

*Pôvodná práca***Burnout u personálu psychiatrické léčebny Horní Beřkovic**

Radkin Honzák

Burnout in the staff of inpatient psychiatric clinic Horní Beřkovic**Souhrn**

Burnout syndrom, který je považován za protražovanou odpověď na nadměrný pracovní stres, je v posledních letech předmětem vzrůstajícího zájmu. Cílem této práce bylo stanovení míry rizika syndromu vyhoření a jeho plně vyvinuté podoby u psychiatrů (P), kvalifikovaných zdravotních sester (SZP) a nižšího zdravotnického personálu (NZP) na všech odděleních Psychiatrické léčebny Horní Beřkovic. Ke stanovení burnout jsme použili validizovaného a reliabilního dotazníku Maslach Burnout Inventory všeobecně používaného ve výzkumných studiích. Faktorová analýza tohoto nástroje v něm stanovila tři subskály: emoční exhausci (EE), depersonalizaci (DP) a osobní uspokojení z práce (PA = Personal accomplishment).

Ze všech zaměstnanců léčebny na dotazník odpovědělo 17 psychiatrů, 95 kvalifikovaných zdravotních sester a 60 pracovníků a pracovník nižšího zdravotnického personálu (55 % návratnost). Celkové průměrné skóry MBI jsou ekvivalentní nebo nižší než výsledky uváděné v literatuře: EE=16,9, DP=6,5, PA=32,2. Percentuální zastoupení EE bylo 18,6 % u lékařů, 15,8 % u SZP a 18,3 % u NZP, depersonalizace 23,5 % u lékařů, 6,3 % u SZP a 8,3 % u NZP a osobní uspokojení (resp. neuspokojení) z práce 17,6 % u lékařů, 46,3 % u SZP a 63,3 % u NZP.

Mezi psychiatry a zbytkem vzorku byly shledány signifikantní rozdíly v míře depersonalizace ($p=0,02$) a pracovního uspokojení ($p=0,05$). Pracovníci ve věku nad 60 let a s praxí delší než 30 let vykazovali významně lepší skóry ve faktoru pracovního uspokojení ($p=0,05$). Na základě získaných výsledků lze konstatovat, že morálka zaměstnanců je ekvivalentní nebo dokonce lepší, než je uváděno v literatuře publikovaných studiích.

Klíčová slova: lůžková psychiatrie, burnout, psychiatrii, psychiatrické sestry, Maslach Burnout Inventory.

Summary

In the last few years there has been a growing interest in the burnout, as a type of a prolonged response to chronic job-related stress of health care workers. We assessed the prevalence of fully developed burnout and burnout risk in psychiatrists (P), nurses (N) and unqualified nurses (UN) in all wards at the inpatient psychiatric clinic in Horní Beřkovic. A study was conducted using well validated and reliable self-reporting questionnaire the Maslach Burnout Inventory. Three burnout subscales were developed by using factor analysis: Emotional exhaustion (EE), Depersonalization (DP) and Personal accomplishment (PA).

From a total eligible personnel, 17 psychiatrists, 95 nurses, and 60 unqualified nurses participated in the study (55 % response rate). Overall, mean scores were equal or lower than scores in majority published results: EE=16,9, DP=6,5, PA=32,2. Proportional representation of exhaustion was 18,6 % for P, 15,8 % for N, and 18,3 % for UN, depersonalization 23,5 % for P, 6,3 % for N, and 8,3 % for UN, personal accomplishment 17,6 % for P, 46,3 % for N, and 53,3 for UN.

Ústav všeobecného lékařství 1. LF UK v Praze, Psychiatrická ambulance IKEM, Psychiatrická léčebna Bohnice, Praha, Česká republika

Adresa: MUDr. Radkin Honzák, CSc., Ústav všeobecného lékařství 1. LF UK, Albertov 7, 128 00 Praha 2, Česká republika

E-mail: radkinh@seznam.cz

There were significant differences between the psychiatrists and the rest of the sample in DP ($p=0,02$) and PA ($p=0,05$). The persons over 60 years with clinical practice more than 30 years did show significantly better scores in a measures of personal accomplishment.

On the basis of our results we conclude that morale of the staff in Horní Beřkovice is equal even higher than published comparison samples.

Key words: inpatient psychiatry, burnout, psychiatrists, psychiatric nurses, Maslach Burnout Inventory.

Úvod a východiska

Šedesátá léta minulého století přinesla mohutný nástup techniky do medicíny a předznamenala období takzvané „heroické medicíny“, pro kterou se nejevilo nic nespelnitelné. Posunula se hranice mezi životem a smrtí a technické možnosti daly zapomenout především empiricky dosažené a získané pokore. Každá mince má ale svůj rub. Čím větší naděje byly vkládány do moderních postupů, tím větší zklamání nastávalo při jejich nesplnění. Zaskočení a frustrování se cítili nejen pacienti a jejich blízcí, ale také lékaři a další zdravotničtí pracovníci. Zlepšené postupy sebou paradoxně přinesly také větší zatížení personálu. Zvýšila se tak významně úroveň stresu, kterému byly pečující osoby vystaveny.

V sedmdesátých letech se vynořuje termín „burnout“ (syndrom vyhoření, vyprahlosti, vypálení) popisující profesionální selhávání na základě vyčerpání vyvolaného zvyšujícími se požadavky, ztrátou zájmu a potěšení, ztrátou ideálů, energie i smyslu, negativní sebeocení a negativní postoje k povolání.

Syndrom vyhoření patří dodnes mezi aktuální a naléhavá témata. Jeho základní koncept prodělal od historicky prvního popisu Herbertem J. Freudenbergem (1) v roce 1974 značný vývoj a od původní dominující představy emoční a tělesné exhausce (EE) se klinický obraz zásadním způsobem rozšířil na oblast depersonalizace (DP) spočívající v odlištění, cynismu, ztrátě zájmu o pacienty nebo dokonce ve zvýšené agresivitě a postupující ztrátou osobního uspokojení (PA = personal accomplishment) z původně entuziasticky zvoleného povolání. Zásahu na tom má zejména Christine Maslach (2), která spolu se Susan E. Jackson sestavila dotazník Maslach Burnout Inventory = MBI (3) umožňující kvantifikaci těchto tří faktorů. Příčiny burnout syndromu však zůstávají v rámci, který stanovil tvůrce tohoto termínu. Ze zevních to jsou vysoká angažovanost následovaná nízkou návratností, nadměrné pracovní nároky při nízkých kompetencích a nedostatek sociální podpory. Významnější jsou však příčiny vnitřní spočívající především v nepřiměřeném očekávání výsledků vycházející z (většinou dobře ukrývané) narcistické grandiozity a po jejím nenaplnění a frustraci následovaném stejně nerealistickou sebezničující neurotickou diskontací vlastních kvalit.

Po ověření validity i užitečnosti kvantifikující stupnice Christiny Maslachové výzkum expandoval od zdravotníků směrem ke všem typům pomáhajících profesí, pro něž je charakteristické, že výkon zaměstnaní sebou nese kromě běžných standardních povinností také významné investice vycházející z vlastní osobnosti (většinou zapálené pro zvolenou

činou), míra jejichž návratnosti se v ideálním případě blíží účinnosti parního stroje. Ve stovkách studií byl dotazník použit u pestré palety profesí, počínaje policisty a konče učiteli a sociálními kurátory. Jak dokládá zcela recentní metaanalýza (4), je dotazník MBI použitelný univerzálně, navíc i transkulturně k porovnání získaných výsledků bez větší distorse jejich váhy a smyslu. Navíc byla nedávno v multicentrické studii jeho výpovědní hodnota ověřena na souboru celkem 54 738 zdravotních sester z osmi zemí (5). Autoři měli drobnou kritickou připomínku, týkající se položek 6. a 16. v tom smyslu, že ze spektra EE zasahují také do spektra DP, vcelku však dotazník považují za plně validní.

Posun od pouhých příznaků vyčerpání směrem k osobnostním změnám, které klinicky připomínají změny objevující se při posttraumatické poruše (PTSD), má svou paralelu i v biochemických nálezech: zatímco u samotné exhausce není konzistentně sledována elevace kortizolu, při pozitivních nálezech burnout nebo PTSD ji konstantně nacházíme. Nejčerstvější studií, která tuto skutečnost potvrzuje, je práce německých autorů (6), kteří vyšetřili celkem 279 zdravotních sester jednak pomocí MBI, jednak biochemicky se zaměřením na kolísání koncentrace kortizolu (jako ukazatele hlubších regulačních změn) ve slinách. U osob, které splňovaly dvě kritéria burnout podle Maslachové ($n=18$) bylo sledováno zvýšené vylučování kortizolu do slin ve srovnání s osobami, které splňovaly jen jedno z kritérií ($n=77$), nebo žádné ($n=188$). Na druhé straně sestry, které vykazovaly vysoký stupeň emočního vyčerpání, se nelišily v hodnotách kortizolu od těch, které nereferovaly žádné symptomy exhausce. U osob referujících vyhoření se však nacházejí ještě další významné změny, a to pokles BDNF (7) poukazující na hlubší alteraci mozkových funkcí odrážejících se jak v emotivitě, tak nesporně i v kognitivní sféře.

Burnout má negativní dopad nejen na samotné postižené oběti (vyšší nemocnost, psychosomatické problémy, vyšší sebevražednost), ale i na osoby svěřené do jejich péče. Exhausce neoddiskutovatelně ovlivňuje množství i kvalitu požadovaného a předpokládaného výkonu, což zpětnově vyvolává další distres pečujících osob, ztráta zájmu a depersonalizace je spojena s vyšší tendencí riskovat (8) a s horším postojem ke klientům či pacientům (9). Obě uvedené skutečnosti jsou pravděpodobně důvodem, proč u zdravotníků je stále tento problém sledován nejintenzivněji.

Přestože podle některých studií (10) jsou za nejvíce ohrožené považovány sestry intenzivních provozů, patří v riziku vyhoření personál psychiatrických zařízení také na přední

místa. A to jak sestry (11, 12), tak lékaři (13). U obou skupin je navíc vysoce zvýšené riziko sebevraždy, zejména v mladším věku (14). K rizikům přítomným u jiných zdravotnických profesí zde přistupují další, zejména pak agresivita pacientů s možností napadání spolupacientů, příbuzných i personálu, naopak v případě autoagrese s možností sebevražedného jednání, v lůžkové oblasti jsou to hlavně přeplněné a často funkčně nevyhovující prostory, v interpersonální klinické situaci zatěžující specifická terapeutického vztahu s větší odpovědností za pacienta a ve společenství ostatních zdravotníků jistá izolace, někdy až ostrakizujícího charakteru (13), která nezřídka vyústí ve zraňující internalizaci stressových situací. Také osobnostní faktory, které vedou k volbě právě této specializace, mohou sehrát svou negativní roli (15).

Soubor a metody

Vyšetřený soubor tvoří celkem 172 zdravotníků léčebny Horní Beřkovic (14 mužů, 158 žen), kteří v roce 2008 vyplnili dotazník MBI. Ten na pracovištích léčebny během dvou týdnů administrovala a shromáždila MUDr. Hind Mansour-Musová zaměstnaná tam jako lékařka. Použitelný a tedy posléze zpracovaný dotazník odevzdalo celkem 17 lékařů (z 20 = 85 %), 95 SZP – zdravotních sester (ze 170 = 56 %) a 60 NZP – nižších zdravotnických pracovníků (ze 125 = 48 %), celkem pět dotazníků (SZP a NZP) bylo z hodnocení vyřazeno pro nedostatečně vyplněné údaje nebo naprosto nekonzistentní odpovědi.

V zájmu zachování anonymity nebyl požadován přesný údaj o věku, ale jen věkové rozmezí po dekadách (<30, 30–40, 40–50, 50–60 a nad 60 let). Podobně byla podchycena délka praxe (0–5–10–15–20–30–40 a více než 40 let). Hodnoty jsou uvedeny v tabulkách 1 a 2, údaje o procentech jsou zaokrouhleny na 0,5.

Tabulka 1. Věkové rozložení respondentů.

| Věk (roky) | do 30 | 30–40 | 40–50 | 50–60 | nad 60 |
|------------|-------|-------|-------|-------|--------|
| Počet (n=) | 25 | 48 | 47 | 43 | 9 |
| Údaj v % | 14,5 | 28,0 | 27,5 | 25,0 | 5,0 |

Jako metoda pro zjišťování míry postižení burnout syndromem byl použit MBI v české verzi (viz příloha) obsahující celkem 22 položek, z nichž devět postihuje příznaky tělesné a emoční exhausce (EE), pět symptomy depersonalizace (DP) a osm zachycuje (naopak reverzně ve vztahu k předchozím dvěma) míru pracovního uspokojení (PA). Na každou položku dotazníku je možné odpovídat na Likertově škále od nuly do sedmi, přičemž nula představuje odpověď „nikdy“, zatímco sedmička odpověď „stále“ nebo „velmi silně“. Na škále EE je hodnoceno vyčerpání jako mírné při dosažení 17–26 bodů a vyhoření při dosažení 27 bodů a více.

Tabulka 2. Věkové rozložení respondentů.

| Délka praxe (roky) | <5 | 5–10 | 10–15 | 15–20 | 20–30 | 30–40 | >40 |
|--------------------|------|------|-------|-------|-------|-------|-----|
| Počet (n=) | 29 | 26 | 27 | 24 | 27 | 32 | 7 |
| Údaj v % | 17,0 | 15,0 | 15,5 | 14,0 | 15,5 | 18,5 | 4,0 |

Na škále DP jsou analogicky uváděny hodnoty 7–12 jako mírný stupeň a 13 a více jako vyhoření, zatímco u škály PA je jako vyhoření hodnoceno dosažení méně než 31 bodů a za mírný stupeň poškození rozmezí 38–32 bodů.

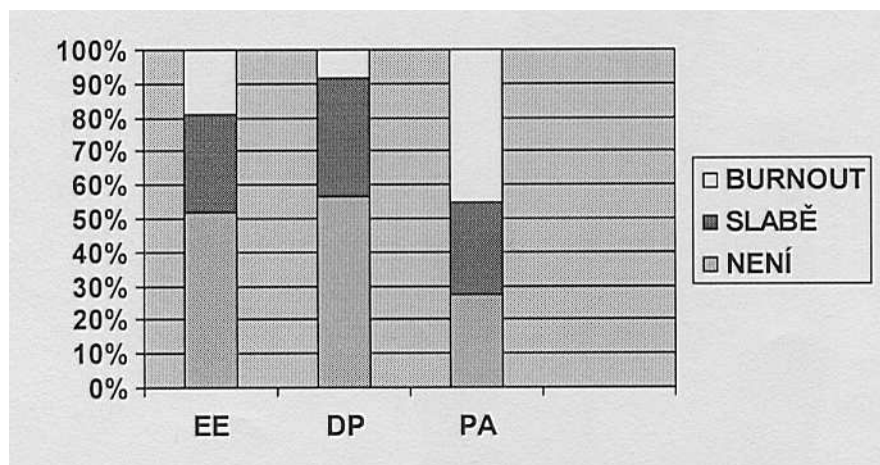
Výsledky

U každé osoby zařazené do studie byly všechny odpovědi na kompletně vyplněný dotazník MBI spolu s údajem o pohlaví, věkové kategorii a délce praxe zařazeny do celého souboru a statisticky zpracovány chí-kvadrát testem a analýzou variance ANOVA, jak globálně pro celý soubor, tak odděleně pro každou profesní podskupinu (MUDr., SZP, NZP) s přihlédnutím k jednotlivým faktorům MBI (EE, DP a PA), věkové kategorii a délce praxe.

Pokud jde o výsledky celého souboru, je možné je označit jako příznivé, protože v žádném z faktorů MBI nedosahují kritických hodnot (EE; průměr 16,9, SD=11,3, DP; průměr 6,5, SD=4,6, PA; průměr 32,2, SD=9,3). Není statisticky významný rozdíl mezi pohlavími. Analýza jednotlivých faktorů MBI ukazuje jejich kvantitativní rozložení ve spektru od absence patologie, přes její částečný výskyt až do úrovně hodnocené jako burnout. Faktor exhausce je v mírné podobě zastoupen u 50 respondentů a na úrovni vyhoření u 32 osob. Faktor depersonalizace je v mírné míře syčen u 61 respondentů a silně u 15 osob a faktor neuspokojení z práce dokonce slabě u 46 a silně u 79 pracovníků. Souhrnné jsou výsledky zachyceny v tabulce 3 a na obrázku 1.

Tabulka 3. Faktory MBI v celém souboru.

| Faktory MBI → jejich zastoupení ↓ | | EE | DP | PA |
|--------------------------------------|----|-----------|-----------|-----------|
| NENÍ | n= | 90 | 96 | 47 |
| | %= | 52 % | 56 % | 27 % |
| MÍRNĚ | n= | 50 | 61 | 46 |
| | %= | 29 % | 35 % | 27 % |
| BURNOUT | n= | 32 | 15 | 79 |
| | %= | 19 % | 9 % | 46 % |



Obrázek 1. Faktory MBI v celém souboru (relativně).

Spektrum obtíží zachycené u jednotlivých profesních skupin zaznamenává rozdílné rozložení. Percentuální zastoupení faktorů MBI v pořadí slabé — střední — vysoké přináší následující údaje. Exhausts (EE) lékaři: 47,1 — 17,6 — 18,6, SZP: 51,6 — 32,6 — 15,8 a pro NZP: 55,0 — 26,7 — 18,3. Depersonalizace (DP) lékaři: 17,6 — 58,8 — 23,5, SZP: 60,0 — 33,7 — 6,3 a NZP: 60,0 — 31,7 — 8,3. Pracovní uspokojení, resp. jeho nedostatek (PA) lékaři: 29,4 — 52,9 — 12,6, SZP: 30,3 — 23,2 — 46,3, NZP: 21,7 — 25,0 — 53,3. Rozdíl mezi PA lékařů versus PA sester i NZP je na pětiprocentní hladině významnosti, rozdíl mezi depersonalizací mezi stejnými skupinami dokonce na dvouprocentní hladině významnosti. Výsledky jsou zachyceny v tabulkách 4, 5 a 6 a na obrázku 2.

Tabulka 4. Výsledky MBI u jednotlivých profesních skupin (I.): MUDr (N=17).

| ZASTOUPENÍ V % → | NÍZKÁ | STŘEDNÍ | VYSOKÁ |
|---------------------|-------|---------|--------|
| DIMENZE ↓ | | | |
| VYČERPÁNÍ | 47,1 | 17,6 | 18,6 |
| DEPERSONALIZACE | 17,6 | 58,8 | 23,5 |
| PRACOVNÍ USPOKOJENÍ | 29,4 | 52,9 | 17,6 |

Věkové rozložení nehraje žádnou roli ve vztahu k faktorům MBI, s výjimkou jediného výsledku, a to pracovního uspokojení, které je na jednaprocentní hladině významnosti vyšší u kategorie nad šedesát let ve srovnání s ostatními věkovými kategoriemi (PA 39,8 vs. 33,0; 32,8; 30,7; 31,2 a průměru 32,2). Délka praxe nehraje roli u faktoru EE, u zbývajících dvou (DP a PA) se významně (v obou případech p=0,05) hůře cítí respondenti s kratší praxí, v prv-

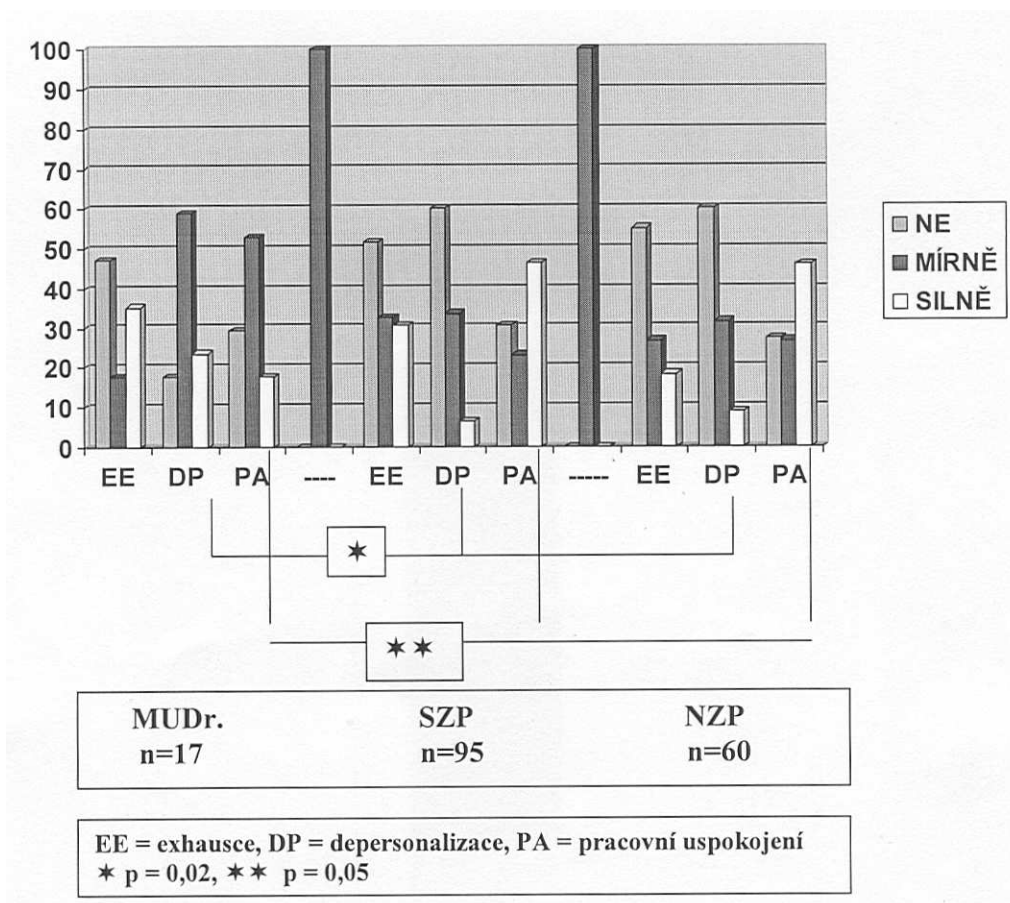
Tabulka 5. Výsledky MBI u jednotlivých profesních skupin (II.): SZP (N=95).

| ZASTOUPENÍ V % → | NÍZKÁ | STŘEDNÍ | VYSOKÁ |
|---------------------|-------|---------|--------|
| DIMENZE ↓ | | | |
| VYČERPÁNÍ | 51,6 | 32,6 | 15,8 |
| DEPERSONALIZACE | 60,0 | 33,7 | 6,3 |
| PRACOVNÍ USPOKOJENÍ | 30,5 | 23,2 | 46,3 |

Tabulka 6. Výsledky MBI u jednotlivých profesních skupin (III.): NZP (N=60).

| ZASTOUPENÍ V % → | NÍZKÁ | STŘEDNÍ | VYSOKÁ |
|---------------------|-------|---------|--------|
| DIMENZE ↓ | | | |
| VYČERPÁNÍ | 55,0 | 26,7 | 18,3 |
| DEPERSONALIZACE | 60,0 | 31,7 | 8,3 |
| PRACOVNÍ USPOKOJENÍ | 21,7 | 25,0 | 53,3 |

ním případě do 30, ve druhém do 40 let praxe ve srovnání s respondenty nad tímto časovým limitem. Výsledky jsou přehledně uvedeny v tabulce 7.



Obrázok 2. EE, DP a PA u lékařů, SZP a NZP.

Tabuľka 7. Délka praxe a DP a PA.

| Roky → | <5 | -10 | -15 | -20 | -30 | -40 | >40 | průměr |
|--------|------|------|------|------|------|------------|-------------|--------|
| DP ↓ | 8,2 | 6,6 | 6,3 | 6,7 | 8,2 | 3,8 | 3,9 | 6,5 |
| PA ↓ | 28,5 | 31,2 | 31,3 | 34,0 | 31,2 | 34,5 | 42,7 | 32,2 |

3,8; 3,9; 42,7: p=0,05

Diskuse

V psychiatrické léčebně Horní Bečkovice bylo pomocí dotazníku MBI vyšetřeno celkem 172 klinických pracovníků a pracovníků – lékařů, SZP a NZP, což představuje 55 % ze všech zaměstnanců pracujících v klinických provozech. Sběr všech dat proběhl ve dvoutýdenním období. Tento vzorek je možné

považovat za plně dostačující pro výpovědní hodnotu získaných výsledků.

Nejběžnějšími metodami k měření míry burnout syndromu jsou dva celosvětově používané dotazníky: Maslach Burnout Inventory – MBI obsahující 22 položek a Burnout Measure – BM s 21 položkami (16). Podle této srovnávací studie však je BM spíše mírou celkové ne/pohody, než mírou několikadimenzionální symptomatologie vyhoření. Dotazník MBI byl zvolen jako výhodnější z obou možností pro přednosti zmíněné již v úvodu. Švédští badatelé Holmqvist a Janneau uskutečnili sledování 510 zaměstnanců 28 psychiatrických zařízení využívající jak MBI tak BM (17) konstatují, že MB měří s výjimkou dvou položek pouze exhaustci a emoční vyčerpání a významné faktory DP a PA prakticky vynechává. Podle Kumara (13) navíc nemá žádný vztah k pracovní oblasti.

Obrátíme-li pozornost k získaným údajům, lze říci, že při hodnocení celkového vzorku, stejně jako jednotlivých profesních kategorií, jsou výsledky vcelku příznivé (dá-li se vůbec o takovém hodnocení mluvit i tehdy, že je zachycen jen jediný případ vyhoření!), porovnáme-li je s jinými publikovanými studiemi. Vysoký stupeň exhaustce (EE) hodnocený

jako vyhoření nacházíme u 16,9 % celého souboru, z toho u lékařů v 18,6 %, u SZP v 15,8 a u NZP v 18,3 % depersonalizaci u 9 % (lékaři – 23,5 %, SZP – 6,3 % a NZP – 8,3 %) a kritickou míru pracovního neuspokojení celkově ve 46 % (lékaři – 17,6 %, SZP – 46,3 % a NZP – 53,3 %). Pro srovnání lze uvést studii skotských autorů (18), která u 510 zdravotních sester psychiatrických zařízení zjistila EE ve 41,9 %, DP v 16,4 % a kritické hodnoty PA ve 25,6 %. Již citovaná studie Holmqvista a Jeanneau konstatuje EE u 18,2 % personálu sledovaného vzorku.

Rozložení EE v našem souboru má sice s klesající úrovní dosaženého vzdělání také klesající trend, významně se však mezi jednotlivými profesními skupinami neliší, také věk ani délka praxe nemají na exhausti žádný podstatný vliv. Podobné závěry přináší také rakouská studie z JIP (19), která sice konstatovala u 34,5 % ze 183 sledovaných riziko vyhoření a u 6 % plně vyjádřený burnout syndrom, nenašla však žádné rozdíly v postižení mezi lékaři a sestrami. Nejspíš ale bude situace pro každé pracoviště specifická; práce z italských dialyzačních středisek (20) nenašla žádný rozdíl mezi lékaři a sestrami, pokud jde o celkovou míru vyhoření, našla však významné rozdíly pokud jde o EE, která se projevuje více u sester. Naopak studie z Nového Zelandu (21) zjišťuje vysokou míru exhaustie téměř u dvou třetin sledovaných psychiatrů a u téhož počtu také významné snížení osobního uspokojení, zatímco depersonalizace se u tohoto souboru nejvíce jevila jako významnější problém. Italská studie (21) zjišťující burnout u lékařů a sester komunitních center konstatuje vyšší míru exhaustie a depersonalizace u lékařů než u SZP, přičemž míra uspokojení a ztotožnění s profesionální rolí jsou u obou skupin stejné. Personál vykazoval pozitivní postoje k pacientům a nevnímal je jako zdroj stresu, kterým naopak byly mezilidské konflikty v týmu významně predikující vyhoření.

Depersonalizace je považována za jádrový symptom syndromu vyhoření. Jak již bylo zmíněno, některými charakteristikami se podobá PTSD, s níž sdílí v biochemických nálezech také pokles BDNF (22). Lourel a Gueguen v již citované metaanalýze (4) docházejí k závěru, že vyšší skóry DP korelují pozitivně se stupněm exhaustie a negativně se stupněm PA, tedy že DP predikuje přítomnost dalších symptomů burnout, kteroužto predikční sílu zbyvající symptomové faktory nemají. V našem souboru je nejvýraznější zastoupení DP u lékařů, významně vyšší než u SZP a NZP ($p=0,02$), které vykazují tento faktor v nepodstatné míře. Další zajímavou okolností u tohoto symptomového okruhu je skutečnost, že jeho zastoupení s vyšším věkem a delší dobou praxe klesá, a to rovněž významně od 30let výše na pětiprocentní hladině. Toto pozorování je v souladu s několika dalšími studiemi. Peisah se spolupracovníky (23) zjišťovali burnout a úroveň sociálního distresu celkem u 158 lékařů a zjistili, že starší lékaři s delší klinickou zkušeností mají významně nižší skóry BMI, zejména ve škálách EE a DP, a také prožívají menší emoční distres. Sami to přičítají „lekci, kterou získali zkušeností“. Autoři doporučují postupy, které by umožnily předat tuto zkušenost mladším generacím, jež jsou naopak značně vulnerabilní vůči pracovnímu stresu, vykazují

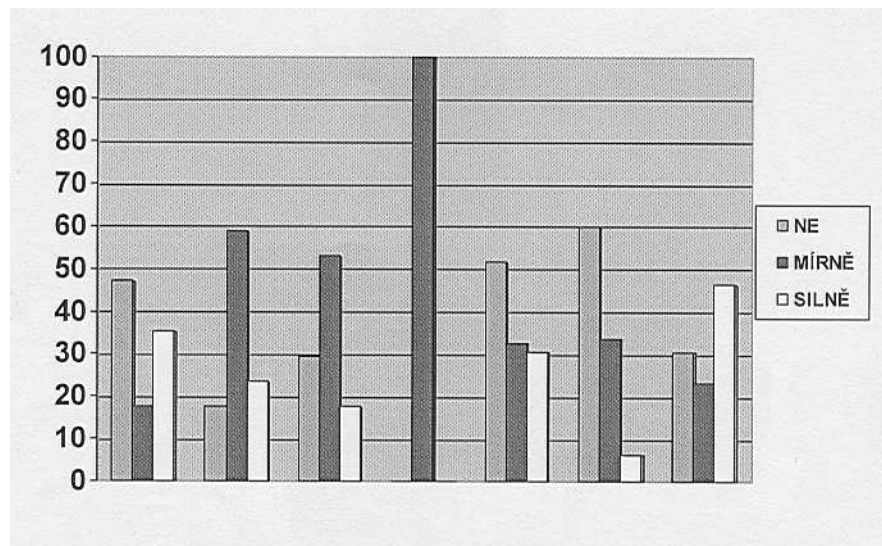
více příznaků EE a DP a méně pracovního uspokojení. Muži tyto skutečnosti prožívají a tolerují hůře, než ženy a psychiatři v této neblahé soutěži zaujímají první místo (pro zajímavost: nejméně DP a nejvíce pracovního uspokojení vykazují gynekologové). Bowers se spolupracovníky (24) hodnotí morálku personálu jako inverzní odraz míry burnout měřené pomocí MBI, zejména pak faktoru DP. V souboru celkem 1525 převážně kvalifikovaných sester a dalších středně zdravotnických pracovníků ze 136 akutních psychiatrických oddělení při dosažení průměrných hodnot $EE=18,05$, $DP=5,55$ a $PA=35,77$ považuje výsledky za velmi dobré a v té souvislosti morálku personálu za vysokou.

Kumar ve svém přehledu (13) uvádí zajímavý paradox: zatímco u naprosté většiny pomáhajících profesí s délkou praxe klesá pracovní uspokojení, tato souvislost se překvapivě u psychiatrů neprokazuje. Navzdory často frustrujícím a depresogenním zkušenostem a někdy i narůstajícímu vyčerpání, psychiatry jejich práce těší a baví, jak dokládají studie provedené v posledních 20 letech doslova na celém světě (25). Také v našem souboru nacházíme výrazně vyšší PA u starších respondentů, jak ve vztahu k mladším osobám, tak u lékařů ve vztahu k SZP a NZP. U těch naopak neuspokojení z práce převažuje a je dominantní složkou celého komplexu burnout. Jenkins a Eliot (26) zjišťují, že nekvalifikované sestry (NZP) mají více problémů, než sestry kvalifikované (SZP). Přestože náš soubor obsahuje dostatečné množství respondentů z obou skupin, tento rozdíl jsme neshledali.

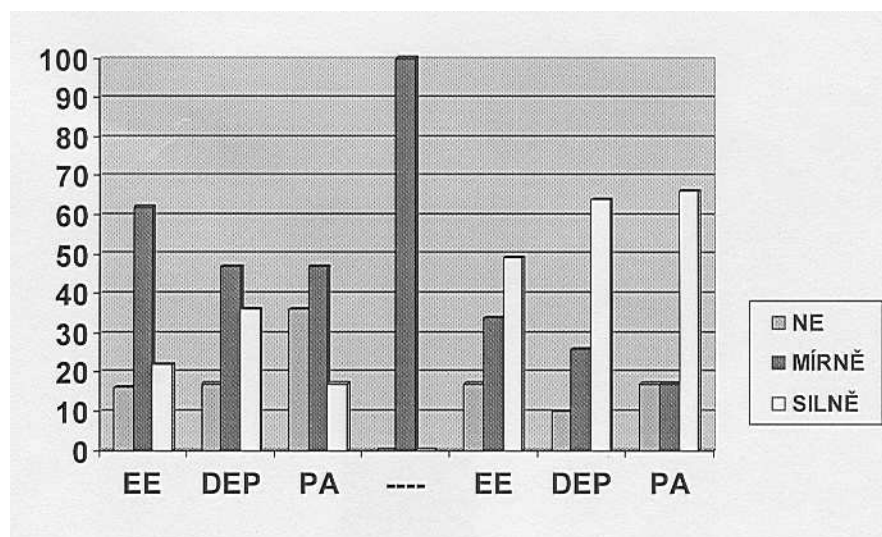
Otázka, která nebyla položena při koncipování studie, která by však v diskusi neměla být opomenuta, je otázka osobního vkladu do zvládnutí burnout, nebo podlehnutí. Pokud jde o psychiatry, existují studie dokládající, že zástupci této profesní skupiny se v osobnostních charakteristikách liší od ostatních lékařů. Deary a spol. (27) prokazují, že psychiatři sice mají menší objektivní pracovní zátěž než lékaři jiných specializací ($p<0,001$), ale pokud jde o osobnostní vlastnosti, významně se liší od praktických lékařů i chirurgů. Vykazují vyšší neuroticismus ($p=0,009$), větší míru otevřenosti ($p=0,003$) a souhlasu s okolím ($p=0,002$) a nižší míru pečlivosti ($p=0,04$). Referují větší emoční vyčerpání z práce ($p=0,03$) a deprese ($p=0,02$), přičemž si nestěžují na větší stresovou pracovní zátěž ve srovnání s ostatními specialisty. Autoři soudí, že u této profesní skupiny, nebo alespoň u její značné části, je větší dispozice k prožívání negativních emocí.

Také některé osobnostní vlastnosti sester předurčují k vyhoření. Podle japonské studie (28) je to především vysoký neuroticismus, nízká extroverze a nevýhodný coping. Podle polské badatelky Ogiské (29) jedním z nepříznivých faktorů je osobnost D-typu, která percipuje pracovní prostředí jako stresovější, než ve skutečnosti je.

Přestože edinburský tým profesora Richardse (30) v rozsáhlé metaanalýze celkem 34 prací týkajících se burnout syndromu podrobil sledované studie tvrdé kritice s tím, že jsou nekvalitní, protože sledují většinou příliš malý vzorek a uvádějí nestandardní data týkající se prevalence a proto zjišťují relativně nízké údaje o skutečně existujícím vyhoření, máme



Obrázok 3. EE, DP a PA u lékařů a SZP - Horní Beřkovice (2008), lékaři (n=17), sestry (n=95).



Obrázok 4. EE, DP a PA - JIP Lodž, lékaři (n=55), sestry (n=53) (Orzechowska, 2008).

za to, že naše zjištění lze považovat za věrohodná a že určité srovnání je možné. Přibližně ve stejnou dobu, co proběhl sběr našich dat, publikovala Orzechowska se spolupracovníky (31) výsledky svého průzkumu u personálu jednotek intenzivní péče v Lodži. Bez uvádění dalších detailů necháváme čtenáři pro srovnání tabulkové a grafické zpracování jejích výsledků a výsledků z Horních Beřkovic jako optimistickou informaci o stavu tamního personálu (tab. 8, obr. 3,4).

Závěry

Sledování míry burnout u pracovníků (lékařů, SZP a NZP) psychiatrické léčebny v Horních Beřkovicích provedené v roce 2008 přineslo vcelku příznivé výsledky. Míra vyhoření se pohybuje pod hranici většiny literárně uváděných údajů, nebo odpovídá míře hodnocené jako „velmi dobrá“, což současně svědčí o dobrém morálním stavu personálu. Lékaři vykázali na jedné straně významně více depersonalizace než SZP a NZP ($p=0,02$) na druhé straně ale signifikantně větší pracovní uspokojení než obě zmíněné skupiny. Analýza věku a délky praxe ukázala, že nejvíce jsou ohroženi mladší

Příloha 1: Maslach Burnout Inventory

(sloupec za pořadovým číslem uvádí měřený faktor: EE, DP, PA)

| | | |
|----|----|---|
| 1 | EE | Práce mne citově vysává |
| 2 | EE | Na konci pracovního dne se cítím být na dně sil |
| 3 | EE | Když ráno vstávám a pomyslím na pracovní problémy, cítím se unaven/a |
| 4 | DP | Mám pocit, že někdy s klienty/pacienty jedním jako s neosobními věcmi |
| 6 | EE | Celodenní práce s lidmi je pro mne skutečně namáhavá |
| 7 | PA | Jsem schopen velmi účinně vyřešit problémy svých klientů/pacientů |
| 8 | EE | Cítím „vyhoření“, vyčerpání ze své práce |
| 9 | PA | Mám pocit, že lidi při své práci pozitivně ovlivňují a naladují |
| 10 | DP | Od té doby, co vykonávám svou profesi, stal jsem se méně citlivým k lidem |
| 11 | DP | Mám strach, že výkon mé práce mne činí citově tvrdým |
| 12 | PA | Mám stále hodně energie |
| 13 | EE | Moje práce mi přináší pocity marnosti, neuspokojení |
| 14 | EE | Mám pocit, že plním své úkoly tak usilovně, že mne to vyčerpává |
| 15 | DP | Už mne dnes moc nezajímá, co se děje s mými klienty/pacienty |
| 16 | EE | Práce s lidmi mi přináší silný stres |
| 17 | PA | Dovedu u svých klientů/pacientů vyvolat uvolněnou atmosféru |
| 18 | PA | Cítím se svěží a povzbuzený, když pracuji se svými klienty/pacienty |
| 19 | PA | Za roky své práce jsem udělal/a hodně dobrého |
| 20 | EE | Mám pocit, že jsem na konci svých sil |
| 21 | PA | Citové problémy v práci řeším velmi klidně – vyrovnaně |
| 22 | DP | Cítím, že klienti/pacienti mi přičítají některé své problémy |

Tabulka 8. Orzechowska: Burnout u pracovníků JIP v Lodži.

sestry (n=53)

| ZASTOUPENÍ V % → DIMENZE ↓ | NÍZKÁ | STŘEDNÍ | VYSOKÁ |
|-------------------------------|-------|---------|--------|
| VYČERPÁNÍ | 17,0 | 34,0 | 49,0 |
| DEPERSONALIZACE | 9,4 | 26,2 | 64,2 |
| PRACOVNÍ USPOKOJENÍ | 17,0 | 17,0 | 66,0 |

lékaři (n=55)

| ZASTOUPENÍ V % → DIMENZE ↓ | NÍZKÁ | STŘEDNÍ | VYSOKÁ |
|-------------------------------|-------|---------|--------|
| VYČERPÁNÍ | 16,4 | 61,8 | 21,8 |
| DEPERSONALIZACE | 9,1 | 29,1 | 61,8 |
| PRACOVNÍ USPOKOJENÍ | 66,0 | 17,0 | 17,0 |

pracovníci s kratší praxí, zatímco jako protektivní se jeví věk nad 60 let a praxe delší než 30 let.*

*Poděkování: Na tomto místě chci poděkovat zejména všem pracovnícům a pracovníkům léčebny Horní Beřkovice, kteří se zúčastnili studie, vedení této léčebny za umožnění provést výzkum a svolení k publikaci jeho výsledků, kolegyni MUDr. Hind Mansour-Musové za sběr dat, Mgr. Jeleně Skibové z IKEM za statistické zpracování výsledků a recenzentům za cenné připomínky k textu.

Seznam použitých zkratk: **BDNF** – Brain-derived neurotrophic factor, **DP** – depersonalizace, **EE** – emoční exhausce, **JIP** – jednotka intenzivní péče, **MBI** – Maslach Burnout Inventory, **NZP** – nižší zdravotnický personál, **PA** – Personal accomplishment, **PTSD** – Post-traumatic stress disorder, **SZP** – střední zdravotnický personál.

Literatúra

- Freudenberger, H.J.:** Staff burn-out. *J. Soc. Issues*, 30, 1974, s.159-165.
- Maslach, C., Schaufeli, W.B., Leiter, M.P.:** Job burnout. *Annu Rev. Psychol.*, 2001, 52, s. 397-422.
- Maslach, C., Jackson, S.E.:** Maslach Burnout Inventory Manual. 2nd ed. Palo Alto: Consulting Psychologists Press, 1986.

4. **Lourel, M., Gueguen, N.:** A meta-analysis of job burnout using the MBI scale. *Encephale*, 33, 2007, č. 6, s. 947-953.
5. **Poghosyan, L., Aiken, L.H., Sloane, D.M.:** Factor structure of the Maslach burnout inventory: An analysis of data from large scale cross-sectional surveys of nurses from eight countries. *Int. J. Nurs. Stud.*, 2009, Apr. 9. Epub ahead of print.
6. **Wingefeld, K., Schulz, M., Damkroeger, A. et al.:** Elevated diurnal salivary cortisol in nurses is associated with burnout but not with vital exhaustion. *Psychoneuroendocrinology*, 2009, Mar. 23. Epub ahead of print.
7. **Onen Sertoz, O., Tolka Binbay, I., Koylu, E. et al.:** The role of BDNF and HPA axis in the neurobiology of burnout syndrome. *Prog. Neuropsychopharmacol. Biol. Psychiatry*, 32, 2008, č. 6, s. 1459-1465.
8. **Gershon, R.R., Lin, S., Li, X.:** Work stress in aging police officers. *J. Occup. Environ. Med.*, 44, 2002, č. 2, s. 160-167.
9. **Di Iorio, B., Cillo, N., Cucciniello, E., Bellizzi, V.:** Burnout in the dialysis unit. *J. Nephrol.*, 21, 2008, Suppl. 13, s. S158-S162.
10. **Damkröger, A., Heins, C. et al.:** Effort-reward imbalance and burnout among German nurses in medical compared with psychiatric hospital settings. *J. Psychiatr. Ment. Health Nurs.*, 16, 2009, č. 3, s. 225-233.
11. **Angermeyer, M.C., Bull, N., Bernet, S. et al.:** Burnout of caregivers: a comparison between partners of psychiatric patients and nurses. *Arch. Psychiatr. Nurs.*, 20, 2006, č. 4, s. 158-165.
12. **Pompili, M., Rinaldi, G., Lester, D. et al.:** Hopelessness and suicide risk emerge in psychiatric nurses suffering from burnout and using specific defense mechanisms. *Arch. Psychiatr. Nurs.*, 20, 2006, č. 3, s. 135-143.
13. **Kumar, S.:** Burnout in psychiatrists. *World Psychiatry*, 6, 2007, č. 3, s. 186-189.
14. **van der Heijden, F., Dilling, H., Bakker, A., Prins, J.:** Suicidal thoughts among medical residents with burnout. *Arch. Suicide Res.*, 12, 2008, č. 4, s. 344-346.
15. **Kumar, S., Hatcher, S., Huggard, P.:** Burnout in psychiatrists: an aetiological model. *Int. J. Psychiatry Med.*, 35, 2005, s. 405-416.
16. **Enzmann, D., Schaufeli, W.B., Janssen, P., Rozeman, A.:** Dimensionality and validity of the Burnout Measure. *JOOP*, 71, 1998, č. 4, s. 331-351.
17. **Holmqvist, R., Jeanneau, M.:** Burnout and psychiatric staff's feelings towards patients. *Psychiatry Res.*, 145, 2006, Dec 7, č. 2-3, s. 207-213.
18. **Kilfedder, C.J., Power, K.G., Wells, T.J.:** Burnout in psychiatric nursing. *J. Adv. Nurs.*, 34, 2001, č. 3, s. 383-396.
19. **Lederer, W., Kinzl, J.F., Traweger, C. et al.:** Fully developed burnout and burnout risk in intensive care personnel at a university hospital. *Anaesthes. Intensive Care*, 36, 2008, č. 2, s. 208-213.
20. **Argentero, P., Dell Olivo, B., Ferretti, M.S.:** Staff burnout and patients satisfaction with the quality of dialysis care. *Am. J. Kidney Dis.*, 51, 2008, č. 1, s. 80-92.
21. **Kumar, S., Fischer, J., Robinson, E. et al.:** Burnout and job satisfaction in New Zealand psychiatrists: a national study. *Int. J. Soc. Psychiatry*, 53, 2007, č. 4, s. 306-316.
22. **Galeazzi, G.M., Delmonte, S., Fakhoury, W., Priebe, S.:** Morale of mental health professionals in Community Mental Health Services of a Northern Italian Province. *Epidemiol. Psychiatr. Soc.*, 13, 2004, Jul-Sep., č. 3, s. 191-197.
22. **Dell'Osso, L., Carmassi, C., Del Debbio, A. et al.:** Brain-derived neurotrophic factor plasma levels in patients suffering from post-traumatic stress disorder. *Progr. Neuro. Psychopharmacol. Biol. Psychiatry*, 2009, May. doi:10.1016/j.pnpbp.2009.04.
23. **Peisah, C., Latif, E., Wilhelm, K., Williams, B.:** Secrets to psychological success: why older doctors might have lower psychological distress and burnout than younger doctors. *Aging Ment. Health*, 13, 2009, Mar., č. 2, s. 300-307.
24. **Bowers, L., Allan, T., Simpson, A. et al.:** Morale is high in acute inpatient psychiatry. *Soc. Psychiatry Psychiatr. Epidemiol.*, 44, 2009, č. 1, s. 39-46.
25. **Prins, J.T., Hoekstra-Weebers, J.E., van de Wiel, H.B. et al.:** Burnout among Dutch medical residents. *Int. J. Behav. Med.*, 14, 2007, č. 3, s.119-125.
26. **Jenkins, R., Elliott, P.:** Stressors, burnout and social support: nurses in acute mental health settings. *J. Adv. Nurs.*, 48, 2004, č. 6, s. 622-631.
27. **Deary, I.J., Agius, R.M., Sadler, A.:** Personality and stress in consultant psychiatrists. *Int. J. Soc. Psychiatry*, 42, 1996, č. 2, s. 112-123.
28. **Shimizutani, M., Odagiri, Y., Ohya, Y.:** Relationship of nurse burnout with personality characteristics and coping behaviors. *Ind. Health*, 46, 2008, Aug., č. 4, s. 326-335.
29. **Ogiska-Bulik, N.:** Occupational stress and its consequences in healthcare professionals: the role of type D personality. *Int. J. Occup. Med. Environ. Health*, 19, 2006, č. 2, s. 113-122.
30. **Richards, D.A., Bee, P., Barkham, M. et al.:** The prevalence of nursing staff stress on adult acute psychiatric inpatient wards. A systematic review. *Soc. Psychiatry Psychiatr. Epidemiol.*, 41, 2006, Jan., č. 1, s. 34-43.
31. **Orzechowska, A., Talarowska, M., Drozda, R. et al.:** The burnout syndrome among doctors and nurses. *Pol. Merkur. Lekarski*, 25, 2008, č. 15, s. 507-509.

Do redakcie došlo 12.10.2009.