

# Występowanie zespołu wypalenia zawodowego wśród anestezyjologów w Polsce

## The prevalence of burnout syndrome in Polish anaesthesiologists

Aleksandra Misiólek<sup>1</sup>, Piotr Gorczyca<sup>2</sup>, Hanna Misiólek<sup>3</sup>, Zbigniew Gierlotka<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Gabinet Psychologiczny, Barcelona, Hiszpania

<sup>2</sup>Oddział Kliniczny Psychiatrii, Wydział Lekarski z Oddziałem Lekarsko-Dentystycznym w Zabrze,  
Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach

<sup>3</sup>Klinika Anestezjologii i Intensywnej Terapii Wydział Lekarski z Oddziałem Lekarsko-Dentystycznym  
w Zabrze, Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach

### Abstract

**Background:** Burnout syndrome is a psychological response to chronic work-related stress characterized by low enthusiasm towards the job, high psychological exhaustion, indolence and guilt. Being a medical doctor, both in Poland and in other countries, is one of the most stressful occupations and anaesthesiology is considered one of the most stressful specializations, which justify carrying out of the study on Polish anaesthesiologists. The aim of the study was to determine the prevalence of burnout syndrome in Polish anaesthesiologists.

**Methods:** Non-randomized cross-sectional study was carried out and data were gathered through a self-administrated questionnaire. The sample consisted of 373 Polish anaesthesiologists, 57.6% were women and 42.4% were men. A 66% response rate was achieved. The Burnout Syndrome was measured by the Spanish Burnout Inventory.

**Results:** The prevalence burnout risk was almost 70%. The percentage of participants who indicated very high levels of burnout was 18%; 5.9% of whom fell into profile 2 considered to be clinical. The instrument applied was reliable with Cronbach's alphas exceeding 0.70.

**Conclusions:** The sample is characterized by high burnout risk with 5.9% of clinical cases. Participation in prevention programs is recommended.

**Key words:** burnout syndrome, stress, anaesthesiology

**Słowa kluczowe:** zespół wypalenia zawodowego, stres, anestezjologia

Anestezjologia Intensywna Terapia 2014, tom XLVI, nr 3, 165–172

Wyniki badań wykazują, że zawód lekarza znajduje się na dziewiątej pozycji w grupie stu najbardziej stresogennych zawodów [1]. Lekarze są grupą zawodową o zwiększonym poziomie zarówno stresu zawodowego, jak i niezadowolenia z warunków pracy [2], podczas gdy anestezjologię uważa się

za specjalizację charakteryzującą się największą liczbą czynników stresujących w porównaniu z innymi specjalnościami [3]. W ciągu ostatnich lat notuje się wzrost zainteresowania warunkami pracy lekarzy, ponieważ niekorzystne warunki pracy mogą stanowić decydujący czynnik w rozwoju

Należy cytować anglojęzyczną wersję artykułu z:

Misiólek A, Gorczyca P, Misiólek H, Gierlotka Z: The prevalence of burnout syndrome in Polish anaesthesiologists. *Anaesthesiol Intensive Ther* 2014; 47: 155-161.

stresu zawodowego oraz zespołu wypalenia zawodowego (BS, *burnout syndrome*) wśród lekarzy, a także źródło istotnych błędów oraz wpłynąć na zmniejszenie bezpieczeństwa chorych [4]. Anestezjologia uważana jest wciąż za stresującą specjalizację, a zespół wypalenia zawodowego stanowi w tej grupie lekarzy często występujący problem [5].

Zespół wypalenia zawodowego jest coraz częściej pojawiającym się problemem dotyczącym miejsca pracy. Jednym z powodów, dla którego coraz częściej mówi się o tym problemie, jest tendencja ukierunkowana na poprawę jakości życia zawodowego oraz wzrastający poziom stresu zawodowego [6]. Zespół wypalenia zawodowego, jego przyczyny i skutki, fazy rozwoju oraz objawy zostały opisane za pomocą różnych modeli teoretycznych. Autorem pierwszej definicji zjawiska jest Freuderberger [7] i za jego sprawą weszło zarówno do języka potocznego, jak i naukowego pojęcie „wypalenia”. Zdaniem Maslach [8] wypalenie jest odpowiedzią na stan przewlekłego, emocjonalnego przeciążenia wynikającego z zajmowania się innymi osobami, a w szczególności ludźmi obciążonymi jakimiś problemami. Definicja ta jest najczęściej cytowaną w piśmiennictwie. Gil-Monte [6] opisał BS jako odpowiedź psychologiczną na przewlekły stres związany z pracą o charakterze interpersonalnym i emocjonalnym, bardzo często występujący wśród personelu medycznego.

Podczas gdy część autorów wskazuje na trzy zasadnicze źródła powstawania BS (osobowościowe, związane z relacjami interpersonalnymi i organizacyjne) [9], niektórzy autorzy [9–11] wykazują, że kluczową rolę w rozwoju BS odgrywają czynniki organizacyjne. Wypalenie zawodowe utrudnia pracę zarówno jednostki, jak i całego zespołu, stąd tak ważne jest właściwe zapobieganie mu, rozpoznanie oraz leczenie [12, 13]. Z badań wynika, że zarówno BS, jak i brak satysfakcji lekarzy z wykonywanej pracy, wpływają negatywnie na zadowolenie i satysfakcję chorego z otrzymywanych świadczeń [14–16].

W modelu opisanym przez Gil-Monte [17] tłumaczącym zjawisko BS proces powstawania poczucia winy tłumaczy rozróżnienie między profilem 1 — nieuwzględniającym poczucia winy, oraz profilem 2 — uwzględniającym poczucie winy i stanowiącym poważny problem kliniczny. Profil 1 jest charakterystyczny dla jednostek, które mogą wykazywać niskie poziomy entuzjazmu do pracy, wysokie wyczerpanie psychologiczne oraz wysokie poziomy indolencji, lecz nie będą często odczuwać poczucia winy związanego ze złym traktowaniem chorych (agresywne, obojętne) lub z niedopasowaniem się do oczekiwań związanych z ich rolą. Są to osoby, które mogą pracować przez wiele lat bez wytworzenia istotnych problemów osobistych związanych ze stresem zawodowym, chociaż ich postawy i zachowania, takie jak obojętność, apatia, brak odpowiedzialności, cynizm, indo-

lencja itp., prowadzą do pogorszenia jakości relacji z chorymi i są źródłem skarg z ich strony. Profil 2 obejmuje jednostki, które również charakteryzuje niski poziom entuzjazmu do pracy oraz wysoki poziom wyczerpania emocjonalnego i indolencji. Osoby te odczuwają jednak również wyrzuty sumienia spowodowane niewykonywaniem w sposób należyty swojej roli oraz stosowaniem strategii radzenia sobie ze stresem, które zawierają negatywne i bezosobowe traktowanie chorych. W tych przypadkach znaczącą rolę odgrywa poczucie winy, które prowadzi do powstania groźnych konsekwencji BS [18, 19]. Osoby te wymagają profesjonalnej pomocy psychologicznej lub psychiatrycznej w celu poradzenia sobie z kryzysem, który wpływa nie tylko na pogorszenie ich stanu psychicznego, lecz powoduje również na nieodpowiednie wykonywanie swojego zawodu.

Celem pracy była ocena częstości występowania BS wśród anestezjologów w Polsce, z uwzględnieniem poszczególnych profili według założeń Gil-Monte.

## METODYKA

Na adres wybranych losowo oddziałów anestezjologii i intensywnej terapii wysłano pocztą łącznie 600 listów z ankietami, w których poproszono ordynatorów i lekarzy oddziałów o rzetelne wypełnienie, a następnie odesłanie ankiet do adresata.

W przeprowadzonym badaniu zastosowano Hiszpańską Skalę Wypalenia Zawodowego (SBI, *Spanish Burnout Inventory*), która odpowiada na niedociągnięcia psychometryczne najpopularniejszego narzędzia do pomiaru BS — skali MBI (*Maslach Burnout Inventory*) [20]. To 20 pytań testowych, ze skalą częstości składającą się z 5 przymiotników. Badani odpowiadają na pytania, zaznaczając odpowiedzi: „Nigdy” (0), „Rzadko: parę razy w roku” (1), „Czasami: parę razy w miesiącu” (2), „Często: parę razy w tygodniu” i „Bardzo często: codziennie” (4).

Hiszpańska Skala Wypalenia Zawodowego ocenia cztery aspekty wypalenia zawodowego za pomocą następujących podskal:

- 1) Entuzjazm do pracy,
- 2) Wyczerpanie psychiczne,
- 3) Indolencja,
- 4) Poczucie winy.

Entuzjazm do pracy jest życzeniem jednostki do osiągnięcia celów zawodowych, co stanowi źródło zadowolenia osobistego. Jednostka postrzega swoją pracę jako atrakcyjną, a osiągnięcie celów jest źródłem realizacji osobistej. Wyczerpanie psychiczne charakteryzuje się występowaniem zmęczenia emocjonalnego i fizycznego, spowodowanego codziennym kontaktem z osobami, które stanowią źródło problemów. Indolencja charakteryzuje się występowaniem postaw negatywnych, takich jak obojętność i cynizm wobec

chorych i miejsca pracy. Poczucie winy pojawia się w związku z zachowaniami i postawami negatywnymi, które wykazuje jednostka w pracy, zwłaszcza w stosunku do chorych.

Skala SBI została opracowana przez Gil-Monte na Uniwersytecie w Walencji i przetłumaczona, za zgodą autora, metodą tłumaczenia odwrotnego, przez Polaków, posługujących się biegle w mowie i piśmie językiem hiszpańskim. W badaniu posługiwano się poziomem krytycznym (powyżej 89 percentyla) dla oceny częstości występowania zarówno BS, jak i 4 skal podrzędnych SBI (tab. 1). Skala Entuzjazmu do pracy jest skalą odwróconą, zatem poziom krytyczny to poziom 1 (brak entuzjazmu do pracy).

Jako wynik ostateczny w każdej ze skal przyjęto wartość średniej otrzymanych punktacji.

Zgodnie z założeniami metodologicznymi Gil-Monte [21] osoby, które otrzymały krytyczne punktacje w skali indolencji i wyczerpania psychicznego oraz bardzo niskie w skali entuzjazmu do pracy, zakwalifikowano do profilu 1 BS.

Osoby, u których skala indolencji i wyczerpania psychicznego osiąga poziom krytyczny 5, a odwrócona skala entuzjazmu do pracy osiąga poziom krytyczny 1, oraz dodatkowo badany otrzymywał krytyczne wartości punktacji w skali

poczucia winy, zakwalifikowano do profilu 2 BS — uważanego za stan krytyczny.

### ANALIZA STATYSTYCZNA

W analizie statystycznej zastosowano program IBM SPSS Statistics v.21. Wyniki dotyczące częstości występowania przedstawiono w postaci liczebności bezwzględnej i odsetka. Wyniki w skalach porządkowych przedstawiono w postaci mediany, minimum i maksimum w skalach interwałowych w postaci średniej i odchylenia standardowego. Dla określenia rzetelności zastosowanych metod pomiarowych przeprowadzono analizę alfa Cronbacha. Jako istotny statystycznie przyjęto poziom  $p < 0,05$ .

### WYNIKI

W przeprowadzonym badaniu wzięło udział 373 (62% zwrotu wysłanych ankiet) aktywnych zawodowo anestezjologów z oddziałów anestezjologii i intensywnej terapii na terenie Polski. Kobiety stanowiły większość (57,6%). Wśród badanych najliczniejszą grupę stanowili asystenci (57,1%). Rezydentów było 15,3%, pracowników na stanowisku kierowniczym 12,6%, a 8,8% stanowiły osoby zatrudnione na innych stanowiskach. Średnia wieku ankietowanych osób wynosiła niewiele ponad 42 lata. Wiek i staż zawodowy ankietowanych przedstawiono w tabeli 2.

### OCENA RZETELNOŚCI ZASTOSOWANYCH KWESTIONARIUSZY

W tabeli 3 przedstawiono ocenę rzetelności skal mierzoną za pomocą wskaźnika alfa Cronbacha. Wskaźnik ten dla wszystkich proponowanych skal przyjmował wartości

**Tabela 1.** Hiszpańska Skala Zespołu Wypalenia Zawodowego

Wartość skali	Percentyl	Poziom
1	< 11	Bardzo niski
2	11–33	Niski
3	34–66	Średni
4	67–89	Wysoki
5	> 89	Krytyczny

**Tabela 2.** Wiek i staż zawodowy w badanej grupie anestezjologów

	Wiek	Liczba lat w miejscu pracy	Liczba lat w zawodzie	Liczba lat na stanowisku kierowniczym
Średnia	42,1	11,2	16,2	8,9
SD	10,1	9,2	10,2	7,5
Minimum	26	1	1	0
Maksimum	65	39	40	39

**Tabela 3.** Ocena rzetelności skal zastosowanych w badaniu

Skala	Alfa Cronbacha	Liczba pozycji	Średnia	SD	Skośność	Kurtoza	Minimum	Maksimum
SBI	0,84	15	1,38	0,52	0,29	0,09	0,20	3,13
Entuzjazm do pracy	0,86	5	2,77	0,73	-0,35	-0,43	0,60	4
Wyczerpanie psychiczne	0,85	4	1,80	0,83	0,47	0,00	0	4
Indolencja	0,80	6	1,24	0,64	0,78	1,13	0	4
Poczucie winy	0,86	5	0,93	0,57	0,76	2,00	0	4

SBI (*Spanish Burnout Inventory*) — Hiszpańska Skala Wypalenia Zawodowego

powyżej 0,70, wskazując na właściwy poziom rzetelności zastosowanych metod badawczych.

### CZĘSTOŚĆ WYSTĘPOWANIA SKŁADOWYCH ZESPOŁU WYPALENIA ZAWODOWEGO

W skali entuzjazmu do pracy w badanej grupie zawodowej nie stwierdzono odpowiedzi kwalifikujących do przyporządkowania wartości skali 5 i aż w 46,6% przypadków w skali braku entuzjazmu do pracy stwierdzono wartość 2. Poziom krytyczny wystąpił u 19,6% badanych. W skali wyczerpania psychicznego największej liczbie osób przyporządkowana została wartość 3 (48,0%). Poziom krytyczny — „Wyczerpania psychicznego”, wystąpił u 11,3% badanych. W badanej grupie anestezjologów największy odsetek ocen skali indolencji przypadł wartości 3 (40,5%) oraz 4 (32,4%). Poziom krytyczny „Indolencji” wystąpił u 12,9% badanych. Nie stwierdzono odpowiedzi kwalifikujących do przyporządkowania wartości 0 w skali „Poczucia winy”, natomiast poziomy krytyczny powyższej skali wystąpił u 6,4% badanych.

Poziom krytyczny BS (poziom 5 w SBI) rozumiany jako suma skal podrzędnych: braku entuzjazmu do pracy, wyczerpania emocjonalnego oraz indolencji wystąpił u 18% badanych. Częstość występowania profilu 1 BS wśród badanych wyniosła 12,1%, a profilu 2 BS — 5,9%.

Częstość występowania i odsetek ocen w składowych BS przedstawiono zbiorczo w tabeli 4.

### DYSKUSJA

Z przeprowadzonego badania wynika, że 69,4% badanych wykazuje ryzyko występowania BS (poziom umiarkowany i wysoki). Występowanie poziomu krytycznego BS w badanej grupie wynosiło 18%, na które składają się 12,1% profilu 1 wypalenia zawodowego i 5,9% profilu 2 (z uwzględnieniem podskali poczucia winy). Hiszpańska Skala Wypalenia Zawodowego jest jedynym narzędziem służącym do pomiaru BS uwzględniającym poczucie winy, stąd trudno jest całkowicie porównać otrzymane wyniki z innymi, przeprowadzonymi za pomocą innych narzędzi. Fakt, że skala SBI wykazuje trafność kryterialną z MBI, pozwala na dokonywanie porównań z innymi badaniami posługującymi się

tą skalą. Wspomniana trafność dotyczy jednak wyłącznie profilu 1.

Uzyskane wyniki pracy własnej dotyczące występowania BS różnią się od wyników przedstawionych przez innych autorów, badających zjawisko zarówno za pomocą MBI, jak i SBI. Grau i wsp. [22] przeprowadzili badanie skalą MBI w Hiszpanii i krajach Ameryki Południowej, w różnych grupach zawodowych, i otrzymali ogólny wynik 11,4%. W grupie krajów poddanych analizie, największy odsetek występowania BS wystąpił w Hiszpanii (14,9%) i Argentynie (14,4%), a do grupy najbardziej narażonych zawodów należeli lekarze (12,1%). Nie wszystkie jednak specjalności lekarskie wykazały jednakowe występowanie BS. Wśród specjalizacji o najwyższym stopniu narażenia na omawiany zespół znalazły się: medycyna ratunkowa (17%) oraz interna (15,5%). Zaskakujące okazało się to, że grupa anestezjologów, podobnie jak dermatologów, to specjalności charakteryzujące się podobnym, najmniejszym odsetkiem narażenia (5,5%). Autorzy omawianego doniesienia, analizując swoje wyniki, zwracają uwagę na fakt, że różnice w poziomie BS w różnych krajach związane są najpewniej z poziomem rozwoju ekonomicznego, gdzie kraje bardziej rozwinięte, a za takie uznają Hiszpanię i Argentynę, wykazują wyższy poziom BS, w porównaniu z pozostałymi krajami Ameryki Południowej. Kontrowersje budzi fakt małego odsetka narażenia w grupie anestezjologów, której inni badacze, zgodni w swoich wnioskach, przypisują najwyższy poziom BS [23, 24]. Co ciekawe, w tym samym okresie Frade i wsp. [25], badając grupę anestezjologów hiszpańskich, rozpoznali BS u 13% badanych.

W polskich uwarunkowaniach organizacyjnych, podobnie jak w większości krajów europejskich, anestezjologowie to grupa lekarzy pracujących w systemie rotacyjnym, zarówno na bloku operacyjnym, poradniach leczenia bólu, jak i na oddziale intensywnej terapii, czyli w miejscach o różnym stopniu narażenia zawodowego na wystąpienie BS. Trudno jest zatem odnieść wyniki pracy własnej z wynikami badań przeprowadzonymi w grupie anestezjologów hiszpańskich, którzy dokonali analizy problemu występowania BS wyłącznie w jednorodnych grupach — czy to anestezjologów, czy lekarzy intensywnej terapii.

**Tabela 4.** Częstość występowania i odsetek ocen w składowych zespołach wypalenia zawodowego (BS)

Wartość skali	Entuzjazm do pracy		Wyczerpanie psychiczne		Indolencja		Poczucie winy		BS	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
1	73	19,6%	8	2,1%	14	3,8%	0	0,0%	7	1,9%
2	174	46,6%	70	18,8%	39	10,5%	117	31,4%	40	10,7%
3	83	22,3%	179	48,0%	151	40,5%	152	40,8%	118	31,6%
4	43	11,5%	74	19,8%	121	32,4%	80	21,4%	141	37,8%
5	0	0,0%	42	11,3%	48	12,9%	24	6,4%	Profil 1 — 45 Profil 2 — 22	12,1% 5,9%

W badaniu de Oliveira i wsp. [26], w którym wzięło udział 93 amerykańskich anestezjologów na stanowiskach kierowniczych, z oceny BS dokonanej za pomocą kwestionariusza MBI wynika, że 28% badanych wykazało wysoki poziom BS, a 31% poziom umiarkowany. Zatem aż 59% badanych anestezjologów wykazuje duże ryzyko BS. Autorzy w podsumowaniu swojej pracy zwracają uwagę na niepokojąco duży, w porównaniu z innymi specjalnościami, odsetek ryzyka, dotykający właśnie anestezjologów. W badaniu własnym, gdzie za ryzyko uznano również poziom umiarkowany i wysoki, otrzymano prawie 70% ryzyka, co stanowi już o poważnym problemie i wynikających z tego zagrożeń w grupie badanych anestezjologów.

Według Embriaco i wsp. [27] BS został uznany za zagrożenie zawodowe lekarzy pracujących na oddziałach intensywnej terapii na 46,5%. Z kolei Fields i wsp. [28] ocenili poziom występowania BS wśród pediatrów pracujących na oddziałach intensywnej terapii na 14%, podczas gdy aż 36% z nich wykazywało zwiększone ryzyko występowania BS. Może to oznaczać, że praca na oddziale intensywnej terapii najsilniej generuje zjawisko wypalenia zawodowego wśród lekarzy.

Mały odsetek BS w grupie anestezjologów hiszpańskich, w doniesieniu Grau i wsp. [22], w porównaniu z badaniem własnym, można uzasadnić faktem, że w Hiszpanii anestezjologia i intensywna terapia funkcjonują jako odrębne specjalności, natomiast, jak wiadomo, w Polsce intensywna terapia, która w większości badań daje duże wartości w skali BS, nierozdzielnie funkcjonuje z anestezjologią. Ponadto, należy obiektywnie stwierdzić, że mimo ogromnego postępu w wielu dziedzinach gospodarki, Polska wciąż się dynamicznie rozwija, co może mieć przełożenie na bardzo wysoki poziom stresu i warunki pracy, które często są trudniejsze w porównaniu z wysokorozwiniętymi krajami europejskimi. Pośrednim dowodem na te sugestie jest analiza podskal BS w badaniu własnym. Wynika z nich jednoznacznie, że 12,9% badanych wykazywała bardzo duże (percentyl 90) wartości w skali indolencji (odpowiednik depersonalizacji w skali MBI), 11,3% otrzymało bardzo duże wartości w skali wyczerpania psychicznego (odpowiednik dla wyczerpania emocjonalnego w skali MBI), 19,6% w skali entuzjazmu do pracy (odpowiednik realizacji osobistej w skali MBI) i 6,4% w skali poczucia winy. Mimo że wyniki każdej ze skal są porównywalne, warto podkreślić, że badani uzyskali najwyższą punktację w skali braku entuzjazmu do pracy.

W badaniu portugalskim wykazano, że u 57,8% anestezjologów rozpoznano wyczerpanie emocjonalne, a u 91% depersonalizację, jako podskale MBI [23]. Z kolei w badaniu przeprowadzonym w grupie niemieckich anestezjologów 25% badanych otrzymała duże wartości w skali Wyczerpania Emocjonalnego i Depersonalizacji [29]. Autorzy nie zaznaczają jednak, którego percentylu używali jako punktu

odcięcia i jakimi kategoriami posługiwali się w celu uznania wyniku za wysoki. Gdyby w badaniu własnym przyjąć za punkt odcięcia percentyl 66 (poziom wysoki), występowanie odsetek indolencji wynosiłoby 35,7%, wyczerpania psychicznego 31,2%, braku entuzjazmu do pracy 56,2%, a poczucia winy 27,8%. Wymienione wartości są nadal stosunkowo małe w porównaniu z wynikami powyższych autorów, mimo że uzyskany poziom BS w badaniu własnym wydaje się wysoki. Niezgodność ta jest najprawdopodobniej efektem stosowania różnych narzędzi, co utrudnia dokonywanie porównań. Przegląd piśmiennictwa dotyczącego badań BS wśród innych specjalizacji lekarskich również nie pozwala na wyciągnięcie jednoznacznych wniosków.

W badaniu Nirel i wsp. [30] przeprowadzonym w grupie izraelskich ratowników medycznych, BS występował u 35% badanych. Oceniany był jako zmęczenie fizyczne, w mniejszym stopniu (7% badanych) jako wypalenie poznawcze i emocjonalne (9%). Klersy i wsp. [31] przebadali personel medyczny (lekarze i pielęgniarki) pracujący na oddziałach dializoterapii w szpitalach północnych Włoch. U 30% pielęgniarek i 18% lekarzy wykazano wysoki poziom BS, co autorzy uważają za wynik niższy od spodziewanego, jako że, według powyższych autorów, przegląd piśmiennictwa wskazuje średnio na 25–30-procentowy poziom BS wśród personelu medycznego. Stanowi to jednak wynik podobny do otrzymanego w badaniu własnym. We wspomnianym badaniu Nirel i wsp. [30] badana próba osiągała mniejsze wartości w skali wyczerpania emocjonalnego i depersonalizacji i wyższe w skali realizacji osobistej w porównaniu z normami włoskimi, co również stanowi podobny wynik do badania własnego. W badaniu Klersy i wsp. [31] pielęgniarki (grupa zawodowa zdecydowanie zdominowana przez kobiety) osiągnęły większe wartości w skali wyczerpania emocjonalnego niż lekarze (brak zdecydowanej dominacji jednej z płci). Wielu autorów zwraca uwagę na fakt, że kobiety wykazują tendencję do większych wartości punktacji w skali wyczerpania emocjonalnego niż mężczyźni [32–35]. Misiołek i wsp. [36] w badaniu pielęgniarek anestezjologicznych z terenu śląskich szpitali, zastosowali kwestionariusz SBI i wykazała wysoki poziom BS u 22,36% pielęgniarek, z których 3,73% cierpiało na profil 2 wypalenia zawodowego, charakteryzujący się dodatkowo wysoką punktacją w skali poczucia winy. Ponieważ badanie to zostało przeprowadzone za pomocą skali SBI, a poziom krytyczny wyznaczono za pomocą 90. percentyla, możliwe jest dokonanie trafnego porównania z wynikami pracy własnej, dotyczącej anestezjologów. Pielęgniarki anestezjologiczne wykazują nieco wyższy poziom BS niż lekarze anestezjologodzy poddani analizie w omawianym badaniu, co pokrywa się z wynikami badań innych autorów. Hyman i wsp. [37] porównali występowanie BS w grupie pielęgniarek anestezjologicznych i lekarzy anestezjologów pracujących na oddziale intensywnej

terapii i wykazali niższy poziom BS wśród lekarzy w porównaniu z grupą pielęgniarek. Warto powrócić do problematycznej kwestii tak różnych wyników otrzymywanych przez różnych autorów. Ten element sporny wynika nie tylko z zastosowania różnych kwestionariuszy i z różnic kulturowych między krajami, lecz przede wszystkim z niejednorodnego stosowania punktów odciążenia poziomów BS i jego podskal. W badaniu własnym poziomy BS zostały podzielone według walorów percentylowych, poziom wysoki BS to percentyle między 66 a 89, podczas gdy poziom krytyczny mierzony jest od percentyla 90. Wyznaczenie punktów odciążenia z jednej strony jest kwestią arbitralną i nie daje pełnej (całkowitej) gwarancji, że poziom krytyczny BS to przypadek wymagający pilnej terapii. Z drugiej strony jednak, niezbędne jest ujednoczenie norm, w celu porównania wyników badań przeprowadzonych przez różnych autorów. Za stosowaniem 90. percentyla przemawiają jednak dowody empiryczne. Schaufeli i wsp. [38] przeprowadzili badanie wśród pracowników, którzy zgłosili się na terapię w związku z BS, zatem w jednorodnej grupie populacji klinicznej. Autorzy podkreślają, że warto rozróżnić populację kliniczną (będącą w trakcie terapii) i populację niekliniczną (nieleczoną), wśród której brak jest jednostek z krytycznym poziomem BS. Badacze ci skupili się na rozróżnieniu między przypadkami klinicznymi i nieklinicznymi, a zatem na problemie braku spójnych punktów odciążenia stosowanych w MBI oraz w BM (*Burnout Measure*) [39]. Schaufeli i wsp. [38] podkreślają, że podręczniki dla obu kwestionariuszy wskazują na arbitralne punkty odciążenia, co prowadzi do niejednoznacznych wyników. Autorzy obu kwestionariuszy również zaznaczają, że punkty odciążenia nie mogą być stosowane w celach diagnostycznych. Za poparcie powyższych sugestii, może posłużyć badanie 139 pracowników zakwalifikowanych do terapii przez psychiatrów. Według skali MBI u 64%, a BM u 65% z tych osób rozpoznano BS, co oznacza, że u 46–45% chorych test nie pozwolił na rozpoznanie tego zespołu, co świadczy o ograniczonej przydatności tej skali [38]. W innym badaniu, autorzy wskazują na poprawność stosowania percentyla 90. w celu dyskryminacji przypadków kwalifikujących się do terapii od nieklinicznych [40]. Bazując na punktach odciążenia otrzymanych z grupy chorych klinicznych, Bakker i wsp. [41] szacują, że 4% holenderskiej populacji pracującej (ok. 260 000 osób), cierpi na kliniczny BS, co oznacza, że manifestują objawy będące podstawą kwalifikacji ich na terapię. Badanie własne również stanowi potwierdzenie dla słuszności stosowania percentyla 90 jako trafnego punktu odciążenia, jako że statystycznie istotna relacja między BS i konsekwencjami zdrowotnymi ma miejsce na poziomie krytycznym zespołu.

W badaniu grupy rezydentów stomatologii, Marucco [42] wykazała różne występowanie BS zależnie od kryteriów odciążenia, zalecanych przez różnych autorów: 5,55% Maslach

i Jackson [43], 33,33% Gil Monte i Peiro [23], 38,88% Neira [44]. Mimo że autorka podsumowuje, że najważniejszym punktem odciążenia dla próby argentyńskiej jest punkt 38,88% zalecany przez Neira [45], badanie to jednak jest przykładem niejednoznacznych wyników otrzymywanych ze względu na brak jednolitych kryteriów. W badaniu przeprowadzonym wśród pediatrów w szpitalach w Buenos Aires, występowanie BS różniło się zależnie od przyjętych kryteriów. Mając na uwadze punkty odciążenia zalecane przez normy amerykańskie, występowanie BS wynosiło 10,6%, według normy hiszpańskiej 24,4% oraz 37,4% według norm argentyńskich. Opisana wyżej przez Schaufeli i Bakker [38] (percentyl 90) restrykcyjna norma holenderska jedynie w 3,2% przypadków wykazała występowanie BS [46].

W badaniu podłużnym Grau-Arberola i wsp. [45] w grupie pielęgniarek w szpitalach hiszpańskich wykazano stały poziom BS utrzymujący się w przeciągu roku (2,84% w pierwszym roku i 1,89% w drugim roku, wg normy amerykańskiej oraz 1,26% w pierwszym roku i 0,94% w drugim roku wg normy holenderskiej). Oprócz różnic w poziomie BS zależnie od przyjętych norm, warto również zauważyć, że poziom BS jest niższy od otrzymanego w badaniu własnym, co może być spowodowane faktem, że anestezjologia i intensywna terapia są w Hiszpanii osobnymi specjalizacjami. Na analizowany problem uwagę zwraca również Thomas [47], który dokonał przeglądu piśmiennictwa na przestrzeni 20 lat, dotyczącego występowania BS w jednorodnej grupie rezydentów. Z lektury 77 publikacji jednoznacznie wynika, że posługiwanie się różnymi skalami i stosowanie różnych punktów odciążenia w badaniach, uniemożliwia ich porównywanie. Dodatkowym ograniczeniem możliwości analizowania doniesień nad BS jest brak badań podłużnych, które potwierdziłyby zależności przyczynowo-skutkowe modeli opisujących BS. Kolejnym przykładem trudności w analizie porównawczej różnych doniesień z badaniem własnym, jest praca Poncet i wsp. [48], którzy badali poziom BS wśród pielęgniarek pracujących na oddziałach intensywnej terapii we Francji. Autorzy wskazują na wysoki, 33-procentowy, krytyczny poziom BS w badanej grupie. Prawdopodobnie zastosowanym kryterium odciążenia przez tych autorów nie był percentyl 90 opisujący przypadki kliniczne, ponieważ autorzy nie podają zastosowanych kryteriów odciążenia.

O przydatności skal SBI i MBI do postawienia właściwego rozpoznania świadczy to, że badani nie są świadomi faktu oceniania u nich poziomu BS. W innych skalach pytania ankietowe zawierają opinię własną ankietowanego co do poziomu wypalenia, a wyniki badań bazujące na takich ankietach wykazują dużo wyższe poziomy wypalenia u większego odsetka badanych. Przykładem jest badanie ankietowe przeprowadzone wśród 1740 onkologów pracujących w USA. Aż 61,7% lekarzy uznało, że cierpi na objawy BS, a 83,2% rozpoznało objawy BS wśród współpracowników.

Ponad 70% lekarzy uznało, że ich objawy stają się coraz bardziej uporczywe. Najbardziej rozpoznawalnymi objawami BS według ankietowanych były frustracja (78%), wyczerpanie emocjonalne (69%) i brak satysfakcji z wykonywanej pracy (50%) [49]. Warto zaobserwować, że powszechne pojęcie wypalenia zawodowego wśród ankietowanych jest dużo mniej krytyczne niż zalecają normy kliniczne. Należy mieć ten fakt na uwadze w analizie badań podających występowanie BS, bazując na tego typu ankietach, a nie na rzetelnych psychometrycznych narzędziach takich jak MBI czy SBI.

Wartości psychometryczne polskiej wersji SBI spełniają kryteria niezbędne, by uznać ten test za rzetelny. Wartości dla polskiej wersji są wyższe od wartości minimalnej tj. 0,70, i stanowią wynik porównywalny z wynikami wersji hiszpańskiej kwestionariusza.

Głównym ograniczeniem prezentowanego badania jest fakt, że jest badaniem ankietowym przeprowadzonym w sposób nierandomizowany, można zatem założyć, że osoby o najwyższym poziomie BS mogły nie wziąć w nim udziału. Sung [50] podkreśla, że jest to jedno z głównych ograniczeń badań ankietowych dotyczących BS. Dodatkowo Schaufeli i Van Dierendonck [51], zwrócili uwagę na małą liczbę badań podłużnych dotyczących BS, będącym dodatkowym problemem badań nad tym zespołem. Przeprowadzone badanie jest badaniem poprzecznym, co wyklucza możliwość 100-procentowego potwierdzenia przyczyn i skutków BS, a potwierdzone empirycznie założenia opierają się na modelu teoretycznym.

## WNIOSKI

W grupie badanych polskich anestezjologów ryzyko występowania BS osiągnęło poziom wysoki i umiarkowany u prawie 70% ankietowanych, co na tle badań oceniających inne specjalności zarówno w kraju jak i zagranicą stanowi niepokojąco wysoki wynik. Z kolei występowanie poziomu krytycznego BS w badanej grupie, oscylujące na poziomie 18%, stanowi wynik porównywalny z tym, co prezentują badania światowe, w zakresie oceny zarówno anestezjologów jak i innych specjalności lekarskich.

Otrzymane wyniki występowania objawów BS, takich jak indolencja, wyczerpanie psychiczne, entuzjazm do pracy oraz poczucie winy, miały bardzo wysokie wartości według zastosowanej skali w grupie badanych anestezjologów (odpowiednio: 12,9%, 11,3%, 19,6%, 6,4%). Otrzymane wyniki trudno jest odnieść do innych badań, z uwagi na zastosowanie nowatorskich metod oceny w przyjętej w metodzie badawczej.

## Piśmiennictwo:

1. Irzyniec T, Konodyba-Szymański P, Szczerba H: Identyfikacja zagrożeń oraz ocena ryzyka zawodowego lekarzy medycyny (wstępne wyniki). *J Ecol Health* 2010; 14: 295–302.

2. Joško J, Kasperczyk P, Gościakiewicz P et al.: Stres — jedynie tego nie brakuje lekarzom. *Probl Hig Epidemiol* 2006; 87: 198–200.
3. Jakubas-Kolat J: Zjawisko stresu w pracy zespołu anestesjologicznego. *Anest Rat* 2008; 1: 66–69.
4. Rama-Maceiras P, Kranke P: Working conditions and professional well-being: a link easy to imagine but difficult to prove. *Eur J Anaesthesiol* 2013; 30: 213–215.
5. Nyssen AS, Hansez I: Stress and burnout in anaesthesia. *Curr Opin Anaesthesiol* 2008; 21: 406–411.
6. Gil-Monte PR: El síndrome de quemarse por el trabajo (burnout). Una enfermedad laboral en la sociedad del bienestar. Pirámide, Madrid 2005.
7. Freudenberger HJ: Staff burnout. *J Soc Issues* 1974; 30: 159–165.
8. Maslach C: Understanding burnout: Definitional issues in analyzing a complex phenomenon. In: Paine WS, ed.: *Job stress and burnout*. Sage, Beverly Hills 1982: 29–40.
9. Cherniss C: Role of professional self-efficacy in the etiology and amelioration of burnout. In: Schaufeli W, Maslach C, Marek T ed.: *Professional burnout: recent developments in theory and research*. Taylor & Francis, London: 1993.
10. Chirkowska-Smolak T, Kleka P: The Maslach Burnout Inventory — General Survey: validation across different occupational groups in Poland. *Polish Psychological Bulletin* 2011; 42: 86–94.
11. Dollard FM, LaMontagne AD, Caulfield N, Blewett V, Shaw A: Job stress in the Australian and international health and community services sector: a review of the literature. *Intern J Stress Manag* 2007; 14: 417–445.
12. Golembiewski RT: Note on Leiter's Study: highlighting two models of burnout. *Group Org Stud* 1989; 14: 5–13.
13. Shanafelt TD, Balch CM, Dyrbye L et al.: Special report: suicidal ideation among American surgeons. *Arch Surg* 2011; 146: 54–62.
14. Linn LS, Brook RH, Clark VA, Davies AR, Fink A, Koseoff J: Physician and patient satisfaction as factors related to the organization of internal medicine group practices. *Med Care* 1985; 23: 1171–1178.
15. Grol R, Mokkink H, Smits A et al.: Work satisfaction of general practitioners and the quality of patient care. *Fam Pract* 1985; 2: 128–135.
16. Melville A: Job satisfaction in general practice: implications for prescribing. *Soc Sci Med Med Psychol Med Sociol* 1980; 14A: 495–499.
17. Gil-Monte PR: Factorial validity of the Maslach Burnout Inventory (MBI-HSS) among Spanish professionals. *Rev Saude Publica* 2005; 39: 1–8.
18. Gil-Monte PR, Garcia-Jueas JA, Hernandez MC: Influencia de la sobrecarga laboral y la autoeficacia sobre el síndrome de quemarse por el trabajo (burnout) en profesionales de enfermería: a study in nursing professionals. *Interam J Psychol* 2008; 42: 113–118.
19. Gil-Monte PR, Olivares Faúndez VE: Psychometric properties of the "Spanish Burnout Inventory" in Chilean professionals working to physical disabled people. *Span J Psychol* 2011; 14: 441–451.
20. Gil-Monte PR, Peiró JM: Perspectivas teóricas y modelos interpretativos para el estudio del síndrome de quemarse por el trabajo. *Anales de Psicología* 1999; 15: 261–268.
21. Gil-Monte PR: CESQT. Cuestionario para la Evaluación del Síndrome de quemarse por el Trabajo. Tea Ediciones, Madrid 2011.
22. Grau A: Influencia de factores personales, profesionales y transnacionales en el síndrome de burnout en personal sanitario hispanoamericano y Español. *Rev Esp Salud Pública* 2009; 83: 215–230.
23. Morais A, Maia P, Azevedo A, Amaral C, Tavares J: Stress and burnout among Portuguese anaesthesiologists. *Eur J Anaesthesiol* 2006; 23: 433–439.
24. Schoeffler P, Dualé C, Walder B: Risks of being an anaesthesiologist. *Eur J Anaesthesiol* 2011; 28: 756–757.
25. Frade Mera MJ, Vinagre Gaspar R, Zaragoza Garcia I et al.: Burnout syndrome in different intensive care units. *Enferm Intensiva* 2009; 20: 131–140.
26. De Oliveira GS Jr, Ahmad S, Stock MC et al.: High incidence of burnout in academic chairpersons of anesthesiology: should we be taking better care of our leaders? *Anesthesiology* 2011; 114: 181–193.
27. Embriaco N, Azoulay E, Barrau K et al.: High level of burnout in intensivists: prevalence and associated factors. *Am J Respir Crit Care Med* 2007; 175: 686–692.
28. Fields AI, Cerdon TT, Brasseux CO et al.: Physician burnout in pediatric critical care medicine. *Crit Care Med* 1995; 23: 1425–1429.
29. Kinzl JF, Traweger C, Biebl W, Lederer W: Burnout and stress disorders in intensive care doctors. *Dtsch Med Wochenschr* 2006; 131: 2461–2464.
30. Nirel N, Goldwag R, Feigenberg Z, Abadi D, Halpern P: Stress, work overload, burnout, and satisfaction among paramedics in Israel. *Prehosp Disaster Med* 2008; 23: 537–546.

31. *Klersy C, Callegari A, Martinelli V et al.*: Burnout in health care providers of dialysis service in Northern Italy — a multicentre study. *Nephrol Dial Transplant*. 2007; 22: 2283–2290.
32. *Gaines J, Jermier JM*: Emotional exhaustion in a high stress organization. *AMJ* 1983; 26: 567–586.
33. *Bekker MH, Croon MA, Bressers B*: Childcare involvement, job characteristics, gender and work attitudes as predictors of emotional exhaustion and sickness absence. *Work Stress* 2005; 19: 221–237.
34. *Deery S, Iverson R, Walsh J*: Work relationships in telephone call centres: understanding emotional exhaustion and employee withdrawal. *J Management Studies* 2002; 39: 471–496.
35. *Posig M, Kickul J*: Work-role expectations and work family conflict: gender differences in emotional exhaustion. *Women in Management Review* 2004; 19: 373–386.
36. *Misiolek A, Gil-Monte P, Gorczyca P, Misiolek H*: Prevalence of burnout in Polish anaesthetist nursing professionals. *Eur J Anaesthesiol* 2013; 30 (Suppl): 228.
37. *Hyman SA, Michaels DR, Berry JM, Schildcrout JS, Mercado ND, Weinger MB*: Risk of burnout in perioperative clinicians: a survey study and literature review. *Anesthesiology* 2011; 114: 194–204.
38. *Schaufeli WB, Bakker AB, Hoogduin K, Schaap C, Kladler A*: On the clinical validity of the maslach burnout inventory and the burnout measure. *Psychol Health* 2001; 16: 565–582.
39. *Pines AM, Aronson E, Kafry D*: Burnout. From tedium to personal growth. Free Press, New York 1981.
40. *Schaufeli WB, Enzmann D*: The burnout companion to study and practice: a critical analysis. Taylor and Francis, London 1998.
41. *Bakker A, Schaufeli WB, Van Dierendonck D*: Burnout: prevalentie, risicogroepen en risicofactoren. In: *Houtman LL, Schaufeli WB, Taris T ed.*: Psychische vermoeidheid en werk: Cijfers, trends en analyses. Kluwer, Nederlands 2000: 65–82.
42. *Marucco MA*: Síndrome de quemarse por el trabajo (burnout) en odontólogos residentes en seis hospitales de la Pcia. de Buenos Aires; Burnout syndrome in resident dentists from six hospitals of Buenos Aires Province. *Rev Asoc Odontol Argent* 2008; 96: 49–52.
43. *Maslach C, Jackson SE*: The role of sex and family variables in burnout. *Sex Roles* 1985; 12: 837–851.
44. *Neira C*: Cuando se enferman los que curan. Estrés laboral y burnout en los profesionales de la salud. Gambacop, Buenos Aires 2004.
45. *Grau-Alberola E, Gil-Monte PR, García-Jueas JA, Figueiredo-Ferraz H*: Incidence of burnout in Spanish nursing professionals: a longitudinal study. *Int J Nurs Stud* 2010; 47: 1013–1020.
46. *Gil-Monte PR, Marucco MA*: Burnout prevalence in pediatricians of general hospitals. *Rev Saude Publica* 2008; 42: 450–456.
47. *Thomas NK*: Resident burnout. *JAMA* 2004; 292: 2880–2889.
48. *Poncet MC, Toullic P, Papazian L et al.*: Burnout syndrome in critical care nursing staff. *Am J Respir Crit Care Med* 2007; 175: 698–704.
49. *Allegra CJ, Hall R, Yothers G*: Prevalence of burnout in the US. Oncology community: results of a 2003 survey. *J Oncol Pract* 2005; 1: 140–147.
50. *Li CY, Sung EC*: A review of the healthy worker effect in occupational epidemiology. *Occupational Medicine* 1999; 49: 225–229.
51. *Schaufeli WB, Van Dierendonck D*: A cautionary note about the cross-national and clinical validity of cut-off points for the Maslach Burnout Inventory. *Psychol Rep* 1995; 76: 1083–1090.

**Adres do korespondencji:**

dr n. med. Aleksandra Misiołek  
 Gabinet Psychologiczny  
 c/ Equador 95, 1º, 4º 08029 Barcelona, Hiszpania  
 e-mail: aleksandramisiolek@gmail.com

Otrzymano: 12.03.2014 r.  
 Zaakceptowano: 22.05.2014 r.