Syndróm vyhorenia u zdravotníckych pracovníkov

Burnout Syndrome in Healthcare Workers

Jaromír Tupý

Fakulta Zdravotníctva, Katolícka univerzita v Ružomberku
Klinika hematológie a transfuziológie, Ústredná vojenská nemocnica SNP Ružomberok - FN

https://doi.org/10.54937/zs.2022.14.2.13-20

Abstrakt
Syndróm vyhorenia, popisovaný ako moderné ochorenie epidemických rozmerov, sa vyvinul z jedinečnej spojitosti so zamestnancami v oblasti ľudských služieb. Prvýkrát bol definovaný v 70. rokoch 20. storočia ako stav vyčerpania v dôsledku nadmerných pracovných požiadaviek a odvtedy získal celosvetovú pozornosť ako problém psychosociálnej adaptácie. K vyhoreniu môže dôjsť v akomkoľvek povolaní, no syndróm sa vyskytuje hlavne v profesiách, ktorých spoločnou črtou je práca s ľuďmi, alebo aspoň kontakt s ľuďmi a závislosť na ich hodnotení.. Zdá sa, že jednou z najčastejších skupín sú zdravotnícki pracovníci, čo môže mať pre nich významne negatívne osobné ale aj odborné dôsledky. No napriek týmto skutočnostiam, rozšíreným verejným záujmom a rozsiahlymi publikáciami zostáva diskusia o tom, čo syndróm vyhorenia v skutočnosti je, aké ma diagnostické kritériá, prevalenciu a či by sa mal považovať za odlišnú psychopatologickú entitu.

Kľúčové slová: Syndróm vyhorenia. Zdravotnícky pracovník. Prevalencia. Symptómy. Prevencia.

Abstract
Described as a modern disease of epidemic proportions, burnout evolved from a unique association with human service workers. It was first defined in the 1970s as a state of exhaustion due to excessive work demands and has since gained worldwide attention as a problem of psychosocial adjustment. Burnout can occur in any profession, but the syndrome occurs mainly in professions that have as a common feature work with people, or at least contact with people and dependence on their evaluation. It seems that one of the most common groups is health workers, which can have significant negative personal as well as professional consequences for them. But despite these facts, widespread public interest and extensive publications, there remains a debate about what burnout syndrome actually is, what its diagnostic criteria are, its prevalence, and whether it should be considered a distinct psychopathological entity.

Keywords: Burnout. Healthcare worker. Prevalence. Symptoms. Prevention.

Úvod

Vyhorenie sa vo všeobecnosti chápe ako psychologický stav vyčerpania prameniaci z pretrvávajúceho vystavenia sa stresorom súvisiacim s prácou, pričom chýbajú dostatočné zdroje na účinné zvládnutie týchto stresorov [1]. Presnejšie povedané, syndróm vyhorenia je typicky operacionalizovaný ako syndróm súvisiaci s prácou, ktorý zahŕňa najmenej tri charakteristické, ale vzájomne súvisiace komponenty: vyčerpanie, cynizmus (alebo depersonalizácia) a znížený pocit profesionálnej výkonnosti [2]. Keď jednotlivci zažijú syndróm vyhorenia, práca, ktorá bola kedysi vnímaná ako náročná a zmysluplná, sa postupom času stáva čoraz viac nenapĺňajúcou a neudržateľnou [2].

Termín vyhorenie („burn.out“) zaviedol začiatkom sedemdesiatych rokov 20, storočia psychoanalytik Herbert J Freudenberger. Následne bol definovaný v rokoch 1974 až 1975 sociálnou psychologičkou Christinou Masach z Kaliformskej univerzity Maslachom a kol. ako stav pozostávajúci z troch kvalitatívnych dimenzií, ktorými sú emocionálne vyčerpanie (únava), cynizmus a depersonalizácia, znížená profesionálna výkonnosť a osobný úspech [3-6]. Vyhorenie definovali, ako druh stresu a emocionálnej únavy, frustrácie a vyčerpania, ku ktorému dochádza v dôsledku toho, že sled určitých udalosti týkajúcich sa vzťahov, poslania, životného štýlu alebo zamestnania dotyčného jedinca neprinesie očakávané výsledky [7]. Najčastejšie definície uvádzajú, že syndróm vyhorenia je formálne definovaný a subjektívne prežívaný ako stav fyzického, emocionálneho a mentálneho vyčerpania. Je spôsobený dlhodobým zaoberaním sa situáciami, ktoré sú emocionálne náročné. Ich náročnosť spočíva v kombinácii veľkého očakávania a chronických situačných stresov. Spoločným znakom syndrómu vyhorenia je predovšetkým psychický stav, vznikajúci následkom vyčerpania. Prejavuje sa symptómami, predovšetkým v psychickej, čiastočne vo fyzickej a sociálnej oblasti, ktoré sa prejavujú u osôb, ktoré nemali žiadne predchádzajúce psychopatologické príznaky [8].

K vyhoreniu môže dôjsť v akomkoľvek povolaní, no syndróm sa vyskytuje hlavne v profesiách, ktorých spoločnou črtou je práca s ľuďmi, alebo aspoň kontakt s ľuďmi a závislosť na ich hodnotení.. Zdá sa, že jednou z najčastejších skupín sú zdravotnícki pracovníci, čo môže mať pre nich významne negatívne osobné ale aj odborné dôsledky [9].

Prevalencia

Vzhľadom na absenciu všeobecne akceptovanej definície syndrómu vyhorenia, jeho multifaktoriálny pôvod a subjektivitu diagnostiky je ťažké získať jasný a správny prehľad o prevalencii syndróm vyhorenia v bežnej populácii. Odhady uvádzajú hodnoty do 20 % pracujúcej populácie, ale počet je silne závislý na hraničných hodnotách definovať ťažké vyhorenie [10].

Zaujímavé je, že výsledky fínskej štúdie, pri pohľade na vzťah medzi úrovňou vyhorenia a sociodemografickými faktormi zistili len malé rozdiely medzi rôznymi študovanými skupinami populácie - mierne vyšší výskyt so zvýšeným vekom a niektoré rodovo špecifické črty (napríklad vyhorenie žien súviselo so

vzdelaním a sociálno-ekonomickým postavením, kým u mužov sa pozoroval vzťah k rodinnému stavu) [11]. Hlásený výskyt syndrómu vyhorenia sa celosvetovo líši. Napríklad v Európe je rozdiel medzi krajinami Európskej únie (EÚ) a krajinami mimo EÚ (10 % resp. 17 %). V rámci krajín únie sa výskyt syndrómu vyhorenia pohybuje od 4,3 % vo Fínsku až po 20,6 % v Slovinsku a v rámci krajín mimo EÚ od 13 % v Albánsku až po 25 % v Turecko [12].

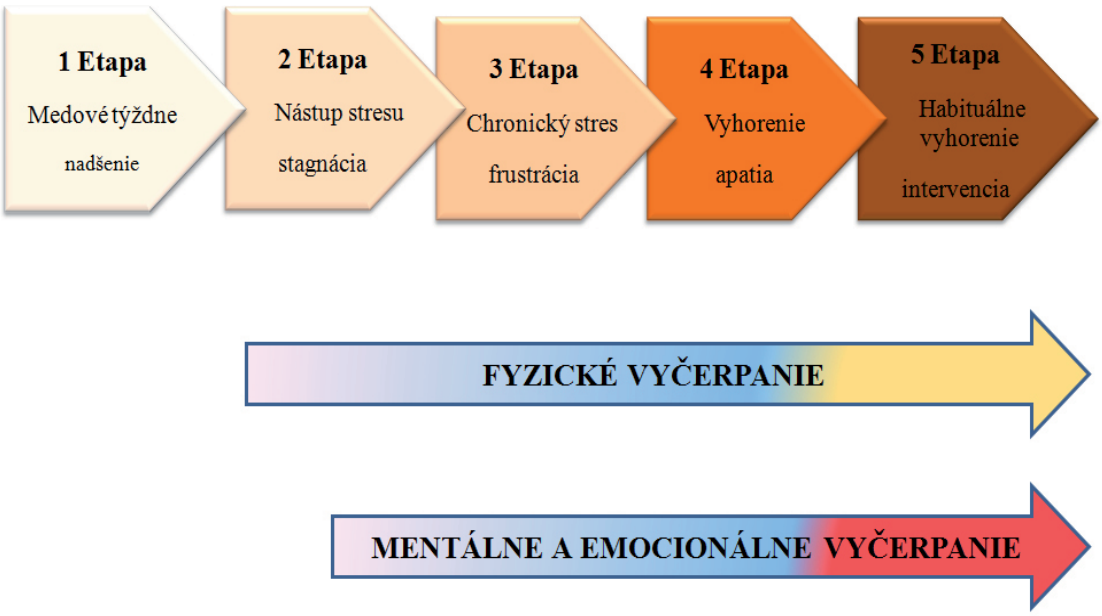
Napriek tomu, že syndróm vyhorenia sa vyskytuje vo všetkých druhoch zamestnaní, predsa len sa zdá, že výskyt je vyšší u zdravotníkov. V štúdii realizovanej v USA porovnávajúcej výskyt syndrómu vyhorenia medzi lekári a kontrolnou vzorkou populácie, Shanafelt et al pozoroval výskyt symptómov vyhorenia u 37,9 % lekárov v porovnaní s 27,8 % v kontrolnej populácii ($p < 0,001$) [13]. Lekári v špecializáciách v prvej línii prístup k starostlivosti, ako je rodinné lekárstvo, všeobecné interné lekárstvo, a urgentná medicína sa zdá byť najviac ohrozená. Správy 2020 Medscape National Physician Burnout and Správa o samovražde uvádzala mieru vyhorenia približne u 43 % lekárov, čo údajovo zostáva dosť podobné k hodnotám z roku 2015 (46 %) a z roku 2013 (39,8 %) [14]. Zatiaľ čo väčšina štúdií sa zhoduje na fakte, že neexistuje skutočný rodový efekt vo výskyte vyhorenie, údaje zo správy Medscape National Physician Burnout uvádzajú častejšie príznaky syndrómu vyhorenia u ženských lekárok (v roku 2015 51 % ženy oproti 43 % mužov a v roku 2020 48 % žien oproti 37 % mužov). Zaujímavé je, že existujú rozdiely medzi pohlaviami v prítomnosti rôznych príznakov: vyčerpanie, depersonalizácia a nedostatočná účinnosť[14].

Je ťažké presne odhadnúť výskyt syndrómu vyhorenia u lekárov. Nedávny systematický prehľad vrátane 182 štúdií publikovaných v rokoch 1991 až 2018 a zahŕňa 109 628 jednotlivcov v 45 krajinách pozorovali značnú variabilitu v odhadoch prevalencie syndrómu vyhorenia medzi lekármi v rozmedzí od 0 do 80,5 %. Zdá sa, že to súvisí s dôležitými rozdielmi v definície syndrómu a aplikácie metód hodnotenia. Medzi nimi neboli žiadne relevantné asociácie vyhorenie a demografické faktory[15].

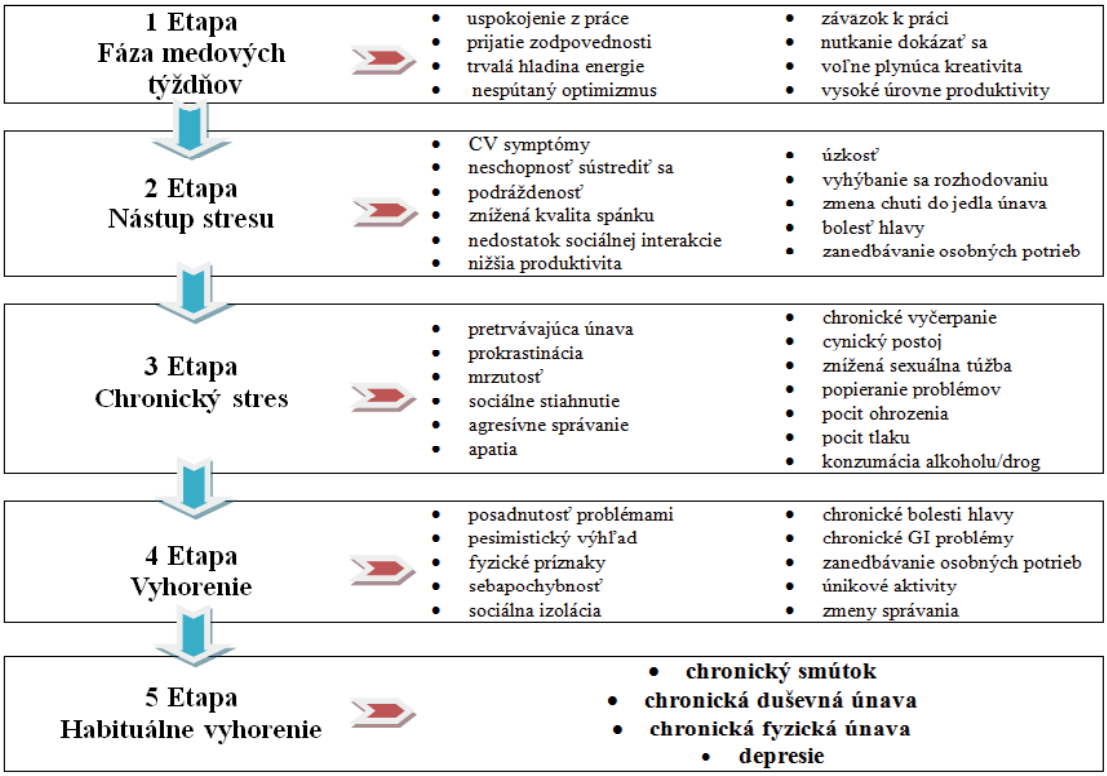
Symptómy

Vyhorenie bolo definované ako emocionálny syndróm vyčerpanie, depersonalizácia a pocit nízkeho osobného úspechu, ktorý vedie k zníženiu účinnosti pri práce [5]. Symptomatológia syndrómu vyhorenia je skôr komplex, pretože sa zdá, že syndróm sa vyvíja v niekoľkých po sebe idúcich etapy. Spočiatku Freudenberger opísal jeho vývoj v 12-stupňovom modeli [16]. Neskôr tento model bol zjednodušený a v súčasnosti sa najčastejšie používa 5-stupňový model (obrázok 1).

Tento 5-stupňový model začína „medovými týždňami“ a vyznačuje sa nadšením. Po čase sa však nevyhnutne spája s prežívaním stresu z práce. Ak v tejto fáze nie je implementovaná pozitívna stratégia zvládania, hrozí, že sa spustí proces vyhorenia. Potom nasleduje etapa stagnácie charakterizovaná nástupom stresu. V tento čas fáza začína uvedomením si, že niektoré dni sú viac ťažšie ako ostatní. Život sa obmedzuje na prácu, zatiaľ čo rodina, spoločenský život a osobné priority sú zanedbávané. Objavujú sa bežné príznaky stresu, ktoré človeka ovplyvňujú emocionálne, ale aj fyzicky. Následne sa rozvinie štádium chronického stresu, ktoré vedie k frustrácii. Jednotlivci získajú pocit zlyhania a zmysel bezmocnosti. Snaha sa viditeľne nevypláca a dojem alebo skutočnosť, že sa nedostáva dostatočného uznania vedie k tomu, že sa človek cíti neschopný a zbytočný. To potom vedie do štádia apatie, kedy nastáva zúfalstvo a dezilúzia. Ľudia nevidia východisko zo situácie a stávajú sa rezignovanými a ľahostajnými. Poslednou fázou je obvyklé vyhorenie. Príznaky syndrómu vyhorenia spôsobujú závažný fyzický alebo emocionálny problém a v konečnom dôsledku môžu človeka podnietiť k tomu, aby vyhľadal pomoc a intervenciu.



Obr. 1 *Zjednodušený 5-stupňový model rozvoja syndrómu vyhorenia, ktorý je najčastejšie používaný.*
(upravené podľa De Hert,2020; [9].)



Obr. 2 *Príznaky v rôznych štádiách syndrómu vyhorenia.*
(upravená podľa De Hert, 2020; Kaschka et al., 2011 [9,17]).

Zoznam príznakov je dlhý a väčšina z nich nie je veľmi špecifická (obrázok 2). Príznaky súvisia s rôznym štádiom syndrómu [17].

Patria sem varovné príznaky v ranej fáze (zvýšené odhodlanie plniť ciele a vyčerpanie), po ktorej nasleduje fáza zníženého nasadenia (voči pacientom a klientom, voči ostatným vo všeobecnosti, k práci, k zvýšeným nárokom), emocionálne reakcie a obviňovanie (depresia, agresivita), napokon vedie k zníženiu kognitívnej výkonnosti, motivácie, tvorivosti a úsudku, k splošteniu emocionálnych, sociálnych vzťahov, ovplyvneniu intelektuálneho života, psychosomatickým reakciám a zúfalstvu.

Etiopatogenéza

Etiopatogenéza syndrómu vyhorenia je multifaktoriálna. Rôzne etiologické faktory sú zhrnuté v tabuľke č. 1. Tieto faktory boli zohľadnené pri vývoji rôznych psychologických vysvetľujúcich modelov pre etiopatogenézu syndrómu vyhorenia.

Tab. 1 *Vonkajšie (environmentálne) a vnútorné (osobnostné) etiologické faktory syndrómu vyhorenia* [5]).

Externé faktory	Interné faktory
• vysoké nároky v práci • problém vedenia a spolupráce • protichodné pokyny • časový tlak • zlá atmosféra v práci/šikanovanie • nedostatok slobody rozhodovania • nedostatok organizačného vplyvu • málo príležitostí zúčastniť sa • problémy s hierarchiou • slabá interná komunikácia • administratívne prekážky • tlak zo strany nadriadených • zvýšenie zodpovednosti • zlá organizácia práce • administratívne prekážky • tlak zo strany nadriadených	• vysoké (idealistické) sebavedomie • perfekcionizmus • silná potreba uznania • vždy chcú potešiť iných ľudí • potláčanie skutočných potrieb • pocit nenahraditeľnosti • nadhodnotenia na riešenie výziev • práca ako jediná zmysluplná činnosť • práca ako náhrada za spoločenský život

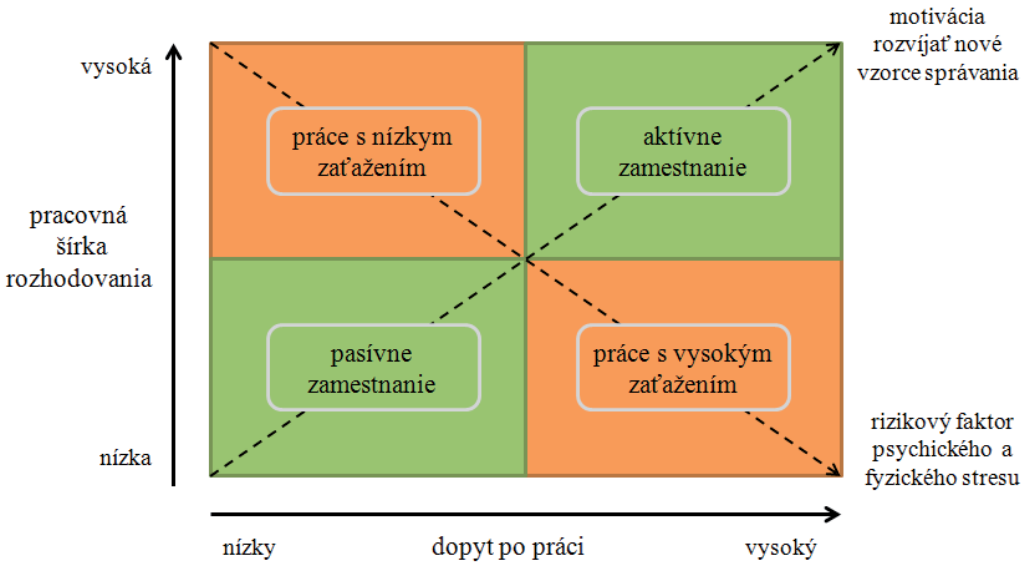
Externé faktory	Interné faktory
• zvýšenie zodpovednosti • zlá organizácia práce • nedostatok zdrojov (personál, financie) • problematické inštitucionálne pravidlá a štruktúry • nedostatok vnímaných príležitostí na povýšenie • nejasnosti o úlohách • nedostatok pozitívnej spätnej väzby • slabá tímová práca • absencia sociálnej podpory	

Tieto faktory boli zohľadnené pri vývoji rôznych psychologických vysvetľujúcich modelov pre etiopatogenézu syndrómu vyhorenia. V zásade môžeme rozlíšiť tri základné:

- model kontroly dopytu po práci - zameriava sa na profil pracovnej úlohy (dopyt práce verzus kontrola) [18];.
- model nerovnováhy medzi úsilím a odmenou – zameriava sa na vzťah medzi úsilím a odmenou[19];
- model organizačnej nespravodlivosti – zameriava sa na organizačnú spravodlivosť (nespravodlivé postupy a ich vzájomné pôsobenie) [20].

Model kontroly dopytu po práci

Model kontroly dopytu po práci zaviedol Karásek v roku 1979 a zameriava sa na rovnováhu medzi magnitúdou požiadavky (výška napätia) a úroveň kontroly (rozhodovacia šírka) v pracovnej situácii človeka [18]. Výška napätia predstavuje požiadavky, ktoré sú stanovené na prácu, ktorá môže spôsobiť stres. To zahŕňa všetky aspekty pracovnej záťaže konkrétnej práce, ako je napríklad pracovná rýchlosť, dostupnosť, časový tlak, náročnosť úlohy atď. Rozhodovacia šírka sa vzťahuje na možnosti a sloboda zamestnanca organizovať a riadiť pracovná záťaž. Na základe týchto konceptov bol vytvorený diagram reprezentujúci štyri rôzne pracovné situácie so začlenením pracovnej situáciou spôsobujúcou stres, osobného prístupu a angažovanosti zamestnanca. Sú to práce s nízkym a vysokým zaťažením a pasívne a aktívne pracovné miesta (obrázok 3).



Obr.3 Model kontroly dopytu po práci, ktorý zaviedol Karásek v roku 1979, sa zameriava na rovnováhu medzi veľkosťou požiadaviek (výškou záťaže) a úrovňou kontroly (rozhodovacia šírka) v pracovnej situácii človeka [18].

Obdĺžnik úlohy s nízkym zaťažením predstavuje kombináciu práce bez dôležitých náročných úloh, ale kde zamestnanec má napríklad určitú voľnosť pri rozhodovaní o práci určitú slobodu rozhodovania o vlastných plánoch a cieľoch. Toto časť predstavuje väčšinu bežných pracovných miest. Osoby v tejto kategórii sa môžu postupne vo svojej pracovnej situácii nudiť. Naopak, práca s vysokým zaťažením znamená veľmi náročné a/alebo zložité úlohy s malou kontrolou pracovných podmienok, plánov a cieľov zamestnanca, čoho dôsledkom je veľmi vysoké riziko stresu. Pasívne zamestnania sú jednoduché práce, ale s veľmi málom rozhodovacou šírkou, zvyčajne opakujúce sa výrobné úlohy. Takéto pracovné miesta predstavujú veľmi malý stres, ale tiež nie sú žiadnou podstatnou výzvou pre zamestnancov. Aktívne zamestnania na druhej strane predstavujú vysoko náročné zamestnania, ale kde zamestnanci majú vysokú úroveň rozhodovania [18].

Model nerovnováhy medzi úsilím a odmenou

Ďalší teoretický model vysvetľujúci etiopatogenézu syndrómu vyhorenia je model nerovnováhy medzi úsilím a odmenou. Navrhol ho Siegrist v roku 1996 a definuje pracovné podmienky ako nesúlad medzi vysokým dopytom (vysoká pracovná záťaž) a nízkou kontrolou nad dlhodobými odmenami, ocenením [19]. Ďalším bodom v modeli je koncept záväzok k práci, čo môže negatívne ovplyvniť rovnováhu medzi úsilím a odmenou (obrázok 4).

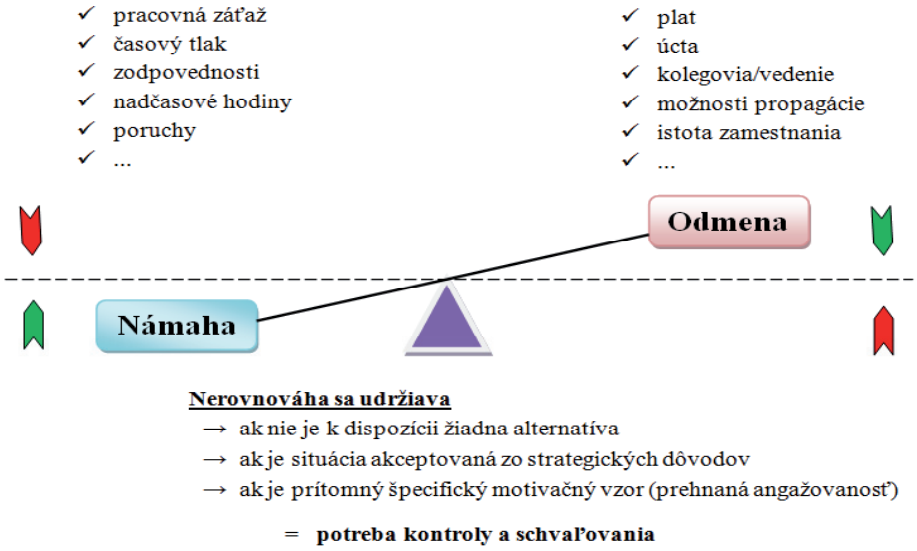
Model organizačnej nespravodlivosti

Tretím modelom je model organizačnej nespravodlivosti. V roku 1987 Greenberg predstavil koncept organizačnej spravodlivosti. Týka toho, ako zamestnanec posudzuje správanie organizácie [20] Existujú štyri zložky organizačnej spravodlivosti: distributívna, procedurálna, interpersonálna a informačná spravodlivosť. Na vysvetlenie štruktúry vnímania organizačnej spravodlivosti bolo navrhnutých niekoľko modelov vrátane dvojfaktorového, trojfaktorového a štvorfaktorového modelu [21].

Ďalšie navrhované modely

Jedným z mnohých je model navrhnutý Fisherom - integračný model etiologických faktorov súvisiacich s osobnosťou a prostredím [22].V tomto modeli je predpokladom rozvoja syndrómu vyhorenia komplementárna súhra faktorov osobnosti zamestnanca a spúšťacích faktorov jeho prostredia. Medzi ďalšie navrhované modely patrí model prispôsobenia sa človeku a prostrediu, model pracovných charakteristík, diatézový stresový model a model zdrojov požiadaviek na prácu [5].

Množstvo navrhovaných vysvetľujúcich modelov naznačuje zložitosť syndrómu vyhorenia a neexistuje univerzálny jediný model schopný začleniť všetky aspekty svojej etiopatogenézy. V dôsledku toho je potrebné pri obchodovaní preskúmať rôzne potenciálne príčinné faktory s individuálnym prípadom vyhorenia (tabuľka č. 1).



Obr. 4 *Model nerovnováhy medzi úsilím a odmenou, ktorý navrhol Siegrist v roku 1996, definuje ohrozujúce pracovné podmienky ako nesúlad medzi vysokým dopytom (vysoká pracovná záťaž) a nízkou kontrolou nad dlhodobými odmenami* [19].

Diagnóza

Podľa posledných správ, publikácii a výsledkov, ku dnešnému dňu neexistuje žiadny a všeobecne platný postup diagnostiky syndrómu vyhorenia.

V súčasnosti je k dispozícii množstvo skríningových nástrojov. Najčastejšie používaný je Maslach Burnout Inventory (MBI) [2]. Medzi ďalšie patrí:

- Tedium Measure (neskôr premenovaný na Burnout Measure);
- Shirom Melamed Burnout Questionnaire (SMBQ);
- Oldenburg Burnout Inventory (OLBI)
- Copenhagen Burnout Inventory (CBI) a
- School Burnout Inventory (SBI) [17,23,24].

Tieto rôzne dotazníky sú prispôsobené z hľadiska jazyka, kultúry a špecifických povolaní. Všetci zdieľajú podobný prístup pohľadu na syndróm vyhorenia ako na multidimenzionálny konštrukt pozostávajúci z troch hlavných komponentov, emocionálneho vyčerpania, depersonalizácie a znížených osobných úspechov (príp. frakcia s osobným úspechom). Problémom je však ľubovoľnosť hodnôt pre diagnózu syndrómu vyhorenia. Okrem toho, zatiaľ čo dimenzia emocionálneho vyčerpania sa javí ako stála črta syndrómu vyhorenia, v prípade dimenzií depersonalizácie a osobných úspechov, ktoré sa javia ako heterogénne to nemusí platiť , čím sa znižuje ich význam [17,23].

Po vstupnom uverejnení MBI v roku 1981[5] sa postupne vyvinulo niekoľko nových upravených verzií, aby vyhovovali rôznym skupinám a rôznym prostrediam [2].

V súčasnosti existuje päť verzií:

- Prieskum ľudských služieb (MBI-HSS);
- Prieskum ľudských služieb pre zdravotnícky personál (MBI- HSS (MP));
- Educators Survey (MBI-ES);
- General Survey (MBI-GS) a
- General Survey for Students (MBI-GS (S)).

Dotazníky sa zameriavajú na rôzne dimenzie syndrómu vyhorenia. 9-položková škála emočného vyčerpania (EE) meria pocity emocionálneho nadmerného napätia a vyčerpania. Váha sa používa vo verziách MBI-HSS, MBI-HSS (MP) a MBI-ES. MBI-GS a MBI-GS (S) používajú kratšiu 5-položkovú verziu. 5-položková škála depersonalizácie hodnotí mieru neosobnej reakcie voči príjemcom starostlivosti, liečby alebo služby. Táto stupnica sa používa vo verziách MBI-HSS, MBI-HSS (MP) a MBI-ES. 8-položková škála osobných úspechov meria pocity kompetencie a úspechu v práci a používa sa vo verziách MBI-HSS, MBI-HSS (MP) a MBI-ES. MBI-GS a MBI-GS (S) navyše hodnotia cynizmus (ľahostajnosť voči svojej práci) na 5-položkovej škále a profesionálnu efektivitu (pocit kompetencie a úspechu) na 6-položkovej škále. Všetky položky sú hodnotené na 7-úrovňovej škále frekvencie: nikdy (0), niekoľkokrát do roka alebo menej (1), raz za mesiac alebo menej (2), niekoľkokrát za mesiac (3), raz za týždeň (4), niekoľkokrát týždenne (5) a každý deň (6).

V súčasnosti žiadny z nástrojov hodnotenia syndrómu vyhorenia neposkytuje nástroje na diferenciálnu diagnostiku. Relevantná je najmä súvislosť medzi syndrómom vyhorenia a chronickým únavovým syndrómom a syndrómom vyhorenia a depresiou, keďže všetky subjekty majú pomerne spoločné symptómy a syndróm vyhorenia je rizikovým faktorom pre rozvoj depresie [23].

Zdá sa, že syndróm vyhorenia súvisí s ochoreniami pohybového ústrojenstva u žien a s kardiovaskulárnymi ochoreniami u mužov. Tieto asociácie nie sú vysvetlené sociodemografickými faktormi, zdravotným správaním alebo depresiou [24]. Iné štúdie naznačili, že chronické vyhorenie môže byť rizikovým faktorom pre nástup diabetu 2. typu a hyperlipidémie [25,26].

Vplyv

Dôsledkom syndrómu vyhorenia u zdravotníckych pracovníkov je znížená spokojnosť s prácou, absencia, fluktuácia personálu a cynizmus [9]. Tieto účinky v práci majú často dôsledky na osobný život, ako je pocit nešťastia, úzkosť, depresia, izolácia, zneužívanie návykových látok, trenie a rozbité vzťahy a rozvod. Vyhorenie u lekárov môže mať vážnejšie profesionálne dôsledky ako v iných profesiách, pretože bolo často spojené so suboptimálnou starostlivosťou o pacienta [27], čo malo za následok nižšiu spokojnosť pacientov a zhoršenú kvalitu starostlivosti. To môže v konečnom dôsledku viesť k zdravotníckym omylom s potenciálnymi žalobami za zanedbanie povinnej starostlivosti a následnými súdnymi spormi, čo má za následok značné náklady pre zdravotníkov a nemocnice [27-29].

Ako sa vysporiadať s vyhorením?

Komplexnosť interakcie medzi všetkými predtým diskutovanými vonkajšími a vnútornými faktormi pri rozvoji syndrómu vyhorenia podčiarkuje dôležitosť multifaktoriálneho prístupu v prevencii a liečbe syndrómu. To znamená, že treba riešiť pracovné prostredie aj vlastnú osobnosť a postoj človeka k pracovnej situácii. Znamená to nielen implementáciu opatrení na úrovni profesionálnych zamestnávateľov a pracovného prostredia, ale aj vypracovanie a implementáciu individuálnych záťaž zvládajúcich stratégií.

Prístupy k liečbe syndrómu vyhorenia by sa mali riadiť závažnosťou symptómov. Ak sú miernejšie a nepatrné, odporúčajú sa opatrenia ako zmena životných návykov a optimalizácia rovnováhy medzi pracovným a súkromným životom. Tieto opatrenia sa sústreďujú na tri dôležité piliere: „únik“ od stresových faktorov, zotavenie sa prostredníctvom relaxácie a športu a „návrat do reality“ v zmysle opustenia predstáv o dokonalosti [17].

Hoci každý jednotlivec je v konečnom dôsledku zodpovedný za svoje zdravie, organizačné a inštitucionálne povedomie, pozornosť a uznanie problému môže hrať kľúčovú úlohu pri podpore zdravia zdravotníckych pracovníkov.

Prvá stratégia sa zameriava na vzťahy. Kladie dôraz na pochopenie dôležitosti trávenia kvalitného času s rodinou, priateľmi a blízkymi. Táto stratégia zahŕňa aj aktívny rozvoj interakcií s kolegami, spoluzdieľanie a uvažovanie o emocionálnych a existenciálnych aspektoch bytia zdravotníka.

Druhým prvkom, ktorý, ako sa zdá, u niektorých ľudí podporuje zdravie a pohodu, je náboženské presvedčenie a/alebo duchovná prax. Týka sa to osobnej pozornosti k výchove vlastných duchovných aspektov. Uvádza sa, že až 34 % osôb uviedlo tento aspekt ako dôležitý a podstatný[30].

Tretí prvok sa týka pracovných postojov a má dve zložky. Prvý sa týka hľadania zmyslu a naplnenia v práci, druhý aktívneho výberu a obmedzenia typu lekárskej praxe, ako je práca na čiastočný úväzok, zapájanie sa do vzdelávania a/alebo výskumu, riadenie rozvrhu a ukončenie nenapĺňajúcich aspektov praxe [9].

Štvrtá stratégia pozostáva z praktík starostlivosti o seba, v ktorých jednotlivec okrem profesionálnych a rodinných povinností aktívne pestuje aj osobné záujmy a sebauvedomenie. S tým súvisí aj aktívne vyhľadávanie odbornej pomoci v prípade osobných fyzických a psychických problémov alebo choroby. Príkladmi takýchto praktík sú okrem iného cvičenie, sebavyjadrenie, primeraná výživa a spánok, pravidelná lekárska starostlivosť, odborné poradenstvo a pod.

Napokon piatou zložkou je prispôsobenie špecifickej životnej filozofie. Ide o rozvíjanie filozofického prístupu k životu, ktorý je založený na pozitívnom pohľade, kde človek identifikuje vlastné hodnoty a podľa toho koná s dôrazom na rovnováhu medzi osobným a pracovným životom.

Je pravdepodobné, že takéto stratégie sú aj určenými nástrojmi, ktoré sa majú implementovať pri prevencii rozvoja k syndrómu vyhorenia.

Ak sú príznaky syndrómu vyhorenia závažné, odporúčajú sa psychoterapeutické intervencie. Svoje miesto môžu nájsť aj antidepresíva, najlepšie kombinované s psychoterapiou [17]. Existuje niekoľko terapií na liečbu syndrómu vyhorenia, ale všetky s nejasnými dôkazmi. Určité zhodnotenie priniesla práca Korczaka a kol., ktorá analyzovala analyzovala používanie

a účinnosť rôznych terapií syndrómu vyhorenia [31]. V tomto systematickom prehľade bolo zahrnutých 17 prác. Trinásť z nich (čiastočne v kombinácii s inými technikami) sa zaoberá účinnosťou psychoterapie a psychosociálnych intervencií na zníženie syndrómu vyhorenia. Vo väčšine štúdií sa zdá, že kognitívna behaviorálna terapia vedie k zlepšeniu emočného vyčerpania. Dôkazy o účinnosti zvládania stresu a muzikoterapie sú však nekonzistentné. Dve štúdie o účinnosti Qigong terapie neprinášajú jednoznačný výsledok a iba jedna štúdia ukazuje účinnosť koreňov Rozchodnice ružovej (Rhodiola Rosea). Fyzikálna terapia sa skúma samostatne len v jednej štúdii a nevykazuje lepší výsledok ako štandardná terapia.

Záver

Syndróm vyhorenia sa stal dôležitým problémom a výzvou pre verejné zdravotníctvo. Situáciu komplikuje nie jasná definícia syndrómu a neexistujúci konsenzus o diagnóze. Existuje však zhoda, že syndróm vyhorenia v medicíne je nepriaznivý pre zdravotníckeho pracovníka, inštitúciu a pacienta. Preto by mali byť identifikované rizikové situácie, ktoré by včas implementovali preventívne opatrenia, aby sa predišlo poškodeniu zdravia. Napriek tomu, že vieme veľa sú potrebné prospektívne dlhodobé štúdie na ďalšie skúmanie príčin syndrómu vyhorenia a na identifikáciu konkrétnych nástrojov na meranie zdravotného stavu rizikových pracovníkov. Taktiež sú potrebné štúdie na identifikáciu individuálnych a organizačných zásahov, ktoré môžu podporiť pohodu a vyhodnotiť jej vplyv na produktivitu, starostlivosť o pacienta a spokojnosť pacienta. Je potrebné poznamenať, že zlepšenie situácie môže závisieť od rôznych premenných, čo vyžaduje cielené zameranie na rôzne subpopulácie. Obzvlášť ovplyvnený môže byť personál pracujúci v zariadeniach kritickej starostlivosti, čoho dokladom je aj situácia nedávnej pandémie COVID-19. Medzery a nedostatky sú aj v poznaní účinnosti terapií pri liečbe syndrómu vyhorenia, čo otvára ďalšie množstvo otázok a a nejasných odpovedí.

Zoznam bibliografických údajov

1. Demerouti, E.; Bakker, A.B. The Oldenburg Burnout Inventory: A good alternative to measure burnout and engagement. In *Handbook of Stress and Burnout in Health Care*; Halbeslen, J., Ed.; Nova Science: Portland, OR, USA, 2008.
2. Maslach C, Jackson SE, Leiter MP. *Maslach Burnout Inventory Manual*. 3rd ed. Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press; 1996.
3. Freudenberger HJ. The staff burn-out syndrome in alternative institutions. *Psychotherapy.* 1975;12:73–82. https://doi.org/10.1037/h0086411
4. Freudenberger HJ. Burn-out: occupational hazard of the child care worker. *Child Care Q*.1977;6:90–99. https://doi.org/10.1007/BF01554695
5. Maslach C, Schaufeli WB, Leiter MP. Job burnout. *Annu Rev Psychol*. 2001;52:397–422. https://doi.org/10.1146/annurev.psych.52.1.397
6. Maslach C, Jackson S. The measurement of experienced burnout. *J Occup Behav*. 1981;2:99–113. https://doi.org/10.1002/job.4030020205
7. Křivohlavý J. *Jak neztratit nadšení.* Praha: Grada, 1998. 131s. ISBN 80-7169-551-3.
8. Kebza V, Šolcová I. *Syndrom vyhoření*. Praha: Státní zdravotní ústav, 2003.ISBN 80-7071-231-7.
9. De Hert S. Burnout in Healthcare Workers: Prevalence, Impact and Preventative Strategies. *Local and Regional Anesthesia*. 2020:13 171–183. https://doi.org/10.2147/LRA.S240564
10. Lindblom KM, Linton SJ, Fedeli C, Bryngelsson IL. Burnout in the working population: relations to psychosocial work factors. *Int J Behav Med*. 2006;13:51–59. https://doi.org/10.1207/s15327558ijbm1301_7
11. Ahola K, Honkonen T, Isometsä E, et al. Burnout in the general populaion. Results from the Finnish Health 2000 Study. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* 2006;41:11–17. https://doi.org/10.1007/s00127-005-0011-5
12. Schaufeli WB. *Burnout in Europe: relations with national economy, governance, and culture. Research Unit Occupational & Organizational Psychology and Professional Learning* (internal report). KU Leuven, 2018. Belgium. Available from: https://www.wilmarschaufeli.nl/publications/Schaufeli/500.pdf.
13. Shanafelt TD, Boone S, Tan L, et al. Burnout and satisfaction with work-life balance among US physicians relative to the general US population. *Arch Intern Med*. 2012;172:1377–1385. https://doi.org/10.1001/archinternmed.2012.3199
14. Medscape National Physician Burnout & Suicide Report 2020. Available from: https://www.medscape.com/slideshow/2020-lifestyle-burnout-6012460. Accessed October 15, 2022.
15. Rotenstein LS, Torre M, Ramos MA, et al. Prevalence of Burnout among physicians. a systematic review. *JAMA*. 2018;320:1131–1150. https://doi.org/10.1001/jama.2018.12777
16. Freudenberger HJ. Counseling and dynamics: treating the end-stage person. In: Jones JW, editor. *The Burnout Syndrome.* Park Ridge III: London House Press; 1982.32.
17. Kaschka WP, Korczak D, Broich K. Burnout - a fashionable diagnosis. *Dtsch Arztebl Int*. 2011;108:781–787. https://doi.org/10.3238/arztebl.2011.0781
18. Karasek RA. Job demands, job decision latitude, and mental strain. Implications for job redesign. *Adm Sci Q*. 1979;24:285–308. https://doi.org/10.2307/2392498
19. Siegrist J, Peter R. The effort-reward imbalance model. In: Schnall P, Belkic K, Landsbergis P, Baker D, editors. The Workplace and Cardiovascular Disease. *Occupational Medicine State of the Art Reviews*. 2000;15:83–87.34.
20. Greenberg J. Organizational justice: yesterday, today, and tomorrow. *J Manage*. 1990;16:399–432. https://doi.org/10.1177/014920639001600208
21. Elovainio M, Kivimäki M, Helkama K. Organizational justice evaluations, job control, and occupational strain. *J Appl Psychol*. 2001;86:418–424. https://doi.org/10.1037/0021-9010.86.3.418
22. Fischer HJ. A psychoanalytic view of burnout. In: Farber BA, editor. *Stress and Burnout in the Human Service Professions*. New York, Pergamon;1983.

23. Korczak D, Huber B, Kister C. Differential diagnosis of the burnout syndrome. *GMS Health Technol Assess*. 2010;6:1861–8863.49.
24. Honkonen T, Ahola K, Pertovaara M, et al. The association between burnout and physical illness in the general population —results from the Finnish Health 2000 Study. *J Psychosom Res.* 2006;61:59–66. https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2005.10.002
25. Melamed S, Shirom A, Toker S, Shapira I. Burnout and risk of type 2 diabetes: a prospective study of apparently healthy employed persons. *Psychosom Med.* 2006;68:863–869. https://doi.org/10.1097/01.psy.0000242860.24009.f0
26. Shirom A, Westman M, Shamai O, Carel R. Effects of work overload and burnout on cholesterol and triglycerides levels: the moderating effects of emotional reactivity among male and female employees. *J Occup Health Psychol.* 1997;2:275–288. https://doi.org/10.1037/1076-8998.2.4.275
27. Dyrbye LN, Thomas MR, Massie FS, et al. Burnout and suicidal ideation among U.S. medical students. *Ann Intern Med.* 2008;149:334–341. https://doi.org/10.7326/0003-4819-149-5-200809020-00008
28. West CP, Huschka MM, Novotny PJ, et al. Association of perceived medical errors with resident distress and empathy: a prospective longitudinal study. *JAMA*. 2006;296:1071–1078. https://doi.org/10.1001/jama.296.9.1071
29. Shanafelt TD, Balch C, Bechamps G, et al. Burnout and medical errors among American surgeons. *Ann Surg*. 2010;251:1001–1002. https://doi.org/10.1097/SLA.0b013e3181bfdab3
30. Weiner EL, Swain GR, Wolf B, Gottlieb M. A qualitative study of physicians' own wellness-promotion practices. *West J Med.* 2001;174:19–23. https://doi.org/10.1136/ewjm.174.1.19
31. Korczak D, Wastian M, Schneider M. Therapy of the burnout syndrome. *GMS Health Technol Assess*. 2012;8.86.

Kontakt:

MUDr. Jaromír TUPÝ, PhD.
Fakulta zdravotníctva
Katolícka univerzita v Ružomberku
Námestie A. Hlinku 28
03401 Ružomberok
e-mail: tupyj@uvn.sk