



Profesionalni stres kod lekara opšte prakse i psihijataru – nivo psihičkog distresa i rizika od *burnout* sindroma

Professional stress in general practitioners and psychiatrists – the level of psychologic distress and burnout risk

Sreten Vićentić*, Aleksandar Jovanović†, Bojana Dunjić‡, Zorana Pavlović†, Milutin Nenadović‡, Nenad Nenadović§

*Opšta bolnica, Šabac, Odeljenje za psihijatriju, Šabac, Srbija; †Klinički centar Srbije, Institut za psihijatriju, Beograd, Srbija; ‡Specijalna psihijatrijska bolnica „Laza Lazarević“, Beograd, Srbija; §Vojnomedicinska akademija, Klinika za psihijatriju, Beograd, Srbija

Apstrakt

Uvod/Cilj. Dosadašnja istraživanja stresa pokazuju da je lekarska profesija u visokom riziku od obolevanja od psihičkih i somatskih poremećaja povezanih sa profesionalnim stresom, što može voditi značajnom poremećaju ličnog, porodičnog i profesionalnog funkcionisanja. Cilj ovog istraživanja bio je da se utvrdi nivo izloženosti lekara profesionalnom stresu, da se uporedi nivo stresa u grupi lekara opšte prakse sa nivoom stresa u grupi psihijataru i stepen rizika od nastanka *burnout* sindroma. **Metode.** Za ovu studiju preseka ispitanici su izabrani metodom slučajnog uzorka. Trideset lekara opšte prakse i 30 psihijataru (ukupan uzorak 60 lekara) popunili su tri testa – upitnika: Sociodemografski upitnik, Opšti zdravstveni upitnik (*General Health Questionnaire* – GHQ, Goldberg D, 1991), Masleč inventar izgaranja (*Maslach Burnout Inventory* – MBI, Maslach C, 1996). U interpretaciji rezultata korišćeni su Pearsonov χ^2 -test, *t*-test i analiza varijanse. **Rezultati.** Ukupni nivo psihičkog distresa meren GHQ testom u obe grupe lekara bio je jako nizak, što pokazuje da je ukupni uzorak lekara u ovom radu bio dobrog mentalnog zdravlja. Dobijena razlika u riziku od *burnout* sindroma na osnovu MBI testa između grupa lekara bila je statistički značajna ($\chi^2 = 4,286; p < 0,05$) samo kod supskale lične ispunjenosti poslom (MBI-PA), kao posledica većeg broja lekara opšte prakse sa srednjim *burnout* rizikom (13,3% prema 0,0%). Međutim, pokazano je da je visokim rizikom od *burnout* sindroma bilo ugroženo čak 35 lekara iz ukupnog uzorka, prema supskalama emocionalne iscrpljenosti (MBI-EE) i depersonalizacije (MBI-DP), što pokazuje da su lekari u obe grupe veoma ugroženi rizikom od nastanka *burnout* sindroma. **Zaključak.** Postoji visok rizik od nastanka *burnout* sindroma i u grupi lekara opšte prakse i u grupi psihijataru. Ni u jednoj grupi lekara nije bilo prisutnih psihičkih poremećaja (anksioznosti, depresije, insomnije...). Međutim, utvrđen je visok stepen osećaja emocionalne iscrpljenosti i prenapregnutosti poslom, kao i konstantan osećaj neprijatnosti uzrokovan profesionalnim naporom, te smanjeno ukupno zadovoljstvo poslom. Nivo izloženosti profesionalnom stresu viši je u populaciji lekara opšte prakse nego u populaciji psihijataru, ali dobijena razlika nije statistički značajna.

Ključne reči:

sagorevanje na radu, sindrom; lekari, porodični; psihijatrija; stres, psihički.

Abstract

Background/Aim. So far, studies of stress have shown that physicians are at a high risk of sickness from psychic and somatic disorders related to professional stress, that can lead to important disturbance of personal, familiar and professional functioning. The aim of this study was to investigate the doctors exposition level to professional stress, to compare stress level in general practitioners (GP) group with that in the group of psychiatrists and risk level for the appearance of burnout syndrome. **Methods.** This cross-section study included subjects recruited by a random sample method. Thirty General Practice doctors and 30 psychiatrists (totally 60 doctors) filled the set of 3 questionnaires: Sociodemographics features, General Health Questionnaire (GHQ; Goldberg D, 1991), and Maslach Burnout Inventory (MBI; Maslach C, 1996). Appropriate statistical procedures (Pearson test, *t*-test, variance analysis) in interpretation of the results were used. **Results.** A total level of psychic distress measured with the GHQ test in both groups of physicians was very low implying their good mental health. A difference in Burnout risk based on MBI test between the groups was statistically significant ($\chi^2 = 4,286; p < 0.05$) only at subscale Personal Accomplishment (MBI-PA); it was a consequence of a higher number of GPs with medium burnout risk (13.3 : 0.0%). However, even 35 physicians from the sample were affected with a high burnout risk measured with subscales Emotional Exhaustion (MBI-EE) and MBI-DP, showing that both groups of physicians had risk for the appearance of burnout syndrome. **Conclusion.** The obtained results showed a high burnout risk level in both, GPs and psychiatrists, groups. In both groups there was no presence of psychic disorders (anxiety, depression, insomnia), while there was a high level of emotional exhaustion and over-tension by job, and also a lower total personal accomplishment. Level of exposition to professional stress is higher in GPs than in psychiatrists, but the difference was not statistically significant.

Key words:

burnout, professional; physicians, family; psychiatry; stress, psychological.

Uvod

Radni ili stres vezan za profesiju ima relativno kratku istoriju u naučnom razmatranju. Iako nas počeci vraćaju u 1920. godinu i laboratorijska istraživanja fiziologa, šira upotreba ove kategorije javila se u posleratnom periodu. Prilagodavajući se ideološkim stavovima „hladnog rata“ mnoga rana istraživanja bazirala su se na širenju i razvijanju metoda za „regrutovanje“ mentalno zdravog, „elastičnog“ osoblja (naročito u vojnom kontekstu) i maksimalnoj produktivnosti u traženim uslovima. Tokom 1960-tih i 1970-tih godina u istraživanjima u SAD dominirala je teorija uloge stresa, čiji je fokus bio uglavnom baziran na subjektivnim karakteristikama i ličnim atributima više nego na situacionim karakteristikama vezanim za odgovor na stres. Ova krajnje individualizovana koncepcija uloge stresa efikasno je depolitizovala razmatranja o stresu na radu. Ali odgovor na pitanje zašto je jedan posao stimulirajući za jednog radnika, a na drugom deluje potpuno stresno, dat je tek 2000-te godine¹. Johaness Zigris ovo je objasnio u svom modelu stresa na radu nazvanom „trud-nagrada neslaganje“ (ERI model). Ovaj model „trud-nagrada“ baziran je na premisi da radni status pruža mogućnost napretka u poslu i samoeфикаsnosti, ali da su psihološke beneficije udružene i u recipročnoj vezi sa individualnim ulaganjem truda koji slede adekvatne nagrade (novac, napredak u karijeri i druge mogućnosti). Nedostatak reciprociteta, na primer, posao na kojem se čovek mnogo „troši“ i malo zaraduje, vodi emocionalnom distresu i poremećaju autonomnog nervnog sistema, što sve ostavlja posledice na zdravlje²⁻⁶. To je slučaj kod veoma zahtevnih i istovremeno nesigurnih poslova. Objasnjeno je da je ovaj model „trud-nagrada“ dosta primenljiv i često korišćen u službama i profesijama koje se bave radom sa ljudima, kao što je, na primer, lekarska profesija.

Burnout je stanje mentalne iscrpljenosti koje zahvata profesije koje se bave radom sa ljudima kao što su predavači, medicinske sestre, lekari i druge. Prvi put opisao ga je 1970. godine Frojdenberger, psihijatar koji je lično patio od tog sindroma.

Burnout sindrom (sindrom izgaranja, sagorevanja) je fenomen kome su podložne „pomagačke profesije“, a posebno stručnjaci koji rade na zaštiti i unapređenju mentalnog zdravlja. Upravo rad na očuvanju mentalnog zdravlja, u svakodnevnom kontaktu sa bolesnicima, zahteva jednu posebnu interpersonalnu dimenziju⁷⁻¹⁰.

U istraživanjima u svetu i kod nas, sprovedenim u poslednjih 20-tak godina, od kada se termin *burnout* sindrom i sreće u stručnoj literaturi¹¹⁻¹⁵, podaci pokazuju da tzv. sekundarna traumatizacija, odnosno problemi osoba koje rade na zbrinjavanju i psihološkoj podršci traumatizovanih, a posebno žrtava torture, nasilja i emocionalnog i fizičkog zlostavljanja, mogu voditi i ozbiljnijim psihopatološkim manifestacijama kao što su depresija, anksioznost, iritabilnost, nizak prag frustracione tolerancije i značajno smanjenje nivoa profesionalnog i opšteg životnog zadovoljstva.

Najznačajnije komponente *burnout* sindroma su osećanje emocionalne i fizičke iscrpljenosti, izmenjen odnos pre-

ma bolesnicima (depersonalizovanost), smanjeno lično zadovoljstvo poslom.

Burnout sindrom udružen je sa osećajem niskog zadovoljstva karijerom i smanjenim radnim performansama, što sve vodi nižem kvalitetu pružanja zdravstvenih usluga od strane profesionalaca – lekara koji su ugroženi ovim sindromom. U distribuciji stresora u ispitivanju 1 755 lekara u primarnom sektoru u Švajcarskoj¹⁶, najveći značaj imali su opšta preopterećenost, opterećenost u odnosu na zdravstveno osiguranje, teškoće da se uravnoteži profesionalni i privatni život, promena u sistemu zdravstvene zaštite i nesigurnost (pouzdanost) medicinskih usluga. Takođe, pronađeno je da je rizik od pojave sindroma bio viši kod muškaraca nego kod žena, i interesantno je da se *burnout* javljao u velikom broju i kod lekara koji rade u seoskim područjima.

Cilj ovog istraživanja bio je da se utvrdi nivo izloženosti lekara profesionalnom stresu, da se uporedi nivo stresa u grupi lekara opšte prakse sa nivoom stresa u grupi psihijatara i stepen rizika od nastanka *burnout* sindroma.

Metode

Ispitanike ove studije sačinjavalo je 30 lekara opšte prakse i 30 psihijatara, prosečne starosti 44 godine, od kojih su 48 bili ženskog, a 12 muškog pola. Ispitivanje je obavljeno u periodu od 15. 01. 2006. do 15. 04. 2006. u Zdravstvenom centru (ZC) „Dr Laza K. Lazarević“ u Šapcu i Institutu za psihijatriju Kliničkog centra Srbije (KCS) u Beogradu, kao opservaciona analitička – studija preseka, a ispitanici su izabrani metodom slučajnog izbora. Prilikom regrutovanja ispitanika poštovan je kriterijum da je opis radnog mesta gotovo identičan za sve u grupi lekara opšte prakse, svi zaposleni u ZC Šabac, kao i u grupi psihijatara, jedna polovina zaposlena u ZC Šabac, a druga u KCS. Ispitivanjem tendenciozno nisu obuhvaćeni psihijatri zaposleni u velikim psihijatrijskim bolnicama, jer se njihov opis radnog mesta razlikuje od kolega u gorenavedenim ustanovama.

Ispitanici su nakon detaljnog objašnjenja studije i po odobrenju direktora ustanove u kojoj su zaposleni, dobrovoljno popunjavali upitnike samoprocene koji su kasnije obrađeni u saradnji sa statističarem i psihologom.

Opšti zdravstveni upitnik (*General Health Questionnaire* – GHQ)¹⁷ meri osećaj napetosti, depresije, nesposobnosti za odbranu, nesanicu zasnovanu na anksioznosti, nedostatak samopouzdanja i samopoštovanja i druge simptome poremećaja psihičkog funkcionisanja. Postoje četiri varijante ovog upitnika, a varijanta GHQ-12, koja je korišćena u ovom istraživanju, preporučena je za merenje psihološkog distresa. Test sadrži 12 stavki (pitanja) na koja su ponuđena četiri gradirana odgovora (bolje nego obično, isto kao i obično, manje nego obično, mnogo manje nego obično). Prva dva odgovora (bolje nego obično, isto kao i obično) boduju se 0, a druga dva (manje nego obično, mnogo manje nego obično) boduju se 1 bodom. Maksimalni skor (broj bodova na testu) je 12, a mogući opseg 0–12. Skor od 4 i veći, znači moguće prisustvo psihičkog distresa, a skor od 8 i veći znači sigurno prisustvo različitih simptoma psihičkih poremećaja izazvanih stresom.

Masleč inventar izgaranja (*Maslach Burnout Inventory* – MBI)¹⁸ ima tri strukturne celine i meri: osećaj emocionalne iscrpljenosti i prenapregnutosti poslom, depersonalizaciju, odnosno osećaj neprijatnosti uzrokovan naporom i smanjeno lično zadovoljstvo poslom.

Test se sastoji od 22 stavke (tvrdnje) koje su gradirane (bodovane) u sedam kategorija od 0 do 6 (0 – nikada, 1 – nekoliko puta godišnje ili manje, 2 – jednom mesečno ili manje, 3 – nekoliko puta mesečno, 4 – jednom nedeljno, 5 – nekoliko puta nedeljno, 6 – svakog dana).

Stavke od 1 do 9 čine supskalu emotivne iscrpljenosti (EE). Stavke od 10 do 14 (5 stavki) čine supskalu depersonalizacije (DP). Stavke od 15 do 22 (8 stavki) čine supskalu lične ispunjenosti poslom (PA). Ukoliko je vrednost na testu za EE veća od 26, postoji visok rizik od nastanka *burnout* sindroma, i/ili ako je vrednost na testu za DP veća od 9, takođe postoji visok rizik od nastanka *burnout* sindroma. Vrednost manja i jednaka 18 na supskali EE predstavlja mali rizik, a vrednost od 19 do 26 srednji rizik od *burnout*-a. Što se

podataka, i neparametarska analiza varijanse za proporcije za neparametarske podatke. U analizi povezanosti korišćene su metode jednostruke i višestruke korelacije i regresije. U svim primenjenim analitičkim metodama nivo značajnosti bio je 0,05. Za pravljenje baze i obradu podataka upotrebljen je program Instituta i Katedre za medicinsku statistiku i informatiku Medicinskog fakulteta u Beogradu.

Rezultati

U strukturi grupa lekara prema polu, nije bilo razlike po grupama. Analiza ostalih obeležja pokazala je relativnu ujednačenost u pogledu osnovnih porodičnih karakteristika, kao i u pogledu zdravstvenih karakteristika. Razlika u zadovoljstvu kvalitetom života postojala je u korist lekara psihijata, ali nije bila statistički značajna. Jedina statistički značajna razlika bila je u konzumiranju alkohola, tj. psihijatri češće (umereno) konzumiraju alkoholno piće od lekara opšte prakse (tabela 1).

Tabela 1

Sociodemografski podaci o ispitanicima

Karakteristike ispitanika	Lekari opšte prakse	Lekari psihijatri	χ^2	p
	n (%)	n (%)		
Muški pol	6	24	0,000	1,000
Ženski pol	6	24	0,000	1,000
Oženjen/udata	22 (73)	18 (60)	3,269	0,195
Ima svoj stan	21 (70)	26 (87)	4,465	0,107
Živi u zajednici sa roditeljima	8 (27)	6 (20)	5,558	0,235
Sam izdržava članove porodičnog domaćinstva	23 (77)	29 (97)	5,264	0,072
Hronično oboljenje kod ispitanika	9 (30)	4 (13)	2,455	0,117
Hronično oboljenje kod člana porodičnog domaćinstva	7 (23)	3 (10)	1,920	0,166
Pije (umereno)	13 (43)	21 (70)	4,344	0,037*
Puši	7 (23)	12 (40)	1,953	0,377
Uzima sedative	7 (23)	8 (27)	1,840	0,398
Zadovoljan kvalitetom svog života	22 (73)	26 (87)	4,356	0,113

* statistički značajno

tiče PA supskale, mali rizik od *burnout*-a predstavlja skor veći i jednak 40, srednji rizik je od 39 do 34, a visok rizik označava skor manji i jednak 33, ali se generalni zaključak o prisustvu *burnout* sindroma ne može doneti izolovano posmatrajući supskalu PA, već relevantniji značaj imaju supskale EE i DP. Supskala PA relevantna je samo ukoliko je potvrđena sa EE ili DP skalom. Ukupan skor je moguć u opsegu 0 – 132.

U statističkoj obradi rezultata, u zavisnosti od prirode samih varijabli, korišćeni su Pirsonov χ^2 test, i to u obliku testova slaganja i tablica kontingencija, za poređenje razlike između učestalosti kod neparametarskih obeležja i to za jedno, odnosno dva obeležja. Kod numeričkih ograničenja tablice 2 puta 2 primenjen je Fišerov test tačne verovatnoće. Za poređenje prosečnih vrednosti parametarskih obeležja upotreбили smo Studentov *t*-test za dve grupe podataka. Kao neparametarske dopune kod nezavisnih uzoraka primenjen je test sume rangova, a kod zavisnih test ekvivalentnih parova. Kod poređenja tri ili više grupa podataka korišćena je Fišerova parametarska analiza varijanse (ANOVA) kod parametarskih

Analiza dobijenih rezultata na testu GHQ i MBI pokazala je da između grupa nije bilo statistički značajne razlike (tabela 2).

Masleč testom izgaranja (MBI), tačnije supskalom emocionalne istrošenosti (EE), dobili smo rezultate iznad granice za visok rizik od nastanka *burnout* sindroma kod većine lekara, i u grupi lekara opšte prakse i kod psihijata. Veći broj psihijata nego lekara opšte prakse imao je vrednosti iznad granice za visok rizik, ali razlika po grupama nije bila statistički značajna. Vrednosti dobijene supskalom depersonalizacije (DP), takođe, bile su iznad granice za visok rizik od nastanka *burnout* sindroma kod većeg broja ispitanika, dok je kod nešto manjeg broja bio prisutan srednji nivo rizika. Takođe, razlika po grupama nije bila statistički značajna, ali je i ovde bio veći ukupan broj psihijata kod kojih su bile prisutne visoke vrednosti, nego kod lekara opšte prakse.

Ukupni nivo psihičkog distresa meren testom GHQ u obe grupe lekara bio je jako nizak, što pokazuje da je ukupni uzorak lekara u ovom radu bio dobrog mentalnog zdravlja.

Tabela 2

Težina psihičkog distresa i rizik od nastanka burnout sindroma u grupi lekara opšte prakse i grupi psihijatarata

Test - upitnik	\bar{x}	SD	t test	p
GHQ			0,456	0,650
lekari opšte prakse	1,6333	2,2816		
psihijatri	1,3667	2,2512		
MBI-EE			-1,322	0,191
lekari opšte prakse	28,8333	6,0291		
psihijatri	29,1333	6,2749		
MBI-DP			-1,668	0,101
lekari opšte prakse	10,0667	5,7532		
psihijatri	12,2667	4,3702		
MBI-PA			1,148	0,256
lekari opšte praksa	24,0667	6,4001		
psihijatri	22,4000	4,7241		

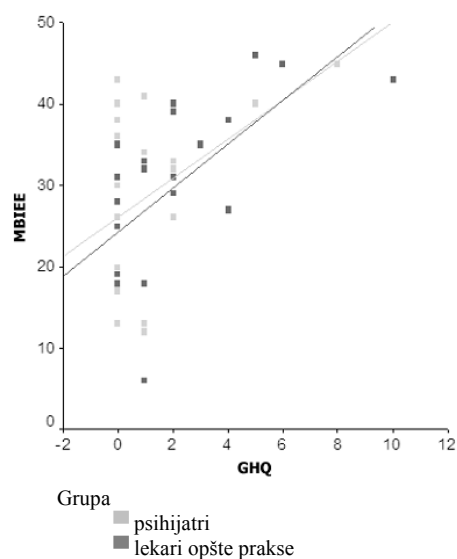
GHQ – Opšti zdravstveni upitnik (*General Health Questionnaire*); QL – test Kvalitet života (*Quality of life*); MBI – Masleč Inventar Izgaranja (*Maslach Burnout Inventory*); koji se sastoji od tri supskale: MBI-EE – supskala emocionalne iscrpljenosti; MBI-DP – supskala depersonalizacije (*Depersonalisation*); MBI-PA – supskala zadovoljstva poslom (*Personal Accomplishment*)

Dobijena razlika kod ukrštanja nalaza *burnout* rizika, na osnovu skora testa MBI kod obe grupe ispitanika (tabela 3), bila je statistički značajna ($\chi^2 = 4,286$; $p < 0,05$) samo kod supskale MBI-PA, a bila je posledica većeg broja lekara opšte prakse sa srednjim nivoom rizika od *burnout*-a (13,3% prema 0,0%). Međutim, očigledno je da je visokim rizikom od *burnout*-a ugroženo čak 35 lekara iz ukupnog uzorka, prema supskalama MBI-EE i MBI-DP, što pokazuje da su lekari u obe grupe veoma ugroženi rizikom od nastanka *burnout* sindroma.

Analiza povezanosti ukupnog (*total*) testa GHQ i testa MBI-EE u obe grupe ispitanika bila je statistički visokoznačajna ($r = 0,565$; $p < 0,01$), što znači da povećanje ukupnog skora na GHQ testu, tj. povećanje stepena psihičkog distresa, uslovljava i više skorove na testu MBI-EE, odnosno viši stepen emocionalne iscrpljenosti poslom (slika 1).

Diskusija

Dosadašnja istraživanja stresa pokazuju da je lekarska profesija u visokom riziku od obolevanja od psihičkih i somatskih poremećaja povezanih sa profesionalnim stresom,



Sl. 1 – Korelacija stepena psihičkog distresa na Opštem zdravstvenom upitniku (*General Health Questionnaire* – GHQ) i stepena rizika od *burnout*-a na testu Masleč inventar izgaranja (*Maslach Burnout Inventory*) – supskala emocionalne iscrpljenosti (*Emotional Exhaustion*) – MBI-EE

Tabela 3

Učestalosti stepena rizika od burnout sindroma na supskalama *Maslach Burnout Inventory* (MBI) kod grupe lekara opšte prakse i grupe psihijatarata

Grupe ispitanika	EE rizik (%)		
	mali i srednji <i>burnout</i> rizik		visok <i>burnout</i> rizik
lekari opšte prakse (n = 30; 100%)	37		63
psihijatri (n = 30; 100%)	47		53
Svega (n = 60; 100%)	42		58
Grupe ispitanika	MBI-DP rizik (%)		
	mali <i>burnout</i> rizik	srednji <i>burnout</i> rizik	visok <i>burnout</i> rizik
lekari opšte prakse (n = 30; 100%)	13	40	47
psihijatri (n = 30; 100%)	3	27	70
Svega (n = 60; 100%)	8	33	59
Grupe ispitanika	MBI-PA rizik (%)		Srednji <i>burnout</i> rizik
	mali <i>burnout</i> rizik		
lekari opšte prakse (n = 30; 100%)	87		13
psihijatri (n = 30; 100%)	100		0
Svega (n = 60; 100%)	93		7

MBI-EE: supskala emocionalne iscrpljenosti (*Emotional Exhaustion*) na testu Masleč inventar izgaranja (*Maslach Burnout Inventory*); MBI-DP: supskala depersonalizacije (*Depersonalisation*) na testu Masleč inventar izgaranja (*Maslach Burnout Inventory*); MBI-PA: supskala zadovoljstva poslom (*Personal Accomplishment*) na testu Masleč inventar izgaranja (*Maslach Burnout Inventory*)

što može voditi značajnom poremećaju ličnog, porodičnog i profesionalnog funkcionisanja¹⁹⁻²¹. Utvrđeno je da je u svakodnevnom susretu lekara sa bolešću, bolom, tugom, patnjom i ljudskom nesrećom potreban balans brojnih aspekata složene lekarske uloge, i da je sposobnost podnošenja stresnih situacija od posebnog značaja u ispunjavanju profesionalnih obaveza^{22, 23}.

Tradicionalno je poznato da su lekari opšte prakse na prvoj liniji kontakta sa bolesnikom. Bolesnici se prvo njima obraćaju za sve svoje zdravstvene probleme, najčešće očekujući previše, što je nerealno. Takođe, lekari opšte prakse imaju malu autonomiju u poslu, konstantan pritisak usled očekivanja nastavka stručnog usavršavanja, više rada „na papiru“, a niža primanja od specijalista.

Psihijatri, iako imaju veća primanja i profesionalno su više realizovani, sreću se sa specifičnom patologijom i specifičnom vrstom transfera i kontratransfera sa bolesnikom. Sa druge strane, psihijatri su na određen način edukovani kako da se bore protiv stresa, poseduju širi spektar odbrambenih mehanizama^{24, 25}.

Opštim zdravstvenim upitnikom (GHQ) prosečno je zabeležen niži skor od graničnih vrednosti koje bi ukazivale na prisustvo psihičkog distresa. Međutim, kod jednog broja ispitanika vrednosti su pokazale moguće prisustvo psihičkih poremećaja, a nekoliko ispitanika imalo je vrednosti koje su ukazivale na manifestne psihičke poremećaje. Učestalost ovih poremećaja odgovarala je podacima dobijenim u sličnim istraživanjima na Novom Zelandu i Velikoj Britaniji^{26, 27}.

Veliki broj studija u Engleskoj bavio se fenomenom psihološkog distresa na poslu kod doktora i ostalih zdravstvenih radnika. U okviru Nacionalne zdravstvene službe (NHS) obavljeno je više istraživanja^{28, 29}. U poređenju sa vrednostima testa GHQ u našoj studiji, kod lekara u Engleskoj zabeležen je značajno viši nivo psihičkog distresa, tj. prisustvo mentalnih poremećaja. Kod ispitanika u našoj studiji nije bilo uopšte manifestnih psihičkih poremećaja, ali bi, s obzirom na relativno mali uzorak, bilo prejudicirano zaključiti ili tvrditi da su lekari u našoj zemlji, i pored sličnog stepena opterećenja profesionalnim stresom, mentalno otporniji. Da li je to tako, i u kojoj meri su te razlike prisutne, mogla bi biti tema nekih budućih istraživanja.

U vezi sa stresorima kod lekara, treba istaći da je specifičnost kod lekara opšte prakse to što su oni, na prvoj liniji kontakta sa bolesnikom, često u nemogućnosti da izađu u susret svim bolesnikovim zahtevima, kao i da neretko postoji frustriranost nemogućnošću, ili bar neizvesnošću profesionalnog napretka, dok kod psihijatarata postoji objektivni problem svakodnevnog rada sa vrlo specifičnom psihopatologijom, sa ljudskim emocijama i duševnom patnjom. Takođe, jedna od razlika koja bi mogla da ima uticaja u ukupnoj percepciji profesionalnog stresa, jeste i visina prihoda, gde su psihijatri u prednosti. Na ovo ukazuju podaci dobijeni u više studija^{30, 31}.

Dovodenjem u vezu rezultata testa GHQ i supskale MBI-EE, uočena je pozitivna korelacija kod istih ispitanika, tj. povećanje stepena psihičkog distresa, uslovljava i više skorove na testu MBI-EE, odnosno viši stepen emocionalne iscrpljenosti poslom, što je takođe, bilo očekivano³².

Psihosocijalni izazovi sa kojima se suočavaju lekari današnjice razmatrani su, takođe, u Švedskoj. Jedan broj stresora u medicinskoj praksi predstavljaju suočavanja sa emocionalno napetim situacijama, sa ljudskom patnjom, sa strahom, sa seksualnošću, sa povredama i sa smrću^{33, 34}.

Ranije studije pronašle su da nivo distresa opada sa porastom iskustva kod lekara, odnosno starošću lekara. Rezultati jedne studije u Litvaniji pokazali su veći nivo psihološkog distresa i veće patnje na poslu kod starijih doktora konsultanata nego kod mladih porodičnih lekara. Mnoge promene u bolničkoj organizaciji kao i reforma bolnice odrazile su se na doktore konsultante, dok su mladi porodični lekari imali manji broj radnih sati. Sa druge strane, mladi porodični lekari imali su ukupno manji nivo zadovoljstva poslom i manju autonomiju u poslu, ali su bili zadovoljniji ukupnim brojem časova rada. Organizacija posla i raspoređivanje kadrova prema adekvatnim karakteristikama, čak i starosnim, značajno bi smanjila stres i povećala produktivnost na određenim radnim mestima. Ovo nam sugerise da bi doktori konsultanti mogli imati koristi od redukcije preopterećenosti poslom, dok bi mladi porodični lekari mogli imati koristi od veće autonomije. To bi u oba slučaja smanjilo nivo psihološkog distresa³⁵.

Najveća motivacija za studente koji su izabrali medicinsku profesiju na prvom mestu je želja da pomažu drugim ljudima. Preovladava mišljenje da će im rad sa bolesnicima doneti ličnu satisfakciju. Objektivno, potrebno je mnogo mentalne elastičnosti i samopregora pri suočavanju sa brojnim stresorima profesije, da bi usledila gratifikacija.

Ovo nam sugerise da bi u našoj zemlji mogli biti unapređeni programi informisanja i edukacije srednjoškolaca, za izbor budućeg fakulteta, tj. profesije. Poželjno je detaljno upoznavanje budućih lekara sa brojnim specifičnostima lekarskog posla.

Sva istraživanja profesionalnog stresa ukazuju na značaj organizacije posla, rasporeda i selekcije kadrova, programa obrazovanja lekara za prevenciju profesionalnog stresa, a sve u cilju veće produktivnosti i kvalitetnijeg pružanja zdravstvenih usluga, kao i zaštite mentalnog zdravlja lekara, koji su pregaoci u izuzetno specifičnoj i humanojoj profesiji³⁶.

Generalno, svi dobijeni rezultati u našem istraživanju ne odstupaju značajno od podataka iz svetske literature i u skladu su sa očekivanjima³⁷⁻⁴⁰.

Zaključak

Ovo istraživanje pokazalo je da postoji visok rizik od nastanka *burnout* sindroma i u grupi lekara opšte prakse i u grupi psihijatarata. Ni u jednoj grupi lekara nema prisutnih psihičkih poremećaja (anksioznosti, depresije, insomnije). Međutim, utvrđen je visok stepen osećaja emocionalne iscrpljenosti i prenapregnutosti poslom, takođe i konstantan osećaj neprijatnosti uzrokovan profesionalnim naporom, kao i smanjeno ukupno zadovoljstvo poslom. Nivo izloženosti profesionalnom stresu viši je u populaciji lekara opšte prakse, nego u populaciji psihijatarata. Dobijena razlika, iako prisutna, nije statistički značajna.

L I T E R A T U R A

1. *Siegrist J.* Work stress and beyond. *Eur J Public Health* 2000; 10(3): 233–4.
2. *Calnan M, Wainwright D, Almond S.* Job strain, effort-reward imbalance and mental distress: a study of occupations in general medical practice. *Work & Stress* 2000; 14: 297–311.
3. *Karasek R, Theorell T.* Healthy work: stress, productivity, and the reconstruction of working life. New York, NY: Basic Books; 1990. pp. 89–103.
4. *Kosović D.* Stress. Beograd: Savana; 1989.
5. *Hatcher S, House A.* Life events, difficulties and dilemmas in the onset of chronic fatigue syndrome: a case-control study. *Psychol Med* 2003; 33(7): 1185–92.
6. *Huby G, Gerry M, McKinstry B, Porter M, Shaw J, Wrate R.* Morale among general practitioners: qualitative study exploring relations between partnership arrangements, personal style, and workload. *BMJ* 2002; 325(7356): 140.
7. *Millon T, Davis R.* Personality disorders in modern life. New York: Wiley; 2000.
8. *Mumford DB, Naqir M, Jilani FU, Baig IY.* Stress and psychiatric disorder in the Hindu Kush: a community survey of mountain villages in Chitral, Pakistan. *Br J Psychiatry* 1996; 168(3): 299–307.
9. *Pearlin LI.* The sociological study of stress. *J Health Soc Behav* 1989; 130: 1241–56.
10. *Tully A.* Stress, sources of stress and ways of coping among psychiatric nursing students. *J Psychiatr Ment Health Nurs* 2004; 11(1): 43–7.
11. *Vesel J, Marić J.* Various problems in the diagnosis and treatment of patients with psychosomatic diseases. *Srp Arh Celok Lek* 1976; 104(10): 767–73. (Serbian)
12. *Schattner P.* Stress in general practice: how can GPs cope? *Aust Fam Physician* 1998; 27(11): 993–8.
13. *Schmoldt RA, Freeborn DK, Klevit HD.* Physician burnout: recommendations for HMO managers. *HMO Pract* 1994; 8(2): 58–63.
14. *Alshallah S.* Job satisfaction and motivation: how do we inspire employees? *Radiol Manage* 2004; 26(2): 47–51.
15. *Marmot M, Siegrist J, Theorell T, Feeney A.* Health and the psychosocial environment at work. In: *Marmot M, Wilkinson RG*, editors. Social determinants of health. Oxford, UK: Oxford University Press; 1999. p. 105–31.
16. *Goebting C, Bouvier Gallacchi M, Künzi B, Bovier P.* Psychosocial and professional characteristics of burnout in Swiss primary care practitioners: a cross-sectional survey. *Swiss Med Wkly* 2005; 135: 101–8.
17. *Goldberg D, Williams P.* A user's guide to the General Health Questionnaire. Windsor, UK: NFER-Nelson; 1991.
18. *Maslach C, Jackson SE, Leiter M.* Maslach Burnout Inventory, Manual. Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press; 1996.
19. *Edwards N, Kornacki MJ, Silversin J.* Unhappy doctors: what are the causes and what can be done? *BMJ* 2002; 321: 110.
20. *Chambers R, Wall D, Campbell I.* Stresses, coping mechanisms and job satisfaction in general practitioner registrars. *Br J Gen Pract* 1996; 46(407): 343–8.
21. *Forde R, Aasland OG, Akre V.* General practitioners, community physicians and hospital physicians—how different are they? *Tidsskr Nor Lægeforen* 1996; 116(23): 2781–6. (Norwegian)
22. *Winefield H, Murrell T, Clifford J.* Sources of occupational stress for Australian GPs, and their implications for postgraduate training. *Fam Pract* 1994; 11(4): 413–7.
23. *Kagan J.* Three seductive ideas. Cambridge, MA: Harvard University Press; 1998.
24. *Kalićanin P, Lečić-Toševski D.* The book on stress. Belgrade: Medicinska knjiga; 1994. (Serbian)
25. *McEwen BS, Stellar E.* Stress and the individual. Mechanisms leading to disease. *Arch Int Med* 1993; 153: 2093–101.
26. *Sadock BJ, Sadock VA.* Kaplan and Sadock's Synopsis of Psychiatry. 9th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2003. pp. 654.
27. *Cocco E, Gatti M, de Mendonça Lima CA, Camus V.* A comparative study of stress and burnout among staff caregivers in nursing homes and acute geriatric wards. *Int J Geriatr Psychiatry* 2003; 18(1): 78–85.
28. *Prosser D, Johnson S, Kuipers E, Szumukler G, Bebbington P, Thornicroft G.* Perceived sources of work stress and satisfaction among hospital and community mental health staff, and their relation to mental health, burnout and job satisfaction. *J Psychosom Res* 1997; 43(1): 51–9.
29. *Willcock SM, Daly MG, Tennant CC, Allard BJ.* Burnout and psychiatric morbidity in new medical graduates. *Med J Aust* 2004; 181(7): 357–60.
30. *McCue JD.* The effects of stress on physicians and their medical practice. *N Engl J Med* 1982; 306: 458–63.
31. *Sargent MC, Sotile W, Sotile MO, Rubash H, Barrack RL.* Stress and coping among orthopaedic surgery residents and faculty. *J Bone Joint Surg Am* 2004; 86-A(7): 1579–86.
32. *Arnetz BB.* Psychosocial challenges facing physicians of today. *Soc Sci Med* 2001; 52: 203–13.
33. *Lazarus RS.* Emotion and adaptation. New York: Oxford University Press; 1991.
34. *Egorov KN, Dubrova VP.* Psychological factors in general practice. *Klin Med (Mosk)*. 2003; 81(2): 62–6. (Russian)
35. *Eckman P, Davidson R.J.* The nature of emotion: fundamental questions New York: Oxford University Press; 1995. pp. 321–8.
36. *Ashworth M, Armstrong D.* Sources and implications of dissatisfaction among new GPs in the inner-city. *Fam Pract* 1999; 16(1): 18–22.
37. *Boultinghouse OW, Hammack GG, Vo AH, Dittmar ML.* Assessing physician job satisfaction and mental workload. *Telemed J E Health* 2007; 13(6): 715–8.
38. *Godlee F.* The role of the doctor. *BMJ* 2007; 335(7628): 1000.
39. *Sloan FA, Rattliff JR, Hall MA.* Effects of state managed care patient protection laws on physician satisfaction. *Med Care Res Rev* 2007; 64(5): 585–99.
40. *Perseus KI, Käver A, Ekdahl S, Asberg M, Samuelsson M.* Stress and burnout in psychiatric professionals when starting to use dialectical behavioural therapy in the work with young self-harming women showing borderline personality symptoms. *J Psychiatr Ment Health Nurs* 2007; 14(7): 635–43.

Primljen 3. VII 2009.
Revidiran 2. XI 2009.
Prihvaćen 23. XII 2009.