

УДК 613.6:616.8-009.17-085:615.21

DOI: 10.22141/2224-0713.7.109.2019.183009

Марута Н.О.¹, Чабан О.С.², Каленська Г.Ю.¹¹ДУ «Інститут неврології, психіатрії та наркології НАМН України», м. Київ, Україна²Національний медичний університет імені О.О. Богомольця, м. Київ, Україна

Особливості емоційного вигорання в працівників сфери охорони неврологічного й психічного здоров'я

Резюме. Було обстежено 196 працівників сфери охорони неврологічного й психічного здоров'я, які упродовж 30 днів вживали Мемопрув (EVER Pharma). Було визначено, що синдром емоційного вигорання спостерігався в 68,4 % лікарів. Встановлено, що в механізмах формування емоційного вигорання провідну роль відіграють переживання психотравмуючих чинників, редукція професійних обов'язків, неадекватне емоційне реагування, розширення сфери економії емоцій, емоційна й особистісна відстороненість. Доведена ефективність Мемопруву для подолання астенії (фізичної і психічної), підвищення активності й мотивації, а також покращення процесу уваги й працездатності в осіб із синдромом емоційного вигорання.

Ключові слова: емоційне вигорання; психічне здоров'я; емоційна виснаженість; працівники сфери охорони неврологічного й психічного здоров'я

Останніми десятиліттями відзначається стійкий інтерес до феномену емоційного вигорання [1, 7, 10, 15, 27, 28].

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, фізичної втоми, особистісної відстороненості й зниження задоволення виконанням роботи [5, 12, 15, 17].

У літературі як синонім СЕВ використовується термін «синдром психічного вигорання». СЕВ є сформованим особистістю механізмом психологічного захисту у формі повного або часткового виключення емоцій у відповідь на професійні психотравмуючі впливи; це набутий стереотип емоційної, частіше за все професійної, поведінки [20, 23, 26].

В літературі доволі часто можна зустріти і інші визначення емоційного вигорання: емоційне згорання, професійне вигорання, професійний дефект, профе-

сійна деструкція, синдром хронічної втоми, синдром виснаження, синдром менеджера, синдром перевтоми, акедія, екзистенційна пустка, і навіть такий яскравий термін, як «отруєння людьми» [1, 7, 17, 23].

СЕВ — частково функціональний стереотип, оскільки він дозволяє дозувати й економно витрачати енергетичні ресурси. У той же час можуть виникати його дисфункціональні наслідки, коли вигорання негативно позначається на виконанні професійних обов'язків і стосунках з партнерами. Іноді СЕВ (в іноземній літературі — burnout) позначається поняттям «професійне вигорання», що дозволяє розглядати це явище в аспекті особистої деформації під впливом професійних стресів [11, 16, 19, 24].

Перші роботи з цієї проблеми з'явилися в США. Американський психіатр Г. Фріденберг у 1974 р. описав феномен психологічного стану здорових людей, що перебувають в інтенсивному й тісному спілкуванні з пацієнтами (клієнтами) в емоційно навантаженій атмосфері при наданні професійної допомоги [25]. Цей стан було визначено як синдром фізичного та емоційного висна-

ження, що включає розвиток негативної самооцінки, негативного ставлення до роботи, втрату розуміння і співчуття щодо клієнтів або пацієнтів [21, 22]. Спочатку СЕВ розглядався як стан знемоги з відчуттям власної непотрібності, пізніше симптоматика даного синдрому істотно розширилася за рахунок психосоматичного компонента, дослідники все більше пов'язували синдром із психосоматичним самопочуттям, відносячи його до станів передхвороби [17, 20].

Останнім часом СЕВ оцінювався як механізм психологічного захисту у формі повного або часткового виключення емоцій у відповідь на діяльність, пов'язану з напруженими емоційними зв'язками, який кардинальним чином впливає на професійну діяльність і міняє якість життя людини. Хоча останні дані ВООЗ ще до оцінки його як розладу вже вказували на полісистемність цього прояву: СЕВ — це фізичне, емоційне або мотиваційне виснаження, що характеризується порушенням продуктивності роботи, втомою, безсонням, підвищеною схильністю до соматичних захворювань, а також вживанням алкоголю або інших психоактивних речовин для отримання тимчасового полегшення, що має тенденцію до розвитку фізичної залежності та (у багатьох випадках) суїцидальної поведінки.

Цей синдром розцінюється як стрес-реакція на тривалі виробничі й емоційні вимоги, що виникають унаслідок надмірної відданості людини своїй роботі з одночасним нехтуванням сімейним життям або відпочинком (ВООЗ, 2012).

СЕВ — синдром емоційного виснаження, деперсоналізації і зменшення особистісних досягнень, що виникає в індивідів, які працюють з людьми. Синдром вигорання характеризується емоційним спустошенням, байдужістю і навіть цинічним ставленням до пацієнтів і негативним ставленням до себе, відчуттям незадоволення від своєї роботи й недооцінкою професійних досягнень, порушенням стосунків з колегами, у сім'ї, погіршенням якості життя і стану фізичного й психічного здоров'я [26, 27].

На сьогодні СЕВ можна віднести за Міжнародною класифікацією хвороб (МКХ-10) до класифікаційної рубрики «Проблеми, пов'язані з труднощами подолання життєвих ускладнень та управління власним життям»: «Вигорання» (Z73.0), або «Розлади адаптації» (F43), або «Неврастенія» (F48).

СЕВ, або burnout-синдром, включений до переліку Міжнародної класифікації захворювань, і, згідно з роз'ясненням ВООЗ, його слід пов'язувати виключно з професійною діяльністю. Цей розлад описують як «хронічний стрес на робочому місці, з яким працівник своєчасно не впорався» (ВООЗ, 2019).

СЕВ має безліч клінічних проявів, проте, згідно з висновками К. Маслач і С. Джексона, прийнято виділяти три основних психопатологічних компоненти СЕВ: емоційну виснаженість, яка виявляється емоційною спустошеністю й втомою; деперсоналізацію, що характеризується знеособлюванням відносин з людьми, і редукцію професійних досягнень, пов'язану зі знеціненням [6].

Виділяють ключові симптоми СЕВ, що зачіпають фізичний, когнітивний, емоційний, поведінковий і соціальний компоненти життя людини. Серед емоційних і поведінкових проявів СЕВ переважають: агресія або роздратування на адресу хворих; ігнорування; холодність емоційних реакцій; відмова від особистісного підходу; надзалученість до роботи; компульсивне надання допомоги; тривога за стан справ на робочому місці й залежність від них; низька мотивація і страх некомпетентності. Ці прояви можуть безпосередньо впливати на ставлення до хворих, якість надання медичної допомоги, реабілітацію і реадaptaцію пацієнтів. Серед когнітивних порушень при СЕВ відзначаються погіршення короткочасної пам'яті; зниження концентрації уваги; складнощі з плануванням і виконанням комплексних завдань; зниження продуктивності когнітивної діяльності й повсякденної активності; сповільненість у руховій сфері [8, 9, 13].

Емоційне вигорання — динамічний процес, що розвивається поетапно, проходячи такі фази:

1) напруження — нервова (тривожна) напруга — є пусковим механізмом у формуванні емоційного вигорання. Його створюють хронічна психоемоційна атмосфера, підвищена відповідальність, складний контингент;

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 падінням загального енергетичного тону, ослабленням нервової системи, збідненням психічних ресурсів, зниженням емоційного тону, яке настає внаслідок того, що опір виявився неефективним [2].

Серед працівників, у яких СЕВ зустрічається найбільш часто (від 30 до 90 %), слід назвати лікарів, вчителів, психологів, соціальних працівників, рятувальників, працівників правоохоронних органів. Численні дослідження показали, що медична професія — одна з тих, яка більшою мірою формує predisпозицію до розвитку феномена психічного вигорання. Емоційне вигорання серед лікарів спостерігається частіше, ніж серед решти населення: за останні 5 років частка СЕВ серед лікарів США зростає з 45 до 54 %; серед працюючих американців СЕВ реєструється в 28 % [15, 24, 27].

Майже 80 % лікарів-психіатрів, лікарів-психотерапевтів, лікарів-наркологів і лікарів-неврологів мають різного ступеня вираженості ознаки СЕВ; 7,8 % — різко виражений синдром, що веде до психосоматичних і психовегетативних порушень [11, 12, 16]. За іншими даними, серед психологів-консультантів і психотерапевтів ознаки СЕВ різного ступеня вираженості виявляються в 73 % випадків; у 5 % визначається виражена фаза синдрому, що проявляється емоційним виснаженням, психосоматичними й психовегетативними порушеннями [16]. Серед медичних сестер психіатричних відділень ознаки СЕВ виявляються в 62,9 % опитаних. Фаза резистенції домінує в картині синдрому в 55,9 %,

виражена фаза виснаження — у 8,8 % респондентів віком 51–60 років і зі стажем роботи в психіатрії понад 10 років. Ті чи інші симптоми вигорання мають 85 % соціальних працівників [19, 23].

Це пов'язано не тільки з тим, що медична діяльність передбачає стійке взаємовідношення «лікар — пацієнт» і комунікацію в його рамках, а й з тим, що діяльність лікаря пов'язана з високим ступенем відповідальності за життя й благополуччя іншої людини [7, 9, 23].

Вважається, що професії психіатрів і неврологів мають деякі особливості, які виділяють їх з низки професій системи «людина — людина» [12]. До них належать, наприклад, анозогнозія в пацієнтів і пов'язані з нею протидія госпіталізації, нонкомплаєнс, недовіра до медичного персоналу. Також це тиск родичів хворих, значні обсяги рутинних обов'язків, необхідність постійного, часто негативно зарядженого спілкування з хронічними тяжкокурабельними пацієнтами [9, 13, 14, 17, 26]. Усі ці фактори можуть обумовити 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 емоційної напруги, кількість вживаного алкоголю перевищує середній рівень [28].

Серед причин СЕВ виділяють дві групи факторів, пов'язаних між собою, що впливають на рівень емоційного вигорання [6, 16]. До першої групи відносять чинники, пов'язані з особливостями характеру, темпераменту, цінностями тощо. Дану групу можна умовно назвати «індивідуальні чинники», тобто вони пов'язані з психічними процесами всередині людини. До другої групи належать умови й взаємодія між людьми, час роботи, організаційна культура, умовні складності комунікації тощо, тобто фактори, що впливають на людину ззовні. Такі фактори можна умовно об'єднати в групу «соціальні чинники», але при цьому передбачається, що дані фактори взаємодіють із психічним простором людини [10, 11].

Головною причиною СЕВ вважається психологічна, душевна перевтома, коли вимоги (внутрішні й зовнішні) тривалий час переважають над ресурсами (внутрішніми і зовнішніми), у людини порушується стан емоційної рівноваги, що неминуче призводить до СЕВ [16].

Стрес на робочому місці, тобто невідповідність між особистістю і вимогами, що висуваються до неї, є ключовим компонентом СЕВ. До основних організаційних факторів, які сприяють СЕВ, відносять: високе робоче навантаження; відсутність або брак соціальної підтримки з боку колег і керівництва; недостатню винагороду за роботу; високий ступінь невизначеності в оцінці виконуваної роботи; неможливість впливати на прийняття рішень; неоднозначні вимоги до роботи; постійний ризик штрафних санкцій; одноманітна, монотонна й безперспективна діяльність; необхідність зовні виявляти емоції, які не відповідають реаліям; відсутність вихідних, відпусток та інтересів поза роботою [8, 9, 14].

Подолання наслідків СЕВ відбувається з використанням фармако- і психотерапії. Серед фармакологічних засобів особливого значення набувають ті, що впливають на когнітивні функції.

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

Мемопрув є комбінацією нейропептидів і амінокислот, отриманих з природних джерел і приведених у відповідність до стандартів біотехнологічного процесу в сертифікованих умовах. Нейропептиди в Мемопруві імітують фактори росту нейронів, що важливі для нормального функціонування мозку. В опублікованих дослідженнях ці нейропептиди демонструють ефективність у двох важливих процесах:

— нейропротекція: захищають нервові клітини й нейронну мережу від патологічних процесів, що призводять до погіршення когнітивних функцій;

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

Завдяки вищезазначеним властивостям Мемопрув покращує й відновлює когнітивні функції (пам'ять, увага і концентрація), а також сприяє розумовій і фізичній реабілітації в період одужання.

Результати клінічних досліджень засвідчили безпеку, а також довели ефективність Мемопруву щодо покращання пам'яті й уваги в здорових добровольців середнього віку. Так, у дослідженні Т.Н. Crook et al. (2005) різниця між групою, у якій приймали Мемопрув, і тими, хто отримував плацебо, у первинній кінцевій точці (показник домену пам'яті шкали ADAS-cog C) становила 1,6 бала, що свідчить про клінічно значущий вплив Мемопруву на когнітивні функції. Це дослідження увійшло до Кокранівського центрального реєстру клінічних випробувань, воно засвідчило, що Мемопрув безпечний і перспективний для покращання пам'яті в здорових осіб, які зазнали «природної» втрати пам'яті, зумовленої віковим чинником.

З огляду на описані властивості Мемопруву перспективним є його використання для подолання наслідків СЕВ.

У зв'язку з вищевикладеним метою дослідження стало виявлення особливостей емоційного вигорання в працівників сфери охорони неврологічного й психічного здоров'я і визначення можливостей Мемопруву у його корекції.

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

Обстежені приймали Мемопрув (EVER Pharma) по 1 табл. вранці упродовж 30 днів.

Згідно з метою дослідження всі обстежені проходили обстеження двічі: на початку дослідження й наприкінці, що дозволило визначити ефективність Мемопруву.

Під час дослідження використовувались такі методи: опитувальник «Професійне (емоційне) вигорання» (МВІ) в адаптації Н.Є. Водоп'янової [6], методика діагностики рівня емоційного вигорання (В.В. Бойко) [18], суб'єктивна шкала оцінки астенії (МФІ-20) [4] і методика коректурної проби в модифікації В.Н. Ама-туні [3].

Проведені дослідження показали, що ознаки СЕВ різного ступеня вираженості наявні в 68,4 % обстежених. Лише в 31,6 % осіб не виявлено будь-яких ознак СЕВ. Аналізуючи структуру СЕВ, встановили, що стадія напруження спостерігалася в 30,6 % обстежених, стадія резистентності — у 20,4 % і стадія виснаження — у 17,3 %.

При вивченні компонентів СЕВ за методикою Н.Є. Водоп'янової було встановлено, що у 29,24 % осіб був дуже високий рівень емоційної виснаженості, у 38,60 % — високий, 24,56 % — середній і лише в 7,60 % осіб — низький (рис. 1).

Після проходження курсу прийому упродовж 1 місяця було визначено покращення емоційного стану: спостерігалось зниження кількості осіб з високим і дуже високим рівнем емоційної виснаженості ($p \leq 0,01$, ДК = 1,15, МІ = 0,05, і $p \leq 0,0001$, ДК = 3,93, МІ = 0,34 відповідно) і підвищення кількості осіб із середнім і низьким рівнем виснаженості ($p \leq 0,0005$, ДК = 2,21, МІ = 0,05, і $p \leq 0,002$, ДК = 3,683, МІ = 0,19 відповідно).

Аналіз фактора «деперсоналізація» продемонстрував, що в більшості обстежених осіб був зафіксований високий рівень деперсоналізації (50,29 %), яка передбачає цинічне або неемоційне ставлення до праці й 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 потім перерости в дегуманізацію.

Після проходження курсу прийому упродовж 1 місяця була встановлена позитивна динаміка, що полягала в зменшенні кількості осіб із дуже високим рівнем деперсоналізації ($p \leq 0,0001$, ДК = 2,22, МІ = 0,22) і підвищенні кількості осіб із середнім рівнем деперсоналізації ($p \leq 0,0001$, ДК = 2,40, МІ = 0,24).

Аналіз показника професійної успішності продемонстрував, що в 43,27 % пацієнтів спостерігався низький рівень і в 35,09 % — середній рівень редукції професійної успішності (рис. 3). Редукція професійних досягнень співвідноситься з ослабленням відчуття самокомпетентності й продуктивності власної роботи. Компонент редукції персональних досягнень являє собою самооцінну величину вигорання.

Після проходження курсу прийому упродовж 1 місяця була встановлена позитивна динаміка, що полягала в зменшенні кількості осіб з середнім рівнем редукції професійної успішності ($p \leq 0,001$, ДК = 2,29, МІ = 0,16) і підвищенні кількості осіб із низьким рівнем редукції професійної успішності ($p \leq 0,005$, ДК = 1,14, МІ = 0,07).

Аналіз вираженості СЕВ у різних фазах за методикою В.В. Бойко показав наступне (рис. 4).

Показники фази напруження в обстежених становили $39,42 \pm 21,38$ бала, фази резистентності — $68,34 \pm 25,00$ бала, фази виснаження — $48,00 \pm 21,51$ бала.

Після проходження курсу прийому спостерігалась вірогідна редукція вираженості показників усіх фаз стресу: напруження ($29,33 \pm 21,81$ бала, $t = 4,151$,

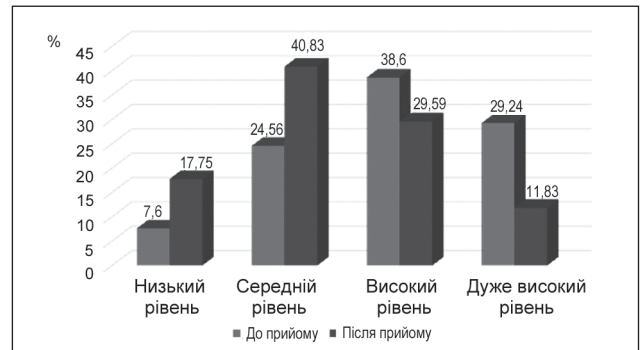


Рисунок 1. Динаміка виснаженості в групі обстежених під впливом Мемопруву

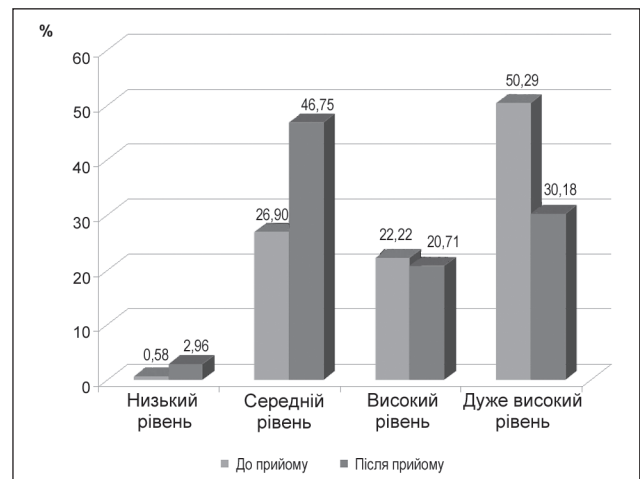


Рисунок 2. Динаміка деперсоналізації в групі обстежених під впливом Мемопруву

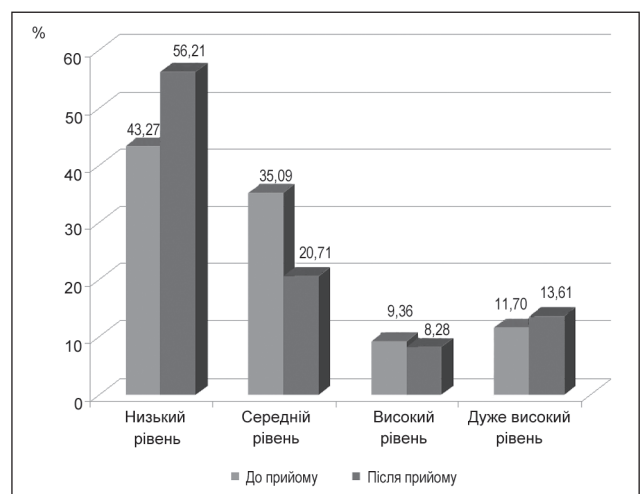


Рисунок 3. Динаміка професійної успішності в групі обстежених під впливом Мемопруву

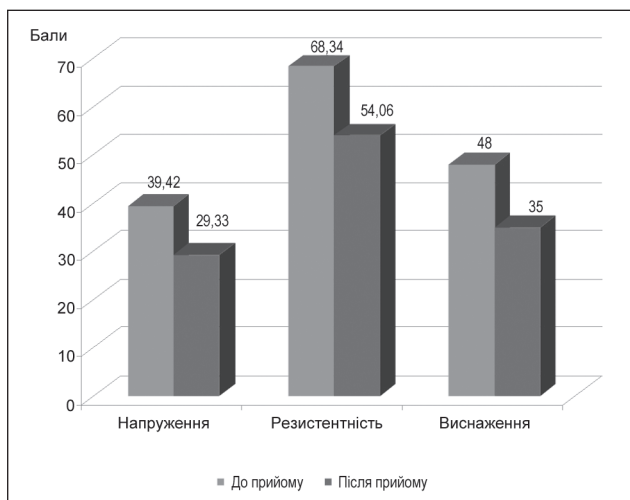


Рисунок 4. Вираженість фази стресу в групі обстежених під впливом Мемопруву

$p \leq 0,0001$), резистентності ($54,06 \pm 25,00$ бала, $t = 5,380$, $p \leq 0,0001$) і виснаження ($35,00 \pm 21,51$ бала, $t = 5,240$, $p \leq 0,0001$).

Для визначення тих факторів, за рахунок яких відбувалось формування стадій напруження, резистентності і виснаження, був проведений детальний аналіз усіх окремих симптомів емоційного вигорання (табл. 1).

Було встановлено, що в обстежених фаза напруження була пов'язана зі сформованими переживаннями психотравмуючих обставин ($18,43 \pm 9,13$ бала), незадоволеністю собою ($8,66 \pm 5,96$ бала), відчуттям

загнаності в клітку ($5,98 \pm 4,49$ бала), тривоги й депресії ($11,88 \pm 8,33$ бала). Резистенція відбувалась за рахунок редукції професійних обов'язків ($19,26 \pm 8,01$ бала), вираженого неадекватного емоційного реагування ($18,64 \pm 7,09$ бала), розширення сфери економії емоцій ($17,41 \pm 9,40$ бала) та емоційно-моральної дезорієнтації ($15,12 \pm 8,98$ бала). Фаза виснаження була асоційована з наявністю психосоматичних і вегетативних порушень ($13,32 \pm 8,32$ бала), особистісною й емоційною відгородженістю ($12,70 \pm 8,80$ бала і $10,82 \pm 5,74$ бала відповідно), емоційним дефіцитом ($11,75 \pm 7,76$ бала).

Після використання Мемопруву відзначалась суттєва позитивна динаміка за всіма ознаками емоційного вигорання, окрім шкали «емоційна відгородженість», за якою зміни були несуттєвими. Так, була встановлена редукція напруження, що проявлялось у зниженні переживань психотравмуючих ситуацій ($13,30 \pm 9,22$ бала, $t = 5,00651$, $p \leq 0,0001$), тривоги й депресії ($6,98 \pm 7,29$ бала, $t = 5,586$, $p \leq 0,0001$), незадоволеності собою ($6,51 \pm 5,68$ бала, $t = 3,304$, $p \leq 0,001$) та відчуття загнаності в клітку ($3,68 \pm 4,74$ бала, $t = 2,952$, $p \leq 0,003$).

Також відзначалась редукція виснаженості за рахунок зменшення емоційного дефіциту ($8,57 \pm 6,88$ бала, $t = 3,803$, $p \leq 0,0001$), особистісної відстороненості ($8,96 \pm 8,02$ бала, $t = 3,892$, $p \leq 0,0001$) і психосоматичних й вегетативних порушень ($9,09 \pm 7,99$ бала, $t = 4,151$, $p \leq 0,0001$).

Внаслідок прийому Мемопруву спостерігалось зниження резистентності, що проявлялось

Таблиця 1. Вираженість провідних симптомів емоційного вигорання в осіб, які працюють у сфері охорони неврологічного й психіатричного здоров'я

Фаза стресу	Найменування показників	До прийому	Після прийому	t	p
		M ± m, %			
Напруження	Переживання психотравмуючих 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
	Відчуття загнаності 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

у редукції неадекватного емоційного реагування ($16,79 \pm 7,08$ бала, $t = 2,343$, $p \leq 0,01$), емоційної дезорієнтації ($12,05 \pm 6,52$ бала, $t = 3,468$, $p \leq 0,0005$), збільшенні емоційних проявів ($12,07 \pm 9,44$ бала, $t = 4,967$, $p \leq 0,0001$) і розширенні професійних обов'язків ($15,26 \pm 8,64$ бала, $t = 4,204$, $p \leq 0,0001$).

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

Після прийому Мемопруву спостерігалась редукція показників астенії, що проявлялось у вірогідному зниженні загальної, психічної і фізичної астенії ($9,91 \pm 3,67$ бала, $t = 7,497$, $p \leq 0,0001$; $9,85 \pm 3,56$ бала, $t = 4,605$, $p \leq 0,0001$, і $9,01 \pm 3,55$ бала, $t = 4,662$, $p \leq 0,0001$ відповідно), підвищенні активності й мотивації ($9,32 \pm 3,71$ бала, $t = 4,472$, $p \leq 0,0001$, і $8,36 \pm 3,47$ бала, $t = 2,454$, $p \leq 0,01$ відповідно).

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

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

Після прийому засобу Мемопрув час, що був витрачений обстеженими на проходження першої половини тесту, становив $1,22$ хв, другої — $0,88$ хв ($t = 6,214$, $p \leq 0,0001$), що відображало покращення адаптації при виконанні тесту. При цьому індекс втомлюваності дорівнював $1,43$, що відповідало нормативній психічній активності без ознак втомлюваності ($t = -2,842$, $p \leq 0,004$). Також треба зазначити, що загальний час виконання тесту був вищим до прийому ($2,84 \pm 0,73$ хв), а після прийому загальний час виконання тесту вірогідно скоротився ($2,34 \pm 0,53$ хв), що відображало по-

кращення процесу концентрації уваги й працездатності ($t = 6,526$, $p \leq 0,0001$).

У межах дослідження був проведений кореляційний аналіз між показниками емоційного вигорання й особливостями виконавчих функцій і концентрації уваги. Так, було визначено, що порушення виконавчих функцій обстежених поєднувалось з такими показниками емоційного вигорання, як емоційне виснаження ($r = 0,732$), зниження професійної успішності ($r = 0,821$) і активності ($r = 0,562$), було пов'язане з втомлюваністю ($r = 0,611$), фізичною й психічною астеною ($r = 0,523$), неадекватним емоційним реагуванням ($r = 0,487$) і незадоволеністю собою ($r = 0,632$) (рис. 6).

Також була вивчена кореляція між показником концентрації уваги й показниками емоційного вигорання. Було встановлено, що зниження концентрації уваги поєднувалось із загальною астеною ($r = 0,721$), тривогою і депресією ($r = 0,672$), переживанням психотравмуючих ситуацій ($r = 0,613$), зниженням мотивації ($r = 0,502$), байдужістю до роботи ($r = 0,591$) і редукцією професійних обов'язків ($r = 0,439$) (рис. 7).

Отримані дані свідчать про наявність функціонального зв'язку між СЕВ, порушеннями виконавчих функцій і концентрацією уваги, що дозволяє визначити ці показники як синдроми-мішені при корекції

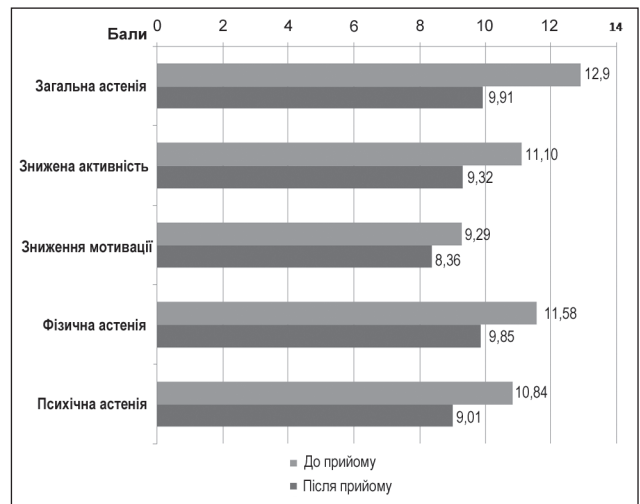


Рисунок 5. Вираженість астеничної симптоматики в обстежених під впливом Мемопруву

Таблиця 2. Особливості процесу уваги, працездатності в осіб, які працюють у сфері охорони неврологічного й психіатричного здоров'я

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

Примітки: t₁ — час, який був витрачений на проходження першої половини тесту; t₂ — час, який був витрачений на проходження другої половини тесту; T — час, який був витрачений на проходження всього тесту; ІВ — індекс втомлюваності.

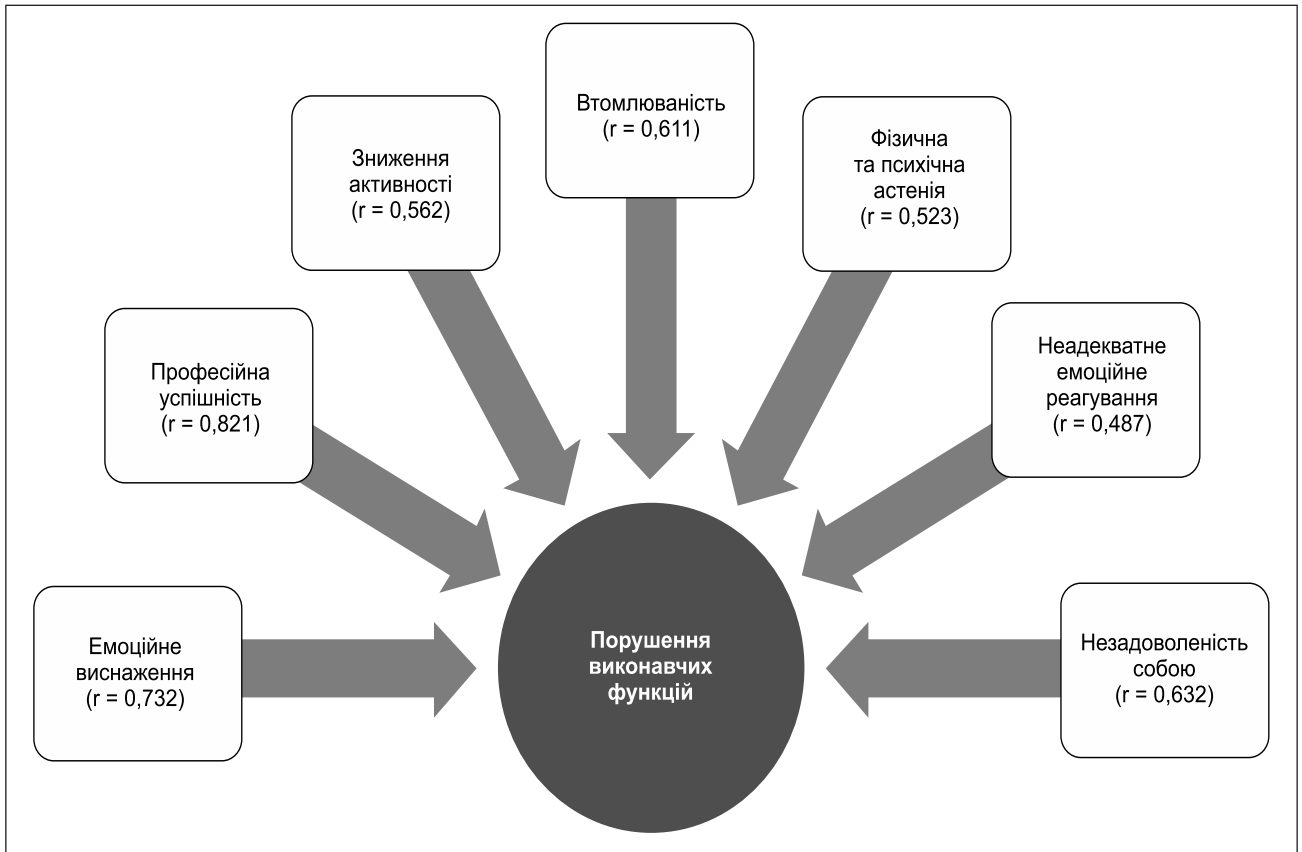


Рисунок 6. Кореляційні зв'язки показників емоційного вигорання з порушенням виконавчих функцій

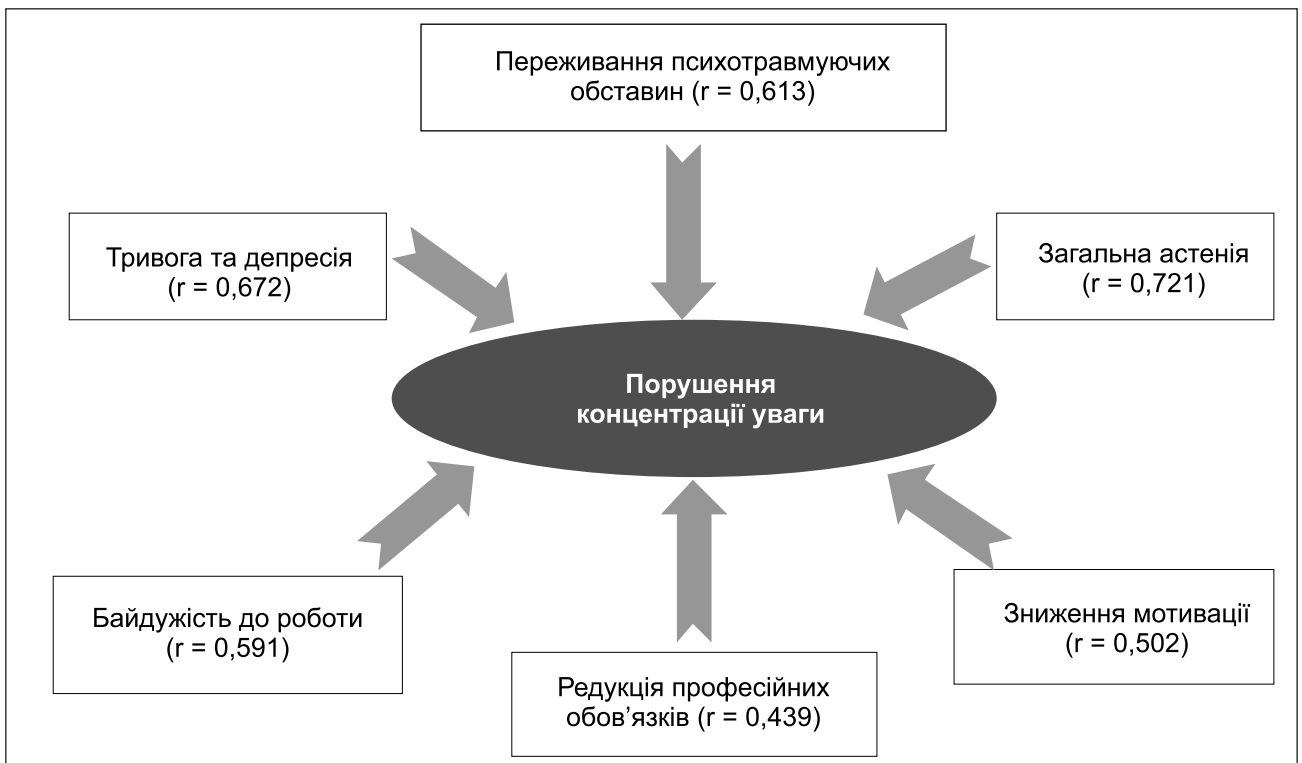


Рисунок 7. Кореляційні зв'язки показників емоційного вигорання з порушенням процесу уваги

СЕВ, а суміш поліпептидів природного походження Мемопрув визнати ефективним щодо відновлення пам'яті, уваги, концентрації і прийняття щоденних рішень.

Висновки

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

2. У механізмах формування емоційного вигорання провідну роль відіграють переживання психотравмуючих 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 й особистісна відстороненість ($10,82 \pm 5,74$ і $12,70 \pm 8,80$ відповідно).

3. Мемопрув є ефективним засобом подолання астенії (фізичної і психічної), підвищення активності й мотивації, а також покращення процесів уваги й працездатності в осіб із СЕВ.

4. Під впливом Мемопруву відзначається позитивна динаміка компонентів СЕВ — емоційного виснаження й деперсоналізації ($t = 5,546$ та $t = 4,674$), що здійснюється за рахунок вірогідного регресу показників напруження (незадоволеність собою, «загнаність у клітку», тривога й депресія), резистентності (неадекватне емоційне реагування, розширення сфери економії емоцій) і виснаження (емоційний дефіцит, психосоматичні й психовегетативні порушення).

5. Комплекс заходів, спрямований на профілактику СЕВ, включає аналіз із боку адміністрації медичних закладів умов праці, відпочинку, моніторинг проявів СЕВ та активне впровадження психогігієнічних і психопрофілактичних заходів.

Конфлікт інтересів. Не заявлений.

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.
2. Бойко В.В. *Психозенергетика.* СПб.: Питер, 2008. 416 с.
3. Бурлачук Л.Ф., Морозов С.М. *Словарь-справочник по психодиагностике.* СПб.: Питер, 2001.
4. Вассерман Л.И., Дорофеева С.А., Меерсон Я.А. *Методы нейropsychологической диагностики.* СПб.: Стройлеспечать, 1997. 360 с.
5. 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.
6. *Диагностика профессионального выгорания (К. Маслач, С. Джексон, в адаптации Н.Е. Водопьяновой).* В кн.: Фетишкин Н.П., Козлов В.В., Мануйлов Г.М. *Социально-психологиче-*

ская диагностика развития личности и малых групп. М., 2002. С. 360-362.

7. Журавлева А.Л. *Стресс, выгорание, совладание в современном контексте / под ред. А.Л. Журавлева, Е.А. Сергиенко.* М.: Институт психологии РАН, 2011. 512 с.

8. 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.

9. Кобякова О.С., Деев И.А., Куликов Е.С. Эмоциональное выгорание у врачей и медицинские ошибки. *Есть ли связь? Социальные аспекты здоровья населения.* 2016. Т. 47. № 1. С. 5.

10. Ларин Н.А. К вопросу современного исследования эмоционального выгорания. *Наука молодых — Eruditio Juvenium.* 2015. № 4. С. 116-120.

11. Мальгин 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: электрон. науч. журн.* 2011. № 5. URL: <http://medpsy.ru>.

12. Миков Д.Р., Кулеш А.М., Муравьев С.В. Особенности синдрома эмоционального выгорания у медицинских работников многопрофильного стационара. *Вестник Пермского университета. Философия. Психология. Социология.* 2018. № 1. С. 88-97.

13. 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.

14. Озоль С.Н., Шустов Д.И. Аутоагрессивное поведение и злоупотребление алкоголем среди врачей (обзор литературы). *Рос. мед.-биол. вестн. им. акад. И.П. Павлова.* 2014. № 3. С. 148-154.

15. Орел В.Е. Феномен «выгорания» в зарубежной психологии: эмпирические исследования и перспективы. *Психологический журнал.* 2001. № 1. С. 90-101.

16. 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.

17. *Профилактика синдрома эмоционального выгорания: учебное пособие [Электронный ресурс].* Электрон. дан. / Краснояр. гос. пед. ун-т им. В.П. Астафьева. Красноярск, 2013. Систем. требования: PC не ниже класса Pentium I ADM, Intel от 600 MHz, 100 Mb HDD, 128 Mb RAM; Windows, Linux, Adobe Acrobat Reader. Загл. с экрана.

18. Рогов Е.И. *Настольная книга практического психолога. Книга 2.* М., 1999. С. 34-37.

19. Солодкова Т.И. Преодоление синдрома «выгорания». *Психопедагогика в правоохранительных органах.* 2010. № 3(42). С. 47-49.

20. Суховершин А.В. Избыточная профессиональная идентификация как один из факторов эмоционального выгорания (к постановке проблемы). *Сибирский психологический журнал.* 2012. № 43. С. 6-9.

21. Ширяева В.В. О профилактике синдрома эмоционального выгорания педагогов дополнительного образования. *Вестник*

Воронежского государственного технического университета. 2014. Т. 10. № 5-2. С. 263-265.

22. Шишкова И.М. Сравнительное изучение эмоционального выгорания в профессиональной деятельности (на примере врачей и педагогов). *Электр. науч. журнал «Личность в меняющемся мире: здоровье, адаптация, развитие»*. 2013. № 3. С. 112-117. URL: www.humjournal.rzgtmu.ru.

23. Alarcon G.M. A meta-analysis of burnout with job demands, resources, and attitudes. *Journal of Vocational Behavior*. 2011. № 79. P. 549-562.

24. 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. 1(1). 140114155134003. URL: <http://doi.org/10.1146/annurev-orgpsych-031413-091235>.

25. Freudenberger H.J. Staff burnout. *Journal of Social Issues*. 1974. № 30. P. 159-165.

26. Maslach C., Jackson S.E. The measurement of experienced burnout. *Journal of Occupational Behaviour*. 1981. № 2. P. 99-113.

27. Maslach C., Leiter M.P. Early predictors of job burnout and engagement. *Journal of Applied Psychology*. 2008. № 93. P. 498-512.

28. Swider Brian W., Zimmerman Ryan D. Born to burnout: A meta-analytic path model of personality, job burnout, and work outcomes. *Journal of Vocational Behavior*. 2010. Vol. 76. № 3. P. 487-506.

Отримано/Received 10.08.2019

Рецензовано/Revised 29.08.2019

Прийнято до друку/Accepted 17.09.2019 ■

Марута Н.А.¹, Чабан О.С.², Каленская Г.Ю.¹

¹ГУ «Институт неврологии, психиатрии и наркологии НАМН Украины», г. Киев, Украина

²Национальный медицинский университет имени А.А. Богомольца, г. Киев, Украина

Особенности эмоционального выгорания у работников сферы охраны неврологического и психического здоровья

Резюме. Было обследовано 196 работников сферы охраны неврологического и психического здоровья, которые в течение 30 дней принимали Мемопрув (EVER Pharma). Было определено, что синдром эмоционального выгорания наблюдался у 68,4 % врачей. Установлено, что в механизмах формирования эмоционального выгорания ведущую роль играют переживания психотравмирующих факторов, редукция профессиональных обязанностей, неадекватное эмоциональное реагирование, расширение сферы эконо-

мии эмоций, эмоциональная и личностная отстраненность. Доказана эффективность Мемопрува для преодоления астении (физической и психической), повышения активности и мотивации, а также улучшения процесса внимания и работоспособности у лиц с синдромом эмоционального выгорания.

Ключевые слова: эмоциональное выгорание; психическое здоровье; эмоциональное истощение; работники сферы охраны неврологического и психического здоровья

N.A. Maruta¹, O.S. Chaban², G.Yu. Kalenskaya¹

¹State Institution "Institute of Neurology, Psychiatry and Narcology of the National Academy of Medical Sciences of Ukraine", Kharkiv, Ukraine

²Bogomolets National Medical University, Kyiv, Ukraine

Features of emotional burnout in neurological and mental health workers

Abstract. One hundred and ninety-six neurological and mental health workers were examined. They took MemoProve (EVER Pharma) for 30 days. Emotional burnout was detected in 68.4 % of doctors. It has been found that in the mechanisms of the formation of emotional burnout, the leading role is played by traumatic experiences, reduction of professional duties, inadequate emotional response, expansion of the sphere of saving emotions,

emotional and personal detachment. The effectiveness of MemoProve in overcoming asthenia (physical and mental), increasing activity and motivation, as well as improving the process of attention and performance in people with emotional burnout syndrome has been proven.

Keywords: emotional burnout; mental health; emotional exhaustion; neurological and mental health workers