

STRES I POSLJEDICE STRESA LIJEČNIKA ONKOLOGA

TEA VARJAČIĆ, MARIJANA BRAŠ¹, LOVORKA BRAJKOVIĆ², NIKOLINA ANTONIA DOMOKUŠ³
i VELJKO ĐORĐEVIĆ¹

Medicinski fakultet Sveučilišta u Zagrebu, ¹Klinički bolnički centar Zagreb, Klinika za psihološku medicinu, Medicinski fakultet Sveučilišta u Zagrebu, ²Klinički bolnički centar Zagreb, Klinika za psihijatriju, Medicinski fakultet Sveučilišta u Zagrebu i ³Klinička bolnica Sveti Duh, Zagreb, Hrvatska

Cilj rada je opisati stres, aspekte stresa i njegovih posljedica na zdravlje zdravstvenih djelatnika, posebice liječnika onkologa. Kao posljedica rada s onkološkim bolesnicima u onkologa je zamjetno često sagorijevanje na poslu koje utječe na emocionalni, profesionalni i socijalni aspekt funkcioniranja, te još k tome i na zdravlje onkologa. Rezultati niza istraživanja stresa ukazuju da su pomagačka zanimanja odnosno pomagači izloženi stresu učinci kojega na njihov zdravstveni status su često neprepoznati te nerijetko dovode do kroničnih bolesti. U radu se iznosi pregled recentnih istraživanja iz područja sagorijevanja na poslu liječnika onkologa, te opisuje važnost komunikacije u prevenciji sindroma sagorijevanja.

Ključne riječi: stres, sindrom sagorijevanja, onkologija, komunikacija

Adresa za dopisivanje: Tea Varjačić, dr. med
Medicinski fakultet
Sveučilište u Zagrebu
Šalata 3b
10000 Zagreb, Hrvatska
E- pošta: teavarjadic@gmail.com

UVOD

Radni ili profesionalni stres označava nesuglasje između zahtjeva radnog mjesta i okoline spram naših mogućnosti, želja i očekivanja da tim zahtjevima udovoljimo (1). Nisu sva zanimanja podjednako podložna profesionalnom stresu. Među stresnije profesije spadaju one koje su usmjerene na rad s ljudima. Međutim, i među tim zanimanjima postoji razlika; izloženost profesionalnom stresu različita je kod službenika na šalteru banke, učitelja ili onih koji rade s traumatiziranim ljudima ili ljudima u nevolji. Osobe koje rade s ljudima u nevolji ili s traumatiziranim osobama često nazivamo pomagačima odnosno osoba pomažućih struka. Pomažuća zanimanja stresogena su ne samo zbog

neposredne komunikacije s osobama koje trebaju tuđu pomoć, već i stoga što takva komunikacija zahtijeva i uživanje u emocionalno stanje osobe. Svakodnevni susreti s tuđom nesrećom i traumom dovode u pitanje vlastiti adekvatni osjećaj kontrole nad životom samih pomagača upravo zbog suočavanja s razornim iskustvima drugih ljudi. Stoga i sami pomagači sekundarno mogu postati traumatizirani i prolaziti kroz krizne situacije. Psihičke posljedice rada s ljudima u nevolji i krizi najčešće su sagorijevanje na poslu i posredna traumatizacija. Nažalost, u nas se u Hrvatskoj obraća mala pozornost planiranom i kontinuiranom pomaganju pomagačkim strukama. Ta či-

njenica iznenađuje tim više što istraživanja pokazuju da osobe pomagačkih struka često imaju znakove i simptome poput tjelesne i emocionalne iscrpljenosti, gubitka osjećaja vlastite vrijednosti, negativizma, gubitka zanimanja za pacijenta, osjećaja bespomoćnosti, razdražljivosti, negativnih emocija, sniženog praga tolerancije na frustraciju (1). Prema istraživanjima provedenim na populaciji od 38 liječnika u Engleskoj i Walesu, u razdoblju od siječnja 1991. do prosinca 1993. koji su počinili samoubojstvo, 25 ih je bolovalo od depresije te su bili skloni zlorabi alkohola i droga. Dvadeset i pet liječnika imalo je probleme vezane uz posao, 14 ih je imalo teškoće u emocionalnoj vezi, a deset ih je imalo financijske probleme. Najčešća metoda samoubojstva bilo je otrovanje, i to lijekovima uzetim iz ordinacije ili bolnice (2).

STRES I STRESORI KOD ONKOLOGA

Stres na poslu, odnosno kritični incidenti s kojima se susreću liječnici onkolozi, može izazvati simptome posttraumatskog stresa, anksioznost, depresiju i sindrom sagorijevanja (3). Čimbenici koji najčešće uzrokuju stres u radu s onkološkim pacijentima su ovi: težina dijagnosticirane bolesti, porast bolesnikovih očekivanja, nezadovoljavajuća skrb za bolesnika, nemogućnost liječnika da kontrolira ishod rezultata vlastitog rada i brige za bolesnika, problemi vezani uz obitelj bolesnika, nedostatak osoblja i tehnologije da bi se bolesniku pružilo odgovarajuće liječenje, prevelika odgovornost liječnika, problemi komunikacije unutar tima koji se brine za bolesnika, preveliko opterećenje količinom posla, problemi u administrativnom mehanizmu, uvjeti rada, niske plaće, neadekvatna socijalna potpora, status mladih tek zaposlenih liječnika, završetak karijere liječnika, nedostatak prilike za promociju, pad i smanjenje osjećaja zahvalnosti bolesnika i nadređenih (4) (tablica 1).

Istraživanja pokazuju da čak 27,5% onkologa pati od nekih oblika poremećaja spavanja (teškoće usnivanja, prosnivanja, često buđenje tijekom noći i sl.), 26% onkologa izvještava o simptomima anksioznosti, uznemirenosti, a 16% onkologa navodi stanja poput ljutnje, neprijateljstva, odbojnosti, iritabilnosti i nezadovoljstva. Osjećaje depresije, očajanja, bespomoćnosti, niskog samopoštovanja navodi oko 13% onkologa (5). Nerijetko se javlja i sklonost zlorabi droga i prekomjernom pijenju alkohola.

SINDROM SAGORIJEVANJA U ONKOLOGA

Posljednjih godina termin „burn out“ ili sagorijevanje se koristilo za označavanje stanja emocionalnog i psihičkog iscrpljenja na poslu kao i fenomen koji snažno pogađa suvremenu kulturu danas, posebice u zapadnim zemljama i Japanu. Posao nije samo način da se zaradi novac za život, već se smatra bitnim elementom koji označava soci-

Tablica 1.

Čimbenici koji uzrokuju stres kod osoblja u radu s onkološkim pacijentima

Ozbiljnost stanja pacijenata
Rast u očekivanjima od strane pacijenata
Pružanje nezadovoljavajuće usluge
Nemogućnost kontrole rezultata vlastitog truda
Smrt pacijenta
Problemi povezani s obitelji pacijenta
Nedostatak opreme i osoblja
Prevelika odgovornost na ranom mjestu
Problemi u komunikaciji između članova tima
Preopterećenje poslom
Problemi u administraciji
Radni uvjeti
Niske plaće i neadekvatna socijalna potpora
Nedostatak subspecialističkog usavršavanja
Status tek zaposlenog liječnika
Kraj karijere
Nedostatak prilike za promociju
Umanjen osjećaj poštovanja od nadređenih i pacijenata

Modificirano prema: Beemsterboer and Baum, 1984; Bram and Katz, 1989; Whippen and Canellos, 1991; Hershbach, 1992; Ramirez *et al.*, 1995; Wilkinson, 1995; Isikhan *et al.*, 1998; Fielden and Peckar, 1999; Tattersall *et al.*, 1999.

jalni status osobe i daje smisao životu pojedinca, pogotovo osobama koje negiraju religioznu komponentu u vlastitom poimanju života (6).

Sagorijevanje je sindrom emocionalnog iscrpljenja i cinizma koji se javlja u osoba koje rade s drugim ljudima u bilo kojem pogledu. Ključan aspekt jest emocionalno iscrpljenje. Kako se troše njihovi resursi emocija, tako osoblje osjeća da nema više što dati od sebe na psihološkoj razini. Drugi bitan aspekt je razvitak negativnih, ciničnih stavova i osjećaja prema pacijentu ili njegovim osjećajima. Treći aspekt sindroma sagorijevanja jest tendencija negativnoj samoevaluaciji. Osoblje se osjeća nezadovoljno samo sobom i vlastitim postignućem u radu. Posljedice sindroma sagorijevanja mogu biti vrlo ozbiljne za osoblje, pacijente i institucije u kojima se nalaze. Mogu uzrokovati učestalo izostajanje s posla, promjenu radnog vremena i nizak moral. Nadalje, sindrom sagorijevanja dovodi se u vezu s različitim ekspresijama vlastitog distresa uključujući emocionalno i psihičko iscrpljenje, nesanicu, povećano korištenje alkohola i droga, bračne i obiteljske probleme (7). Sagorijevanje nije sinonim za stres na radnom mjestu, umor, alijenaciju ili depresiju. Sagorijevanje je uzrokovano nerazmjerno visokom radu (uloženo vrijeme, emocionalni

angažman, empatija), i niskoj razini zadovoljstva (negativan ishod) u kombinaciji sa stresnim uvjetima na radnom mjestu (velika odgovornost).

Istraživanja su ukazala da oko 80% onkologa i onkoloških medicinskih sestara ima osjećaj niskog vlastitog postignuća (8). Simptomi i znakovi kliničke anksioznosti prisutni su u više od 10% osoblja, a simptomi depresije u 3,8% liječnika, pogotovo na visoko profesionalno i emocionalno zahtjevnim odjelima kao što je onkologija. Liječnici nalaze nemogućim izolirati se od pacijenata (8). Whippen i sur. ispitali su 1991. članove Američkog društva za kliničku onkologiju (*American Society of Clinical Oncology*) i zabilježili da ih 56% zadovoljava kriterije sindroma sagorijevanja (9). Osjećaj frustracije i nezadovoljstva bio je najviše opisivani osjećaj ispitanih onkologa, dok nedovoljno vremena za odmor bio je najčešće opisivani razlog zbog kojeg se javlja taj osjećaj (9). Neka istraživanja navode da religiozni onkolozi pokazuju manju razinu sindroma sagorijevanja, bavljenje sportom ili nekim hobbijem djeluje kao protektivni faktor za razvoj sagorijevanja, kao i da su onkolozi koji raspolažu s dovoljno osobnih i socijalnih potencijala da ispune neke od uvjeta u skupini manjeg rizika za razvoj sindroma sagorijevanja (10) (tablica 2).

Tablica 2.

Znakovi i simptomi sindroma sagorijevanja

Depresija
Deterioracija odnosa liječnik – pacijent
Dosada
Frustracije
Gastrointestinalni problemi
Glavobolje
Gubitak težine
Manja razina zadovoljstva, želja da se skрати vrijeme provedeno s pacijentom, veća sklonost naručivanja i provođenja dijagnostičkih testova, veći interes za raniju mirovinu
Nemogućnost odlaska s radnog mjesta (sve duže ostajanje na radnom mjestu), izostajanje s posla, umanjeno zadovoljstvo na radnom mjestu, umanjeno osjećaj samoostvarenja
Nesanica
Nizak moral
Premještanje osoblja
Psihička/emocionalna iscrpljenost
Smanjena kvaliteta rada
Umanjen radni učinak (smanjena empatija, povećano izostajanje s radnog mjesta)
Umor

Modificirano prema: Emanuel L., Ferris FD., Von Gunten CF., Von Roenn JH (ref. 14)

SEKUNDARNI TRAUMATSKI STRES I ZAMOR SUOSJEĆANJA U ONKOLOGA

Samo saznanje o traumatskom događaju koji se dogodio nekom drugom pojedincu ima potencijal da traumatizira osobu. Provedena velika studija ukazala je da je oko 56% onkologa doživjelo sagorijevanje, od čega ih oko 50% navodi osjećaj neuspjeha, 34% depresivna stanja, 20% nezainteresiranost, a 18% dosadu (9). Onkolozi u privatnoj praksi (63%) prema ovoj studiji imaju veću tendenciju sagorijevanja od onih koji rade za institucije (bolnice ili fakultete) (47%). Druge studije kao npr. Grahama i Ramireza navode prevalenciju sagorijevanja od 13% do 38%, s prevalencijom psihijatrijskih dijagnoza među onkolozima od 28% (11). U Velikoj Britaniji postotak kliničara koji navode visoke razine iscrpljenosti na *Maslach Burnout Inventory* je 31%, dok 33% kliničara navodi osjećaj niskog samoostvarenja (11). Općenito, onkolozi iz područja Sjeverne Amerike navode veće razine sagorijevanja nego Europljani (11). Velika većina studija napominje kako sve osoblje u radu s onkološkim pacijentima (liječnici, medicinske sestre, socijalni radnici, psiholozi i ostali) pate od značajnog postotka zamora suosjećanja i sindroma sagorijevanja (12-14).

RIZIČNI ČIMBENICI ZAMORA SUOSJEĆANJA I SINDROM SAGORIJEVANJA

Mnoštvo individualnih, kulturoloških i organizacijskih čimbenika kao i osobine ličnosti, utječu na sagorijevanje i zamor suosjećanja. Osobe mlađe od 40 godina sklonije su sagorijevanju od starijih od 40 godina, specijalizanti i stazisti su pod većim rizikom od starijih specijalista onkologa, žene su 1,6 puta podložnije sagorijevanju od muškaraca, a rizik se povećava za 12% do 15% za svakih dodatnih 5 radnih sati tjedno koji premašuju 40 sati (15). Uzimajući u obzir kulturološke razlike, stariji liječnici u SAD-u navode veći osjećaj kontrole na njihovom radnom mjestu u usporedbi s mlađima, dok je u Nizozemskoj ta razlika u godinama mnogo manje naglašena. U SAD-u pak liječnici muškog spola opisuju značajno veću razinu kontrole nego liječnice (15). U Europi generalno liječnici imaju u prosjeku manje razine iscrpljenosti i cinizma u usporedbi sa Sjevernom Amerikom. Neki aspekti sagorijevanja, pogotovo cinizma, prihvaćeniji su u sjevernoameričkoj kulturi, ili je možda orijentacija prema većem uspjehu uzrok većoj razini stresa (15). Veliki broj studija ukazuje da osobine ličnosti odnosno interakcija osobina ličnosti kao i načini suočavanja sa stresom imaju značajnu ulogu u razvoju sindroma sagorijevanja, pa izbjegavajući obrasci ponašanja, suočavanje usmjereno emocijama, tip D ličnosti te neuroticizam u značajnoj mjeri doprinose razvoju sindroma sagorijevanja (16-21).

Postavlja se pitanje kako prevenirati sagorijevanje na poslu? Jedan od programa koji se pokazao uspješnim je

ARP (*Accelerated Recovery Program*), protokol koji je razvijen da se riješe odnosno smanje problemi zamora suosjećanja i sindroma sagorijevanja u zdravstvenih radnika. Drugi pristup u redukciji stresa je pokazao mali pomak u malim opservacijskim i nekoliko kontroliranih kliničkih studija. Kombinirajući meditaciju i jogu u strukturiranom 8-tjednom programu demonstrirao je smanjenje stresa, povećanje razine spremnosti na suočavanje i poboljšanje empatije u zdravstvenih radnika koji prođu cijeli program (14). Prevencija i rano otkrivanje smatraju se najboljim pristupom kako bi se smanjio rizik ozbiljnih posljedica od sagorijevanja i zamora suosjećanja. Meier i sur. (2001.) su predložili pristup s ciljem povećanja svijesti o emocionalnom stanju liječnika koji uključuje identificiranje i rad s emocijama koji mogu utjecati na brigu o pacijentu (15).

Rad na poboljšanju komunikacijskih vještina pokazao se kao jedna od optimalnih metoda prevencije sagorijevanja i zamora suosjećanja. Zato je važno u kliničko usavršavanje liječnika onkologa uključiti *Communication skills training* (CST) (u daljnjem tekstu trening komunikacijskih vještina).

KOMUNIKACIJSKE VJEŠTINE U ONKOLOGIJI - PREVENCIJA SAGORIJEVANJA

Uspostava adekvatne komunikacije i razvijanje komunikacijskih vještina pokazali su se neospornim za adekvatan rad u zdravstvenom sustavu. Pokazano je da dobra komunikacija u značajnoj mjeri smanjuje broj pritužbi bolesnika, bolesnici bolje surađuju u svom liječenju što u značajnoj mjeri smanjuje i razinu stresa u liječnika i ostalog zdravstvenog osoblja. Kako raste kompleksnost multimodalnog liječenja onkoloških pacijenata, tako raste i potreba za promišljenim oblikovanjem načina komunikacije u onkologiji. Stoga i ne čudi sve veća ekspanzija empirijskih dokaza i razvijanje adekvatnih komunikacijskih modela usmjerenih pojedincu, a ne samo bolesniku. Uzmemo li u obzir spoznaje o stresu i učinke koje stres može prouzročiti na psihofizičko zdravlje pojedinca, briga za pomagače ne smije biti luksuz, već profesionalna odgovornost svakog pomagača, ali i institucije u kojoj je zaposlen. Brinući se za pomagače struke, ciljevi će biti brže dosegnuti, pacijent će dobiti veću kvalitetu usluga, a pomagač će biti zadovoljniji i sagorijevat će sporije.

ZAKLJUČAK

Razina stresa liječnika onkologa je dokazano visoka. U radu liječnika s onkološkim pacijentima problemi koji se javljaju poput sagorijevanja i zamora suosjećanja su mnogo češći nego što je to opće poznato a posljedice su stresa i imaju veliki individualni i socijalni učinak. Neadekvatna komunikacija, pogotovo u specifičnoj grani medicine kao što je onkologija, u kojoj su česte dijagnoze koje u velikoj

mjeri utječu na život bolesnika i njegove obitelji, može biti uzrok velikom stresu kako za bolesnika i obitelj tako i za liječnika. Trening komunikacijskih vještina je vitalna i esencijalna komponenta modernog specijalističkog osposobljavanja, koja u velikoj mjeri može reducirati i prevenirati stanja poput sagorijevanja. Stoga i ne čudi činjenica da se u posljednje vrijeme sve veća pozornost obraća upravo edukaciji o komunikaciji u zdravstvu.

LITERATURA

1. Ajduković M, Ajduković D. Pomoć i samopomoć u skrbi za mentalno zdravlje pomagača. Zagreb: Društvo za psihološku pomoć, 1996.
2. Hawton K, Malmberg A, Simkin S. Suicide in doctors: A psychological autopsy study. *J Psychosom Res* 2004; 57: 1-4.
3. Boera J, Lokc A, Verlaata E, Duivenvoordenb HJ, Bakkerd AB, Smita BJ. Work-related critical incidents in hospital-based health care providers and the risk of post-traumatic stress symptoms, anxiety, and depression: A meta-analysis. *Soc Sci Med* 2011; 73: 316-26.
4. Isikhan V, Comez T, Dani MZ. Job stress and coping strategies in health care professionals working with cancer patients. *Eur J Oncol Nurs* 2004; 8: 234-44.
5. Makames RA, Alkoot EM, Al-Mazidi BM, El-Shazly MK, Kamel MI. Sources and expressions of stress among physicians in a general hospital *Am J Med* 2012; *journal in press* (online published March 17, 2012).
6. Iacovides A, Fountoulakis KN, Kaprinis ST, Kaprinis G. The relationship between job stress, burnout and clinical depression. *J Affect Disord* 2003; 75: 209-21.
7. Maslach C, Jackson SE. The measurement of experienced burnout. *J Organiz Behav* 1981; 2: 99-113.
8. Molassiotis A, van den Akker OB, Boughton BJ. Psychological stress in nursing and medical staff on bone marrow transplant units. *Bone Marrow Transplant* 1995; 15: 449-54.
9. Whippen DA, Canellos GP. Burnout syndrome in the practice of oncology: results of a random of 1,000 oncologists. *J Clin Oncol* 1991; 9: 1916-20.
10. Kash KM, Holland JC, Breitbart W i sur. Stress and burnout in oncology. *Oncology* 2000; 14: 1621-33.
11. Ramirez AJ, Graham J, Richards MA, Cull A, Gregory WM. Mental health of hospital consultants: The effect of stress and satisfaction at work. *Lancet* 1996; 347: 724-8.
12. Potter P, Deshield T, Divanbeigi J i sur. Compassion fatigue and burnout: Prevalence among oncology nurses. *Clin J Oncol Nurs* 2010; 14: E56-E62.
13. Simon CE, Pryce JG, Roff LL, Klemmack D. Secondary traumatic stress and oncology social work: Protecting compassion from fatigue and compromising the worker's worldview. *J Psychosoc Oncol* 2005; 23: 1-14.
14. Emanuel L, Ferris FD, Von Gunten CF, Von Roenn JH. Combating Compassion Fatigue and Burnout in Cancer Care Available from: <http://compassionfatigue.ca/wp-content/uploads/2011/09/CF-and-burnout-in-cancer-care.pdf>

15. Meier DE, Back AL, Morrison RS. The inner life of physicians and the care of the seriously ill. JAMA 2001; 286: 3007-14.
16. Maslach C, Schaufeli WB, Leiter MP. Job burnout. Annu Rev Psychol 2001; 52: 397-422.
17. Mitra S, Sinha PK, Gombar KK, Basu D. Comparison of temperament and character profiles of anesthesiologists and surgeons: a preliminary study. Indian J Med Sci 2003; 6: 431-36.
18. Kumar S. Burnout in psychiatrists. World Psychiatry 2007; 6:186-89.
19. Glasberg AL, Eriksson S, Norberg A. Burnout and „stress of conscience“ among healthcare personnel. J Adv Nurs 2007;13: 392-403.
20. Buhler KE, Land T. Burnout and personality in intensive care: An empirical study. Hosp Top 2003; 8: 5-12.
21. Narumoto J, Nakamura K, Kitabayashi Y, Shibata K, Nakamae T, Fukui K. Relationships among burnout, coping style and personality: Study of Japanese professional caregivers for elderly. Psychiatry Clin Neurosci 2008; 62: 174-76.

SUMMARY

STRESS AND ITS CONSEQUENCES IN ONCOLOGISTS

T. VARJAČIĆ, M. BRAŠ¹, L. BRAJKOVIĆ², N. A. DOMOKUŠ³ and V. ĐORĐEVIĆ¹

School of Medicine, University of Zagreb, ¹Department of Psychological Medicine, ²Department of Psychiatry, Zagreb University Hospital Center and School of Medicine, University of Zagreb and ³Sveti Duh University Hospital, Zagreb, Croatia

The aim of this paper is to describe the stress, aspects of stress and its consequences on the oncologist's health. A number of studies showed that most health professionals are exposed to occupational stress whose effects on health status are often unrecognized, and often lead to chronic disease. Burnout is a syndrome of emotional exhaustion, depersonalization and a sense of low personal accomplishment that leads to decreased effectiveness at work, and it can occur in any profession. According recent research oncologists often develop burn out syndrome and the symptoms of burnout often go unrecognized and can be similar to those of depression and stress. An overview of recent burnout research in oncologist is shown as well as the importance of communication in the burnout prevention.

Key words: stress, burn-out syndrome, oncology, communication