

Н. О. Марута, О. С. Чабан

**ОСОБЛИВОСТІ ЕМОЦІЙНОГО ВИГОРЯННЯ  
У ПРАЦІВНИКІВ СФЕРИ ОХОРОНИ НЕВРОЛОГІЧНОГО ТА ПСИХІЧНОГО ЗДОРОВ'Я**

Н. А. Марута, О. С. Чабан

**Особенности эмоционального выгорания  
у работников сферы охраны неврологического и психического здоровья**

N. O. Maruta, O. S. Chaban

**Features of emotional burnout in neurological and mental health workers**

Обстежено 196 осіб з усіх регіонів в Україні, які працювали у сфері охорони неврологічного та психічного здоров'я (128 лікарів-неврологів та 68 лікарів-психіатрів). Серед обстежених переважали жінки (157 жінок та 39 чоловіків), середній вік яких становив  $(48,6 \pm 2,8)$  років.

Проведені дослідження показали, що ознаки синдрому емоційного вигорання (СЕВ) різного ступеня вираженості виявлені у 68,4 % обстежених. Лише 31,6 % осіб не виявили будь-яких ознак СЕВ. В процесі аналізу структури СЕВ встановлено, що стадія напруження виявлялася у 30,6 % обстежених, стадія резистенції — у 20,4 % і стадія виснаження — у 17,3 %.

Ефективність засобу MemoProve в осіб з СЕВ включає регрес астенії (фізичної та психічної), підвищення активності та мотивації, а також поліпшення процесів концентрації уваги та працездатності, тобто дозволяє усунути прояви СЕВ.

**Ключові слова:** синдром емоційного вигорання (СЕВ), охорона здоров'я, неврологічне здоров'я, психічного здоров'я

Обследовано 196 человек из всех регионов в Украине, которые работали в сфере охраны неврологического и психического здоровья (128 врачей-неврологов и 68 врачей-психиатров). Среди обследованных преобладали женщины (157 женщин и 39 мужчин), средний возраст которых составлял  $(48,6 \pm 2,8)$  лет.

Проведенные исследования показали, что признаки синдрома эмоционального выгорания (СЭВ) различной степени выраженности выявлены у 68,4 % обследованных. Только 31,6 % лиц не обнаружили каких-либо признаков СЭВ. В процессе анализа структуры СЭВ установлено, что стадия напряжения выявлялась у 30,6 % обследованных, стадия резистенции — у 20,4 % и стадия истощения — у 17,3 %.

Эффективность средства MemoProve у лиц с СЭВ включает регресс астении (физической и психической), повышение активности и мотивации, а также улучшение процессов концентрации внимания и работоспособности, то есть позволяет устранить проявления СЭВ.

**Ключевые слова:** синдром эмоционального выгорания (СЭВ), здравоохранение, неврологическое здоровье, психического здоровья

We examined 196 people from all regions in Ukraine who worked in the field of neurological and mental health (128 neurologists and 68 psychiatrists). Among the surveyed women prevailed (157 women and 39 men), whose average age was  $(48.6 \pm 2.8)$  years.

Studies have shown that signs of emotional burnout syndrome (EBS) of varying severity were identified in 68.4 % of the surveyed. Only 31.6 % of the individuals did not find any signs of EBS. During the analysis of the EBS structure, it was found that the stage of stress was found in 30.6 % of the examined, the stage of resistance — in 20.4 % and the stage of depletion — in 17.3 %.

The effectiveness of MemoProve in persons with EBS includes regression of asthenia (physical and mental), increased activity and motivation, as well as an improvement in the processes of concentration and working capacity, that is, it allows to eliminate manifestations of EBS.

**Keywords:** emotional burnout syndrome (EBS), healthcare, neurological health, mental health

В останні десятиліття спостерігається стійкий інтерес до проблеми дослідження феномена емоційного «вигорання» [1—6].

Синдром емоційного вигорання (СЕВ) — це реакція людини, що виникає внаслідок тривалого впливу професійних стресів середньої інтенсивності. СЕВ є процесом поступової втрати емоційної, когнітивної та фізичної енергії, що виявляється в симптомах емоційного, розумового виснаження, фізичного стомлення, особистої відстороненості та зниження задоволення виконанням роботи [4, 7—9].

У літературі як синонім синдрому емоційного вигорання використовують термін «синдром психічного вигорання». СЕВ є сформованим особистістю механізмом психологічного захисту у формі повного або часткового емоційного збіднення у відповідь на професійні психотравматичні впливи; це набутий стереотип емоційної, здебільшого професійної, поведінки [10—12].

СЕВ — частково функціональний феномен, оскільки дає змогу дозувати й економно витратити

енергетичні ресурси. Проте можуть виникати його дисфункціональні наслідки, коли «вигорання» негативно впливає на виконання професійних обов'язків та взаємини з партнерами. Іноді СЕВ (в зарубіжній літературі — *burnout*) позначають поняттям «професійне вигорання», що дає змогу розглядати це явище в аспекті особистої деформації під впливом професійних стресів [13—16].

Перші праці з цієї проблеми опубліковані в США. Американський психіатр Г. Фріденберг 1974 року описав феномен психологічного стану здорових людей, що перебувають в інтенсивному і міцному спілкуванні з пацієнтами (клієнтами) в емоційно навантаженій атмосфері під час надання професійної допомоги [17]. Цей стан було визначено як синдром фізичного та емоційного виснаження, включно з розвитком негативної самооцінки, негативного ставлення до роботи, втратою розуміння і співчуття щодо клієнтів або пацієнтів [18, 19]. Спочатку СЕВ розглядали як стан знемоги з відчуттям власної непотрібності, пізніше симптоматика цього синдрому, особливо психосоматичного компонента, істотно розширилася з урахуванням психосоматичного

компонента, дослідники все більше пов'язували синдром з психосоматичним самопочуттям, зачисляючи його до станів передхвороби [9, 10].

СЕВ має безліч клінічних проявів, проте згідно з висновками К. Маслач і С. Джексона, прийнято вирізняти три основних психопатологічних компоненти СЕВ: емоційну виснаженість, яка виявляється емоційною спустошеністю і втомою; деперсоналізацію, що характеризується знеособлюванням взаємин з людьми і редукцію професійних досягнень, пов'язану зі знеціненням [20].

Виокремлюють ключові симптоми СЕВ, що порушують фізичний, когнітивний, емоційний, поведінковий і соціальний компоненти життя людини. Серед емоційних і поведінкових проявів СЕВ переважають: агресія або роздратування щодо оточення; ігнорування; холодність емоційних реакцій; відмова від особистісного підходу; максимальний ступінь залученості в роботу; компульсивне надання допомоги; тривога за стан справ на робочому місці і залежність від них; низька мотивація і страх некомпетентності. Ці прояви можуть безпосередньо впливати на ставлення до хворих, якість надання медичної допомоги, реабілітацію та реадaptaцію пацієнтів. Серед когнітивних порушень при СЕВ спостерігаються погіршення короткочасної пам'яті; зниження рівня концентрації уваги; складнощі з плануванням і виконанням комплексних завдань; зниження продуктивності когнітивної діяльності і повсякденної активності; сповільненість в руховій сфері [21—23].

Емоційне вигорання — динамічний процес, який розвивається поетапно, та має такі стадії:

1) «напруження» — нервово (тривожне) — є психологічним механізмом у формуванні емоційного вигорання. Його створюють хронічна психоемоційна атмосфера, підвищена відповідальність, особливості контингенту;

2) резистенція, тобто опір, — несвідоме прагнення до психологічного комфорту за допомогою наявних емоційних захистів. Людина намагається більш-менш успішно захистити себе від неприємних вражень;

3) виснаження — характеризується більш-менш вираженим зниженням загального енергетичного тону, ослабленням нервової системи, виснаженням психічних ресурсів, зниженням емоційного тону, яке настає внаслідок того, що виявлений опір виявився неефективним [24].

Серед професій, в представників яких СЕВ спостерігається найчастіше (від 30 до 90 % працівників), слід зазначити лікарів, вчителів, психологів, соціальних працівників, рятувальників, працівників правоохоронних органів. Численні дослідження показали, що медична професія — одна з тих, яка більшою мірою формує передиспозицію до розвитку феномена психічного вигорання. Емоційне «вигорання» серед лікарів спостерігається частіше, ніж серед решти населення: за останні 5 років СЕВ серед лікарів США збільшився з 45 % до 54 %; серед американців, що працюють, СЕВ реєструється в 28 % [4, 5, 16].

Майже 80 % лікарів-психіатрів, лікарів-психотерапевтів, лікарів-наркологів та лікарів-неврологів мають різного ступеня вираженості ознаки СЕВ; 7,8 % — різко виражений синдром, що веде до психосоматичних і психовегетативних порушень [13, 8, 14]. За іншими даними, серед психологів-консультантів і психотерапевтів ознаки СЕВ різного ступеня вираженості виявляються в 73 % випадків; в 5 % визначається виражена стадія синдрому, яка проявляється емоційним виснаженням, психосоматичними і психовегетативними порушеннями [14]. Серед медичних сестер психіатричних відділень ознаки СЕВ виявляються у 62,9 % опитаних. Стадія резистенції домінує в картині синдрому у 55,9 %, виражена стадія виснаження — у 8,8 % респондентів віком 51—60 років і зі стажем роботи в психіатрії більше ніж 10 років. Ті чи ті симптоми вигорання є у 85 % соціальних працівників [15, 11].

Це пов'язано не тільки з тим, що медична діяльність передбачає постійні взаємини «лікар — пацієнт» і комунікацію в їх рамках, а й з тим, що діяльність лікаря пов'язана з високим ступенем відповідальності за життя та благополуччя іншої людини [2, 11, 22].

Вважається, що професії психіатрів і неврологів мають деякі особливості, які вирізняють їх з ряду професій системи «людина — людина» [8]. До них належать, наприклад, анозогнозія у пацієнтів і пов'язані з нею протидія госпіталізації, нонкомплаєнс, недовіра до медичного персоналу. Також це тиск родичів хворих, великі обсяги рутинних обов'язків, потреба постійного, часто негативно зарядженого спілкування з хронічними важкокурабельними пацієнтами [9, 12, 22, 23, 25]. Усі ці чинники можуть зумовити як психологічний дискомфорт у фахівця, так і зміну ставлення до хворих.

За даними англійських дослідників, серед лікарів виявляється високий рівень тривоги (41 % випадків), клінічно вираженої депресії (26 % випадків). Третина лікарів використовує медикаментозні засоби для корекції емоційного напруження, кількість вживаного алкоголю перевищує середній рівень [6].

Серед причин СЕВ виокремлюють дві групи чинників, пов'язаних між собою, що впливають на рівень емоційного вигорання [14, 20]. До першої групи належать чинники, пов'язані з особливостями характеру, темпераменту, цінностями і т. ін. Цю групу можна умовно назвати «індивідуальні чинники», тобто пов'язані з психічними процесами всередині людини. До другої групи належать умови та взаємодія між людьми, час роботи, організаційна культура, умовні складнощі комунікації і т. ін. — тобто фактори, що впливають на людину зовні. Такі чинники можна умовно об'єднати в групу «соціальні чинники», але за такої умови передбачається, що ці фактори взаємодіють з психічним простором людини [3, 13].

Визначальною причиною СЕВ вважають психологічну, душевну перевтому, коли вимоги (внутрішні та зовнішні) тривалий час переважають над ресурсами (внутрішніми і зовнішніми), у людини порушується стан емоційної рівноваги, що неминуче призводить до СЕВ [14].

Стрес на робочому місці, тобто невідповідність між особистістю і вимогами, що висувують до неї — є ключовим компонентом СЕВ. До основних організаційних чинників, які сприяють СЕВ, належать: велике робоче навантаження; відсутність або брак соціальної підтримки з боку колег і керівництва; недостатня винагорода за роботу; високий ступінь невизначеності в оціненні виконуваної роботи; неможливість впливати на прийняття рішень; неоднозначні вимоги до роботи; постійний ризик штрафних санкцій; одноманітна, монотонна і безперспективна діяльність; обов'язок зовні виявляти емоції, які не відповідають реаліям; відсутність вихідних, відпусток та інтересів поза роботою [21, 22, 25].

Для подолання наслідків СЕВ використовують фармако- та психотерапію. Серед фармакологічних особливу значущість набувають засоби, що впливають на когнітивні функції.

МемоProve — біологічно активна суміш поліпептидів природного походження з клінічно доведеною ефективністю.

МемоProve містить суміш нейропептидів N-PEP-12 і амінокислот, отриманих з природних джерел, і виготовлений відповідно до стандартів біотехнологічного процесу в сертифікованих умовах. Нейропептиди в МемоProve імітують фактори росту нейронів, які важливі для нормального функціонування мозку. В опублікованих дослідженнях ці нейропептиди демонструють ефективність в двох важливих процесах:

— нейропротекція: захищають нервові клітини і нейронну мережу від патологічних процесів, що ведуть до погіршення когнітивних функцій.

— нейропластичність: стимулюють утворення і зміцнення міжнейронних зв'язків для поліпшення когнітивних функцій (пам'яті, уваги і концентрації) і прискорюють відновлення нейронних мереж.

Завдяки вищезазначеним властивостям МемоProve поліпшує та відновлює когнітивні функції, а також сприяє розумовій та фізичній реабілітації в період одужання.

Результати клінічних досліджень засвідчили безпеку а також довели ефективність МемоProve щодо поліпшення пам'яті та уваги у здорових добровольців середнього віку. Зокрема, у дослідженні Т. Н. Crook et al. (2005) різниця між групою, у якій особи приймали МемоProve і тими, хто отримував плацебо, показника домену пам'яті шкали ADAS-cogC становила 1,6 балів, що свідчить про вплив МемоProve на когнітивні функції як клінічно значущий. Це дослідження увійшло до Кокранівського центрального реєстру клінічних випробувань, як дослідження безпечного та перспективного препарату для поліпшення пам'яті у здорових осіб, які зазнали «природної» втрати пам'яті, зумовленої віковим чинником.

З огляду на описані властивості препарату МемоProve, перспективним є його використання для подолання наслідків СЕВ.

Відповідно до вищевикладеного, метою дослідження стало виявлення особливостей емоційного вигорання у працівників сфери охорони неврологіч-

ного та психічного здоров'я та визначення можливостей препарату МемоProve в його корекції.

Обстежено 196 осіб з усіх регіонів України, які працювали у сфері охорони неврологічного та психічного здоров'я (128 лікарів-неврологів та 68 лікарів-психіатрів). Серед обстежених переважали жінки (157 жінок та 39 чоловіків), середній вік яких становив  $48,6 \pm 2,8$  років.

Обстежені приймали препарат МемоProve (EVER Pharma) по 1 таблетці вранці протягом 30 днів.

Обстеження проводили двічі: на початку дослідження та наприкінці, що дало змогу визначити ефективність препарату МемоProve.

У процесі дослідження використовували такі методи: опитувальник «Професійне (емоційне) вигорання» (Maslach Burnout Inventory, MBI) в адаптації Водоп'янової Н. Є. [20], методика діагностики рівня емоційного вигорання (В. В. Бойко) [26], суб'єктивна шкала оцінки астенії (MFI-20) [27] та методика «Коректурні проби» в модифікації В. Н. Аматауні [28].

Проведені дослідження показали, що ознаки СЕВ різного ступеня вираженості виявлені у 68,4 % обстежених. Лише 31,6 % осіб не виявили будь-яких ознак СЕВ. В процесі аналізу структури СЕВ встановлено, що стадія напруження виявлялася у 30,6 % обстежених, стадія резистентності — у 20,4 % і стадія виснаження — у 17,3 %.

Під час вивчення компонентів СЕВ за методикою MBI в адаптації Водоп'янової Н. Є. було встановлено, що у 29,24 % осіб був виявлений дуже високий рівень емоційної виснаженості, у 38,60 % — високий, 24,56 % — середній та лише у 7,60 % осіб — низький (рис. 1).

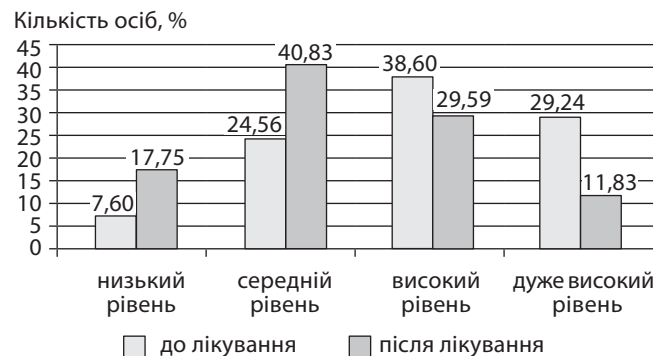


Рис. 1. Динаміка виснаженості в групі обстежених під впливом препарату МемоProve

Після курсу лікування протягом місяця було визначено поліпшення емоційного стану: спостерігалось зменшення кількості осіб з високим та дуже високим рівнем емоційної виснаженості ( $p \leq 0,01$ , ДК = 1,15, MI = 0,05 та  $p \leq 0,0001$ , ДК = 3,93, MI = 0,34 відповідно) та збільшення кількості осіб з середнім та низьким рівнем виснаженості ( $p \leq 0,0005$ , ДК = 2,21, MI = 0,05 та  $p \leq 0,002$ , ДК = 3,683, MI = 0,19 відповідно), де ДК — діагностичні коефіцієнти, MI — міри інформативності Кульбака.

Аналіз чинника «деперсоналізація» продемонстрував, що у 50,29 % обстежених осіб був зафіксова-

ний високий рівень деперсоналізації, яка передбачає цинічне або неемоційне ставлення до праці та об'єктів своєї праці (рис. 2). Формуючись як своєрідний самозахист, як емоційний буфер у відповідь на психоемоційне виснаження, що розвивається, у вигляді реакції «відходу від турботи щодо реципієнтів» вона може згодом перетворитися в дегуманізацію.

Після курсу лікування протягом місяця була встановлена позитивна динаміка, що полягала у зменшенні кількості осіб з дуже високим рівнем деперсоналізації ( $p \leq 0,0001$ , ДК = 2,22, MI = 0,22) та збільшенні кількості осіб з середнім рівнем деперсоналізації ( $p \leq 0,0001$ , ДК = 2,40, MI = 0,24).



Рис. 2. Динаміка деперсоналізації в групі обстежених під впливом препарату МемоПрове

Аналіз показника професійної успішності продемонстрував, що у 43,27 % пацієнтів був низький рівень та у 35,09 % — середній рівень редукції професійної успішності (рис. 3). Редукція професійних досягнень співвідноситься з ослабленням відчуття самокомпетентності і продуктивності власної праці. Компонент редукції персональних досягнень є саме оцінним показником вигорання.

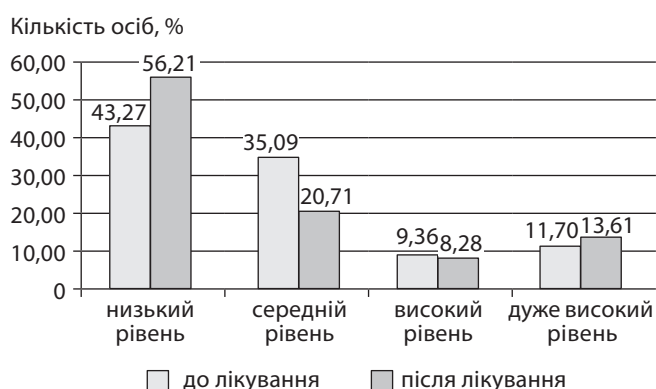


Рис. 3. Динаміка професійної успішності в групі обстежених під впливом препарату МемоПрове

Після курсу лікування протягом місяця була встановлена позитивна динаміка, що полягала у зменшенні кількості осіб з середнім рівнем професійної успішності ( $p \leq 0,001$ , ДК = 2,29, MI = 0,16) та збільшенні кількості осіб з низьким рівнем професійної успішності ( $p \leq 0,005$ , ДК = 1,14, MI = 0,07).

Аналіз вираженості СЕВ в різних стадіях за методикою Бойка В. В. показав таке (рис. 4). Показник стадії напруження у обстежених становив ( $39,42 \pm 21,38$ ) балів, стадії резистенції — ( $68,34 \pm 25,00$ ) балів, стадії виснаження — ( $48,00 \pm 21,51$ ) балів.

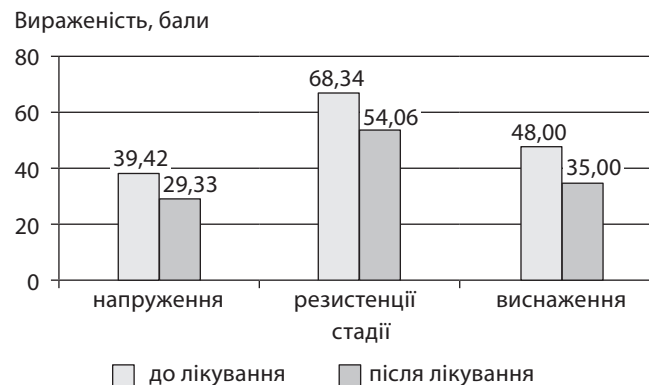


Рис. 4. Вираженість стадій стресу в групі обстежених під впливом препарату МемоПрове

Після курсу лікування спостерігалась достовірна редукція вираженості показників усіх стадій стресу: напруження — ( $29,33 \pm 21,81$ ) балів,  $t = 4,151$ ,  $p \leq 0,0001$ , резистенції — ( $54,06 \pm 25,00$ ) балів,  $t = 5,380$ ,  $p \leq 0,0001$  та виснаження — ( $35,00 \pm 21,51$ ) балів,  $t = 5,240$ ,  $p \leq 0,0001$ .

Для визначення тих факторів, у зв'язку з якими відбувалось формування стадій напруження, резистенції та виснаження, був проведений докладний аналіз усіх окремих симптомів емоційного вигорання (табл. 1).

Встановлено, що в обстежених стадія напруження була пов'язана зі сформованими переживаннями психотравматичних обставин ( $18,43 \pm 9,13$  балів), незадоволеністю собою ( $8,66 \pm 5,96$  балів), відчуттям «загнаності у клітку» ( $5,98 \pm 4,49$  балів) та тривоги й депресії ( $11,88 \pm 8,33$  балів). Резистенція спричинялась у зв'язку з редукцією професійних обов'язків ( $19,26 \pm 8,01$  балів), вираженням неадекватним емоційним реагуванням ( $18,64 \pm 7,09$  балів), розширенням сфери економії емоцій ( $17,41 \pm 9,40$  балів) та емоційно-моральною дезорієнтацією ( $15,12 \pm 8,98$  балів). Фаза виснаження була асоційована з наявними психосоматичними та вегетативними порушеннями ( $13,32 \pm 8,32$  балів), особистісною та емоційною відгородженістю ( $12,70 \pm 8,80$  та  $10,82 \pm 5,74$  балів відповідно), емоційним дефіцитом ( $11,75 \pm 7,76$  балів).

Після використання препарату МемоПрове спостерігалась суттєва позитивна динаміка за всіма ознаками емоційного вигорання, окрім шкали «емоційна відгородженість», за якою зміни були несуттєвими. Зокрема, була встановлена редукція напруження у вигляді зменшення переживань психотравматичних ситуацій ( $13,30 \pm 9,22$  балів,  $t = 5,00651$ ,  $p \leq 0,0001$ ), тривоги й депресії ( $6,98 \pm 7,29$  балів,  $t = 5,586$ ,  $p \leq 0,0001$ ), незадоволеності собою ( $6,51 \pm 5,68$  балів,  $t = 3,304$ ,  $p \leq 0,001$ ) та відчуття загнаності у клітку ( $3,68 \pm 4,74$  бали,  $t = 2,952$ ,  $p \leq 0,003$ ).

Таблиця 1. Вираженість основних симптомів емоційного вигорання в осіб, що працюють у сфері охорони неврологічного та психічного здоров'я

Фаза стресу	Найменування показників	До лікування	Після лікування	t	p
Напруження	Переживання психотравматичних обставин	18,43 ± 9,13	13,30 ± 9,22	5,006	0,000
	Незадоволеність собою	8,66 ± 5,96	6,51 ± 5,68	3,304	0,001
	«Загнаність у клітку»	5,98 ± 4,49	3,68 ± 4,74	2,952	0,003
	Тривога і депресія	11,88 ± 8,33	6,98 ± 7,29	5,586	0,000
Резистенція	Неадекватне емоційне реагування	18,64 ± 7,09	16,79 ± 7,08	2,343	0,019
	Емоційно-моральна дезорієнтація	15,12 ± 8,98	12,05 ± 6,52	3,468	0,000
	Розширення сфери економії емоцій	17,41 ± 9,40	12,07 ± 9,44	4,967	0,000
	Редукція професійних обов'язків	19,26 ± 8,01	15,26 ± 8,64	4,204	0,000
Виснаження	Емоційний дефіцит	11,75 ± 7,76	8,57 ± 6,88	3,803	0,000
	Емоційна відстороненість	10,82 ± 5,74	9,74 ± 5,03	1,759	0,079
	Особистісна відстороненість (деперсоналізація)	12,70 ± 8,80	8,96 ± 8,02	3,892	0,000
	Психосоматичні та психовегетативні порушення	13,32 ± 8,32	9,09 ± 7,99	4,545	0,000

Також спостерігалася редукція виснаженості завдяки зменшенню емоційного дефіциту ( $8,57 \pm 6,88$  балів,  $t = 3,803$ ,  $p \leq 0,0001$ ), особистісної відстороненості ( $8,96 \pm 8,02$  балів,  $t = 3,892$ ,  $p \leq 0,0001$ ) та психосоматичних й вегетативних порушень ( $9,09 \pm 7,99$  балів,  $t = 4,151$ ,  $p \leq 0,0001$ ).

Унаслідок приймання препарату МемоПрове спостерігалось зниження резистентності у вигляді редукції неадекватного емоційного реагування ( $16,79 \pm 7,08$  балів,  $t = 2,343$ ,  $p \leq 0,01$ ), емоційної дезорієнтації ( $12,05 \pm 6,52$  балів,  $t = 3,468$ ,  $p \leq 0,0005$ ), збільшення емоційних проявів ( $12,07 \pm 9,44$  бали,  $t = 4,967$ ,  $p \leq 0,0001$ ) та розширення професійних обов'язків ( $15,26 \pm 8,64$  бали,  $t = 4,204$ ,  $p \leq 0,0001$ ).

Аналіз рівня астенії за шкалою астеничного стану (ШАС) показав, що найвищі величини до лікування були отримані за показником загальної астенії ( $12,90 \pm 3,66$  балів), фізичної астенії ( $11,58 \pm 3,38$  балів) та зниження активності ( $11,10 \pm 3,61$  балів) (рис. 5). Показники психічної астенії та зниження мотивації становили  $10,84 \pm 3,68$  та  $9,29 \pm 3,49$  балів. Загальний рівень астеничного стану становив 55,73 бали, що відповідало рівню слабкої астенії.

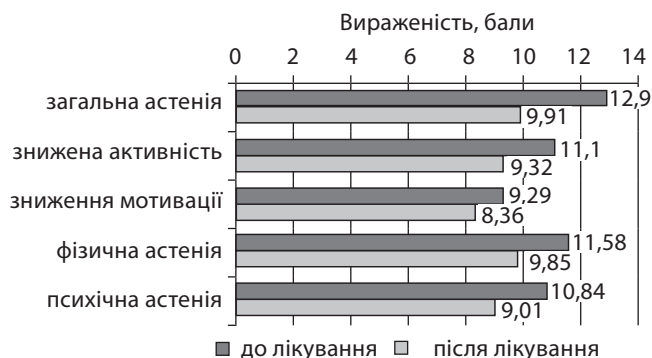


Рис. 5. Вираженість астеничної симптоматики у обстежених під впливом препарату МемоПрове

Після приймання препарату МемоПрове спостерігалась редукція показників астенії у вигляді достовірного зменшення загальної, психічної та фізичної астенії ( $9,91 \pm 3,67$  балів,  $t = 7,497$ ,  $p \leq 0,0001$ ;  $9,85 \pm 3,56$  балів,  $t = 4,605$ ,  $p \leq 0,0001$  та  $9,01 \pm 3,55$  балів,  $t = 4,662$ ,  $p \leq 0,0001$  відповідно), підвищення активності і мотивації ( $9,32 \pm 3,71$  балів,  $t = 4,472$ ,  $p \leq 0,0001$  та  $8,36 \pm 3,47$  балів,  $t = 2,454$ ,  $p \leq 0,01$  відповідно).

Аналіз результатів коректурної проби в модифікації В. Н. Аматауні продемонстрував наявність таких особливостей: час, витрачений на виконання першої половини тесту становив 2,15 хв, що відповідало процесу адаптації до виконання завдання, тоді як час виконання другої половини тесту становив 0,62 хв, що відображало процес мобілізації психічних процесів ( $t = 2,052$ ,  $p \leq 0,04$ ) (табл. 2).

Таблиця 2. Особливості процесу уваги, працездатності в осіб, що працюють у сфері охорони неврологічного та психічного здоров'я

Найменування показників	До лікування	Після лікування	t	p
$t_1$ , хв	2,15 ± 6,87	1,22 ± 0,32	1,5888	0,1131
$t_2$ , хв	0,62 ± 0,61	0,88 ± 0,56	-0,5080	0,611
T, хв	2,84 ± 0,73	2,34 ± 0,53	6,5263	0,000
ІВ	0,99 ± 0,47	1,43 ± 1,88	-2,8423	0,004

Примітки:  $t_1$  — час, який був витрачений на виконання першої половини тесту;  $t_2$  — час, який був витрачений на виконання другої половини тесту; T — час, який був витрачений на виконання усього тесту; ІВ — індекс втомлюваності. Показники подано у форматі ( $M \pm m$ ) — «середня арифметична» ± «стандартна похибка середньої арифметичної»

Індекс втомлюваності становив 0,99, що відповідало підвищеній втомлюваності, зниженню рівня активної уваги.

Після приймання засобу МемоПрове час, що був витрачений обстеженими на виконання першої половини тесту, становив 1,22 хв, другої — 0,88 хв ( $t = 6,214, p \leq 0,0001$ ), що відображало поліпшення адаптації під час виконання тесту. Водночас індекс втомлюваності дорівнював 1,43, що відповідало нормативної психічної активності без ознак втомлюваності ( $t = -2,842, p \leq 0,004$ ). Також треба зазначити, що загальний час виконання тесту був вищим до лікування ( $2,84 \pm 0,73$  хв), тоді як після лікування достовірно скоротився ( $2,34 \pm 0,53$  хв), що відображало поліпшення процесу концентрації уваги та працездатності ( $t = 6,526, p \leq 0,0001$ ).

Проведене дослідження дало змогу дійти таких висновків.

Синдром емоційного вигорання як реакція на професійні стресові чинники виявляється у 68,4% лікарів, які працюють в сфері неврологічного та психічного здоров'я. Аналіз динамічної структури синдрому показав, що у 30,6% виявлена стадія напруження, у 20,4% — стадія резистентності, у 17,3% — стадія виснаження.

В механізмах формування емоційного вигорання найважливішу роль відіграють переживання психотравматичних чинників ( $18,43 \pm 9,13$ ), редукція професійних обов'язків ( $19,26 \pm 8,01$ ), неадекватне емоційне реагування ( $18,64 \pm 7,09$ ), розширення сфери економії емоцій ( $17,41 \pm 9,40$ ), емоційна та особистісна відстороненість ( $10,82 \pm 5,74$  та  $12,70 \pm 8,80$  відповідно).

Під впливом препарату МемоПрове спостерігається позитивна динаміка компонентів СЕВ — емоційного виснаження та деперсоналізації ( $t = 5,546$  та  $t = 4,674$ ) завдяки достовірному регресу показників напруження (незадоволеність собою, «загнаність у клітку», тривога та депресія, резистентність (неадекватне емоційне реагування, розширення сфери економії емоцій) та виснаження (емоційний дефіцит; психосоматичні та психовегетативні порушення).

Ефективність засобу МемоПрове в осіб з СЕВ охоплює регрес астенії (фізичної та психічної), підвищення активності та мотивації, а також поліпшення процесів концентрації уваги та працездатності. Отже, МемоПрове як перша біологічна активна суміш поліпептидів природного походження для перорального приймання по 1 таблетці на добу протягом не менш як один місяць є безпечною та має доведену клінічну ефективність для поліпшення пам'яті, навчання, концентрації та прийняття щоденних рішень, відновлюючи в такий спосіб належну здатність розуміти, пізнавати, вивчати, усвідомлювати, сприймати та переробляти зовнішню інформацію.

### Список літератури

1. Антипина У. Д., Алексеева С. Н., Антипин Г. П. Синдром професійного вигорання // Вестник Северо-Восточного федерального университета им. М. К. Аммосова. Серия: Медицинские науки. 2017. № 1 (6). С. 99—105. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/sindrom-professionalnogo-vygoraniya>.

2. Стресс, выгорание, совладание в современном контексте / под ред. А. Л. Журавлева, Е. А. Сергиенко. Москва: Изд-во «Институт психологии РАН», 2011. 512 с. (Психология социальных явлений). URL: [https://lib.ipran.ru/upload/papers/paper\\_20113392.pdf](https://lib.ipran.ru/upload/papers/paper_20113392.pdf).

3. Ларин Н. А. К вопросу современного исследования эмоционального выгорания // Наука молодых — Eruditio Juvenium. 2015. № 4. С. 116—120. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/k-voprosu-sovremenno-go-issledovaniya-emotsionalnogo-vygoraniya>.

4. Орёл В. Е. Феномен «выгорания» в зарубежной психологии: эмпирические исследования и перспективы. Психологический журнал. 2001. № 1. С. 90—101.

5. Maslach C., Leiter M. P. Early predictors of job burnout and engagement // Journal of Applied Psychology. 2008. No 93. P. 498—512. DOI: <https://doi.org/10.1037/0021-9010.93.3.498>.

6. Swider B. W.; Zimmerman, R. D. Born to burnout: A meta-analytic path model of personality, job burnout, and work outcomes // Journal of Vocational Behavior. 2010. Vol. 76. No. 3. P. 487—506. DOI: 10.1016/j.jvb.2010.01.003.

7. Влах Н. И. Особенности синдрома эмоционального выгорания у представителей медицинских профессий // Вестник Южно-Уральского государственного университета. Серия: Психология. 2017. Т. 10, № 1. С. 5—11. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/osobennosti-sindroma-emotsionalnogo-vygoraniya-u-predstaviteley-meditsinskih-professiy>.

8. Особенности синдрома эмоционального выгорания у медицинских работников многопрофильного стационара / Миков Д. Р., Кулеш А. М., Муравьев С. В. [и др.] // Вестник Пермского университета. Философия. Психология. Социология. 2018. № 1 (33). С. 88—97. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/osobennosti-sindroma-emotsionalnogo-vygoraniya-u-meditsinskih-rabotnikov-mnogoprofilnogo-statsionara>.

9. Котова Е. В. Профилактика синдрома эмоционального выгорания: учебное пособие / Краснояр. гос. пед. ун-т им. В. П. Астафьева. Красноярск, 2013. URL: <https://docplayer.ru/33110321-Profilaktika-sindroma-emotsionalnogo-vygoraniya.html>.

10. Суховершин А. В. Избыточная профессиональная идентификация как один из факторов эмоционального выгорания (к постановке проблемы) // Сибирский психологический журнал. 2012. № 43. С. 6—9. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/izbytochnaya-professionalnaya-identifikatsiya-kak-odin-iz-faktorov-emotsionalnogo-vygoraniya-k-postanovke-problemy>.

11. Alarcon G. M. A meta-analysis of burnout with job demands, resources, and attitudes // Journal of Vocational Behavior. 2011. No 79. P. 549—562. URL: <https://isiarticles.com/bundles/Article/pre/pdf/58830.pdf>.

12. Maslach C., Jackson S. E. The measurement of experienced burnout // Journal of Occupational Behaviour. 1981. No 2. P. 99—113. DOI: <https://doi.org/10.1002/job.4030020205>.

13. Малыгин В. Л., Пахтусова Е. Е., Шевченко Д. В., Искандирова А. Б. Синдром эмоционального выгорания у врачей и медицинских сестер наркологических учреждений // Медицинская психология в России. 2011. № 5. URL: [http://www.mprj.ru/archiv\\_global/2011\\_5\\_10/nomer/nomer25.php](http://www.mprj.ru/archiv_global/2011_5_10/nomer/nomer25.php).

14. Петрова Е. В., Семенова Н. В., Алехин А. Н. Закономерности развития и особенности синдрома эмоционального выгорания у врачей и медицинских сестер психиатрических учреждений // Вестник Томского государственного педагогического университета. 2011. № 12. С. 194—199. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/zakonomernosti-razvitiya-i-osobennosti-sindroma-emotsionalnogo-vygoraniya-u-vrachey-i-meditsinskih-sester-psihiatricheskih>.

15. Солодкова Т. И. Преодоление синдрома «Выгорания» // Психопедагогика в правоохранительных органах. 2010. № 3 (42). С. 47—49. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/preodolenie-sindroma-vygoraniya>.

16. Bakker A., Demerouti, E., & Sanz-Vergel, A. I. Burnout and Work Engagement: The JD-R Approach // Annual Review of Organizational Psychology and Organizational Behavior. 2014. Vol. 1 (1). P. 389—411. DOI: <http://doi.org/10.1146/annurev-orgpsych-031413-091235>.

17. Freudenberger H. J. Staff burnout // Journal of Social Issues. 1974. No 30. P. 159—165. DOI: <https://doi.org/10.1111/j.1540-4560.1974.tb00706.x>.

18. Ширяева В. В. О профилактике синдрома эмоционального выгорания педагогов дополнительного образования // Вестник Воронежского государственного технического университета. 2014. Т. 10, № 5-2. С. 263—265. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/o-profilaktike-sindroma-emotsionalnogo-vygoraniya-pedagogov-dopolnitelnogo-obrazovaniya> (дата обращения: 20.06.2021).

19. Шишкова И. М. Сравнительное изучение эмоционального выгорания в профессиональной деятельности (на примере врачей и педагогов) // Личность в меняющемся мире: здоровье, адаптация, развитие. 2013. № 3. С. 112—117. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/sravnitelnoe-izuchenie-emotsionalnogo-vygoraniya-v-professionalnoy-deyatelnosti-na-primere-vrachey-i-pedagogov>.

20. Диагностика профессионального выгорания (К. Маслач, С. Джексон, в адаптации Н. Е. Водопьяновой) // Фетискин Н. П., Козлов В. В., Мануйлов Г. М. Социально-психологическая диагностика развития личности и малых групп : учебное пособие. Москва, 2002. С. 360—362.

21. Карамова Л. М., Нафиков Р. Г. Синдром профессионального выгорания у медицинских работников станции скорой медицинской помощи // Вестник Российского государственного медицинского университета. 2013. № 5—6. С. 133—135. URL: [https://vestnik.rsmu.press/files/issues/vestnik.rsmu.press/2013/5-6/2013-5-6-28\\_ru.pdf](https://vestnik.rsmu.press/files/issues/vestnik.rsmu.press/2013/5-6/2013-5-6-28_ru.pdf).

22. Эмоциональное выгорание у врачей и медицинские ошибки. Есть ли связь? / Кобякова О. С., Деев И. А., Куликов Е. С. [и др.] // Социальные аспекты здоровья населения. 2016. № 1. С. 5. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/emotsionalnoe-vygoranie-u-vrachey-i-meditsinskiy-oshibki-est-li-svyaz>.

23. Новгородова У. Р. Социологическое исследование синдрома профессионального выгорания у врачей акушерского

отделения // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2016. Т. 24, № 3. С. 147—151. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/sotsiologicheskoe-issledovanie-sindroma-professionalnogo-vygoraniya-u-vrachey-akusherskogo-otdeleniya>.

24. Бойко В. В. Психоэнергетика. СПб. : Питер, 2008. 416 с.

25. Озоль С. Н., Шустов Д. И. Аутоагрессивное поведение и злоупотребление алкоголем среди врачей (обзор литературы) // Российский медико-биологический вестник им. акад. И. П. Павлова. 2014. № 3. С. 148—154. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/autoagressivnoe-povedenie-i-zloupotreblenie-alkogolem-sredi-vrachey-obzor-literatury>.

26. Рогов Е. И. Настольная книга практического психолога : учеб. пособие: В 2 кн. 2-е изд., перераб. и доп. Книга 2. Работа психолога со взрослыми. Коррекционные приемы и упражнения. Москва : Гуманит. изд. центр ВЛАДОС, 1999. С. 34—37. URL: [https://www.phantastike.com/practic\\_psychology/nastolnaya\\_kniga\\_2/html/](https://www.phantastike.com/practic_psychology/nastolnaya_kniga_2/html/).

27. Вассерман Л. И., Дорофеева С. А., Меерсон Я. А. Методы нейропсихологической диагностики. СПб. : Стройлеспечать, 1997. 360 с.

28. Бурлачук Л. Ф., Морозов С. М. Словарь-справочник по психодиагностике. СПб.: Питер, 2001. 528 с.

*Надійшла до редакції 20.05.2021*

**МАРУТА Наталія Олександрівна**, доктор медичних наук, професор, заступник директора з науково-дослідної роботи Державної установи «Інститут неврології, психіатрії та наркології Національної академії медичних наук України», м. Харків, Україна; e-mail: [mscience@ukr.net](mailto:mscience@ukr.net)

**ЧАБАН Олег Созонтович**, доктор медичних наук, професор, завідувач кафедри медичної психології, психосоматичної медицини і психотерапії Національного медичного університету імені О. О. Богомольця, м. Київ, Україна

**MARUTA Nataliya**, Doctor of Medical Sciences, Professor, Deputy Director on Scientific Work of State Institution "Institute of Neurology Psychiatry and Narcology of the National Academy of Medical Sciences of Ukraine; e-mail: [mscience@ukr.net](mailto:mscience@ukr.net)

**CHABAN Oleh**, Doctor of Medical Sciences, Professor, Head of the Department of Medical Psychology, Psychosomatic medicine and psychotherapy of the O. O. Bohomolets's National Medical University, Kyiv, Ukraine