

## Syndróm vyhorenia – analýza pilotnej štúdie u zdravotníckych pracovníkov

P. Nôtová, V. Páleníková

Slovenský ústav srdcových a cievnych chorôb, Pod Krásnou hôrkou 1, 833 48 Bratislava 37, Nemocnica s poliklinikou Petržalka, Bratislava, Slovensko

V poslednom období sa stále častejšie v odbornej, ale aj populárnej literatúre diskutuje o pojme „burnout“ – alebo syndróme vyhorenia. Tento pojem prvýkrát zaviedol roku 1975 H. Freudenberger. V Českej republike bolo v posledných rokoch publikovaných viacero prác na túto tému, na Slovensku sa tejto problematike venuje málo autorov, čo bolo podnetom na realizáciu tejto pilotnej štúdie.

„Burnout“ je stav telesného, citového a duševného vyčerpania spôsobeného dlhodobým existovaním v situáciách, ktoré sú emocionálne veľmi náročné. Najčastejšie sa vyskytuje pri profesiách, kde je častý chronický pracovný stres. Syndróm „burnout“ sa opisuje pri takzvaných pomáhajúcich profesiách a všade tam, kde sa pracuje s ľuďmi – sú to profesie lekárov, zdravotných sestier, učiteľov, sociálnych pracovníkov, psychoterapeutov. Neskôr k týmto profesiám pribudli ďalšie, a to advokáti, policajti a podobne.

Prejavy syndrómu „burnout“ možno pozorovať na troch úrovniach: psychickej (zvýšené emočné úsilie, iritabilita, negativizmus, depresivita, nižšia motivácia a nižšia efektivita), fyzickej (zvýšená únava, apatia, vegetatívne problémy, vyššie riziko závislostí, poruchy spánku) a sociálnej (zníženie sociability a empatie, nechť k profesii, častejší výskyt konfliktov).

V rámci diferenciálnej diagnostiky je dôležité rozlišovať medzi „burnout“ syndrómom a následkami chronického stresu, depresiou a únavou. Podobne ako pri strese aj tu sa uvažuje o typických fázach, ktoré na seba nadväzujú, a to: nadšenie, preťaženie, napádanie a proti všetkým. K rizikovým faktorom patrí pôsobenie chronického stresu, odolnosť sa odvíja od osobnostných charakteristík a významná úloha sa pripisuje sociálnej podpore ako dôležitému ochrannému vonkajšiemu faktoru.

### Súbor pacientov a použitá metóda

Cieľom našej štúdie bola detailnejšia analýza syndrómu „burnout“, pričom sme sa zamerali na analýzu faktorov, ako sú odbornosť, vek, funkcia, pohlavie, druh oddelenia. Analyzovali sme výsledky 389 respondentov, vek bol v rozpätí 18–64 rokov. Prevažnú časť tvorili ženy (n=323). Boli to pracovníci v zdravotníctve (57 % zdravotné sestry, 35 % lekári, 4 % nižší zdravotný personál, 3,4 % psychológovia a menej ako 1 % pracovníci THP) (tab. 1). Dotazníková akcia sa realizovala v období apríl 2000 až júl 2001 na rôznych klinikách

v Bratislave (sedem pracovišť, najvyššie zastúpenie predstavovali pracovníci NsP Petržalka).

Tabuľka 1: Charakteristika súboru

Počet	389
Muži	66
Ženy	323
Odbornosť – zdravotné sestry	57 %
lekári	34,6 %
nižší zdravotný personál	4,2 %
psychológovia	3,4 %
technicko-hospodárski pracovníci	0,8 %
Vzdelanie – VŠ	39 %
SŠ	58 %
NZP	3 %

### MBI - MASLACH BOURNOUT INVENTORY

(MASLACH A JACKSON 1986)

### 22 VÝROKOV - 7b LIKERTOVA STUPNICA

(0) NIKDY (6) KAŽDODENNE

EE (9) PA (8) DP (5)

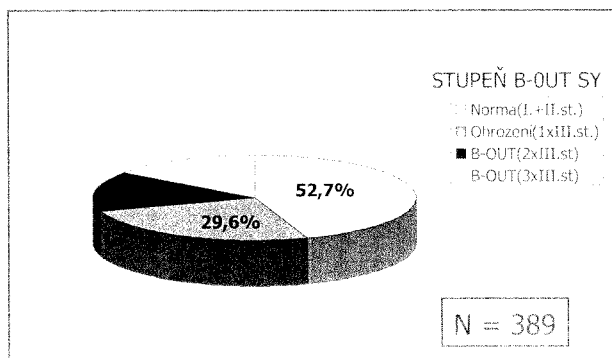
Obrázok 1. Charakteritika použitej metódy

Použili sme Maslach „burnout“ inventory (MBI), autorov Maslach a Jackson z roku 1986. Dotazník je 22-položkový a tvoria ho tri subškály. EE meria emocionálne napätie – vyčerpanie, PA sa týka zníženej kompetencie a slabšej efektivity, DP meria neosobnosť, negativizmus (obr. 1). Každá subškála sa hodnotí zvlášť, výsledné skóre je od I. do III.

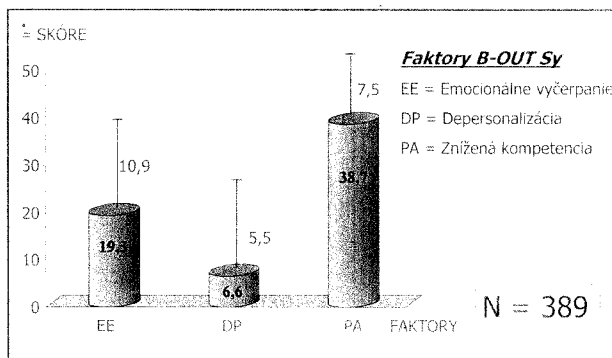
stupňa rizikovosti. Dotazník MBI sme analyzovali z kvantitatívneho aj kvalitatívneho hľadiska. Za normu sme považovali výsledné skóre v prvom a druhom stupni, za ohrozenie sme považovali skórovanie aspoň raz v treťom stupni a za „definitívne vyhorených“ sme považovali tých, ktorí 2–3-krát skórovali v treťom stupni.

## Výsledky a závery

Globálna analýza dotazníka MBI ukázala, že až 17,7% respondentov má syndróm vyhorenia a 29,5% je ohrozených (obr. 2). Priemerné hodnoty sa výrazne nelíšili od hodnôt publikovaných Maslachovou, aj výsledky kvalitatívnej analýzy sú porovnateľné s publikovanými zisteniami kolegov. Najvyššie priemerné skóre dosiahli respondenti vo faktore PA a EE. Keď sme analyzovali percento „burnout“ osôb, najviac bolo vyhorených vo faktore EE (25%), potom nasledovali PA a DP. Najvyššie priemerné hodnoty dosiahli respondenti vo faktore PA a EE (obr. 3).



Obrázok 2. Výsledky globálnej analýzy dotazníka MBI



Obrázok 3. Výsledky globálnej analýzy dotazníka MBI-faktory

Faktory	M	Ž	p	
EE	↑		p < 0,01	xx
PA			NS	
DP	↑		p < 0,001	xxx
Počet B-OUT	23,1 %	16,4 %		

Obrázok 4. Pohlavné rozdiely vo výskyte „burnout“ syndrómu

- Norma (52%), Ohrození (30%), B-OUT (18%)
- Rovnaké zastúpenie B-OUT v EE (25%), PA (21%), DP (23%)
- Najvyššie zastúpenie ZS (57%) v súbore
- L a ZS - NS rozdiel v B-OUT (globálne, faktory)
- Odbornosť-najviac B-OUT NZP (25%), Psych, ZS, L
- Vek - najviac B-OUT v 1. (25,3%), 2. (17%), 3. (12,3%)

Obrázok 5. Závery I

- Vek - signif. rozdiely 1. vs 2. (PA)  
1. vs 3. (EE, PA, DP)  
2. vs 3. (DP)
- Funkcia - NS (vedúci - ↓ % B-OUT)
- Pohlavie - M častejšie B-OUT (23,1% vs 16,4%)
- M - Ž (signif.rozdiely) v EE, DP
- Nelogické rozdiely pri porovnaní výskytu B-OUT podľa oddelení

Obrázok 6. Závery II

- vyvážený životný štýl (spánok, odpočinok, pohyb)
- dodržiavanie zásad duševnej hygieny
- udržanie vzdialenosti (hraníc)
- zvládanie stresu
- komunikácia (asertivita, konflikty, emócie)
- workoholizmus

Obrázok 7. Možnosti prevencie a intervencie z hľadiska osôb ohrozených syndrómom „burnout“

- zmena pracovných podmienok (kultivácia)
- oslobodenie od administratívy
- organizácia práce a času
- edukácia, cirkulácia, dočasné zmeny pozície
- flexibilita
- supervízia (vzdelávanie, kontrola)

Obrázok 8. Možnosti prevencie a intervencie na pracovisku

- plánovanie (jasné ciele)
- oceňovanie (odmeny, motivácia)
- spätná väzba (bilancovanie, informovanosť)
- kompetencie (iniciatíva, postup)

Obrázok 9. Možnosti prevencie a intervencie na pracovisku

Nezistili sme signifikantné rozdiely pri porovnávaní skupín lekári versus zdravotné sestry (ani globálne, ani v rámci jednotlivých faktorov syndrómu „burnout“). Analýza odbornosti ukázala, že najvyššie percento vyhorených osôb je v skupine nižšieho zdravotného personálu (25%). Pri hodnotení vekových skupín sme hodnotili respondentov vo veku 18–25 rokov, druhá skupina mala 26–35 rokov a tretia vyše 36 rokov. Najvyšší výskyt vyhorených osôb bol v najmladšej vekovej skupine (25,3%), ukázali sa štatisticky významné rozdiely pri porovnaní prvej vekovej skupiny s druhou a prvej s treťou. Nesignifikantné rozdiely sme zistili pri porovnávaní hodnôt „burnout“ medzi pracovníkmi pracujúcimi vo funkcii a tých, čo nie sú vo funkcii. Pohlavné rozdiely poukazujú na vyššie hodnoty „burnout“ v skupine mužov v porovnaní so ženami, predovšetkým vo faktoroch EE a DP (obr. 4).

Pri analýze rozdielov medzi jednotlivými oddeleniami sme dospeli k rôznorodým výsledkom, na ktorých sa zúčastňuje pravdepodobne množstvo externých faktorov.

Celkové výsledky sú zhrnuté na nasledujúcich obrázkoch 5 a 6. Metóda MBI sa ukázala použiteľná v našich podmienkach. Problematika „burnout“ syndrómu je vysokoaktuálna v našej populácii, predovšetkým u zdravotníckych pracovníkov a je potrebné okrem kvalitnej diagnostiky hľadať cesty k prevencii a intervencii tohto nesporne závažného problému. Niektoré z možností sú znázornené na obrázkoch 7, 8 a 9.

*Do redakcie došlo 15.9.2003.*