

O EVALUARE PRELIMINARĂ A SINDROMULUI BURNOUT ÎN SECȚIILE DE ANESTEZIE ȘI TERAPIE INTENSIVĂ

ȘERBAN ION BUBENEK-TURCONI, DANA TOMESCU,
GABRIELA DROC, ELENA MARINESCU,
STELIAN ATILA BĂLAN, ELISABETA NIȚĂ

A Preliminary Assessment of Burnout Syndrom in Anesthesia and Intensive Care Units. Freudenberger and Richelson define emotional burning as „a state of physical and emotional exhaustion resulting from working conditions and the tendency to achieve some unrealistic expectations imposed by oneself or by the values of society”. After Maslach Christine and Jackson (1981), Burn Out Syndrome consists of a triad of emotional exhaustion, depersonalization, and reduction of personal achievement. Through this study, we want to see to what extent the Burnout syndrome is present among the medical staff in the intensive care departments in Romania, if there are significant differences on age or biological type, and outlining strategies for intervention both individually and collectively. For the sake of simplicity, we will use the following abbreviations: Emotional Exhaustion (EE), Depersonalization (D), and Reducing Personal Realization (RPR). The conclusions are: insufficient care of medical staff for psycho-emotional life, insufficient preoccupation for identifying/developing communication skills; the proposed measures are: improving the efficiency of intra- and interdisciplinary communication, establishment and implementation of effective conflict management strategies. The results reveal the presence of Burn-out syndrome in the intensive care medical staff at the average score (68) and with mean scores on all other dimensions of the syndrome (EE 27, D 14 pts, RPR 23 pts.)

Key words: burnout; psycho-emotional life; communication; conflict management

Termenul de burnout (ardere emoțională) a fost introdus pentru prima dată în psihologie de către H. Freudenberger, în lucrarea *Burn Out: The High Cost of High Achievement. What it is and how to survive*, cu referire la starea psihică a anumitor categorii profesionale, caracterizate prin „sacrificarea nevoilor personale în beneficiul celorlalți”. Freudenberger și Richelson definesc arderea emoțională ca fiind „o stare de epuizare fizică și emoțională, care rezultă din condițiile de muncă și din tendința de a realiza unele așteptări nerealiste impuse de sine sau de valorile societății”¹.

După Maslach și Jackson (1981), sindromul burnout are în componență triada epuizare emoțională, depersonalizare și reducerea realizărilor personale². Epu-

¹ H. Freudenberger, G. Richelson, *Burn-Out: The high cost of high achievement*, Anchor Press, Garden City N.Y., 1980.

² C. Maslach, E. Jackson, *The measurement of experienced burnout*, în „Journal of Occupational Behaviour”, 2, 1981, 99-113.

zarea emoțională, dimensiunea cea mai semnificativă a acestui sindrom, se caracterizează prin tonus emoțional scăzut, oboseală permanentă și inadecvarea emoțiilor proprii la situație. Depersonalizarea sau deteriorarea relațiilor cu ceilalți se poate manifesta fie prin relații de dependență față de cei din jur, fie prin negativism, pesimism, izolare și indiferență. La cadrele medicale, de exemplu, depersonalizarea poate să apară sub forma comportamentelor de evitare a pacienților și a aparținătorilor, a incapacității de a discuta cazurile împreună cu colegii, a remarcilor agresive, umilitoare, față de pacient și a sentimentelor negative (furie, dispreț, frustrare), față de pacient sau la adresa propriei persoane (muștrare, vinovăție).

În cazul reducerii realizărilor personale, apare sentimentul neîmplinirii și al lipsei de apreciere, scad stima de sine, capacitatea de concentrare, creativitatea și spontaneitatea. În esență, persoana simte că activitatea sa este ne semnificativă și neapreciată.

Printre cauzele sindromului burnout se regăsesc cele care au legătură cu mediul profesional, și anume: volumul mare de muncă, ambiguitatea și conflictul de roluri, lipsa autonomiei, responsabilitățile multiple, suprasolicitarea, programul de lucru prelungit, relațiile nesatisfăcătoare cu colegii, evenimentele cu impact negativ (ex. moartea unui pacient), precum și lipsa de apreciere³. De asemenea există și cauzele care țin de stilul de viață – odihna insuficientă, lipsa timpului liber, care să implice activități relaxante și sociale, precum și suport social și familial deficitar⁴.

Pot contribui, totodată, la dezvoltarea sindromului burnout și anumite trăsături de personalitate – stabilitatea emoțională deficitară, adaptabilitatea și rezistența scăzute la stres, imaginea de sine idealizată, așteptările exagerate legate de carieră, nevoia crescută de a deține controlul și perfecționismul⁵. Mai mult, vulnerabilitatea la arderea emoțională nu este dată numai de rezistența la stres, de percepția evenimentelor și de nivelul de implicare, ci și de imaginea și stima de sine, de locul controlului, de tipul de personalitate și tipul de temperament⁶. Canadas-De la Fuente și colab. (2015) susțin că anumite trăsături temperamentale cum ar fi nevrotismul, extraversiunea/intraversiunea pot influența apariția sindromului burnout.

În raportul publicat de Europe Foundation și European Osha, în 2014, sunt prezentate o serie de factori psihosociali ai mediului de muncă, asociați cu sănătatea și starea de bine generală. Majoritatea oamenilor au zile în care se simt secătuiți de energie, neapreciați, lipsiți de motivație; dacă această stare se repetă și persistă ca intensitate în timp se poate pune problema sindromului burnout.

³ C. Cooper, S. Cartwright, *Healthy Mind. Healthy Organization. A Proactive Approach to Occupational Stress*, în „Human Relations”, 47, 4, 1994, pp. 455-47.

⁴ K. Ahola, L. Pulkki-Råback *et al.*, *Burnout and Behavior-Related Health Risk Factors: Results From the Population-Based Finnish Health 2000 Study*, în „Journal of Occupational and Environmental Medicine”, 54, 1, 2012, 17-22.

⁵ G.A. Canadas-De la Fuente, C. Vargas *et al.*, *Risk factors and prevalence of burnout syndrome in the nursing profession*, în „International Journal of Nursing Studies”, 52, 1, 2005, 240-249.

⁶ J. Klosowska, *Temperament Structures as Risk Factors for Teachers' Stress and Burnout*, în „Ad Alta: Journal of Interdisciplinary Research”, Vol. 1, 2011, 47-49.

Lista factorilor psihosociali ai mediului de muncă asociați cu sănătatea și starea de bine⁷:

Conținutul locului de muncă	Munca monotonă, repetitivă sau sarcinile prea complexe; interacțiuni cu oamenii, solicitante emoțional; ambiguitatea rolului în organizație.
Cantitatea de lucru și autonomia	Cantitatea prea mare sau prea mică de lucru; nivelul redus de autonomie decizională.
Program de lucru și balanța muncă-acasă	Program de lucru variabil, schimburi de noapte, tura „la apel”, zile și perioade de odihnă reduse.
Relațiile interpersonale la locul de muncă	Lipsa suportului social, relațiile deficitare cu superiorul, conflicte și alte tipuri de relații adverse (intimidare, violență verbală și fizică, hărțuire și discriminare).
Dezvoltarea carierei	Incertitudinea locului de muncă, lipsa oportunităților de promovare, remunerația scăzută, valoarea socială redusă a lucrului.

Cum recunoaștem sindromul burnout?

Simptomele sindromului burnout se împart pe trei nivele, conform clasificării făcute de Schaufeli și Enzman (1998) – individual, interpersonal și organizațional⁸. Simptomele de la nivelul individual sunt: emoționale (schimbări de dispoziție, epuizare, anxietate), cognitive (pierderea sensului și a speranței, sentimentul de eșec, vinovăție, pierderea stimei de sine, scăderea capacității de concentrare), fizice (dureri de cap, greață, amețeală, dureri musculare, tulburări de somn, tulburări gastro-intestinale precum și oboseala cronică), comportamentale (hiperactivitate, impulsivitate, consum crescut de cafeină, tabac, alcool, droguri ilicite, renunțarea la activitățile recreative), motivaționale (pierderea idealului, resemnare, plictis)⁹.

Sindromul burnout este adesea confundat cu stresul. Stresul poate intensifica burnout-ul, însă nu este cauza apariției acestuia. Simptomele legate de stres sunt preponderent fizice, nu emoționale, ca în cazul sindromului burnout. Pe de altă parte, stresul generează o stare de tensiune episodică, la care reacționăm printr-o stare de alertă, pe când burnout-ul generează o stare de tensiune permanentă, care secătuieste și dă o stare de neputință¹⁰.

⁷ Eurofound and EU-OSHA, *Psychosocial risks in Europe: Prevalence and strategies for prevention*, Publications Office of the European Union, Luxembourg, 2014.

⁸ W. Schaufeli, D. Enzman, *The Burnout Companion to Study and Practice: A Critical Analysis*, Londra, Taylor&Francis, Londra, 1998.

⁹ J. Blache, A. Borza *et al.*, *Burnout Intervention Training for Managers and Team Leaders. A Practice Report*, Pub. Die Berater, Wien, 2011.

¹⁰ *Ibidem*.

Burnout-ul are manifestări similare cu tulburările de dispoziție, cum ar fi depresia. O distincție între cele două tulburări este contextul în care ele se manifestă. Mai precis, burnout-ul apare când dispare reciprocitatea din relațiile interpersonale și apare deteriorarea în relațiile de muncă, pe când pierderea reciprocității și deteriorarea relațiilor private (ex. relația de cuplu) determină apariția depresiei, care se extinde asupra mai multor aspecte ale vieții individului (ex. muncă, familie, timp liber)¹¹.

Atât sindromul burnout, cât și sindromul oboselii cronice, rezultă ca urmare a expunerii prelungite la stres. În oboseala cronică sunt afectate mecanismele răspunsului la stres, care generează o stare de epuizare fizică, ca rezultat al supra-solicitării, stare care se ameliorează după o perioadă de repaus. În cazul sindromului burnout, starea de epuizare este generată de interrelaționare și se accentuează cu trecerea timpului¹².

Ce putem face pentru a preveni apariția sindromului burnout? Există trei mari direcții de acțiune, consemnate în literatura de specialitate:

– adoptarea unei atitudini realiste și încercarea de a nu ne asuma un număr mare de sarcini, care pot genera un nivel ridicat de stres. Conferirea unui grad de prioritate sarcinilor și externalizarea acestora ne pot fi utile;

– construirea unor așteptări realiste, care să nu creeze frustrări și stări de iritabilitate. Așteptările nerealiste pot duce la dezvoltarea unui cerc vicios, din care să rezulte scăderea stimei de sine, deteriorarea autopercepției, sentimentele de devalorizare și gândurile iraționale. Adoptarea politicii pașilor mici constă în conștientizarea fiecărui progres/realizare;

– practicarea activităților relaxante și a activităților fizice, care vor reduce nivelul de stres acumulat, conștientizarea problemei și acceptarea ei, urmată de solicitarea ajutorului unui specialist.

Evaluarea preliminară a sindromului burnout în secțiile de anestezie și terapie intensivă

Prin studiul de față ne dorim să vedem în ce măsură sindromul burnout este prezent în rândul colectivului medical din secțiile de ATI (Anestezie și Terapie Intensivă) din România și dacă sunt diferențe semnificative pe criterii de vârstă sau de gen biologic; de asemenea, după extinderea studiului, vom încerca să proiectăm strategii de intervenție, individuale și colective.

Ipoteze de lucru

Sindromul burn-out este prezent și are un nivel crescut în rândul colectivului medical din secțiile de terapie intensivă. Sindromul burn-out are o incidență mai mare în rândul femeilor și al personalului cu vârsta peste 40 de ani.

¹¹ *Ibidem.*

¹² M. Stomff, *Sindromul Burnout sau Sindromul Arderii Emoționale*, în „Revista de Studii Psihologice”, Universitatea Hyperion, 1, 4, 2016, 34-47.

Metodologia cercetării

Pentru evaluarea sindromului burnout a fost utilizat inventarul MBI (Maslach Burnout Inventory), dezvoltat de către Christina Maslach și Susan E. Jackson în 1981, varianta cu 25 de itemi. Chestionarul nu conține date de identificare ale respondentului și este structurat pe 3 dimensiuni: epuizare emoțională (9 itemi), depersonalizare (6 itemi) și reducerea realizărilor personale (10 itemi). Chestionarul a fost distribuit online, cu ajutorul Societății Române de Anestezie și Terapie Intensivă.

Studiul a inclus un grup de 295 de participanți, dintre care 275 au completat chestionarul. Grupul de participanți este compus din 198 de femei și 77 de bărbați, cu vârste cuprinse între 25 și 82 de ani ($M = 41$). În ceea ce privește pregătirea profesională, 238 sunt medici cu specializarea anestezie și terapie intensivă și 37 sunt asistenți medicali în secții ATI.

Rezultate

Rezultatele obținute au fost analizate atât cantitativ, cât și calitativ. Pentru simplificare vom utiliza următoarele abrevieri: epuizare emoțională (EE), depersonalizare (D) și reducerea realizărilor personale (RRP).

Rezultatele relevă prezența sindromului burn-out în rândul personalului medical din ATI la nivel mediu, pe scorul total (68) și cu scoruri medii pe toate celelalte dimensiuni ale sindromului (EE 27 pct., D 14 pct., RRP 23 pct.).

Luând în calcul variabila gen biologic, rezultatele cantitative indică scoruri medii pe toate dimensiunile sindromului, atât în cazul femeilor (EE 27 pct., D 14 pct., RRP 23 pct.), cât și în cazul bărbaților (EE 27 pct., D 15 pct., RRP 24 pct.); diferențele nu sunt semnificative statistic.

De asemenea, în cazul variabilei vârstă rezultatele sunt după cum urmează:

- 25-30 de ani (EE 28 pct., D 14 pct., RRP 24 pct.);
- 31-40 de ani (EE 28 pct., D 15 pct., RRP 25 pct.);
- 41-50 de ani (EE 25 pct., D 14 pct., RRP 22 pct.);
- peste 50 de ani (EE 25 pct., D 14 pct., RRP 22 pct.).

Se remarcă scoruri mai ridicate la dimensiunea epuizare emoțională pentru intervalul de vârstă 25-40 de ani. Studiul nostru a mai evidențiat o preocupare insuficientă a personalului medical pentru viața psiho-emoțională, ca și pentru identificarea/dezvoltarea de abilități de comunicare. Considerăm că eficientizarea comunicării intra și interdisciplinare, precum și implementarea strategiilor de gestionare eficientă a conflictelor ar putea aduce scăderi ale scorurilor pentru dimensiunile sindromului burnout.