

Храновська Наталя Миколаївна, кандидат біологічних наук, старший науковий співробітник, науково-дослідна лабораторія експериментальної онкології, Національний інститут раку, вул. Ломоносова, 33/43, м. Київ, Україна, 03022
E-mail: nkhranovska@ukr.net

Скачкова Оксана Володимирівна, кандидат біологічних наук, науково-дослідна лабораторія експериментальної онкології, Національний інститут раку, вул. Ломоносова, 33/43, м. Київ, Україна, 03022
E-mail: oksanaskachkova@ukr.net

УДК 616-051:331.101.3

DOI: 10.15587/2519-4798.2017.94354

ДОСЛІДЖЕННЯ ЗАДОВОЛЕНОСТІ ПРАЦЕЮ ТА СИНДРОМ ВИГОРАННЯ У МЕДИЧНИХ ПРАЦІВНИКІВ

© Т. А. Вежновець

В дослідженні представлено особливості формування синдрому вигорання у «задоволених» та «невдоволених» працюю медичних працівників. Встановлено, що ймовірність розвитку синдрому вища у «невдоволених», ніж у «задоволених» працюю медичних працівників. У «невдоволених» синдром частіше проявляється симптомами «редукція професійних обов'язків» та «деперсоналізація», у «задоволених» – «розширення сфери економії емоцій» та «психосоматичні та психовегетативні порушення»

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

1. Вступ

Задоволеність медичних працівників роботою та синдром вигорання впливають на якість медичної допомоги. Крім того, задоволеність працюю медичних працівників та синдром вигорання виступають критеріями ефективності управління персоналом в медичному закладі. Для підвищення ефективності та результативності управління персоналом, метою якого виступає якість медичної допомоги, необхідно знати особливості формування синдрому вигорання у медичних працівників в залежності від їх задоволеності працюю.

2. Обґрунтування дослідження

Синдром вигорання (Burnout) серед лікарів має рівень епідемії [1]. За даними досліджень в області кадрового менеджменту наслідками вказаного синдрому є негативний вплив на якість медичної допомоги, на професіоналізм медичного персоналу, на здоров'я лікарів і на життєздатності 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].

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

3. Мета дослідження

Визначення особливостей формування синдрому вигорання у «задоволених» та «невдоволених» роботою медичних працівників для розроблення рекомендацій з його профілактики.

4. Матеріали та методи

У 2014 році проведено визначення задоволеності працюю 164 медичних працівників Херсонської міської клінічної лікарні імені Є. Є. Карабелеша (м. Херсон, Україна) 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), «невдоволений» (3 бали), «дуже невдоволений» (2 бали) та «надзвичайно невдоволений» (1 бал).

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

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

Таблиця 1

Характеристика груп респондентів та загальний рівень задоволеності

Характеристика груп	1 група – «задоволені» (n=120)	2 група – «невдоволені» (n=34)	P
Загальний рівень задоволеності, бали	5,11±0,03	2,81±0,16	P<0,001
Вік, роки	48,93±0,96	44,94±1,95	P>0,05
Стаж роботи, роки	22,13±1,0	19,57±1,9	P>0,05
Стать:			
жінки (n=120), %	64 (53 %)	56 (47 %)	P>0,05
чоловіки (n=34), %	18 (53 %)	16 (47 %)	P>0,05
Посада:			
лікар (n=72), %	32 (44 %)	40 (56 %)	P>0,05
медична сестра (n=82), %	46 (56 %)	36 (44 %)	P>0,05
Заробітна плата в 2014 році:			
лікар, грн.	3480±11	3456±8	P>0,05
медична сестра, грн.	2400±10	2352±9	P>0,05

В двох групах проведена діагностика синдрому емоційного вигорання за методикою В. Бойка [17]. Методика дає можливість оцінити три фази синдрому емоційного вигорання (фаза напруження, резистентності та виснаження), кожна з яких має 4 симптоми: фаза напруження (Н) – переживання

психотравмуючих обставин (н1), незадоволеність собою (н2), відчуття „загнаності у кут” (н3), тривога й депресія (н4); фаза резистентності (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 при 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].

5. Результати дослідження

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» (становить 65,0 %) є достовірно вищою ($p<0,05$) порівняно з групою «задоволених» (40,0 %) (табл. 2). Структура розподілу симптомів між фазами в двох групах достовірно не відрізняється ($\chi^2=3,91$, $P>0,05$).

Таблиця 2

Розподіл респондентів з домінуючими симптомами за фазами синдрому у групах «задоволених» та «незадоволених» 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±4,0	33,5±8,0
Резистентність (р)	49,3±4,5	37,2±8,1
Виснаження (в)	23,9±3,8	29,3±7,8

Проте в кожній фазі синдрому серед «незадоволених» у порівнянні з «задоволеними» (на 100 осіб) були виявлені достовірно вищі частки працівників, які мали домінуючий симптом синдрому (табл. 3).

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

У респондентів з групи «невдоволених» найчастіше проявлялись 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 %).

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 симптомами		р
	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

Таблиця 4

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

Симптом	Частка респондентів з домінуючим симптомом (на 100, %)		р
	група «задоволених»	Група «невдоволених»	
Переживання психотравмуючих обставин (n_1)	14,0±3,2	46,0±8,5	<0,001
Невдоволеність собою (n_2)	1,0±0,9	8,0±4,6	>0,05
Загнаність у кут (n_3)	2,0±1,3	12,0±5,6	>0,05
Тривога і депресія (n_4)	2,0±1,3	23,0±7,2	<0,001
Неадекватне вибіркове емоційне реагування (p_1)	5,0±1,9	27,0±7,6	<0,001
Емоційно-моральна дезорієнтація (p_2)	5,0±1,9	4,0±3,4	>0,05
Розширення сфери економії емоцій (p_3)	15,0±3,1	30,0±7,8	<0,05
Редукція професійних обов'язків (p_4)	10,0±2,7	38,0±8,3	<0,001
Емоційний дефіцит (v_1)	2,0±1,3	12,0±5,6	>0,05
Емоційне відчуження (v_2)	5,0±1,9	12,0±5,6	>0,05
Деперсоналізація (v_3)	4,0±1,8	35,0±8,2	<0,001
Психосоматичні та психовегетативні порушення (v_4)	6,0±2,2	19,0±6,7	>0,05

6. Обговорення результатів дослідження

Встановлено, що у групі «невдоволених» працівників достовірно вища частка осіб з синдромом вигорання, ніж у групі «задоволених» ($P<0,001$).

Розвиток фаз синдрому вигорання має особливості формування в залежності від рівня задоволеності працею.

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» – «редукція 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 «психосоматичні та психовегетативні порушення», які проявляються у погіршенні стану здоров'я працівника, а в групі «невдоволених» – за рахунок «деперсоналізації», що проявляється у погіршенні професійних комунікацій та у негативному ставленні до професійних обов'язків.

У 58,4 % медичних сестер Китаю діагностується високий рівень фази емоційного виснаження, у 45,2 % – високий рівень деперсоналізації та у 24,6 % – високий рівень редукції особистих досягнень [19]. Близько 59 % медичних сестер були задоволені своєю роботою [19].

Отримані результати опосередковано пояснюють, чому синдром вигорання у «невдоволених» працівників призводить до погіршення виконання професійних обов'язків і до 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 «незадоволених» медичних працівників становить 1,94, в групі «задоволених» – 0,22 (95 % $OR\pm S=8,843\pm\pm 0,335$, CI: 4,585–17,056, $p<0,01$). Тобто шанс виникнення цього синдрому значно більший у «незадоволених», ніж у «задоволених». Отримані результати підтверджуються даними інших досліджень [4].

Можливо, синдром вигорання у медичних працівників є як наслідком, так і причиною невдоволеності роботою. Ймовірно синдром поглиблює 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 незадоволеністю 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 прогулів через погіршення стану здоров'я працівників [21].

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 і підвищенню якості медичної допомоги.

7. Висновки

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

2. У «невдоволених» синдром вигорання призводить до погіршення виконання професійних обов'язків і до зниження якості надання медичної допомоги за рахунок симптомів «редукція професій-

них обов'язків» та «деперсоналізація». У «задоволених» працею – до погіршення якості комунікацій та стану власного здоров'я за рахунок симптомів «розширення сфери економії емоцій» та «психосоматичні та психовегетативні порушення».

3. Кадровий менеджмент в закладах охорони здоров'я повинен бути спрямований на формування задоволеності працею у медичних працівників, що опосередковано сприятиме профілактиці синдрому вигорання та 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.

Література

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/bmjopen-2011-000274
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. Estryn-Behar, M. Emergency physicians accumulate more stress factors than other physicians—results from the French SESMAT study [Text] / M. Estryn-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. Steinhart, M. A. The relationship between hardiness, supervisor support, group cohesion, and job stress as predictors of job satisfaction [Text] / M. A. Steinhart, 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

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]: уч. пос. / 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. – 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
21. Regehr, C. Interventions to Reduce the Consequences of Stress in Physicians [Text] / C. Regehr, D. Glancy, A. Pitts, V. R. LeBlanc // The Journal of Nervous and Mental Disease. – 2014. – Vol. 202, Issue 5. – P. 353–359. doi: 10.1097/nmd.000000000000130

*Рекомендовано до публікації д-р мед. наук, професор Парій В. Д.
Дата надходження рукопису 23.01.2017*

Вежновець Тетяна Андріївна, кандидат медичних наук, доцент, кафедра менеджменту охорони здоров'я, Національний медичний університет імені О. О. Богомольця, бул. Т. Шевченка, 13, м. Київ, Україна, 01601
E-mail: taveg@ukr.net

УДК 616.892-008.6-02:616.379-008.64

DOI: 10.15587/2519-4798.2017.94379

АНАЛІЗ ОСОБЛИВОСТЕЙ ПОРУШЕННЯ МЕДИКАМЕНТОЗНОГО КОМПЛАЄНСУ ЗА ГІПОКУРАЦІЙНИМ ТИПОМ У ХВОРИХ НА ЦУКРОВИЙ ДІАБЕТ 2-ГО ТИПУ

© О. В. Ткаченко

Встановлено частоту зустрічності та види порушення комплаєнсу серед хворих на цукровий діабет 2-го типу. Досліджено особливості та тригери гіпокураційного типу порушення медикаментозного комплаєнсу у хворих на цукровий діабет 2-го типу, надано їх класифікацію та простежено кореляційні взаємозв'язки. Встановлено структурні складові гіпокураційного типу порушення медикаментозного комплаєнсу та особливості його впливу на порушення вуглеводного обміну у хворих на цукровий діабет 2-го типу

Ключові слова: цукровий діабет 2-го типу, комплаєнс, дисконплаєнстність, психічні порушення, психодіагностика

1. Вступ

Підвищення комплаєнсу до терапії в практиці сьогоденної ендокринології виступає одним з ключових завдань у контексті лікування цукрового діабету (ЦД) 2-го типу, зважаючи на його розповсюдженість [1, 2].

ЦД 2-го типу є однією з найпоширеніших хвороб. Серед загальної людської популяції ЦД досягає 7%. Поширеність ЦД серед населення України становить 2,4%, втім, вважається, що ці дані занижені, і фактична поширеність в 2–4 рази вища [3–5].

Лікування ЦД 2-го типу та профілактичні заходи з попередження розвитку характерних для ЦД 2-го типу соматичних ускладнень напряму пов'язані із стабілізацією глікемічного профілю хворих, що неможливо досягти без достеменного виконання пацієнтами лікарських призначень – комплаєнсу до терапії. В контексті ЦД 2-го типу середнього та важкого ступеню тяжкості, коли нормалізацію рівня глюкози у крові у більшості випадках можливо досягти лише за допомогою цукрознижуючих препа-

ратів, особливої актуальності набуває прихильність хворих саме до медикаментозної терапії. Втім, у разі порушення хворими медикаментозного комплаєнсу очікуваного терапевтичного ефекту не вдається досягти [6–8].

Вищезначене демонструє актуальність і доцільність проведення дослідження з встановлення особливостей медикаментозного комплаєнсу у хворих на ЦД 2-го типу.

2. Обґрунтування дослідження

Відсутність прихильності хворих до терапії та порушення виконання лікарських призначень займає особливе місце в етіопатогенезі екзацербачії ЦД 2-го типу та його ускладнень за рахунок сприяння розвитку декомпенсації вуглеводного обміну. В цьому контексті особливого значення набуває гіпокураційний тип порушення медикаментозного комплаєнсу як фактор «з боку хворого», що не дозволяє досягти цільових показників глікозильованого гемоглобіну та глюкози крові [9].