expedience of transition from district-territorial grant of Medicare to family medicine are explained.

**Key words :** *primary medical help, family medicine, general practitioner.*

Здоров'я населення – це багатогранна категорія, яка відображає ступінь розвитку суспільства, є основою якості життя. У міжнародній декларації охорони здоров'я, у програмі ВООЗ «Здоров'я-21» проголошується, що «поліпшення здоров'я й благополуччя людей – мета соціального і економічного розвитку».

Ціль роботи системи охорони здоров'я (ОЗ) у всьому світі – безпечна, ефективна, своєчасна й адекватна медична допомога населенню. Для її досягнення необхідне посилення первинної медичної допомоги – ланки першого контакту більшості пацієнтів із системою ОЗ.

У сучасних умовах значна частина населення України продовжує отримувати медичну допомогу на первинному етапі за принципом дільничності в амбулаторно - поліклінічних закладах, які, згідно з положенням про міські поліклініки, виконують такі задачі:

1. Надання кваліфікованої і спеціалізованої допомоги

населенню, обслуговування в поліклініці і вдома.

2. Проведення комплексу профілактичних заходів серед населення, які направлені на зниження інвалідизації, захворюваності та смертності.

3. Організація та проведення диспансеризації хворих та декретованих верств населення.

4. Санітарно-гігієнічна просвіта, пропаганда здорового образу життя.

Проблеми реформування амбулаторно-поліклінічної допомоги населенню турбують всю медичну громадськість. І не дивно, адже на догоспітальному етапі починають і закінчують лікування майже 80% пацієнтів, саме тут зосереджена значна частина медичних кадрів. Колись ми із задоволенням стверджували, що за кількістю лікарів і ліжок на 10 тисяч населення наша медицина перевищує показники провідних країн світу. При цьому мало звертали увагу на якість надання медичної допомоги. Адже в ідеалі хвороби простіше, та і