

Psychická záťaž zdravotníkov v paliatívnej starostlivosti

MUDr. Alena Mažgútová, PhD.¹, doc. MUDr. Igor Ondrejka, PhD.¹, MUDr. Mária Demeterová¹,
doc. MUDr. Želmíra Fetisovová, PhD.², prof. MUDr. Katarína Adamicová, PhD.³

¹Psychiatrická klinika JLF UK a UNM v Martine

²Ústav nelekárskych študijných programov JLF UK a UNM v Martine, Hospice, o. z., Martin

³Ústav patologickej anatómie JLF UK a UNM v Martine, Hospice, o. z. Martin

Neuropsychickej záťaži v súvislosti s prácou sa venuje pozornosť len asi posledných 25 rokov oproti sledovaniu napr. fyzikálnych vplyvov. Za zdravie škodlivé sa pokladajú aj faktory súvisiace s prácou, ktoré negatívne ovplyvňujú psychické funkcie. Cieľom bolo zistiť psychickú pracovnú záťaž, celkový distres, životnú zmyslupnosť a riziko syndrómu vyhorenia.

Kľúčové slová: psychická pracovná záťaž, distres, syndróm vyhorenia, zmysel života.

Psychological stress in palliative care

Neuropsychological stress in connection with work to pay attention only last about 25 years. Occupational factors which adversely affect the mental functions are also harmful to health. Objectives to assess the mental workload, overall distress, the meaningfulness of life and risk of burn-out of palliative care workers.

Key words: mental workload, distress, burnout, meaning of life.

Paliat. med. liec. boles., 2012, 5(3): 95–98

Úvod

Psychická pracovná záťaž zdravotníkov je veľká. Okrem vždy prítomnej špecifickej zodpovednosti vyplýva nielen z *mentálnej záťaže* (nároky a požiadavky na spracúvanie informácií, ktoré kladú nároky na psychické funkcie a procesy, najmä pozornosť, predstavivosť, pamäť, myslenie, rozhodovanie), ale aj *emocionálnej záťaže*, ktorá súvisí s požiadavkami vyvolávajúcimi emotívnu a afektívnu odpoveď. Navyše nielen pacient, ale aj zdravotník počas ochorenia narába s takými významnými faktormi, ako sú *nádej a zmyslupnosť*.

Na rozdiely v pracovnej záťaži zdravotníckych pracovníkov možno nahliadať rozlične – od významu pracovného zaradenia cez vek až po špecializáciu a podobne. V našej práci sme zvolili hľadisko predpokladaného zamerania (kuratívneho či paliatívneho) pracovnej činnosti, ktorá má z hľadiska zdravia, života, nádeje, rozličnú perspektívu:

1. Pri **paliatívne zameranej starostlivosti** prakticky ide o úľavu od príznakov ochorenia či ich zmiernenie. Pri terminálnych stavoch sa počíta s umieraním, no s možnosťou úľavy od mnohých zaťažujúcich príznakov. Nádej a perspektíva pre pacienta sú skôr malé. Zmyslupnosť práce zdravotníka súvisí so zvládnutím konfliktu či súbežnosti kuratívnych a paliatívnych ambícií, teda či sú v konflikte, alebo sú ponímané ako rovnocenná možnosť zdravotníckej pomoci. Môže byť teda malá, alebo primeraná realite stavu pacienta. Emočná záťaž zdravotníka býva veľká ako pri chronickom strese.

2. Pri **urgentnej starostlivosti** ide o vážne poškodenie zdravia, prípadne ohrozenie života, no zameranie starostlivosti odvracia smrť a smeruje k prinavráteniu možného stupňa zdravia. Nádej pre pacienta ako aj zmyslupnosť zamerania zdravotníckej práce je veľká. O perspektíve pacienta sa často urgentní zdravotníci nedozvedia (po zvládnutí ohrozenia života je pacient zvyčajne preložený na iné oddelenie). Emočná záťaž býva ako pri akútnom strese.
3. Pri **bežnej medicínskej starostlivosti** síce existuje možnosť ohrozenia života či úmrtia (v súvislosti s vážnosťou ochorenia, event. komplikácií), no starostlivosť je zameraná na uzdravenie, alebo aspoň zlepšenie zdravotného stavu pacienta, prípadne na jeho udržanie. Nádej a perspektíva pre pacienta, ako aj zmyslupnosť zdravotníckej práce súvisia s konkrétnymi ochoreniami jednotlivých pacientov. Emočná záťaž je síce menšia ako pri paliatívnej starostlivosti, no ako pri chronickom strese, teda vyčerpávajúcejšia.

Cieľ práce

Hlavným výskumným zámerom bolo zistenie psychickej pracovnej záťaže v troch skupinách zdravotníckych pracovníkov, a to zameriavajúcich sa na zdravotnú starostlivosť: 1. s významnejším podielom paliatívnej starostlivosti (pal), 2. s urgentnou a život zachraňujúcou starostlivosťou (aro) a 3. s prevahou všeobecnej kuratívnej starostlivosti (int). Cieľom práce bolo zistiť u týchto pracovníkov:

- stupeň psychickej pracovnej záťaže v zmysle celkového zaťaženia aj v jeho troch faktoroch, časovej tiesni, monotónii a nešpecifickom faktore
- mieru celkového distresu
- dimenzie zmyslu života, mieru naplnenia zmyslupnosti života, stav spirituálnej vyprahnutosťi
- riziko syndrómu vyhorenia

Metodika

V našom výskume ide o testovú batériu, ktorá sa skladá zo štandardizovaných dotazníkov. Dotazníky boli distribuované vo februári až v apríli 2010 na jednotlivé pracoviská Univerzitnej nemocnice Martin, a to na onkologické, hematologické a pľúcne oddelenia (pal), na kliniku akútnej a intenzívnej medicíny, oddelenie pohotovostného príjmu a záchrannú službu (aro) a na oddelenia dvoch interných kliník (int).

Meisterov dotazník na hodnotenie neuropsychickej záťaže (1) je štandardná metóda na zistenie celkovej miery neuropsychickej záťaže a v jej troch faktoroch: časová tieseň, monotónia a nešpecifický faktor.

Sebapodhodnotenie škála Symptom Checklist-90 (2) meria psychický stav respondenta v zmysle miery závažnosti psychopatológie v 9 dimenziách: somatizácia (Som), obsesie – kompulzie (OK), interpersonálna senzitivita (IS), depresia (De), úzkosť (Anx), hostilita (Hos), fóbia (Fob), paranoidné ideácie (Par), psychotizmus (Psy) a 10. dimenziu tvoria iné, nezradené

položky (NP), ako poruchy spánku, prijímania potravy, myšlienky o smrti, pocit viny. Hodnotí sa aj súhrnný ukazovateľ, GSI (General Severity Index), ktorý vyjadruje celkovú mieru distresu.

Škála životnej zmyslupnosti podľa Halamu (3) mapuje 3 dimenzie životnej zmyslupnosti, kognitívnu dimenziu, ktorá sa týka životného nasmerovania, pochopenia života či životného poslania, motivačnú dimenziu, týkajúcu sa cieľov, plánov, ako aj sily a vytrvalosti angažovania sa v nich a napokon afektívnu dimenziu, ktorá sa týka životnej spokojnosti, naplnenosti, optimizmu či v negatívnej rovine znechutenia, pocitov jednotvárnosti a pod.

Burnout Measure podľa Pinesovej a Aronsona (4) je zameraný na riziko a syndróm vyhorenia respondenta, prípadne na najťažší stupeň – akútnu krízu.

Štatistické spracovanie

Zistené hodnoty jednotlivých dotazníkov sme dávali do vzťahu s jednotlivými typmi oddelení – paliatívne (pal), interné (int) a urgentné (aro).

Pri štatistickom spracovaní výsledkov sme použili základné deskriptívne štatistické metódy, priemerné hodnoty a smerodajné odchýlky, mediány, minimálne a maximálne hodnoty. Takisto sme určovali percentuálne zastúpenie výsledkov jednotlivých dotazníkov a pri troch dotazníkoch aj dimenzné a faktorové skóre, ako to vyplýva z ich konštrukcie.

Na testovanie vplyvu kategoriálnych premenných na charakteristiky dotazníkov, celkové hodnoty aj podškály (faktory, dimenzie) sme použili ANOVA test.

Za hladinu významnosti pri štatistických testoch sme pokladali hodnotu $p = 0,05$, $p < 0,05$ sa pokladala za štatisticky významnú.

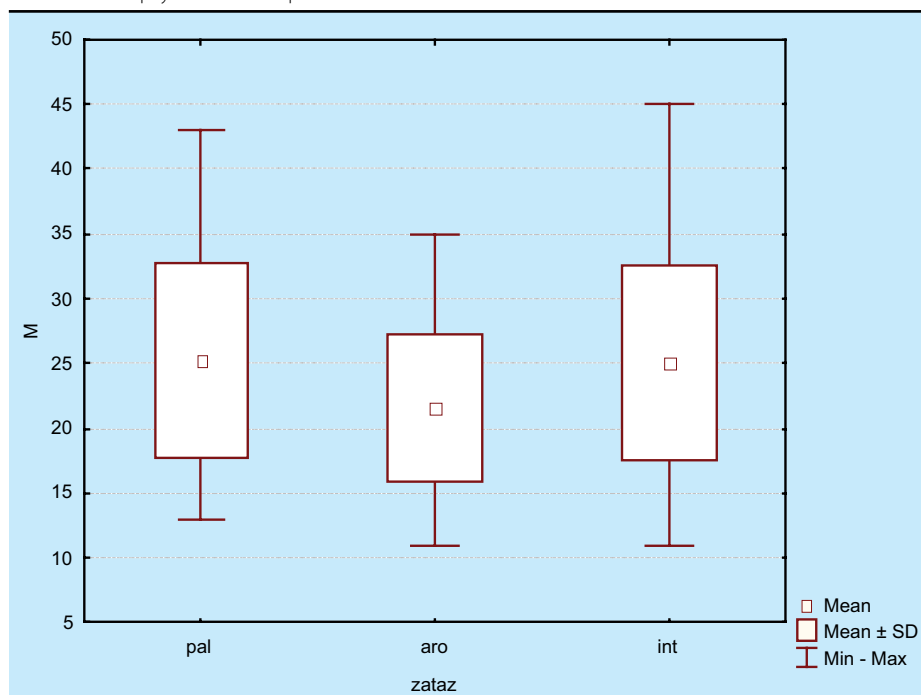
Charakteristika súboru

Sledovaný súbor tvorilo 199 respondentov s priemerným vekom 40,2 roka ($\pm 9,8$ r.), z toho 177 žien s priemerným vekom 40,7 roka ($\pm 9,9$ r.) a 22 mužov s priemerným vekom 36,0 roka ($\pm 8,6$ r.).

Súbor respondentov sme rozdelili podľa zamerania zdravotníckej starostlivosti na tri podsúbory. Paliatívne zamerané oddelenia (**pal**) tvorilo 71 respondentov z onkologického a rádioterapeutického, hematologického, pľúcneho oddelenia a hemodialýzy. Urgentné oddelenia (**aro**) tvorilo 67 respondentov z Kliniky anestéziológie a intenzívnej medicíny a zo záchrannej zdravotnej služby a bežné oddelenia (**int**) tvorilo 61 respondentov z I. a II. internej kliniky zamerané na všeobecnú internistickú starostlivosť.

Sledovaný súbor celkovo tvorilo 199 respondentov s priemerným vekom 40,2 roka ($\pm 9,8$ r.), z toho 177 žien

Graf 1. Neuropsychická záťaž podľa Meistera



Vysvetlivky: M – hrubé skóre Meisterovho dotazníka

Tabuľka 1. Zloženie súboru respondentov podľa veku

vek	n	d	SD	medián	min	Max
všetci	199	40,2	9,8	40	22	62
pal	71	42,3	9,4	40	26	60
aro	67	36,9	9,3	35	24	62
int	61	41,3	10,1	43	22	58
ženy	177	40,7	9,9	40	22	62
muži	22	36,0	8,6	33	25	58

Vysvetlivky: pal – paliatívne oddelenia, aro – urgentné oddelenia, int – všeobecné interné oddelenia, n – počet respondentov, d – aritmetický priemer, SD smerodajná odchýlka, min – minimálna hodnota, max – maximálna hodnota

Tabuľka 3. Štatistiky významné rozdiely medzi jednotlivými podsкупinami oddelení v dotazníkoch a ich dimenziách

M	N	d	SD
pal	71	25,282	7,552
aro	67	21,522	5,682
int	64	25,000	7,526

s priemerným vekom 40,7 roka ($\pm 9,9$ r.) a 22 mužov s priemerným vekom 36,0 roka ($\pm 8,6$ r.).

Najstarší boli pracovníci oddelení s paliatívne zameranou starostlivosťou (42,3 \pm 9,4 r.), najmladší boli pracovníci s urgentne zameranou starostlivosťou s priemerným vekom 36,9 \pm 9,3 r. (tabuľka č. 1).

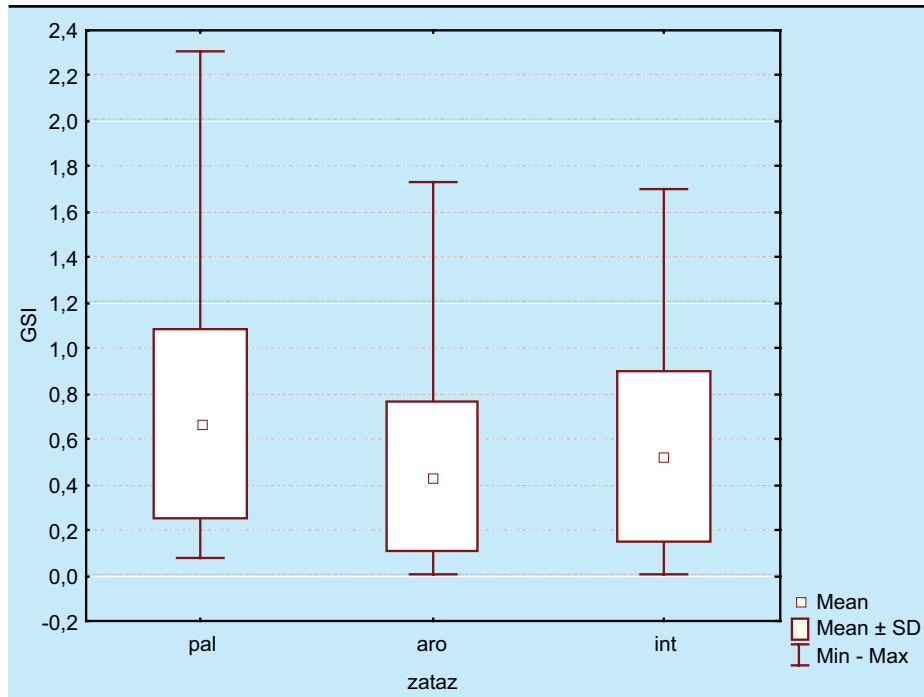
Výsledky

V tabuľke č. 2 sú prehľadne uvedené štatisticky významné rozdiely medzi jednotlivými oddeleniami, a to v neuropsychickej záťaži podľa Meistera ($p < 0,003$), v celkovej závažnosti psychopatologických príznakov podľa SCL-90 ($p < 0,002$) a pri syndróme vyhorenia podľa Pinesovej a Aronsona ($p < 0,000$). Tiež sa zistili štatisticky

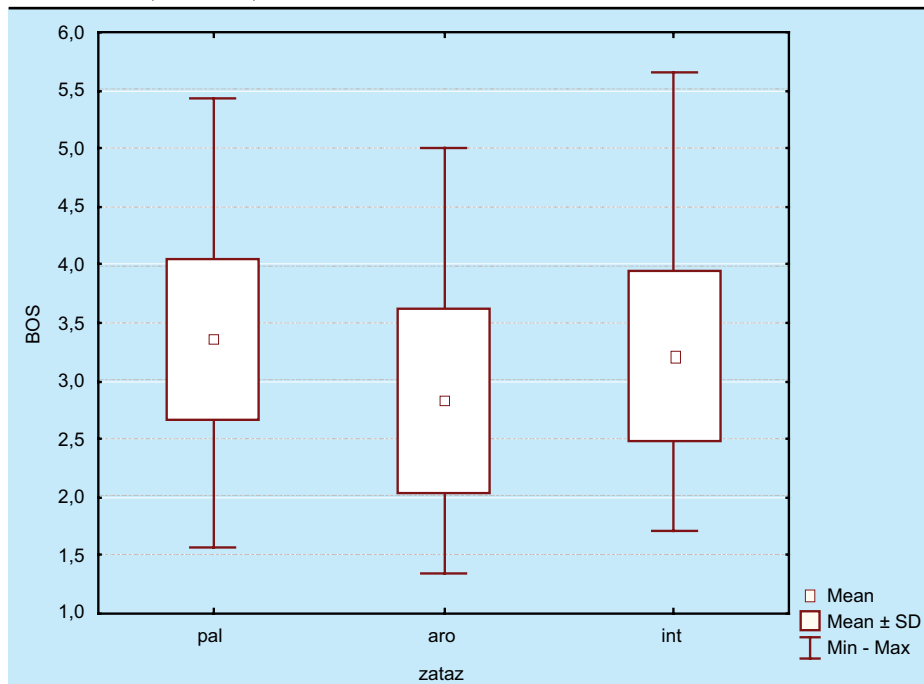
Tabuľka 2. Štatistiky významné rozdiely medzi jednotlivými podsкупinami oddelení v dotazníkoch a ich dimenziách

P(ANOVA)	h	p
M	6,071	0,003
tSCL	6,536	0,002
H	1,209	0,301
BOS	8,868	0,000
M_P	2,018	0,136
M_M	11,578	0,000
M_Nf	3,558	0,030
dSCL_Som	4,503	0,012
dSCL_OK	4,859	0,009
dSCL_IS	4,845	0,009
dSCL_De	4,193	0,017
dSCL_AnX	3,610	0,029
dSCL_Hos	4,227	0,016
dSCL_Fob	5,586	0,004
dSCL_Par	4,529	0,012
dSCL_Psy	6,278	0,002
dSCL_NP	4,454	0,013
GSI	6,536	0,002
H_K	0,888	0,413
H_M	0,922	0,399
H_A	1,922	0,149

Vysvetlivky: DPZ – dotazník psychického zdravia, M – Meisterov dotazník neuropsychickej záťaže, tSCL – celková hodnota dotazníka SCL-90, H – životná zmyslupnosť podľa Halamu, BOS – syndróm vyhorenia podľa Pinesovej a Aronsona, M_P – faktor pretlačenia, M_M – faktor monotónie, M_Nf – nešpecifický faktor, dSCL_x – jednotlivé dimenzie SCL-90, GSI – súhrnný ukazovateľ SCL-90, H_K – kognitívna dimenzia zmyslupnosti, H_M – motivačná dimenzia zmyslupnosti, H_A – afektívna dimenzia zmyslupnosti podľa Halamu, h – hodnota testovej štatistiky. Štatisticky významné hodnoty sú zvýraznené polotučne.

Graf 2. Celková závažnosť psychopatologických príznakov v SCL-90

Vysvetlivky: GSI – všeobecný ukazovateľ závažnosti

Graf 3. Riziko syndrómu vyhorenia

Vysvetlivky: BOS – Burnout syndróm

významné rozdiely aj v dvoch faktoroch záťaž podľa Meistera, a to v monotónii ($p < 0,000$) a nešpecifickom faktore ($p < 0,030$), ako aj vo všetkých dimenziách SCL-90. Ide o súhrn našich zistení, z ktorých štatisticky významné podrobnejšie uvádzame v ďalšom texte.

Neuropsychická záťaž (podľa Meistera) je najvyššia v podsúbore **pal** ($25,282 \pm 7,552$), v porovnaní s normami presahuje kritickú hodnotu. Hraničná je aj v podsúbore **int** ($25,000 \pm 7,526$). Najnižšia hodnota sa zistila v podsúbore

aro ($21,522 \pm 5,682$), no smerodajná odchýlka a maximálne hodnoty upozorňujú na výskyt preťaženia aj na týchto oddeleniach (tabuľka č. 3, graf č. 1).

Podľa celkovej závažnosti psychopatologických príznakov (SCL-90) sa zistili štatisticky významné rozdiely medzi jednotlivými oddeleniami, pričom najpočetnejšie boli na oddeleniach **pal** ($0,668 \pm 0,412$), nižšie na oddeleniach **int** ($0,522 \pm 0,374$) a na oddeleniach **aro** ($0,435 \pm 0,328$) najmenej početné (tabuľka 4, graf 2).

Tabuľka 4. Celková závažnosť psychopatologických príznakov v SCL-90

GSI	N	d	SD
pal	65	0,668	0,412
aro	67	0,435	0,328
int	59	0,522	0,374

Tabuľka 5. Riziko syndrómu vyhorenia

BOS	N	d	SD
pal	68	3,359	0,699
aro	67	2,834	0,794
int	62	3,208	0,735

Štatisticky významné rozdiely sa zistili prakticky vo všetkých dimenziách SCL-90, pričom hodnoty znamenajúce patológiu boli pre oddelenia **pal** v dimenziách somatizácia ($0,673 \pm 0,468$), obsesie-kompulzie ($1,008 \pm 0,527$), interpersonálna senzitivita ($0,803 \pm 0,641$), depresia ($0,742 \pm 0,575$), anxieta ($0,588 \pm 0,483$), hostilita ($0,646 \pm 0,532$) a paranoidné ideácie ($0,821 \pm 0,646$) a pre oddelenia **int** v dimenzii somatizácia ($0,680 \pm 0,550$). Pre oddelenia **aro** sa štatisticky významná psychopatológia nezistila.

Vysoké riziko syndrómu vyhorenia (tabuľka 5, graf 3) sa zistilo na oddeleniach **pal** ($3,359$, $SD \pm 0,699$), len o niečo menšia na oddeleniach **int** ($3,208$, $SD \pm 0,735$). Na oddeleniach **aro** sa zistilo uspokojivé mentálne zdravie ($2,834$, $SD \pm 0,794$).

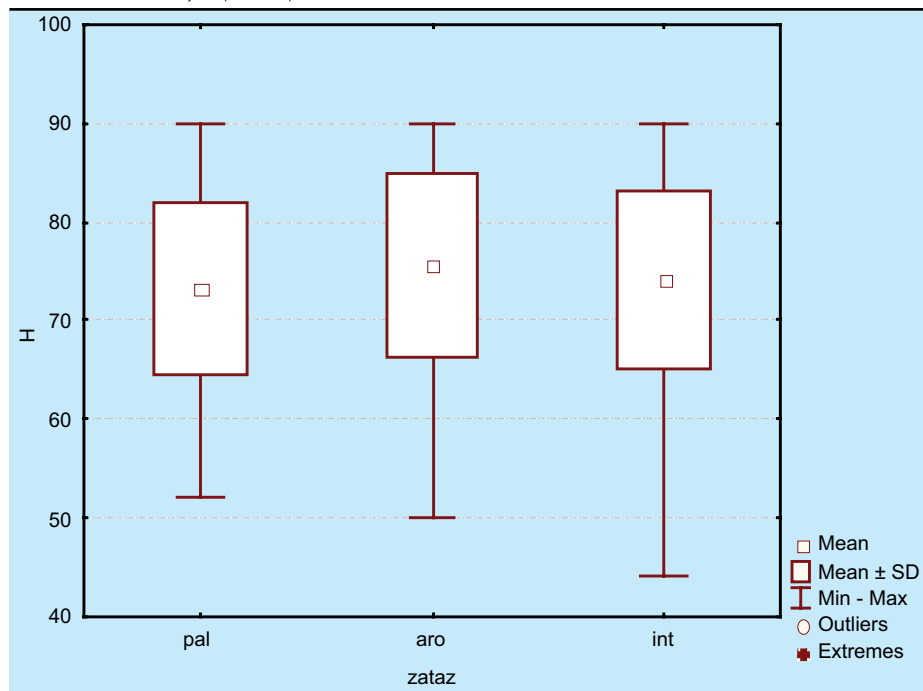
V škále životnej zmysluplnosti podľa Halamu (graf 4) sa nezistili štatisticky významné rozdiely medzi jednotlivými skupinami oddelení, a to ani v celkovej hodnote dotazníka ($p < 0,301$), ani v jednotlivých dimenziách. Pre úplnosť však uvádzame, že najnižšia zmysluplnosť sa zistila na oddeleniach **pal** v celkovej hodnote dotazníka a v kognitívnej a afektívnej dimenzii, no nie v motivačnej (tá bola najnižšia na oddeleniach **int**).

Diskusia

Profesionálna psychická záťaž u zdravotníkov nie je problém len v našej krajine. Židková so spolupracovníkmi (5) zistila u väčšiny sestier a nižších zdravotníckych pracovníkov telesné ťažkosti spojené so psychickou záťažou a u 5 % syndróm vyhorenia.

Novotný so spolupracovníkmi (6) uvádza, že až 37,4 % pracovníkov v slovenskom zdravotníctve pokladá svoju prácu za nevyhovujúcu pre nadmernú psychickú záťaž a až 78 % pracovníkov predpokladá, že táto záťaž má negatívny vplyv na ich telesné a duševné zdravie.

Za dôležité pokladáme zistenie, že najvyššia neuropsychická záťaž (podľa Meistera) sa zistila na oddeleniach s paliatívnou starostlivosťou. Ide síce o orientačné, takmer skriningové zisťovanie, no ďalšie už špecializované testy zamerané napr. na výskyt psychopatologických príznakov (SCL-

Graf 4. Životná zmyslupnosť podľa Halamu

Vysvetlivky: BOS – Burnout syndróm

90) či syndróm vyhorenia (Burnout measure) potvrdzujú významnosť tohto zistenia. Zvýšenú pracovnú záťaž zdravotníkov poskytujúcich paliatívnu starostlivosť môže sťažovať aj zníženie životnej zmyslupnosti.

Predpokladali sme, že zmysel práce (Škála životnej zmyslupnosti) sa hľadá ťažšie pracovníkom s väčším podielom paliatívnej starostlivosti, ktorá je zároveň sústavne konfrontovaná s aktuálnym stupňom zmyslu života a nádeje pacientov. Tento predpoklad sa síce štatisticky nepotvrdil, no paliatívni pracovníci mali najnižší celkový zmysel života, ako aj najnižšie hodnoty v kognitívnej a afektívnej dimenzii (rozdiely však neboli štatisticky významné). O význame profesionalita a osobnostného či osobného vzťahu k svojmu poslaniu svedčí práve neznižený motivačný faktor pracovného a životného zmyslu.

Z hľadiska výskytu psychopatologických príznakov sa na oddeleniach paliatívnej starostlivosti zistili hodnoty znamenajúce patológiu v siedmich dimenziách z deviatich (ak neberieme do úvahy nezaradené položky, Np), teda okrem fóbií (Fob) a psychotizmu (Psy). Možno konštatovať, že zdravotníci pracujúci na týchto oddeleniach už sú preťažení somatizáciou (Som), obsedantno-kompulzívnymi príznakmi (OK), inerpersonálnou senzitivitou (IS), depresivitou (De), anxiozitou (Anx), hostilitou (Hos) či paranoidnými ideáciami (Par). Pritom však musia poskytovať veľmi špecifickú a náročnú zdravotnícku starostlivosť bez zvyčajných úľav, ktoré sa zohľadňujú napr. pri niektorom druhu fyzikálnej záťaže (žiarenie a pod).

Riziko syndrómu vyhorenia sa ukázalo u paliatívnych pracovníkov ako veľmi významne vysoké (3,359), bolo však prítomné aj v bežných internistických disciplínach (3,208), len v urgentnej starostlivosti sa zistila mentálna stabilita (2,834). V každej podskupine však sú jednotlivci, ktorí pre extrémny stupeň syndrómu vyhorenia vyžadujú urgentnú pomoc, na čo upozorňujú smerodajné odchýlky, ale najmä maximálne hodnoty v grafe č. 3. Rozdiely medzi jednotlivými typmi oddelení boli vysoko štatisticky významné ($p < 0,000$).

Vo viacerých prácach sa tiež potvrdil vzťah medzi dĺžkou expozície pracovnej záťaži a syndrómom vyhorenia (7, 8, 9) s najvyšším výskytom syndrómu vyhorenia vo vekovej skupine 35 – 45 rokov.

Selko uvádza, že sama práca zdravotníka je aj v optimálnych podmienkach sýtená stresom. Na porovnanie s vytrvalou prácou paliatívneho pracovníka je pozoruhodné prirovnanie s prácou chirurga: pri meraní vplyvu stresu na zdravie tohto vcelku atraktívneho a akčného povolania lekárov-chirurgov Selko zistil, že mladí, vitálni, zdanlivo bezstarostní a úspešní chirurgovia sú zo psychologického hľadiska už na hranici vyhorenia (10). Pri výsledku $3,359 + 0,699$ SD sú paliatívni pracovníci už za ňou.

Záver

Záverom možno konštatovať, že zdravotníci poskytujúci paliatívnu starostlivosť trpia nadmernou neuropsychickou záťažou, pričom môžu mať aj mnohé psychopatologické príznaky bez jednoznačne pomenovateľnej duševnej cho-

roby a zistilo sa u nich vysoké riziko syndrómu vyhorenia. Napriek týmto zisteniam sú vekovo „najstarší“ zo sledovaných súborov, čo svedčí o oddanosti svojej práci, ale aj o zvýšenom riziku vyhorenia.

Tento stav svojho atakovaného psychického zdravia, ako aj zdatnosti a odolnosti musia zvládať okrem každodenných profesijných povinností. Pri zníženom zmysle života (okrem motivačnej funkcie), čo zvyčajne znamená aj znížený zmysel pracovného zaujatia, je riziko syndrómu vyhorenia priveľké. Pre pracovníkov v paliatívnej starostlivosti by bolo prospešné, ak by sa na ich pracovné zaťaženie začalo nahliadať spôsobom podobným fyzikálnemu preťaženiu.

Ak si najširšia societa uvedomí význam a zmysel paliatívnych povolání vrátane špecifických psychických záťaží pracovníkov, možno sa dočkať satisfakcie zdravotníkov za ich profesionálne a profesijné nasadenie v podobe aspoň niektorých pracovných úľav. Mohlo by ísť o skrátený pracovný úväzok, zvýšené odmeňovanie za prácu, rekondičné, rehabilitačné a kúpeľné pobyty, medializovanú úctu a mnohé ďalšie prejavy podporujúce úctyhodnosť paliatívnych povolání.

Literatúra

- Hladký A, Židková Z. 1999. Metody hodnocení psychosociální pracovní zátěže. Praha: Univerzita Karlova v Praze, 1999: 78. ISBN 80-7184-890-5.
- Derogatis LR. 1994. SCI-90. Administration, Scoring & Procedures Manual, Massachusetts 1994.
- Halama, P. Vývin a konštrukcia škály životnej zmyslupnosti. Československá psychologie 2002; 46(3): 265–276.
- Pines A, Aronson E. Burnout: from tedium to personal growth. New York: Free Press 1981.
- Židková Z. a kol. Psychická zátěž zaměstnanců v „pomáhajících profesích“ ve zdravotnictví. České pracovní lékařství 2001; 1: 4–8. ISSN 1212-6721.
- Novotný V. a kol. Psychiatrická morbidita zdravotnických pracovníků. In: Psychiatria 2002; 9(1): 3–6.
- Mažgútová A. Verejno-zdravotnícky význam psychických porúch pri profesionálnej záťaži. Dizertačná práca. 2011: 141–155.
- Rybárová D, Madarasová-Gecková A, Rybárová L. Syndróm vyhorenia u sestier. In: Ošetrovatelství – teorie a praxe. 2002; 4(3-4): 84–86. ISSN 1212-723X.
- Zacharová E. Syndrom vyhoření v klinické praxi. In: Florence. 2008; 4(7-8): 305–306. ISSN 1801 – 464X.
- Selko D. In: Zdravotnícké noviny 2009; 34: 1–7. ISSN 1335-4477.

MUDr. Alena Mažgútová, PhD.

Psychiatrická klinika JLF UK a UNM
Kollárova 2, 036 59 Martin
alena.mazgutova@gmail.com