

VÝSKYT SYNDRÓMU VYHORENIA U LEKÁROV NA PSYCHIATRICKÝCH ODDELENIACH A V AMBULANCIÁCH NA SLOVENSKU

původní práce

Eva Morovicsová¹
Lenka Kostovičová²

¹Psychiatrická klinika LF UK a UNB –
Staré Mesto, Bratislava, Slovenská
republika

²Ústav experimentálnej
psychológie, Centrum
spoločenských a psychologických
vied, Slovenská akadémia vied,
Bratislava, Slovenská republika

Kontaktní adresa:

doc. PhDr. Eva Morovicsová, PhD.,
MPH
Psychiatrická klinika LF UK a UNB –
Staré Mesto
Mickiewiczova 13
813 69 Bratislava
Slovenská republika
e-mail: eva.morovicsova@fmed.
uniba.sk

Výbor Slovenskej psychiatrickej
spoločnosti Slovenskej lekárskej
spoločnosti schválil podporu tohto
výskumu ako nefinančného grantu
SPsS SLS.

SÚHRN

**Morovicsová E, Kostovičová L. Výskyt
syndrómu vyhorenia u lekárov na psy-
chiatrických oddeleniach a v ambulanc-
ciách na Slovensku**

Cieľ: Psychiatri predstavujú z hľadiska
výskytu syndrómu vyhorenia mimo-
riadne rizikóvu skupinu. V roku 2017
sme na Slovensku realizovali výskum,
ktorý monitoroval syndróm vyhorenia
u lekárov na psychiatrických klinikách.
V snahe získať komplexnejší obraz o pro-
blematike sme začiatkom roka 2018 vy-
konali nadväzujúci výskum u lekárov
na ostatných psychiatrických pracovis-
kách na Slovensku.

Materiál a metóda: Použili sme do-
tazník Maslach Burnout Inventory a Do-
tazník pracovného stresu a vyhorenia.
Lekárov sme oslovili prostredníctvom
databázy členov Slovenskej psychiatric-
kej spoločnosti a zber dát prebehol on-
line. Do výskumu sa zapojilo 100 lekárov
z psychiatrických pracovísk Slovenska.
Zisťovali sme stupeň emocionálneho vy-
čerpania, depersonalizácie a osobného
uspokojenia a príznaky vyhorenia. Záro-
veň nás zaujímali individuálne rozdiely
v jednotlivých subškálach.

Výsledky: Polovica zúčastnených
psychiatrov trpela vysokým emocionál-
nym vyčerpaním, tri desatiny vykazo-
vali vysokú úroveň depersonalizácie
a pätina pocítovala nízku úroveň osob-
ného uspokojenia. U 56 zúčastnených
sme našli aspoň jeden z troch kritických

SUMMARY

**Morovicsová E, Kostovičová L. Preva-
lence of the burnout syndrome among
physicians at psychiatric departments
and ambulances in Slovakia**

Aim: Psychiatrists are an exceptionally
risky group in terms of the burnout syn-
drome. In 2017, we conducted a research
in Slovakia that monitored burnout in
physicians at psychiatric clinics. In the
beginning of 2018 we conducted a sur-
vey with physicians at the other psychi-
atric workplaces in Slovakia, to get a more
comprehensive picture of the issue.

Material and method: We used the
Maslach Burnout Inventory and the
Questionnaire for identification of work-
related stress and burnout. We contacted
the physicians through the Slovak Psychi-
atric Society database, and collected data
online. One hundred physicians from the
Slovak psychiatric workplaces partici-
pated in our research. We measured their
emotional exhaustion, depersonalization
and personal accomplishment, burnout
symptoms, and various individual differ-
ences.

Results: Half of the participants suf-
fered from high emotional exhaustion,
thirty percent showed a high level of dep-
ersonalization, and a fifth felt a low level
of personal accomplishment. We found
at least one of the three critical burnout
symptoms in 56 participants. Ten partici-
pants showed critical values in all dimen-
sions. We identified differences in terms

príznakov syndrómu vyhorenia. Desiati participanti vykazovali kritické hodnoty všetkých dimenzií súčasne, a devätnásť boli na opačnom konci spektra. Identifikovali sme rozdiely z hľadiska regiónu a typu pracoviska, nie však podľa rodu, veku, praxe a vykonávania ústavnej pohotovostnej služby.

Záver: Keďže sme zistili prítomnosť aspoň jedného z príznakov vyhorenia u väčšiny psychiatrov, situácia si vyžaduje adresnejšie využívanie preventívnych opatrení v klinickej praxi.

Kľúčové slová: syndróm vyhorenia, psychiatri, Slovensko, individuálne rozdiely, prevencia.

of region and type of workplace, yet not by gender, age, practice, and emergency service duties.

Conclusion: Our findings call for more efficient and tailored prevention in clinical practice.

Key words: burnout, psychiatrists, Slovakia, individual differences, prevention.

ÚVOD

Syndróm vyhorenia je veľmi negatívny jav v živote človeka. Ide o prežívanie telesného, citového a duševného vyčerpania v dôsledku dlhodobého vystavenia emocionálne náročným situáciám¹ a chronickým interpersonálnym stresorom.² Vzniká kombináciou subjektívnych a objektívnych príčin. Na jeho rozvoji sa podieľajú aj osobnostné a kognitívne charakteristiky, pracovné prostredie, charakter práce a pracovné podmienky.^{3,4} Pribeh syndrómu vyhorenia pozostáva z viacerých fáz. Po období *prvotného nadšenia*, s ktorým jedinec vstupuje do praxe, nastupuje fáza *stagnácie*, kde často prevažujú nepriaznivé a demotivujúce faktory. Ak sa situácia nerieši, dostaví sa fáza *frustrácie*. V jej popredí je prežívanie emocionálneho a fyzického vyčerpania. Vo fáze *apatie* osoba vykonáva iba nevyhnutné pracovné činnosti a uzatvára sa do seba. V prístupe k okoliu sa prejavuje dehumanizácia, ako istá obrana pred vyhorením. Pokiaľ sa ani v tejto fáze nezmoobilizuje a nevyhľadá pomoc, rozvinie sa fáza *vlastného vyhorenia*, ktorá sa prejaví v telesnej, psychickej a sociálnej oblasti.^{5,6} *Psychické vyčerpanie* sa vyznačuje zmenou v emóciách a psychických funkciách. Na úrovni *sociálnych vzťahov* dochádza k útlmu sociability a k obmedzeniu kontaktov. *Telesné príznaky* sa prejavujú výrazným poklesom energie, chronickou únavou, vyčerpanosťou, ale aj náchylnosťou k chorobám a prejavom samoliečby formou užívania liekov a alkoholu a ďalšími.³ Popri klasickom rozdelení prejavov vyhorenia na emocionálne vyčerpanie, depersonalizáciu (alebo cynizmus) a absenciu osobného uspokojenia (alebo neefektívnosť)^{2,7,8} poznáme aj iné koncepcie. Príkladmi sú vyhorenie ako kombinácia afektívneho, kognitívneho a fyzického vyčerpania a pracovnej disangažovanosti,⁹ či kombinácia psychickej únavy a fyzického vyčerpania, keď depersonalizácia je copingovou stratégiou a osobná nespokojnosť dôsledkom vyhorenia.¹⁰ Výskumy opakovane preukázali, že emocionálne vyčerpanie ako prejav burnoutu je silno späté s depresiou.¹¹

Psychiatri a syndróm vyhorenia

Z pomáhajúcich profesií sú najviac rizikovou skupinou lekári, sestry a iní zdravotnícki pracovníci.^{12–14} Ide o profesie charakteristické vysokou mierou zodpovednosti, intenzívnym pracovným nasadením v kombinácii s nedostatočným uznaním, kde prevažuje „výdaj nad príjmom“. K výskytu vyhorenia u zdravotníkov prispieva bezprostredný kontakt s pacientmi a pôsobenie rozličných stresorov, ktoré spravidla nie je možné eliminovať. Spôsob vyrovnávania sa so stresom a záťažou závisí od osobnostných predispozícií, skúseností, kompetencií a postojov lekára.^{15,16} Pri dlhodobom pôsobení nepriaznivých faktorov a absencii sociálnej podpory často dochádza k zhoršeniu vzťahu k vlastnému povolaniu a následne k rozvoju syndrómu vyhorenia. Ten negatívne ovplyvňuje kvalitu poskytovanej zdravotnej starostlivosti¹⁷ a vedie k zníženej koncentrácii, zlému časovému manažmentu, zníženej produktivite, zhoršenej kooperácii, problémom s porozumením nových procedúr, iritabilite, agresivite a častejším chybám.^{18,19} Dôsledky sa netýkajú len zamestnávajúcej inštitúcie, pacientov a podporných osôb, prípadne tiež študentov, ale aj súkromného života lekárov.

Psychiatri tvoria v rámci lekárskej profesie špecifickú skupinu, s obzvlášť zvýšenou mierou výskytu vyhorenia.^{2,13,20–23} Dôvodmi sú, okrem iného, málo možností konzultácie, nižšia miera supervízie, intenzívny interpersonálny kontakt s pacientmi, komunikačne nároční pacienti a ich príbuzní, zvládanie akútnych prípadov a ďalšie.^{23–25} V rámci empirických štúdií psychiatri napríklad dosiahli vyššiu mieru depersonalizácie²⁶ a emocionálneho vyčerpania a uvádzali častejší výskyt problémov so spánkom a suicidálne myšlienky než všeobecní lekári.²⁵ Na druhej strane majú psychiatri viac vedomostí o duševnom zdraví a jeho prevencii, o zvládaní vypätých a stresových situácií,¹² čo im môže pomôcť predchádzať vyhoreniu.

Vyhorenie z hľadiska individuálnych rozdielov

Syndrómom vyhorenia môže trpieť každý z nás, no v rámci výskytu jeho symptómov existujú individuálne rozdiely. Viac ohrozenými sú ľudia, ktorí sú súťaživí, inklinujú k perfekcionizmu, horšie zvládajú záťaž; no aj tí, ktorí pociťujú intenzívnu potrebu neustále pomáhať iným.⁴ Vyhorením viac trpia ľudia s vyššou mierou neurotizmu, nižšou mierou prívetivosti a menšou emocionálnou stabilitou.^{27,28}

Výskumy, zaoberajúce sa individuálnymi rozdielmi vo výskyte vyhorenia u lekárov a psychiatrov, priniesli dosiaľ skôr nejednoznačné zistenia. Napríklad, zatiaľ čo niektoré štúdie identifikovali vyššiu mieru symptómov vyhorenia u žien,^{21,28} iné rozdiely nenašli,^{24,25} prípadne dospeli k protichodným výsledkom.^{30,31} Pre prehľad zistení týkajúcich sa rodu, veku a dĺžky praxe odporúčame našu predchádzajúcu štúdiu.³² Viacerí autori medzi kľúčové faktory, ktoré podmieňujú rozvoj vyhorenia u lekárov, zaraďujú prácu na zmeny a služby na pohotovosti.^{30,33}

Ciel výskumu

Keďže syndróm vyhorenia u psychiatrov je u nás málo prebádanou témou, našim prvotným zámerom bolo preskúmať prejavy vyhorenia v psychiatrickej profesii na Slovensku. Preto sme v nadväznosti na predošlý výskum,³² ktorý monitoroval výskyt syndrómu vyhorenia u lekárov na psychiatrických klinikách, realizovali výskum u psychiatrov pôsobiacich na ostatných psychiatrických pracoviskách (oddeleniach a ambulanciách). Okrem všeobecných výsledkov nás, podobne ako v predchádzajúcej štúdiu, zaujímali aj individuálne rozdiely vo vzťahu k veku, dĺžke praxe, rodu a vykonávaniu ústavnej pohotovostnej služby. Zamerali sme sa však aj na ďalšie premenné: typ pracoviska a región, v rámci ktorého lekári vykonávajú svoju profesiu.

Keďže zistenia predošlých štúdií boli nejednoznačné, formulovali sme niekoľko výskumných otázok a jeden predpoklad:

(O1) Aká je miera výskytu jednotlivých kategórií symptómov syndrómu vyhorenia u lekárov na psychiatrických oddeleniach a v ambulanciách na Slovensku?

Je u lekárov na psychiatrických oddeleniach a v ambulanciách na Slovensku rozdiel v miere symptómov syndrómu vyhorenia z hľadiska (O2) rodu, (O3) veku, (O4) dĺžky praxe, (O5) typu pracoviska a (O6) regiónu?

(H1) U lekárov na psychiatrických oddeleniach a v ambulanciách na Slovensku, ktorí vykonávajú ústavnú pohotovostnú službu, je vyššia miera symptómov syndrómu vyhorenia v porovnaní s tými, ktorí ústavnú pohotovostnú službu nevykonávajú.

MATERIÁL A METÓDA

Výskumný súbor

Lekárov sme oslovili elektronicky prostredníctvom databázy členov Slovenskej psychiatrickej spoločnosti na základe schválenia našej žiadosti Výborom Slovenskej psychiatrickej spoločnosti Slovenskej lekárskej spoločnosti. V rámci informácií o štúdiu sme špecifikovali, že ide o výzvu pre lekárov, ktorí neparticipovali v prvej fáze výskumu. Zber dát prebiehal počas šiestich týždňov v mesiacoch február a marec 2018, na báze anonymnosti a dobrovoľnosti. Návratnosť on-line dotazníkov predstavovala 23,6%.

Do výskumu sa zapojilo 100 psychiatrov pôsobiacich na psychiatrických oddeleniach a v ambulanciách na Slovensku. Išlo o 23 mužov a 77 žien, vo veku 27 až 83 rokov ($M = 49,8$; $SD = 12,8$), s dĺžkou praxe 1 až 49 rokov ($M = 23,8$; $SD = 12,2$). Ústavnú pohotovostnú službu (ďalej len ÚPS) vykonávalo 38 zúčastnených (29 žien a 9 mužov). Dvaja lekári uviedli, že pôsobia v stacionári, 39 na oddelení a 59 v rámci ambulancie. Zastúpenie psychiatrov podľa krajov bolo nasledovné: banskobystrický 16, bratislavský 32, košický 20, nitriansky 10, prešovský 7, trenciansky 6, trnavský 2 a žilinský 7 psychiatrov. Vzhľadom na nízke zastúpenie niektorých krajov sme vytvorili štyri štandardné regióny: Bratislava ($n = 32$), západné Slovensko ($n = 18$), stredné Slovensko ($n = 23$) a východné Slovensko ($n = 27$).

Metodika

Na získanie relevantných informácií o sledovaných javoch sme použili rovnaké výskumné metódy: štandardizovaný dotazník Maslach Burnout Inventory⁸ (MBI) a Dotazník pracovného stresu a vyhorenia³⁴ (DPSV). Po uvedení základných údajov: rod, vek, dĺžka praxe, vykonávanie ÚPS, typ pracoviska a kraj, účastníci vyplnili dva dotazníky. Dotazník MBI pozostáva z 22 položiek. Ide o celosvetovo používaný nástroj na zisťovanie troch hlavných aspektov vyhorenia: emocionálne vyčerpanie (*Emotional Exhaustion* – EE, 9 položiek), depersonalizácia (*Depersonalization* – DP, 5 položiek) a osobné uspokojenie (*Personal Accomplishment* – PA, 8 položiek). Príkladmi troch kategórií položiek sú: „Mám pocit, že plním svoje úlohy tak usilovne, že ma to vyčerpáva“ (EE), „Od tej doby, čo vykonávam svoju profesiu, stal/a som sa menej citlivý/á k ľuďom“ (DP) a „Mám pocit, že ľudí pri svojej práci pozitívne ovplyvňujem a naladujem“ (PA). K výrokom dotazníka MBI sa účastníci vyjadrovali na 8-bodovej škále, pričom 0 znamenalo „vôbec nie“ a 7 „veľmi silne“. Pre jednotlivé dimenzie sú stanovené nasledujúce normy: nízky stupeň EE predstavujú hodnoty 0–16, mierny stupeň EE 17–26 a vysoký stupeň EE 27 a viac bodov. Nízka miera DP sa spája s hodnotami 0–6, mierna DP je v rozpätí 7–12 bodov a vysoký stupeň DP 13 a viac bodov. A napokon, nízku úroveň PA predstavujú hodnoty 0–31, mierny stupeň PA rozpätie bodov 32–38 a vysoký stupeň PA 39 a viac bodov. Subškály vykazovali vysokú úroveň vnútornej konzistencie, EE: $\alpha = 0,93$; DP: $\alpha = 0,80$; PA: $\alpha = 0,83$.

Dotazník pracovného stresu a vyhorenia pozostáva z 24 položiek, ktoré monitorovali štyri dimenzie, pričom každú vystihuje šesť položiek. Ide o subškály, ktoré sa vzťahujú k príznakom vyhorenia v telesnej (TR), psychickej (PR), emocionálnej (ER) a sociálnej (SR) rovine. Príklady jednotlivých kategórií položiek sú nasledovné: „Prípádám si fyzicky vyčerpaný/á“ (TR), „Pochybujem o svojich profesionálnych schopnostiach“ (PR), „Prežívam strach“ (ER) a „Svoju prácu obmedzujem len na jej mechanické vykonávanie“ (SR). Frekvenciu výskytu jednotlivých javov

vyjadrovali účastníci na 5-bodovej škále, pričom 0 znamenalo „nikdy“ a 4 „vždy“. V každej dimenzii je možné dosiahnuť 0–24 bodov a celkové skóre sa pohybuje od 0 do 96 bodov. Aj v prípade druhého dotazníka boli hodnoty vnútornej konzistencie dostatočne vysoké, TR: $\alpha = 0,80$; PR: $\alpha = 0,75$; ER: $\alpha = 0,87$; SR: $\alpha = 0,80$.

VÝSLEDKY

V úvodnej fáze analýzy sme skúmali vzťahy medzi individuálnymi premennými. Zistili sme významné a stredne veľké rozdiely vo veku a dĺžke praxe podľa rodu, pôsobenia v ÚPS a typu pracoviska. Psychiatri boli starší ($M = 55,7$; $SD = 13,9$ vs $M = 48,0$; $SD = 12,0$), $t(98) = 2,60$; $p = 0,031$; $d = 0,59$ a s dlhšou dobou praxe v odbore ($M = 29,4$; $SD = 12,7$ vs $M = 22,1$; $SD = 11,6$) než psychiatričky, $t(98) = 2,60$; $p = 0,011$; $d = 0,62$. Psychiatri, ktorí vykonávali ÚPS, boli mladší ($Mdn = 42$; $IQR = 19$ vs $Mdn = 51$; $IQR = 18$), $M-W U = 637,5$; $p < 0,001$; $r_m = 0,39$ a uviedli kratšiu dobu praxe v odbore ($Mdn = 15,5$; $IQR = 17$ vs $Mdn = 26$; $IQR = 17,25$), $M-W U = 620,5$; $p < 0,001$; $r_m = 0,40$ ako lekári, ktorí nevykonávali ÚPS. Ďalej, psychiatri na oddeleniach uviedli nižší vek ($Mdn = 45$; $IQR = 21$ vs $Mdn = 51$; $IQR = 20$), $M-W U = 660,0$; $p < 0,001$; $r_m = 0,36$ a kratšiu dobu praxe v odbore ($Mdn = 19$; $IQR = 17$ vs $Mdn = 26$; $IQR = 18$), $M-W U = 658,0$; $p < 0,001$; $r_m = 0,36$ ako psychiatri v ambulanciách. Napokon, medzi psychiatrami na oddeleniach bol významne vyšší podiel tých, ktorí pôsobili v ÚPS (82,1%, $n = 32$), ako medzi ambulantnými psychiatrami (10,2%, $n = 6$), $\chi^2(1) = 51,1$; $p < 0,001$; $\phi = 0,72$, pričom išlo o veľký rozdiel.

Symptómy syndrómu vyhorenia

Výsledky celého súboru v rámci troch dimenzií dotazníka MBI uvádzame v tab. 1. Zhruba polovica zúčastnených psychiatrov a psychiatričiek trpela vysokým emocionálnym vyčerpaním, tri desatiny vykazovali vysokú úroveň depersonalizácie a približne pätina pociťovala nízku úroveň osobného uspokojenia. U 56 zúčastnených sme našli aspoň jeden z troch kritických príznakov: nízku úroveň osobného uspokojenia, vysokú mieru depersonalizácie alebo vysokú úroveň emocionálneho vyčerpania. Desiatich účastníkov vykazovali kritické hodnoty všetkých dimenzií súčasne. Devätnásť zúčastnených bolo na opačnom konci spektra: vyjadrili nízke úrovne emocionálneho vyčerpania a depersonalizácie, a súčasne vysokú mieru osobného uspokojenia.

Tab. 1. Výsledky dotazníka MBI v jednotlivých dimenziách symptómov vyhorenia

	Nízka úroveň	Stredná úroveň	Vysoká úroveň
Emocionálne vyčerpanie	30	19	51
Depersonalizácia	45	26	29
Osobné uspokojenie	22	35	43

Pozn.: Číselné údaje vyjadrujú početnosti a percentuálne podiely zároveň, keďže $N = 100$.

V rámci možného rozmedzia 0–24 bodov dosiahli účastníci v štyroch subškálach dotazníka DPSV nasledujúce hodnoty: v rovine telesných príznakov (TR) 1–18, ($Mdn = 8$; $IQR = 5$); v rovine psychických príznakov (PR) 1–22, ($M = 7,3$; $SD = 3,7$); v rovine emocionálnych príznakov (ER) 0–24 ($M = 8,9$; $SD = 4,3$) a v rovine sociálnych príznakov (SR) 0–20 ($M = 6,9$; $SD = 3,8$). Najviac zastúpenými príznakmi v TR boli pocit fyzického „vyžmýkania“ a prežívanie napätia; v PR účastníci uvádzali ťažkosti so sústredením a pochybnosti o svojich profesionálnych schopnostiach; v ER išlo o neschopnosť tešiť sa z práce, prežívanie vnútorného nepokoja a nedostatku ocenenia či uznania; a napokon v SR boli najviac zastúpené nechúť pomáhať problémovým pacientom a vyhýbanie sa účasti na ďalšom vzdelávaní. Celkové skóre sa pohybovalo medzi 2 a 83 bodmi ($M = 31,7$; $SD = 14,1$).

Všetky indikátory vyhorenia (EE, DP, PA, TR, PR, ER, SR) spolu významne súviseli ($p < 0,001$). S výnimkou osobného uspokojenia išlo o pozitívne vzťahy, a všetky boli stredne silné až veľmi silné ($0,40 < r / r_s < 0,81$). Najsilnejšie väzby sme našli medzi príznakmi v emocionálnej rovine a ďalšími tromi indikátormi: príznakmi v psychickej rovine ($r = 0,81$), príznakmi v telesnej rovine ($r_s = 0,80$) a emocionálnym vyčerpaním ($r = 0,79$), a tiež medzi príznakmi v sociálnej a psychickej rovine ($r = 0,79$).

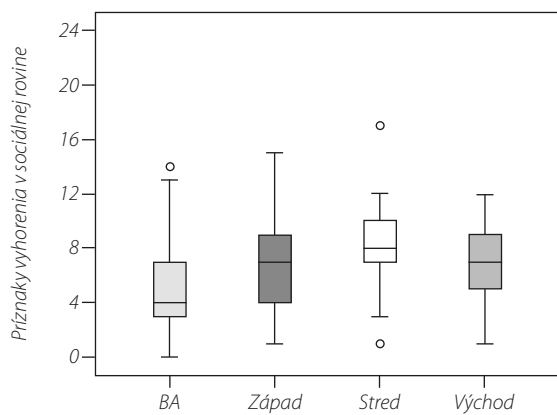
Individuálne rozdiely

Nezistili sme štatisticky významné rozdiely podľa rodu, tj. muži a ženy sa nelíšili v žiadnej subškále MBI a DPSV, ani v celkovom skóre DPSV ($p > 0,05$). Z hľadiska vecnej významnosti ženy vykazovali mierne vyššiu úroveň príznakov v emocionálnej rovine ($M = 9,1$; $SD = 4,5$) než muži ($M = 8,1$; $SD = 3,7$), išlo však len o malý rozdiel, $t(98) = 1,01$; $p = 0,316$; $d = 0,24$.

Rovnako sme nenašli štatisticky významné rozdiely podľa veku, tj. mladší (27 až 47 rokov, $n = 48$) a starší (48 až 83 rokov, $n = 52$) účastníci sa nelíšili v žiadnej subškále MBI a DPSV, ani v celkovom skóre DPSV ($p > 0,05$). Z hľadiska vecnej významnosti starší účastníci ($Mdn = 38,5$; $IQR = 11$) vykazovali mierne vyššiu úroveň osobného uspokojenia ako mladší ($Mdn = 36$; $IQR = 11$), no rozdiel bol malý, $M-W U = 1013,0$; $p = 0,105$; $r_m = 0,16$.

Obdobné výsledky sa týkali porovnania podľa dĺžky praxe: medzi psychiatrami s kratšou dobou praxe v odbore (prax 1–22 rokov, $n = 50$) a psychiatrami s dlhšou dobou praxe (prax 23–49 rokov, $n = 50$) sme nenašli štatisticky významné rozdiely v žiadnej subškále MBI a DPSV, ani v celkovom skóre DPSV ($p > 0,05$). Podobne ako pri veku, z hľadiska vecnej významnosti psychiatri s dlhšou dobou praxe ($Mdn = 38,5$; $IQR = 11,0$) vykazovali mierne vyššiu úroveň osobného uspokojenia ako psychiatri s kratšou dobou praxe ($Mdn = 36,0$; $IQR = 11,0$), išlo však len o malý rozdiel, $M-W U = 1056,5$; $p = 0,182$; $r_m = 0,13$.

Ďalej sme porovnávali psychiatrov a psychiatričky, ktorí/é vykonávajú ÚPS ($n = 38$), a tých/tie, ktorí ju nevykonávajú ($n = 62$). Opäť sme nezistili štatisticky významné rozdiely. Z hľadiska vecnej významnosti skupina psychiatrov, ktorá nevykonáva ÚPS ($Mdn = 39,5$; $IQR = 10,3$), vykazovala mierne vyššiu úroveň osobného uspokojenia ako skupina, ktorá ÚPS vykonáva ($Mdn = 34,5$; $IQR = 8,0$),



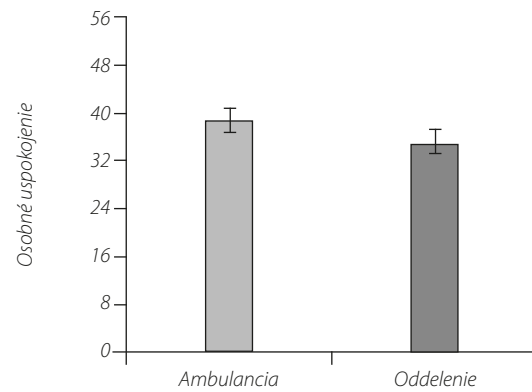
Graf 1. Porovnanie príznakov vyhorenia v sociálnej rovine podľa regiónu

Pozn.: BA – Bratislava, Západ – západné Slovensko, Stred – stredné Slovensko, Východ – východné Slovensko.

a rozdiel bol marginálne signifikantný, $M-W U = 913,5$; $p = 0,060$; $r_m = 0,19$.

Z hľadiska regiónu sme našli jeden štatisticky signifikantný a stredne vecne významný rozdiel, a to v úrovni príznakov syndrómu vyhorenia v sociálnej rovine (SR), $H(3) = 10,27$; $p = 0,016$; $\eta^2 = 0,10$. Distribúcie hodnôt účastníkov podľa štyroch regiónov približuje graf 1. Pri použití párových porovnaní sme našli dva štatisticky významné, stredne veľké rozdiely: účastníci pôsobiaci v Bratislave (BA; $Mdn = 4,0$; $IQR = 4,0$) vykazovali signifikantne nižšiu úroveň príznakov v SR ako účastníci pôsobiaci na strednom Slovensku ($Mdn = 8,0$; $IQR = 3,0$), $M-W U = 193,0$; $p = 0,004$; $r_m = 0,39$, a aj na východnom Slovensku ($Mdn = 7,0$; $IQR = 4,0$), $M-W U = 271,5$; $p = 0,021$; $r_m = 0,30$. Taktiež boli prítomné aj dva ďalšie rozdiely malej vecnej významnosti: účastníci pôsobiaci v Bratislave vykazovali mierne nižšiu úroveň príznakov v SR ako účastníci pôsobiaci na západnom Slovensku ($Mdn = 7,0$; $IQR = 5,3$), $M-W U = 204,5$; $p = 0,121$; $r_m = 0,22$, a účastníci pôsobiaci na západnom Slovensku vykazovali mierne nižšiu úroveň príznakov v SR ako účastníci pôsobiaci na strednom Slovensku, $M-W U = 157,5$; $p = 0,190$; $r_m = 0,21$.

Na záver sme ešte porovnali psychiatrov a psychiatricky podľa typu pracoviska. Medzi psychiatrami na oddeleniach a v ambulanciách sme našli jeden štatisticky významný rozdiel, a to v úrovni osobného uspokojenia. Z grafu 2 je zrejmé, že ambulanti psychiatri ($M = 38,8$; $SD = 7,8$) vykazovali výrazne vyššiu úroveň osobného uspokojenia ako psychiatri pôsobiaci na oddeleniach ($M = 34,7$; $SD = 8,5$), pričom išlo o stredne veľký rozdiel, $t(96) = 2,46$; $p = 0,016$; $d = 0,51$. Z údajov v tab. 2 vyplýva, že psychiatri, ktorí



Graf 2. Porovnanie úrovne osobného uspokojenia podľa typu pracoviska

pracujú v ambulanciách, v porovnaní s psychiatrami na oddeleniach sa vecne významne líšili aj vo všetkých subškálach dotazníka DPSV, a tiež v rámci celkového súčtu. Psychiatri v ambulanciách vykazovali nižšiu mieru všetkých typov príznakov syndrómu vyhorenia a aj nižšie celkové skóre než psychiatri na oddeleniach, pričom išlo o malé rozdiely.

DISKUSIA

Skúmanie syndrómu vyhorenia v medicínskom kontexte je vysoko spoločensky relevantné, pretože u lekárov so zvýšenou úrovňou burnoutu je dvojnásobné riziko dopustenia sa omylu pri výkone profesie v priebehu najbližších troch mesiacov.²⁹ U psychiatrov vedie vyhorenie k zmenám v komunikačnom štýle, vyhýbavému správaniu, otupenosti, emocionálnej nestabilite, iritabilite a ďalším prejavom, ktoré majú negatívny dopad na prax lekára a na jeho pacientov.^{17-19,35} Napriek tomu však téma nie je zatiaľ dostatočne preskúmaná a stále chýbajú overené riešenia, čo sa týka primárnej a sekundárnej prevencie.

Výsledky výskumu, ktorý monitoroval výskyt syndrómu vyhorenia u psychiatrov na slovenských psychiatrických klinikách, publikovali autorky Morovicsová, Krajčovičová a Kostovičová v roku 2017. Predchádzajúce štúdie boli zamerané na sledovanie syndrómu vyhorenia u zdravotníckych pracovníkov, kde boli zaradené okrem kategórie lekár aj sestry, laboranti, ošetrovatelia a sanitári.³⁶ Vo vzťahu k lekárskej profesii šlo o práce parciálneho zamerania, napríklad výskum pracovného stresu u lekárov vo vzťahu k subjektívnemu kariérenému úspechu.³⁷

Tab. 2. Úroveň príznakov vyhorenia podľa typu pracoviska

	TR	PR	ER	SR	DPSV
Ambulancia $M (SD)$	8,2 (3,8)	6,9 (3,2)	8,4 (3,6)	6,7 (3,3)	30,1 (11,8)
Oddelenie $M (SD)$	9,1 (4,3)	8,1 (4,2)	9,7 (5,2)	7,4 (4,5)	34,4 (16,6)
Výsledok testu	$t(96) = -1,16$ $p = 0,248$ $d = 0,24$	$t(96) = -1,57$ $p = 0,119$ $d = 0,32$	$t(96) = -1,55$ $p = 0,125$ $d = 0,32$	$t(96) = -0,95$ $p = 0,345$ $d = 0,20$	$t(96) = -1,48$ $p = 0,141$ $d = 0,31$

Pozn.: TR – príznaky v telesnej rovine, PR – príznaky v psychickej rovine, ER – príznaky v emocionálnej rovine, SR – príznaky v sociálnej rovine, DPSV – sumárne skóre v Dotazníku pracovného stresu a vyhorenia.

Výskumné zistenia

Z výsledkov nášho výskumu vyplýva, že viac ako polovica zúčastnených psychiatrov a psychiatričiek je veľmi emocionálne vyčerpaná, u troch desiatín sme zaznamenali vysokú úroveň depersonalizácie a u päťtiny veľmi nízke osobné uspokojenie. U väčšiny zúčastnených sme našli aspoň jeden z troch kritických príznakov syndrómu vyhorenia a u desiatich boli všetky dimenzie na kritickej úrovni. Lekári uviedli, že ich trápia najmä ťažkosti so sústredením, pochybnosti o svojich profesionálnych schopnostiach, prežívanie napätia a vnútorného nepokoja, fyzické vyčerpanie, nedostatok uznania, nechť pomáhať problémovým pacientom a zúčastňovať sa vzdelávania. V porovnaní s našou predchádzajúcou štúdiou³² sú výsledky o niečo menej znepokojivé. Výskum u lekárov na slovenských psychiatrických klinikách v roku 2017 potvrdil prítomnosť aspoň jedného z troch kritických príznakov vyhorenia u dvoch tretín súboru a približne šestina participantov vykazovala všetky tri kritické atribúty syndrómu vyhorenia súčasne. Vzhľadom k tomu, že v našich podmienkach sa tejto problematike doposiaľ venovala minimálna pozornosť, môžeme vysloviť iba naše predpoklady príčin zistených skutočností. Jednou z nich môže byť rozdielna návratnosť dotazníkov, ktorou sa zaoberáme v limitoch práce.

V súvislosti s rodom, vekom a dĺžkou praxe sme formulovali otázky, keďže predošlé výskumné zistenia boli nejednoznačné, ba až protichodné.³² Naše zistenia o absencii významných rozdielov sú v zhode s časťou predošlých štúdií, ktoré tiež nezistili rozdielnu úroveň príznakov vyhorenia podľa týchto premenných.^{24,25,29} U lekárov vykonávajúcich ústavnú pohotovostnú službu sme predpokladali zvýšené prejavy vyhorenia v súlade s predošlou literatúrou,^{30,33} no naša hypotéza sa nepotvrdila. Jedným z vysvetlení absencie individuálnych rozdielov môže byť vyšší vek psychiatričiek oproti pôvodnej štúdii,³² pričom v tomto životnom období už nemusia výraznejšie dominovať povinnosti súvisiace s výchovou detí v školskom veku a zabezpečením rodiny. Ďalej môže ísť o charakter a zameranie pracoviska, konkrétne podmienky na pracovisku, pokiaľ ide o materiálne vybavenie a personálne obsadenie, charakter práce, štýl vedenia, medziludské vzťahy a interpersonálnu komunikáciu a iné. Týmto a ďalším vysvetleniam a najmä exaktnému porovnaniu výsledkov našich dvoch výskumov sa budeme venovať v nadväzujúcej štúdii. Budeme v nej skúmať aj rozdiely v miere osobného uspokojenia u psychiatrov na jednotlivých pracoviskách, pretože v terajšom výskume sme zistili vyššiu mieru osobného uspokojenia u ambulantných psychiatrov v porovnaní s psychiatrami na oddeleniach. Vo vzťahu k regionálnym rozdielom sme zistili, že lekári pôsobiaci v Bratislave vykazovali významne nižšiu úroveň príznakov vyhorenia v sociálnej rovine ako lekári pôsobiaci na strednom a východnom Slovensku. Domnievame sa, že jednou z príčin môžu byť ekonomické a iné spoločenské rozdiely medzi regiónmi, čo si však vyžaduje ďalšie sledovanie a analýzu.

Limity a pokračovanie výskumu

K limitom našej štúdie môžeme zaradiť nízku návratnosť dotazníkov, ktorá predstavovala necelú štvrtinu. Túto skutočnosť mohol spôsobiť nízky záujem lekárov a ich neochota zapojiť sa do výskumu, napríklad v dôsledku presýtenia podobnými osloveniami a zvýšených nárokov na administratívne úkony vo všeobecnosti. S návratnosťou súvisí obmedzená možnosť generalizácie zistení, keďže nevieme, nakoľko je súbor zúčastnených reprezentatívny vzhľadom na oslovenú populáciu. Mohlo sa, napríklad, stať, že sa do výskumu nezapojili lekári, u ktorých je výskyt symptómov vyhorenia najzávažnejší, čo mohlo byť dôvodom ich rezignovanosti, apatickosti a neochoty participovať.

Zároveň nevieme vylúčiť, i napriek garancii anonymity, odpovede skreslené sociálnou žiaducnosťou. Pri realizácii terajšieho výskumu, vzhľadom k našim ďalším zámerom, sme ponechali rovnaké metódy ako v predchádzajúcej štúdii z roku 2017, kedy bol predmetom výskumu súbor lekárov z jednotlivých slovenských psychiatrických kliník. Súčasťou neboli dotazníky zamerané na skúmanie osobnostných alebo kognitívnych charakteristík a ďalších aspektov, ktoré môžu s výskytom syndrómu vyhorenia súvisieť.

Práve zakomponovanie ďalších premenných je jedným z námetov pre nadväzujúci výskum. Naším najbližším zámerom je však sumarizovať výstupy oboch výskumov, ktoré sme realizovali u lekárov na všetkých pracoviskách, a skúmať profesijnú skupinu psychiatrov ako celok vo vzťahu k dimenziám vyhorenia a individuálnym rozdielom. Pri hľadaní príčin výskytu syndrómu vyhorenia a návrhoch preventívnych opatrení plánujeme zohľadniť rozdielnosť v náročnosti a obsahu pracovných náplní psychiatrov, zameranie pracovísk, konkrétne podmienky pracoviska, charakter práce, a rovnako aj národné a kultúrne odlišnosti.

ZÁVER

V rámci nášho výskumu sme zistili prítomnosť aspoň jedného z príznakov vyhorenia u viac ako polovice zúčastnených lekárov na psychiatrických oddeleniach a v ambulanciách na Slovensku. Na rozdiel od predošlej štúdie s lekármi z psychiatrických kliník sme nenašli zásadné rozdiely podľa rodu, veku, dĺžky praxe, či vykonávania ústavnej pohotovostnej služby. Miera príznakov vyhorenia v sociálnej rovine však bola v jednotlivých regiónoch rozdielna a úroveň osobného uspokojenia sa líšila podľa typu pracoviska.

Aj keď výsledky nie sú tak alarmujúce ako v predošlej štúdii z roku 2017, výzvou zostáva aktívne využívanie preventívnych opatrení v klinickej praxi. Pri prevencii syndrómu vyhorenia u lekárov na psychiatrických pracoviskách je kľúčové aktívne využívanie protektívnych faktorov, ktoré môžeme identifikovať u jednotlivcov aj zamestnávateľa. Zaraďujeme k nim napríklad podporné vzťahy zo strany zamestnávateľa, ako je budovanie komunity a dobrých interpersonálnych vzťahov, podpora vzdelávania, zabezpečenie akademických aktivít, hľadanie nových

výziev k zmene a ďalšie. Pozornosť je potrebné venovať aj využívaniu vlastných možností, zmenám v zaužívaných postupoch, rozvoju copingových stratégií, venovaniu sa extrakurikálnym záujmom, relaxácii, dostatočne dlhej dovolenke a ďalším.^{2,35}

Podakovanie

Na tomto mieste chceme vyjadriť vďaka všetkým lekárom, ktorí pracujú na psychiatrických oddeleniach a v ambulanciách na Slovensku, za ich ochotu a účasť, bez ktorej by výskum nebolo možné zrealizovať.

LITERATÚRA

- De Silva P, Hewage C, Fonseka P. Burnout: an emerging occupational health problem. *Galle Medical Journal* 2009; 14 (1): 52–55.
- Maslach C, Leiter MP. Understanding the burnout experience: recent research and its implications for psychiatry. *World Psychiatry* 2016; 15 (2): 103–111.
- Kebza V, Šolcová I. Syndrom vyhoření. Praha: Státní zdravotní ústav 2003: 23.
- Morovicsová E et al. Komunikácia v medicíne. Bratislava: Univerzita Komenského 2014: 212.
- Haškovcová H. Thanatologie. Praha: Galén 2007: 244.
- Rush M. Syndrom vyhoření. Praha: Návrat domů 2003: 129.
- Marine A, Ruotsalainen J, Serra C, Verbeek J. Preventing occupational stress in healthcare workers. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2006; 18 (4): CD002892.
- Maslach C, Jackson SE. Maslach Burnout Inventory – Human Services Survey (MBI-HSS). In: Maslach C, Jackson SE, Leiter MP (eds). *MBI Manual* (3rd ed.). Palo Alto: CA: Consulting Psychologists Press 1996: 191–218.
- Demerouti E, Bakker AB, Vardakou I, Kantas A. The convergent validity of two burnout instruments: A multitrait-multimethod analysis. *European Journal of Psychological Assessment* 2003; 19 (1): 12–23.
- Kristensen TS, Borritz M, Villadsen E, Christensen KB. The Copenhagen Burnout Inventory: A new tool for the assessment of burnout. *Work & Stress* 2005; 19 (3): 192–207.
- Maslach C, Schaufeli WB. Historical and conceptual development of burnout. In: Schaufeli WB, Maslach C, Marek T, eds. *Series in applied psychology: Social issues and questions. Professional burnout: Recent developments in theory and research*. Philadelphia, PA, US: Taylor & Francis 1993: 1–16.
- Hosák L, Hosáková J, Čermáková E. Syndrom profesionálního vyhoření zdravotnických pracovníků. *Psychiatrie pro praxi* 2005; 6 (4): 205–206.
- Kumar S. Burnout and psychiatrists: what do we know and where to from here? *Epidemiology and Psychiatric Sciences* 2011; 20 (4): 295–301.
- Nešpor K. Prevence profesionálního stresu a syndromu vyhoření. *Medicína pro praxi* 2007; 4 (9): 371–373.
- O'Connor K, Muller Neff D, Pitman S. Burnout in mental health professionals: A systematic review and meta-analysis of prevalence and determinants. *European Psychiatry* 2018; 53: 74–99.
- Morovicsová E. Syndróm vyhorenia a možnosti jeho prevencie. *Psychiatria pre prax* 2016; 17 (4): 153–156.
- McTiernan K, McDonald N. Occupational stressors, burnout and coping strategies between hospital and community psychiatric nurses in a Dublin region. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing* 2015; 22 (3): 208–218.
- Barnett RC, Brennan RT, Gareis KC. A closer look at the measurement of burnout. *Journal of Applied Behavioral Research* 1999; 4 (2): 65–78.
- Wood BD, Killion JB. Burnout among healthcare professionals. *Radiology Management* 2007; 29 (6): 30–34.
- Bressi C, Porcellana M, Gambini O et al. Burnout among psychiatrists in Milan: A Multicenter Survey. *Psychiatric Services* 2009; 60 (7): 985–988.
- Fothergill A, Edwards D, Burnard P. Stress, burnout, coping and stress management in psychiatrists: findings from a systematic review. *International Journal of Social Psychiatry* 2004; 50 (1): 54–65.
- Honzák R. Burnout u personálu psychiatrické léčebny Horní Beřkovic. *PSYCHOSOM* 2009; 7 (2): 76–93.
- Kumar S. Burnout in psychiatrists. *World Psychiatry* 2007; 6 (3): 186–189.
- Guthrie E, Tattan T, Williams E, Black D, Bacliocotti H. Sources of stress, psychological distress and burnout in psychiatrists. *Psychiatric Bulletin* 1999; 23 (4): 207–212.
- Korkeila JA, Töyry S, Kumpulainen K et al. Burnout and self-perceived health among Finnish psychiatrists and child psychiatrists: a national survey. *Scandinavian Journal of Public Health* 2003; 31 (2): 85–91.
- Snibbe JR, Radcliffe T, Weisberger C, Richards M, Kelly J. Burnout among primary care physicians and mental health professionals in a managed health care setting. *Psychological Reports* 1989; 65 (3): 775–780.
- Ghorpade J, Lackritz J, Singh G. Personality as a moderator of the relationship between role conflict, role ambiguity, and burnout. *Journal of Applied Social Psychology* 2011; 41 (6): 1275–1298.
- Langelaan S, Bakker AB, van Doornen LJP, Schaufeli WB. Burnout and work engagement: Do individual differences make a difference? *Personality and Individual Differences* 2006; 40 (3): 521–532.
- Ashkar K, Romani M, Musharrafieh U, Chaaya M. Prevalence of burnout syndrome among medical residents: experience of a developing country. *Postgraduate Medical Journal* 2010; 86 (1015): 266–271.
- Ozyurt A, Hayran O, Sur H. Predictors of burnout and job satisfaction among Turkish physicians. *QJM: An International Journal of Medicine* 2006; 99 (3): 161–169.
- Ptáček R, Raboch J. Diagnóza českého zdravotnictví – Z73.0? Stres a vyhoření lékařů českých. *Tempus Medicorum* 2013; 22 (9): 3–9.
- Morovicsová E, Krajčovičová D, Kostovičová L. Výskyt syndromu vyhorenia u lekárov na psychiatrických klinikách na Slovensku. *Čes a slov Psychiat* 2017; 113 (5): 203–210.
- Goldberg R, Boss RW, Chan L et al. Burnout and its correlates in emergency physicians: four years' experience with a wellness booth. *Academic Emergency Medicine* 1996; 3 (12): 1156–1164.
- Henning C, Keller G. Antistresový program pro učitele: projevy, příčiny a způsoby překonání stresu z povolání. Praha: Portál 1996: 99.
- Fischer J, Kumar S, Hatcher S. What makes psychiatry such a stressful profession? A qualitative study. *Australasian Psychiatry* 2007; 15 (5): 417–421.
- Mažgútová A. Verejno-zdravotnícky význam psychických porúch pri profesionálnej záťaži. Martin: Univerzita Komenského 2011: 149.
- Haleková G, Žilková I. Subjektívny kariérny úspech lekárov v súvislosti s pracovným stresom a inými determinantmi. *E-psychologie* 2016; 10 (1): 34–45.