

АРТЕРІАЛЬНА ГІПЕРТЕНЗІЯ ЯК НАСЛІДОК СИНДРОМУ ВИГОРАННЯ

Резюме. Встановлено особливості формування синдрому вигорання у задоволених та невдоволених працюючих медичних працівників Клінічної лікарні «Феофанія» Державного управління справами. У дослідженні з'ясовано, що синдром вищий у невдоволених, ніж у задоволених працюючих медичних працівників. Синдром у невдоволених частіше проявляється симптомами редукції професійних обов'язків та деперсоналізацією, у задоволених – розширенням сфери економії емоцій та психосоматичними і психовегетативними порушеннями, а саме прогресуванням артеріальної гіпертензії та розвитком ускладнень хвороб системи кровообігу.

Мета дослідження – визначення особливостей формування синдрому вигорання серед медичних працівників для його профілактики та запобігання прогресуванню артеріальної гіпертензії і хвороб системи кровообігу.

Матеріали та методи. У 2016 році проведено анкетування 154 медичних працівників. Респонденти відповіли на питання: «Ви задоволені своєю роботою у лікарні?».

Респонденти за відповідями були поділені на дві групи: перша група (120 осіб) – задоволені роботою (оцінки 7, 6 та 5 балів); друга група (34 особи) – невдоволені роботою (3, 2 та 1 бал). Респонденти (10 осіб) з відповіддю «не можу визначитися» (4 бали) були вилучені з подальшого аналізу.

Результати дослідження та їх обговорення. У респондентів було проведено діагностику синдрому вигорання за методикою В. Бойка [17]. Було визначено розподіл респондентів за наявністю синдрому вигорання, окремих його фаз та симптомів в обох досліджуваних групах.

Встановлено, що частка осіб, у яких виявлено синдром вигорання, серед невдоволених (65%) є достовірно вищою ($p < 0,05$) порівняно з групою задоволених (40%). Структура розподілу симптомів між фазами у двох групах достовірно не відрізняється ($\chi^2 = 3,91$, $p > 0,05$).

Висновки. Синдром вигорання призводить до погіршення виконання професійних обов'язків і зниження якості надання медичної допомоги за рахунок симптомів «редукція професійних обов'язків» та «деперсоналізація», а також до погіршення якості комунікацій і стану власного здоров'я, що веде до прогресування артеріальної гіпертензії та розвитку ускладнень хвороб системи кровообігу.

Ключові слова: синдром вигорання, медичні працівники, профілактика, якість медичної допомоги.

Актуальність. Задоволеність медичних працівників роботою та синдром вигорання впливають на стан здоров'я, а саме перебіг артеріальної гіпертензії (АГ) і розвиток хвороб системи кровообігу (ХСК), та якість медичної допомоги. Крім того, задоволеність працюючих медичних працівників та синдром вигорання виступають критеріями ефективності управління персоналом у медичному закладі. Для підвищення ефективності та результативності управління персоналом, метою якого є якість медичної допомоги, необхідно знати особливості формування синдрому вигорання у медичних працівників залежно від їх задоволеності працюючим.

Синдром вигорання (*burnout*) серед лікарів має рівень епідемії [1]. За даними досліджень у галузі кадрового менеджменту, наслідками вка-

заного синдрому є негативний вплив на якість медичної допомоги, професіоналізм медичного персоналу, здоров'я лікарів і життєздатність системи охорони здоров'я взагалі [1].

У світі частота виявлення синдрому вигорання у медичних працівників коливається від 46 до 89,3% обстежених. Так, синдром вигорання діагностовано у 46% британських лікарів [2], у 31,4% лікарів Гонконгу [3], у 50% лікарів-педіатрів Бразилії [4], у 42,4% французьких лікарів [5], у 89,3% лікарів-педіатрів в Україні [6], серед опитаних лікарів КЛ «Феофанія» та ООД, УК Одеського НМУ (154 осіб) у 34 працівників відзначається високий ступінь емоційного виснаження.

Ризик вигорання у медичних працівників є наслідком великого обсягу роботи, значної кількості робочих годин, тривалих нічних змін,

емоційного контакту з пацієнтами та їх родинами, необхідності швидкого ухвалення рішень, відповідальності за життя та здоров'я пацієнтів [7]. Крім того, причинами вигорання є вік медичних працівників, стаж роботи, посада, особистісні якості, рольові конфлікти та недоліки менеджменту [8; 9]. Синдром вигорання виникає у результаті зовнішнього (соціально-економічні, політичні, технологічні чинники) та внутрішнього тиску (відчуття провини, самозречення, перфекціонізм, заперечення особистої уразливості та відстроченої винагороди) [10].

Синдром вигорання має негативні наслідки як для здоров'я медичного персоналу, так і для якості медичної допомоги. Так, лікарі, які мають синдром вигорання, роблять велику кількість медичних помилок та надають пацієнтам неякісну медичну допомогу [11]. Існує достовірний вплив синдрому вигорання медичних працівників на безпеку надання медичної допомоги пацієнтам [12].

Відомо, що задоволеність працею і синдром вигорання взаємопов'язані. Синдром вигорання у лікарів негативно впливає на відчуття задоволеності працею [13; 14]. Встановлено, що чим нижчий рівень робочого стресу, тим вище рівень задоволеності працею [15]. У той же час задоволеність працею впливає на якість медичної допомоги. Показано, що задоволеність пацієнтів якістю надання медичної допомоги безпосередньо залежить від задоволеності працею медичних працівників [16]. Проте в літературі відсутні відомості щодо особливостей формування синдрому вигорання у медичних працівників залежно від відчуття задоволеності чи невдоволеності працею.

Мета дослідження – визначення особливостей формування синдрому вигорання у за-

доволенних та невдоволенних роботою медичних працівників для розроблення рекомендацій з його профілактики і запобігання прогресуванню АГ і ХСК серед медичних працівників.

Матеріали та методи. У 2016 році проведено визначення задоволеності працею 154 медичних працівників КЛ «Феофанія» та ООД, УК Одеського НМУ за анкетною (відгук – 87%). Респонденти відповіли на питання: «Ви задоволені своєю роботою у лікарні?».

Відповіді на питання оцінювалися за 7-бальною шкалою, а саме: «надзвичайно задоволений» (оцінка – 7 балів), «дуже задоволений» (6 балів), «задоволений» (5 балів), «невизначені почуття» (4 бали), «невдоволенний» (3 бали), «дуже невдоволенний» (2 бали) та «надзвичайно невдоволенний» (1 бал).

Респонденти за відповідями були поділені на дві групи: перша група (120 осіб) – задоволені роботою (оцінки 7, 6 та 5 балів); друга група (34 особи) – невдоволені роботою (3, 2 та 1 бал). Респонденти (10 осіб) з відповіддю «не можу визначитися» (4 бали) були вилучені з подальшого аналізу.

Групи задоволених та невдоволенних респондентів були тотожні за віком, стажем роботи, розподілом за статтю, посадами та рівнем заробітної плати (табл. 1). Проте групи достовірно відрізнялися за рівнем загальної задоволеності ($p < 0,001$).

У двох групах проведено діагностику синдрому емоційного вигорання за методикою В. Бойка [17]. Методика дає можливість оцінити три фази синдрому емоційного вигорання (напруження, резистентності та виснаження), кожна з яких має 4 симптоми: фаза напруження (Н) – переживання психотравмуючих обставин (н1), невдоволеність собою (н2), відчуття «за-

Таблиця 1

Характеристика груп респондентів та загальний рівень задоволеності

Характеристика груп	I група – задоволені (n = 120)	II група – невдоволені (n = 34)	p
Загальний рівень задоволеності, бали	5,11±0,03	2,81±0,16	<0,001
Вік, роки	48,93±0,96	44±1,95	>0,05
Стаж роботи, роки	22,13±1	19,57±1,9	>0,05
Стать: жінки (n = 120), %	64 (53%)	56 (47%)	>0,05
Стать: чоловіки (n = 34), %	18 (53%)	16 (53%)	>0,05
Посада: лікар (n = 72), %	32 (44%)	40 (56%)	>0,05

гнаності у кут» (н3), тривога й депресія (н4); фаза резистенції (Р) – неадекватне вибіркоче емоційне реагування (р1), емоційно-моральна дезорієнтація (р2), розширення сфери економії емоцій (р3), редукція професійних обов'язків (р4); фаза виснаження (В) – емоційний дефіцит (в1), емоційне відчуження (в2), особистісне відчуження (деперсоналізація) (в3), психосоматичні та психовегетативні порушення (в4). Діагноз синдрому емоційного вигорання встановлюється за наявності симптому з оцінкою більше 20 балів.

Результати дослідження було проаналізовано за допомогою Statistica 7.0. При аналізі отриманих даних для порівняння результатів опитування двох груп респондентів був використаний критерій Стюдента (t), критерій згоди Пірсона χ^2 , для оцінки шансів виникнення синдрому вигорання – метод розрахунку відношення шансів [18].

Результати дослідження та їх обговорення. У респондентів було проведено діагностику синдрому вигорання за методикою В. Бойка [17]. Було визначено розподіл респондентів за наявністю синдрому вигорання, окремих його фаз та симптомів в обох досліджуваних групах.

Встановлено, що частка осіб, у яких виявлено синдром вигорання, серед невдоволених (65%) є достовірно вищою ($p < 0,05$) порівняно з групою задоволених (40%) (табл. 2). Структу-

ра розподілу симптомів між фазами у двох групах достовірно не відрізняється ($\chi^2 = 3,91$, $p > 0,05$).

Проте в кожній фазі синдрому серед невдоволених у порівнянні із задоволеними (на 100 осіб) було виявлено достовірно вищі частки працівників, які мали домінуючий симптом синдрому (табл. 3).

У двох групах синдром вигорання у переважній більшості мав прояви симптомів фази резистенції (табл. 4).

У респондентів з групи невдоволених найчастіше проявлялися такі симптоми: переживання психотравмуючих обставин (46%), редукція професійних обов'язків (38%), деперсоналізація (35%), розширення сфери економії емоцій (30%), неадекватне вибіркоче емоційне реагування (27%). У групі задоволених найчастіше проявом синдрому емоційного вигорання були симптоми розширення сфери економії емоцій (15%) та переживання психотравмуючих обставин (14%).

Встановлено, що у групі невдоволених працівників достовірно вища частка осіб із синдромом вигорання, ніж у групі задоволених ($p < 0,001$).

Розвиток фаз синдрому вигорання має особливості формування залежно від рівня задоволеності працюю.

Таблиця 2

Розподіл респондентів з домінуючими симптомами за фазами синдрому у групах задоволених та невдоволених респондентів ($p \pm Sp$)

Фаза	Розподіл респондентів з домінуючими симптомами за фазами синдрому	
	група задоволених (n = 120)	група невдоволених (n = 34)
Напруження (н)	26,8±4	33,5±8
Резистенція (р)	49,3±4,5	37,2±8,1
Виснаження (в)	23,9±3,8	29,3±7,8

Таблиця 3

Частка респондентів з домінуючими симптомами за фазами синдрому у групах задоволених та невдоволених медичних працівників (на 100 осіб, %)

Фази	Частка респондентів з домінуючими сиптомами		p
	група задоволених	група невдоволених	
Напруження	19±3,5	89±5,3	<0,001
Резистенція	35±4,35	99±1,7	<0,001
Виснаження	17±3,43	78±7,1	<0,001

Частка респондентів у групах задоволених та невдоволених медичних працівників за домінуючим симптомом синдрому вигорання

Симптом	Частка респондентів з домінуючими симптомами (на 100%)		p
	група задоволених	група невдоволених	
Переживання психотравмуючих обставин (н1)	14,0±3,2	46,0±8,5	<0,001
Невдоволеність собою (н2)	1,0±0,9	8,0±4,6	<0,05
«Загнаність у кут» (н3)	2,0±1,3	12,0±5,6	<0,05
Тривога і депресія (н4)	2,0±1,3	23,0±7,2	<0,001
Неадекватне вибіркове емоційне реагування (р1)	5,0±1,9	27,0±7,6	<0,001
Емоційно-моральна дезорієнтація (р2)	5,0±1,9	4,0±3,4	<0,05
Розширення сфери економії емоцій (р3)	15,0±3,1	30,0±8,3	<0,05
Редукція професійних обов'язків (р4)	10,0±2,7	38,0±8,3	<0,001
Емоційний дефіцит (в1)	2,0±1,3	12,0±5,6	<0,05
Емоційне відчуження (в2)	5,0±1,9	12,0±5,6	<0,05
Деперсоналізація (в3)	4,0±1,8	35,0±8,2	<0,001
Психосоматичні та психовегетативні порушення (в4)	6,0±2,2	19,0±6,7	<0,05

Фаза напруження в обох групах формується за рахунок симптому переживання психотравмуючих обставин, який вказує на сприйняття працівниками умов праці та стосунків як психотравмуючих.

Фаза резистенції у групі задоволених формується за рахунок симптому розширення сфери економії емоцій, а в групі невдоволених – редукції професійних обов'язків. Тобто в цій фазі задоволені працівники економлять свої емоції, втрачаючи в ефективності та якості комунікацій, а невдоволені обмежують професійні обов'язки.

Фаза виснаження у групі задоволених формується за рахунок симптому психосоматичних та психовегетативних порушень, які проявляються у погіршенні стану здоров'я працівника, а саме прогресуванням АГ та розвитком ускладнень ХСК у групі невдоволених за рахунок деперсоналізації, що проявляється у погіршенні професійних комунікацій та негативно-му ставленні до професійних обов'язків.

Отримані результати опосередковано пояснюють, чому синдром вигорання у невдоволених працівників призводить до погіршення виконання професійних обов'язків і зниження

якості надання медичної допомоги. В той же час у задоволених синдром вигорання призводить до погіршення якості комунікацій та стану власного здоров'я, внаслідок чого також знижується якість медичної допомоги. Тобто в обох групах працівників синдром вигорання призводить до зниження якості роботи, але з різних причин: у невдоволених – за рахунок зниження продуктивності та ефективності праці, у задоволених – за рахунок стану власного здоров'я. Тому важливими умовами надання якісної медичної допомоги є формування у медичних працівників відчуття задоволеності роботою та профілактика розвитку у них психосоматичної патології.

Шанс виникнення синдрому вигорання в групі невдоволених медичних працівників становить 1,94, в групі задоволених – 0,22 (95% OR ± S = 8,843 ± 0,335, CI 4,585–17,056, p < 0,01). Тобто шанс виникнення цього синдрому значно більший у невдоволених, ніж у задоволених. Отримані результати підтверджуються даними інших досліджень [4].

Можливо, синдром вигорання у медичних працівників є як наслідком, так і причиною невдоволеності роботою. Імовірно, синдром по-

глиблює відчуття невдоволеності працею. Ці результати також підтверджуються даними літератури. Так, у медичних працівників існує позитивна кореляція між задоволеністю роботою та відсутністю синдрому вигорання [20]. Крім того, синдром вигорання та задоволеність роботою необхідно розглядати як дві залежні характеристики мінливого робочого середовища. Тому при високих показниках рівня розвитку синдрому вигорання у медичних працівників виявлено високий рівень невдоволеності працею [7]. Тобто для здійснення профілактики синдрому вигорання у медичних працівників необхідно забезпечити їх задоволеність працею [3]. Крім того, відомо, що синдром вигорання призводить до збільшення кількості днів перебування на лікарняному листі.

Таким чином, організація кадрового менеджменту в закладах охорони здоров'я повинна бути спрямована на створення у медичних працівників відчуття задоволеності працею, що опосередковано сприятиме профілактиці синдрому вигорання та зниженню рівня захворюваності, а саме АГ, серед медичних працівників і підвищенню якості медичної допомоги.

Висновки

1. Імовірність розвитку синдрому вигорання достовірно вища у невдоволених працею медичних працівників, ніж у задоволених ($p < 0,01$).

2. Синдром вигорання призводить до погіршення виконання професійних обов'язків і зниження якості надання медичної допомоги за рахунок таких симптомів, як редукція професійних обов'язків та деперсоналізація, а також до погіршення якості комунікацій і стану власного здоров'я, що веде до прогресування АГ та ХСК.

3. Кадровий менеджмент у закладах охорони здоров'я повинен бути спрямований на формування задоволеності працею у медичних працівників, що опосередковано сприятиме профілактиці синдрому вигорання та зниженню рівня захворюваності на АГ серед медичних працівників і поліпшенню якості медичної допомоги.

Рекомендації. Для забезпечення якості надання медичної допомоги керівникам лікарень необхідно створювати умови для формування задоволеності працею у медичних працівників та здійснювати профілактику розвитку у них синдрому вигорання, що в свою чергу зменшить рівень захворюваності на АГ та ХСК, перебування на лікарняному листі медичного працівника і підвищить його продуктивність на робочому місці.

У кожному медичному закладі потрібно мати кабінет психотерапевта, психолога, терапевта (довіреного лікаря). Відпустку розподіляти протягом року по 14 днів, направляти працівників на санаторно-курортне лікування.

Список використаних джерел

1. West C.P. Interventions to prevent and reduce physician burnout: a systematic review and meta-analysis [Text] / C.P. West, L.N. Dyrbye, P.J. Erwin, T.D. Shanafelt // The Lancet. – 2016. – Vol. 388, Issue 10057. – P. 2272–2281. doi: 10.1016/s0140-6736(16)31279-x
2. Orton P. Depersonalised doctors: a cross-sectional study of 564 doctors, 760 consultations and 1876 patient reports in UK general practice [Text] / P. Orton, C. Orton, D. Pereira Gray // BMJ Open. – 2012. – Vol. 2, Issue 1. – P. e000274. doi: 10.1136/bmjopen2011-000274
3. Siu C. Burnout among public doctors in Hong Kong: cross-sectional survey [Text] / C. Siu, S.K. Yuen, A. Cheung // Hong Kong Medical Journal. – 2012. – Vol. 18, Issue 3. – P. 186–192.
4. Garcia T.T. Prevalence of burnout in pediatric intensivists: an observational comparison with general pediatricians [Text] / T.T. Garcia, P.C.R. Garcia, M.E. Molon, J.P. Piva, R.C. Tasker, R.G. Branco, P.E. Ferreira // Pediatric Critical Care Medicine. – 2014. – Vol. 15, Issue 8. – P. e347–e353. doi: 10.1097/pcc.0000000000000218
5. Estry-Behar M. Emergency physicians accumulate more stress factors than other physicians—results from the French SESMAT study [Text] / M. Estry-Behar, M.-A. Doppia, K. Guetarni, C. Fry, G. Machet, P. Pelloux et. al. // Emergency Medicine Journal. – 2010. – Vol. 28, Issue 5. – P. 397–410. doi: 10.1136/emj.2009.082594
6. Горачук В.В. Наукове обґрунтування системи професійної реабілітації лікарів-педіатрів поліклінічних закладів [Текст]: автореф. дис. ... канд. мед. наук / В.В. Горачук. – К., 2009. – 22 с.

7. Bragard I. Quality of work life, burnout, and stress in emergency department physicians: a qualitative review [Text] / I. Bragard, G. Dupuis, R. Fleet // European Journal of Emergency Medicine. – 2015. – Vol. 22, Issue 4. – P. 227–234. doi: 10.1097/mej.0000000000000194
8. Силкина А.А. Синдром «эмоционального выгорания» среди врачей различных специальностей в России и за рубежом [Текст] / А.А. Силкина, М.К. Саншюкова, Е.С. Сергеева // Бюллетень медицинских Интернет-конференций. – 2014. – Т. 4, № 11. – С. 1247–1249.
9. Аймедов К.В. Синдром емоційного вигорання у лікарів-хірургів в залежності від професійного стажу [Текст] / К.В. Аймедов // Психічне здоров'я. – 2015. – № 1. – С. 7–9.
10. Gazelle G. Physician burnout: coaching a way out [Text] / G. Gazelle, J.M. Liebschutz, H.J. Riess // Journal of General Internal Medicine. – 2015. – Vol. 30, Issue 4. – P. 508–513. doi: 10.1007/s11606-014-3144-y
11. Williams E.S. The relationship of organizational culture, stress, satisfaction, and burnout with physician-reported error and suboptimal patient care [Text] / E.S. Williams, L.B. Manwell, T.R. Konrad, M. Linzer // Health Care Management Review. – 2007. – Vol. 32, Issue 3. – P. 203–212. doi: 10.1007/s11606-014-3144-y
12. Hall L.H. Healthcare Staff Wellbeing, Burnout, and Patient Safety: A Systematic Review [Text] / L.H. Hall, J. Johnson, I. Watt, A. Tsipa, D.B. O'Connor // PLOS ONE. – Vol. 11, Issue 7. – P. e0159015. doi: 10.1371/journal.pone.0159015
13. Dewa C.S. How does burnout affect physician productivity? A systematic literature review [Text] / C.S. Dewa, D. Loong, S. Bonato, N.X. Thanh, P. Jacobs // BMC Health Services Research. – 2014. – Vol. 14, Issue 1. – P. 325. doi: 10.1186/1472-6963-14-325
14. Bragard I. Quality of work life of rural emergency department nurses and physicians: a pilot study [Text] / I. Bragard, R. Fleet, A.-M. Etienne, P. Archambault, F. Legare, J.-M. Chauny et al. // BMC Research Notes. – 2015. – Vol. 8, Issue 1. – P. 116. doi: 10.1186/s13104-015-1075-2
15. Steinhardt M.A. The relationship between hardiness, supervisor support, group cohesion, and job stress as predictors of job satisfaction [Text] / M.A. Steinhardt, C.L. Dolbier, N.H. Gottlieb, K.T. McCalister // American Journal of Health Promotion. – 2003. – Vol. 17, Issue 6. – P. 382–389. doi: 10.4278/0890-1171-17.6.382 Scientific Journal «ScienceRise: Medical Science» № 2(10) 2017, 40.
16. Janicijevic I. Healthcare workers satisfaction and patient satisfaction – where is the linkage? [Text] / I. Janicijevic, K. Seke, A. Djokovic, J. Filipovic // Hippokratia. – 2013. – Vol. 17, Issue 2. – P. 157–162.
17. Райгородский Д.Я. Практическая психодиагностика. Методики и тесты [Текст]: учеб. пособие / Д.Я. Райгородский. – Самара: БАХРАХ-М, 2005. – 672 с.
18. Fisher R.A. Statistical tables for biological, agricultural and medical research [Text] / R.A. Fisher, F. Yates. – Harlow: Longman, 1974. – 146 p.
19. Chen Y.M. Correlation Between Nursing Work Environment and Nurse Burnout, Job Satisfaction, and Turnover Intention in the Western Region of Mainland China [Text] / Y.M. Chen, J.B. Fang // Hu Li Za Zhi. – 2016. – Vol. 63, Issue 1. – P. 87–98.
20. Bauer J. Working conditions of physicians in hospitals [Text] / J. Bauer, D. Groneberg // DMW-Deutsche Medizinische Wochenschrift. – 2015. – Vol. 140, Issue 15. – P. e150–e158. doi: 10.1055/s-0041-103165

АРТЕРИАЛЬНАЯ ГИПЕРТЕНЗИЯ КАК СЛЕДСТВИЕ СИНДРОМА ВЫГОРАНЕНИЯ

Л.Н. Гордиенко

Резюме. Установлены особенности формирования синдрома выгорания у довольных и недовольных трудом медицинских работников клинической больницы «Феодания» Государственного управления делами. В исследовании установлено, что синдром выше у недовольных, чем в довольных работой медицинских работников. Синдром чаще проявляется в недовольных симптомами редукции профессиональных обязанностей и деперсонализацией, в довольных – расширения сферы экономики эмоций и психосоматических и психовегетативных нарушений, а именно прогрессированием артериальной гипертензии и развитием осложненных болезней системы кровообращения.

Цель исследования – определение особенностей формирования синдрома выгорания среди медицинских работников для его профилактики и предотвращения прогрессирования артериальной гипертензии и болезней системы кровообращения.

Материалы и методы. В 2016 году проведено анкетирование 154 медицинских работников. Респонденты ответили на вопрос: «Вы довольны своей работой в больнице?».

Респонденты по ответам были разделены на две группы: первая группа (120 человек) – довольны работой (оценки 7, 6 и 5 баллов); вторая группа (34 человека) – недовольны работой (3, 2 и 1 балл). Респонденты (10 человек) с ответом «не могу определиться» (4 балла) были изъяты из дальнейшего анализа.

Результаты исследования и их обсуждение. В респондентов проведена диагностика синдрома выгорания по методике В. Бойко [17]. Было определено распределение респондентов по наличию синдрома выгорания, отдельных его фаз и симптомов в обеих исследуемых группах.

Установлено, что доля лиц, у которых выявлен синдром выгорания, среди недовольных (65%) является достоверно выше ($p < 0,05$) по сравнению с группой довольных (40%). Структура распределения симптомов между фазами в двух группах достоверно не отличается ($\chi^2 = 3,91, p > 0,05$).

Выводы. Синдром выгорания приводит к ухудшению выполнения профессиональных обязанностей и снижению качества оказания медицинской помощи за счет таких симптомов, как редукция профессиональных обязанностей и деперсонализация, а также к ухудшению качества коммуникаций и состояния собственного здоровья, что ведет к прогрессированию артериальной гипертензии и развитию осложнений болезней системы кровообращения.

Ключевые слова: синдром выгорания, медицинские работники, профилактика, качество медицинской помощи.

ARTERIAL HYPERTENSION AS CONSEQUENCE BURNOUT SYNDROME

L. Hordienko

Summary. Features of the formation of burnout syndrome in the satisfied and dissatisfied with the work of medical workers of the Clinical Hospital «Feofaniya» of the State Department of affairs. The study found that the syndrome is higher in the dissatisfied than in the satisfied by the work of health workers. Syndrome is more often manifested in the dissatisfied symptoms of reduction of professional duties and depersonalization, in satisfied – the expansion of the sphere of saving of emotions and psychosomatic and psychoactive disorders, namely the progression of arterial hypertension and the development of complications of circulatory system diseases.

The purpose of the study – the definition of the characteristics of the formation of burnout syndrome among health care workers for its prevention and prevention of progression of arterial hypertension and circulatory system diseases.

Materials and methods. In 2016, 154 health workers were questioned. Respondents answered the question: «Are you satisfied with your work in the hospital?».

Respondents were divided into two groups: the first group (120 persons) – satisfied with the work (grades 7, 6 and 5 points); the second group (34 persons) – dissatisfied with the work (3, 2 and 1 points). Respondents (10 persons) with the answer «I can not determine» (4 points) were removed from further analysis.

Results of the research and their discussion. The respondents were diagnosed with the burnout syndrome by the method of V. Boyko [17]. The distribution of respondents was determined by the presence of burnout syndrome, its individual phases and symptoms in the two groups under study.

It was found that the proportion of people who found burnout syndrome among the dissatisfied (65%) is significantly higher ($p < 0.05$) compared with the group of satisfied (40%). The structure of the distribution of symptoms between phases in two groups is not significantly different ($\chi^2 = 3.91, p > 0.05$).

Conclusions. The burnout syndrome results in deterioration of professional duties and the reduction of the quality of medical care at the expense of the symptoms of reduction of occupational duties and depersonalization, as well as the deterioration of the quality of communications and the state of own health, which leads to progression arterial hypertension and the development of complications of circulatory system diseases.

Keywords: burnout syndrome, medical workers, prevention, quality of medical care.

Рекомендовано до публікації:
кандидат медичних наук **О.М. Авраменко**
Дата надходження рукопису: 02.03.2018

Гордієнко Людмила Миколаївна – лікар-терапевт вищої категорії,
завідувач відділу координації надання платних медичних послуг
та співпраці зі страховими компаніями КЛ «Феофанія» ДУС

Адреса: 03143, м. Київ, вул. Академіка Заболотного, 21

E-mail: dr.g78@ukr.net

Контактні тел.: +38 (097) 565-28-88; (044) 259-69-55 (для кореспонденції)