

Syndrom vyhoření ve zdravotnictví

MUDr. Jana Šeblová, Ph.D.

Syndrom vyhoření ve zdravotnictví	1
Úvod.....	2
Teorie stresu a psychologická morbidita v souvislosti se stresem	3
Patofyziologie stresové odpovědi a fáze poplachové reakce	3
Odpověď organismu na stres a poruchy spojené se stresem	6
Druhy stresu	8
Syndrom vyhoření jako vyústění chronického stresu.....	9
Složky a fáze syndromu vyhoření	11
Diagnostika a diferenciální diagnostika syndromu vyhoření	13
Rizikové a protektivní faktory syndromu vyhoření	15
Psychická odolnost (resilience).....	18
Preventivní a zvládací strategie při rozvíjejícím se syndromu vyhoření	19
Techniky zvládnání stresu	19
Pozitivní zvládací mechanismy	20
Negativní zvládací mechanismy.....	22
Prevence působení nadměrného stresu – individuální a ze strany zaměstnavatele	22
Strategie řešení při syndromu vyhoření	25
Některé studie zkoumající výskyt syndromu vyhoření u zdravotníků	27
Zahraniční studie	27
Situace v České republice.....	34
Syndrom vyhoření u pracovníků zdravotnických záchranných služeb	36
Rizikové faktory pro rozvoj syndromu vyhoření	36

Typická osobnost záchranáře v souvislosti s riziky vzniku vyhoření	37
Výzkumný projekt: Celkové výsledky příznaků syndromu vyhoření (Šeblová, Kebza, Vignerová 2003 – 2005).....	40
Závěr.....	44
Příloha: Dotazník „Jak zvládáte stres?“	45
Literatura:	47

Úvod

Chronické působení stresu spojeného se zaměstnáním může vést k syndromu vyhoření. Prvně se tento pojem objevil v roce 1974 v práci H. Freudenbergera v časopise „Journal of Social Issues“. Podle současně platné Mezinárodní klasifikace nemocí (MKN 10) je zařazen pod kódem Z73.0 do kategorie „Problémy související s pracovními obtížemi“. Do této kategorie patří i kódy Z73.1 (zdůraznění osobnostních rysů – chování typu A), Z 73.2 (nedostatek relaxace a odpočinku) a další (Mezinárodní klasifikace nemocí. 10. revize. Duševní poruchy a poruchy chování. Popisy klinických příznaků a diagnostická vodítka, 1992).

V rozvoji syndromu vyhoření je důležitý pojem psychosociálního stresu, tedy bez přímé vazby na biologicky naprogramovaný „boj o přežití“. Typickými příklady psychosociálního stresu jsou problémy v mezilidských vztazích, ztráta zaměstnání, rozvod. Syndrom vyhoření je následkem chronického psychosociálního stresu spojeného s prací, tedy konkrétně se sociálním prostředím v práci, s organizačními aspekty v zaměstnání, s obsahem práce i s jednotlivými úkoly a úkony. Může být klasifikován v kategorii konfliktu rolí, nároků vyplývajících ze samotné práce, organizačních problémů, může souviset s nejasnou profesní perspektivou, ale i fyzickými aspekty práce a pracovního prostředí (hluk, prach, teplota, bezpečnost...) (Kebza, Šolcová, 2003; Kebza, 2005). Akutní stres k syndromu vyhoření

nevede (může vést k jiným poruchám – akutní stresová reakce, posttraumatická stresová porucha). Syndrom vyhoření je reakcí na chronický stres, spojený s pracovní zátěží a je charakterizován fyzickými, emočními a obrannými zvládacími mechanismy (Casado et al., 2006).

Teorie stresu a psychologická morbidita v souvislosti se stresem

Patofyziologie stresové odpovědi a fáze poplachové reakce

K pochopení mechanismu působení stresu a k rozpoznání příznaků poruch, které jsou následkem negativních dopadů stresu, je nutné porozumět obecným principům reakce na stres. Stresor spustí poplachovou reakci s mobilizací energetických rezerv a s cílem obnovení homeostázy organismu. Reakce se skládá ze dvou základních složek: jednak jde o fylogenetickou odpověď celého druhu, která je individuu vrozená, druhou složkou je reakce, která vznikla během života jedince vlivem učení. Při působení silného stimulu však převládne stará fylogenetická paměť nad naučenými odpověďmi. Automatické spuštění poplachové reakce má nezanedbatelné výhody, z nichž hlavní je rychlost reakce, ale má i nevýhody – pro život v dnešní civilizaci je mnoho vrozených mechanismů neúčelných a neadekvátních, někdy dokonce škodlivých. Cílem poplachové reakce je rychlé uvolnění energie, nerušená činnost centrální nervové soustavy, optimální redistribuce krevního objemu s cílem zajistit maximum kolující krve pro myokard, kosterní svaly a mozek, a dále změny vodního a elektrolytového hospodářství. Za spuštění rychlých změn je odpovědný nervový systém, hormonální systém zajišťuje pomalejší změny během poplachové reakce (Charvát, 1970).

V medicínském smyslu představuje stres automaticky probíhající reakci organismu na možné ohrožující podněty. Tato reakce se odehrává na ose hypotalamus – hypofýza – nadledvinky.

Poplachová reakce začíná orientačním reflexem. Na základě neznámých, ohrožujících, frustračních nebo bolestivých podnětů reaguje behaviorální inhibiční centrum (nucleus

coeruleus a nucleus raphae) zastavením všech probíhajících aktivit a vyvolá zvýšené napětí a zvýšenou pozornost. Jsou-li podněty vyhodnoceny jako málo intenzivní a tedy bezpečné, reflex odezní bez spuštění stresové kaskády. V opačném případě se kaskáda poplachové fáze stresu rozběhne a vytváří podmínky pro boj nebo útěk. Celý proces je nesmírně energeticky náročný a má nepříznivé katabolické důsledky, zejména trvá-li dlouho. Při zapínání svalů se objevuje třes, do svalů přitéká větší množství krve, obohacené o sacharidové rezervy, zpracovatelné tukové rezervy, ale i bílkoviny, zvyšuje se srdeční výdej přechodem na hyperkinetickou cirkulaci s vzestupem tlaku i tepové frekvence. Vzestup dechové frekvence zajišťuje více kyslíku, dochází k „nabuzení“ (arousal) centrálního nervového systému.

Stresová polakisurie a stresové průjmy jsou důsledkem tendence zbavit organismus zbytečné zátěže. Husí kůže je způsobena fylogeneticky velmi starým piloerekčním reflexem, kdy zjevení srsti dodávalo ohroženému zvířeti na objemu. Dochází i k útlumu parasympatikem řízených trávicích reflexů, z toho pochází pocit sucha v ústech nebo stažení žaludku. Součástí poplachové reakce je i její pomalejší humorální složka, v první fázi je zvýšený výdej adrenokortikotropního hormonu (ACTH), který aktivuje paměťovou stopu.

Nevede-li poplachová reakce k žádoucímu účinku, nastává fáze rezistence, která se v dávných dobách projevovala rezignací na teritorium, stažením, sklíčeností, parasympatickými reakcemi s přetěžováním systémů regulovaných především parasympatikem (GIT). V oblasti neuroendokrinní regulace je fáze rezistence doprovázena hyperkortizolémií, v jejímž důsledku dochází k mazání paměťové stopy a také k negativnímu ovlivnění imunity.

Třetí fází stresu je fáze zhroucení, což se rovná regulačnímu chaosu pro systémy řízené, ale i řídící (Selye, 1966; Charvát, 1970; Honzák, Kurzová, 2003).

Během stresové reakce tedy dochází k součinnosti vegetativního i neuroendokrinního systému a touto cestou je ovlivněna jak centrální nervová soustava, tak imunitní systém. Ve stresové reakci jsou primárně zapojeny starší části CNS – hypotalamus a hypofýza, ale i retikulární

formace a limbický systém. Do průběhu reakce zasahuje integrační a regulační aktivitou i neokortex. K aktivaci sympatiku a produkci katecholaminů dochází pravděpodobně tehdy, kdy organismus usiluje o aktivní zvládnutí stresové situace, zatímco k aktivaci adrenokortikálního systému dochází zřejmě tehdy, kdy jedinec danou zátěž nemůže nebo nechce zvládnout (Kebza, 2005).

Rezervy a zdroje ke zvládnání stresu jsou vrozené dispozice, ale i dovednosti, které jedinec získal v průběhu svého procesu střetávání s nejrůznějšími stresory. Část odolnosti je tedy získaná. Tyto rezervy se označují v literatuře jako adaptační kapacita (adaptive capacity), zátěžová kapacita (load capacity), systémová kapacita (system capacity), vyrovnávací zdroje (coping resources) a překlenovací kapacita (cyrrying capacity) – tyto termíny mají více méně totožný obsah (Kebza, Šolcová, 1998).

Poplachová reakce vznikla během fylogenetického vývoje velmi účelně pro stavy ohrožení organismu. V současnosti však člověk vnímá jako stresor i podněty z psychosociální sféry. Stresová kaskáda se v těchto případech spustí stejně, jako by o život šlo, a z tohoto důvodu může být nadměrná dlouhodobá expozice stresům pro organismus škodlivá (Selye, 1966; Charvát, 1970; Honzák, Kurzová, 2003). Nicméně vědomá modulace stresoru pomocí jeho kognitivního zpracování může naopak být jednou z možností, jak se se zátěží vyrovnat – například tím, že jedinec vyhodnotí zátěžové situace a přisoudí jim takovou závažnost, jakou v hierarchii priorit skutečně mají. Je nutné si uvědomit, že jedinec, vystavený stresujícím vlivům není jen jejich pasivním příjemcem, ale může se změnit v aktivního hybatele. Odolnost vůči zátěži je dána konstitučně, vývojovými faktory, ale lze ji ovlivnit i nácvikem (Honzák, Kurzová, 2003).

Je prokázáno, že zátěž, které je organismus schopen dostát, je považována za stimulující faktor vývoje a jednorázový akutní, byť silný stres, který je vyřešen s pozitivním vyústěním, nepředstavuje ze zdravotního hlediska významné riziko. Výsledný vliv zátěže a stresu na

organismus je dán především rozložením účinku stresorů v čase a právě dlouhodobě působící nezvládaný stres má zdravotní dopady. Konkrétní zdravotní postižení je ovlivněno mnoha dalšími faktory, od genetické výbavy, přes životní styl, osobnost daného jedince, aktuální stav jeho imunitního systému až po sociální interakce a společenské faktory (Kebza, 2005).

Odpověď organismu na stres a poruchy spojené se stresem

Organismus může reagovat následujícími příznaky:

- příznaky fyzické vycházející z poplachové reakce: zvýšený krevní tlak, zrychlená srdeční akce a zvýšený počet dechů za minutu, pocit chladu, zejména na akrech, žížeň, nevolnost, slabost, problémy s trávením, bolesti břicha, plynatost, nausea nebo zvracení, dechové obtíže, bolest na hrudi, třes, záškuby až křeče, bolest hlavy, vertebrogenní obtíže, svalové napětí, poruchy akomodace, častější nucení na močení, poruchy menstruace, sexuální problémy, vyšší riziko úrazů a dopravních nehod;
- kognitivní: zmatenost, snížení nebo zúžení pozornosti, zhoršení koncentrace, potíže s pamětí, neschopnost se rozhodnout, zhoršené abstraktní myšlení, zhoršené řešení problémů, obviňování druhých osob, zvýšené či naopak snížené uvědomování si okolního dění. Objevují vtíravé myšlenky spjaté s kritickou událostí, postiženému se zdají sny s podobným obsahem, vzpomínky i znovuvybavení události je doprovázeno výrazným pocitem psychické i fyzické nepohody se silnými fyziologickými reakcemi;
- emocionální: úzkost, nejistota, obavy, deprese, strach, agitovanost, vznětlivost, hněv, pocity viny, popření, projevy akutní panické ataky, ztráta emoční kontroly, neadekvátní emoční odpověď, pocit zahlcení událostmi;
- behaviorální: změny v aktivitě, neschopnost odpočinku, stáhnutí do sebe, podezřívavost, zvýšená lekavost, změny v řečovém projevu, emocionální výbuchy, změna chuti k jídlu jak ve smyslu snížení, tak i zvýšení, nespecifické tělesné obtíže.

Podle toho mezi somatickými příznaky převažují obtíže kardiovaskulárního systému (projevy ICHS, hypertenze, arytmie, zejména paroxysmální supraventrikulární tachykardie, palpitace aj.), zažívacího ústrojí (gastroduodenální vředová choroba, kolitida, porucha motility GIT), dýchací problémy (astma bronchiale, hyperventilační tetanie), poruchy imunitního systému (snížená odolnost vůči infekci, alergie, autoimunitní choroby, nádorová onemocnění), obtíže spojené s pohybovým aparátem (vertebrogení algické syndromy, tenzní bolesti hlavy, náchylnost k úrazům). (Everley, Mitchell, 2002; Kebza, 2005).

Reakce na stres je vysoce individuální. V literatuře nacházíme pojem „cílového orgánu“, tedy charakteristické projevy stresové reakce u konkrétního jedince, což je dáno zejména genetickou výbavou (Everley, Mitchell, 2002; Mitchell, Everley, 2003; Nešpor, Csémy, 2001). Vliv na projevy reakce na stres mají i osobní životní zkušenosti a vlivy stejně jako rodičovské a pečovatelské modely chování. Je nutné si uvědomit, že duševní stres vyvolává stejné reakce jako fyzické ohrožení organismu, avšak fylogeneticky starší složky poplachové reakce jsou při působení duševního a sociálního stresu neúčelné a při častém opakování škodlivé, neboť nedojde k pohybové reakci typu boj nebo útěk a nedojde ke spotřebování energetických rezerv. Lidský mozek je schopen (na rozdíl například od počítačových modelů) přisoudit informaci subjektivní hodnotu (Charvát, 1970).

V literatuře o výzkumu stresu nacházejí práce, rozdělující fyzické a psychické stresory – za fyzické byly považovány ty, které vedou k fyzickému poškození organismu a následně k prožitku bolesti s doprovodným napětím, úzkostí a strachem. Dalšími výzkumy však bylo prokázáno, že obě kategorie jsou spjaté, fyzický stres přechází do psychického, psychický stres může být spuštěn nejen fyzickým poškozením organismu, ale i pouhou anticipací, představou (Kebza, 2005).

Druhy stresu

Stres je stav živého organismu při mobilizaci obranných nebo nápravných opatření, které jsou vyvolány stresorem, není přímo synonymem poškození. Opakované vystavení zátěžové situaci s následným zvládnutím této zátěže vede k postupnému slábnutí stresové odpovědi a dochází k adaptaci. Stresová reakce nezávisí na objektivní míře stresoru, ale na tom, jak byl v určité situaci stresor (signál) konkrétním jedincem vnímán. Méně intenzivně prožívaný stres vede k adaptaci a tím i ke zlepšení výkonu, je předpokladem aktivního života a někdy je v literatuře označován termínem „eustres“. Je spojen s navozováním pozitivně laděných emocí a vysokou svobodou volby situace, jež k nástupu stresu vedla. Naopak neřešitelný stres vyžaduje množství energie a vede k rozvrácení homeostázy, je označován pojmem „distres“ a je spojen s negativně laděnými emocemi a nízkou svobodou volby výchozí situace (Charvát, 1970).

V souvislosti s mírou individuální zátěže a intenzitou vnímání stresu hovoříme o běžném stresu, který je součástí normálního života, a o kumulativním stresu, kdy může dojít ke sčítání zátěže z jednotlivých oblastí (rodina, práce, ekonomická situace, společenské problémy) a který již může být nadměrný.

Podle délky a intenzity působení se dají rozlišit stresory akutní, které mají povahu předělů, jsou neočekávané, nechtěné, vytrhující a dezorganizující. Naproti tomu chronický stresor je spíše trvalá nerovnováha mezi tím, co jedinec chce a tím, co dostává, nebo mezi tím, co by chtěl a tím, co musí či je k tomu okolnostmi nucen (Manuál k administraci a vyhodnocení dotazníku Personal Views Survey, překlad Šolcová, 1994).

Ve studiu stresu se zkoumají jednak životní události nebo životní změny, tedy události, které vyžadují reakci a přizpůsobení na základě náročnosti požadavků. Další studovanou kategorií jsou menší epizodické příhody, která v případě kumulace mohou vést k obtížím a jejich dopad na zdraví může být závažnější než u izolované „životní události“ (koncept „daily hassels“ vs. „life events“ (Kebza, 2005).

Syndrom vyhoření jako vyústění chronického stresu

V úvodu již zaznělo, že syndrom vyhoření je spojen s dlouhodobým působením chronického psychosociálního stresu, spojeného s prací. Není to jen obyčejná únava a přetížení, vždy je spojen s otázkou po smyslu vlastní práce. Vzhledem k podstatnému vlivu organizační složky je nutné řešení obtíží zaměřené nejen na osobnost takto postiženého pracovníka, ale i na organizační opatření (Bartlová, Jobánková, 2001). Stále více se zdůrazňuje psychosociální infekčnost vyhoření, tedy jeho výskyt v určité firmě, organizaci, zatímco v jiné se stejným zaměřením se nemusí nalézt. Jeho výskyt může být signálem systémové chyby a nikoliv poruchou jednotlivce (Kebza, 2005).

Syndrom vyhoření podstatně ovlivňuje kvalitu života postižených osob a projevuje se v oblastech kognice, motivace i emocí, zasahuje a ovlivňuje postoje, názory a výkon hlavně v oblasti profesionálního působení. Stejně jako jiné dlouhodobě působící stresory vyžaduje mobilizaci prostředků k udržení rovnováhy psychické i fyzické, dochází k vyčerpání rezerv a zdrojů ke zvládnutí stresu a dojde k selhání adaptační kapacity. Z hlediska původní Seleyho teorie stresu může být chápán jako poslední fáze stresové odpovědi, tedy stadium vyčerpání, zde jako následek výhradně chronických stresorů (Kebza, Šolcová, 2003; Kebza, 2005).

Obecně jsou vyhořením více ohroženi pracovníci profesí s častým stykem s lidmi, zejména z tzv. „pomáhajících profesí“ (lékaři a ostatní zdravotníci, učitelé, policisté, ale i úředníci,

sociální pracovníci a další). Týká se i dispečerů a dispečerek nejen záchranné služby, ale třeba i dopravy a letového provozu, i když v těchto zaměstnáních je kontakt s lidmi nepřímý.

Pozdější studie však prokázaly výskyt vyhoření i u dalších profesí, kde je kontakt s lidmi nebo závislost pracovního úspěchu na jejich hodnocení: u advokátů, pojišťovacích agentů, poštovních úředníků, dokonce i u špičkových sportovců, umělců, poradců, informátorů, pracovníků věznic, duchovních, řádových sester a mnoha dalších. Publikované práce prokázaly ohrožení lékařů a ošetrovatelského personálu zejména v oborech onkologie, chirurgie, intenzivní péče, psychiatrie a geriatric (Kebza, Šolcová, 1998; Kebza, 2005).

Ve zdravotnických zaměstnáních je typická vysoká zodpovědnost, neustálá připravenost k pomoci, nejistý efekt pracovní činnosti, malá nebo žádná zpětná vazba, směnný provoz, nepředvídatelnost pracovní činnosti bez ohledu na biorytmy, situační tlaky, práce s lidmi v akutním stresu (Kebza, Šolcová, 1998; 2003; Konopásek, Šeblová, 1998). Nejvyšší riziko je při kombinaci vysokých nároků a nízké autonomie, tedy bez možnosti rozhodovat o tempu práce, povaze a konkrétních podmínkách pracovní činnosti (Kebza, Šolcová, 1998; 2003; Kebza, 2005). Vysoké nároky na stabilní neselhávající výkonnost, závažné důsledky při chybě, pocit, že úsilí není adekvátní nízkému výslednému efektu – všechny tyto charakteristiky rizika vzniku syndromu vyhoření nacházíme mezi typickými rysy práce ve zdravotnictví.

Projevy vyhoření jsou pozorovatelné v rovině chování, dochází ke změnám v sociálních vztazích, k pacientům, spolupracovníkům, ale i v rodině. Pracovník se syndromem vyhoření je apatický, cynický, podrážděný, necitlivý k pacientům, má celkově negativní postoje, sociální komunikace je snižena. V úrovni prožívání se objevují pocity bezmoci, beznaděje,

ztráta nadšení a iluzí, úzkost, pocity viny a selhání, ztráta sebedůvěry, pocit vnitřní prázdnoty, vyčerpání a těžké únavy (Kebza, Šolcová, 2003; Kebza, 2005).

Teoretické vysvětlení syndromu vyhoření se v psychologicko-medicínské oblasti opírá o studium stresu, stresové reakce a jejích důsledků, v rovině filosoficko-psychologické má blízko k existenciálně orientované filosofii a psychologii a k existenciálnímu pojetí krize s otázkami po smyslu existence, s pocity osamělosti, úzkosti, beznaděje a zoufalství a existenciální frustrace – tyto projevy a pocity jsou velmi podobné konečné fázi vyhoření s tendencí zpřetrhat všechny svazky s minulostí (zde profesní) a osvobodit se tak od minulé, svazující zkušenosti (Kebza, Šolcová, 1998; Kebza, 2005).

Složky a fáze syndromu vyhoření

Multifaktoriální koncept syndromu vyhoření se skládá ze tří následujících komponent, které jsou vyústěním chronického stresu. Vždy je ale předstupněm a nezbytnou podmínkou vývoje tohoto syndromu původní vysoké zapálení, nadšení pro věc, zaujetí profesí.

Prvním stupněm burnoutu je emoční vyčerpání, kdy se postižený jedinec cítí být zahlcen požadavky a potřebami druhých osob. Druhý stupeň, depersonalizace, nastává při neúspěšných opakovaných pokusech zvládnout stavy vyčerpání, a je charakterizován pocity lhostejnosti, odcizení a dehumanizace. Posledním stupněm je pocit neschopnosti, osobního selhání a pocity sníženého profesního sebehodnocení (Maslach, Jacskon, 1996).

Stadia syndromu vyhoření popisují různí autoři různým způsobem, podle toho se též liší počet uváděných fází. Všichni autoři se však shodují na počáteční fázi nadšení, zapálení pro věc, práce bývá hlavní životní náplní, ale už v této fázi je dlouhodobé přetěžování (např. mírou

přesčasových hodin, přijímáním dalších úkolů, které se hromadí). Posléze dochází k vystřízlivění, určitému zklamání, následuje frustrace a negativní vnímání pacientů (jde-li o pracovníky ze zdravotnictví) nebo klientů. Po této do jisté míry latentní fázi nastupuje již otevřená hostilita vůči pacientům (klientům) a apatie. Vše, co souvisí s profesí, je vnímáno negativně. Poslední fází je úplné vyčerpání, vyhoření, cynismus, depersonalizace (Kebza, Šolcová, 2003). Syndrom vyhoření je nutno chápat jako neustálý vyvíjející se proces, stav není neměnný. Trvalá nespokojenost se přenáší i na okolí a vytváří napětí na pracovišti, ale i v rodině nebo v osobních vztazích.

Přesnější dynamika se dá popsat v pěti fázích: první fází je nadšení, jak již bylo zmíněno výše. Zaměstnání přináší jedinci vysoké uspokojení, chce pracovat co nejlépe, touží po úspěchu. V této fázi je největším nebezpečím identifikace s pacienty (klienty), neefektivní vydávání energie, často spojené s dobrovolným přepracováním.

Dále následuje fáze stagnace, práce již ztrácí svoji přitažlivost, pracovník se ocitá pod časovým tlakem, byl již nucen slevit ze svých očekávání.

Po stagnaci stav přechází do frustrace, které je charakteristická otázkami po smyslu a efektivitě práce jako takové. Objevují se běžné symptomy neurózy, mohou se již vyskytnout i fyzické příznaky, začínají problémy na pracovišti.

Přirozenou – a nejčastější – reakcí na frustraci je fáze apatie. Pracovník je trvale nespokojený, ale nemá možnost tuto situaci změnit, dominuje snaha udržet si pracovní pozici, ale příliš se nenamáhat. Také nastupuje cynismus, snížení tolerance k pacientům (klientům). V sociálních vztazích se pracovník stahuje do izolace, nebo naopak začíná být agresivní k okolí. V této fázi se objevuje i neproduktivní sebelítost nebo autoagresivní postoje, čímž se vytvářejí předpoklady pro prohloubení situace až do obrazu depresivní poruchy.

Poslední fází je intervence, což je jakýkoliv krok, který v reakci na vyhoření vede k přerušení koloběhu zklamání. Jde o nalezení efektivního způsobu chování, nová definice vztahu k práci, pacientům, spolupracovníkům i přátelům (Honzák, Kurzová, 2003; Večeřová-Procházková, 2005).

Diagnostika a diferenciatní diagnostika syndromu vyhoření

Diagnostika a diferenciatní diagnostika syndromu vyhoření není jednoduchá. U postiženého se objevují příznaky z více oblastí – psychické, fyzické i sociální.

Mezi psychickými příznaky v rovině kognitivní lze nalézt ztrátu nadšení a snížení zodpovědnosti, snížení až ztrátu pracovního nasazení, lhostejnost k práci, negativní postoje, úniky do fantazie, ale i potíže s koncentrací a zapomínání. K psychickým příznakům patří i emoční projevy: sklíčenost, pocity bezmoci, popudlivost až agresivita, nespokojenost a pocit nedostatku uznání. Z tělesných obtíží se u postižených vyskytují poruchy spánku, poruchy chuti k jídlu, snížená odolnost vůči běžným nemocem, vegetativní obtíže, snadná unavitelnost, vysoký krevní tlak. V oblasti sociálních vztahů ubývá angažovanosti a snahy pomáhat, dochází k omezení kontaktu s pacienty (klienty) a s jejich příbuznými, ale i s kolegy, a v soukromí přibývá konfliktů (Večeřová-Procházková, 2005). Dochází k utlumení celkové aktivity, zejména k redukci spontaneity, kreativity, iniciativy, invence, pocit vlastní postradatelnosti hraničí až s mikromanickými bludy. V činnosti se objevuje redukce na rutinní postupy. Typická je velmi nízká empatie (u osob, které původně měly vysokou empatii!), narůstají konflikty, které se z pracovního prostředí přenášejí i do soukromé sféry (Kebza, Šolcová, 1998).

Z diferenciálně diagnostického hlediska je nutné odlišit deprese, kde se též objevuje pocit smutku, ztráta energie a motivace a pocity bezmoci. U vyhoření jsou tyto projevy a prožitky omezeny výhradně na zaměstnání, ostatní sociální vztahy jsou ovlivněny až sekundárně. U deprese se vyskytuje spíše sebeobviňování, u vyhoření obviňování okolí. U larvované (maskované) deprese jsou v popředí somatické a vegetativní obtíže a navíc chybí smutná nálada, která u vyhoření je přítomna. Na rozdíl od bipolární afektivní poruchy u vyhoření chybí manická fáze. Endogenní depresivní poruchy mívají tendenci k sezónnosti výskytu, vyhoření nikoliv. U vyhoření naopak pozorujeme „odklonitelnost“ příznaků – při přeladění psychiky na nepracovní obsah dochází ke zlepšení stavu (např. dovolená).

Dalším stavem, který se může podobat vyhoření, je alexithymie s podobnou oploštělostí emocionality, otupělostí v sociálních vztazích, netečností a redukcí kreativity. Tito pacienti nedokážou emoce vyjádřit, zatímco pacienti s vyhořením emoce redukují, jejich emocionalita je deformovaná, ale mají dostatek slov ji popsat.

Syndrom vyhoření může někdy připomínat i únavové syndromy a tzv. „manager diseases“, které mohou také obsahovat depersonalizační složku. Chronický únavový syndrom (CFS) má sám o sobě obtížnou diagnostiku, rozlišují se americká, britská a australská výzkumná a diagnostická kritéria, a ještě se odlišuje postinfekční únavový syndrom (PIFS) jako subtyp CFS. Pro únavový syndrom je charakteristické nejméně šestiměsíční trvání únavy, která snižuje předchozí aktivity nejméně na 50% a méně, nicméně pro jeho diagnostiku jsou nutná nejméně dvě fyzikální kritéria, k nimž patří například: bolesti v krku, chronické subfebrilie, lymfadenopatie, migrující otoky a bolesti kloubů, myalgie, atd.

Další podobnou jednotkou je fibromyalgie s poruchami spánku, bolestmi hlavy a únavou, nicméně ta má náhlý začátek, spojený se somatickou nemocí, teploty, bolesti v krku, a typicky ranní ztuhlost a bolestivost nebo citlivost specifických lokalizací (tender points) (Kebza, Šolcová, 1998; 2003; Kebza, 2005).

Rizikové a protektivní faktory syndromu vyhoření

Rozvinutý syndrom vyhoření tedy zahrnuje oblast kognitivních procesů, emočních reakcí i motivace, a zasahuje tak do postojů, názorů, ale i výkonnosti postižených. Zranitelnost jednotlivců je samozřejmě vysoce individuální, velmi záleží na osobnosti jedince. Osobnost je pokládána za klíčový vnitřní faktor a ovlivňuje zejména způsob reakcí na stres a techniky zvládání stresu, tzv. „coping“ mechanismy. Zranitelnost vůči vyhoření dále závisí i na míře sociální podpory. Systém sociálních vztahů a vazeb je pokládán za klíčový vnější faktor v případném rozvoji vyhoření (Kebza, Šolcová, 1998; 2003; Kebza, 2005).

Podle Beckerovy koncepce duševního zdraví je riziko onemocnění vyjádřeno poměrem mezi rizikovými a protektivními faktory. K rizikovým faktorům patří už jen životní tempo současné společnosti, v nových evropských zemích i transformační změny, související i s dříve neznámými finančními a ekonomickými krizemi. Kromě nároků profese a působení chronických stresorů sem patří i osobnostní charakteristiky – vulnerabilita jedince, negativní afektivita, nízká asertivita, původně vysoký perfekcionismus, neschopnost relaxace, neuroticismus, úzkostné, fobické a obsedantní povahové rysy, permanentně prožívaný časový tlak, externí lokalizace kontroly (tj. závislost na vnějším hodnocení), nízké nebo nestabilní sebepojetí a sebehodnocení a vyšší skóre životních událostí a chronicky působících drobnějších nepříjemností – „daily hassels“ (Kebza, Šolcová, 1998; Kebza 2005).

Syndrom vyhoření nevzniká jen na základě přemíry práce. Podmínkou jsou počáteční nesplnitelné ideály, nadměrné očekávání, snaha po dokonalosti, ale i nadměrná touha po společenském uznání, nereálné požadavky na vztahy mezi lidmi, přehánění a zveličování problémů, černobílé myšlení typu „buď a nebo“ a personalizace problémů, tedy nikoli věcné řešení, ale vztahování problémů k vlastní osobě. Podstatou je tedy nadměrné očekávání (grandiozita), vybudování přikrášleného sebeobrazu, pocit, že dotyčný jedná správně a vina je na okolí, které se nechce změnit, a dále diskonatace (devalvace), která je reakcí na selhání vlastních postupů, demýtizace vlastního ideálního a já a negativní sebehodnocení až ve smyslu sebezavržení (Honzák, Kurzová, 2003; Večeřová-Procházková, 2005).

K protektivním faktorům patří odolnost ve smyslu hardiness. Osoby s vysokou hardiness se samy hodnotí jako kompetentnější ve zvládnání každodenních nároků, mívají příznivé hodnocení vlastních fyzických a psychických sil. Hardiness (pojem, který zavedla S. Kobasa koncem 70. let) patří k osobnostním charakteristikám, které mají schopnost chránit svého nositele před negativními následky stresu. Jedná se o proměnnou, která moderuje vztah mezi stresogenní událostí a nemocí, specificky protektivní účinek eliminuje, zmírňuje, tlumí nebo usměrňuje negativní vlivy nepříznivých životních událostí a situací.

Hardiness má tři základní komponenty:

- „commitment“, tedy plná angažovanost v tom, co jedinec dělá, aktivita, snaha událostem čelit, schopnost převzít zodpovědnost;
- „control“, tedy víra ve vlastní schopnost jedince jednat, zvládnout situaci, přičemž tato víra vychází z realistického hodnocení a odhadu;
- „challenge“, vědomí, že život je charakterizován proměnlivostí, pojetí změny jako výzvy a nikoliv chápání změny jakožto problému.

Osobnosti s vysokou úrovní hardiness jsou otevřené všemu novému, snaží se chápat veškeré jevy a události jako zajímavé a smysluplné. Při konfrontaci se zátěžovou událostí jsou schopny reagovat aktivně a náročné životní situace zpracovávají na kognitivní úrovni optimisticky a pozitivněji, hodnotí je také jako méně zatěžující. Kromě pozitivních zvládacích strategií mají tyto osoby i nižší kardiovaskulární reaktivitu ve stresogenních situacích, mají nižší pravděpodobnost výskytu kardiovaskulárních onemocnění, méně neurastenických stesků, souvisejících se stresem, výrazně méně jsou postiženy emočním vyčerpáním a méně vyhledávají lékařskou pomoc a mají méně pracovního času, zameškaného z důvodů nemoci (Manuál k administraci a vyhodnocení dotazníku Personal Views Survey, překlad Šolcová, v revizi 1994).

Osobnostní charakteristiky ovlivňují i procesy zvládnání stresu (tzv. coping mechanismy – viz dále), ovlivňují hodnocení stresogenních situací a výběr strategií k jejich zvládnutí. Následně je těmito mechanismy ovlivněno i prožívání a neuroendokrinní složka stresové odpovědi. K podpurným vlivům vnějšího prostředí se řadí sociální opora v rodině, na pracovišti zejména na úrovni stejně postavených zaměstnanců („peer“ úroveň), pocit adekvátního společenského a ekonomického ocenění.

Neutrální faktory z hlediska vzniku syndromu vyhoření jsou inteligence, věk, stav, vzdělání, délka praxe v oboru a doba, po kterou je zastávána současná pracovní pozice. V první vlně publikací o vyhoření se autoři klonili k názoru, že je tento syndrom častější u žen, ale řada pozdějších prací naopak neshledala výrazné rozdíly ve výskytu mezi pohlavími (Konopásek, Šeblová, 1998, Kebza, Šolcová, 2003; Šeblová, Kebza, 2005a, 2005b). Vysvětlení starších nálezů může být v tom, že řada studií byla prováděna v typicky feminizovaných profesích (zdravotní sestry, učitelky).

Rozvinutý syndrom vyhoření negativně ovlivňuje nejen psychický komfort pracovníka samotného, ale může v jeho důsledku dojít i k poškození pacientů. Významně se zvyšuje riziko profesní chyby a špatné vyhodnocení situace může mít ve zdravotnictví fatální důsledky. Kromě toho pacienti i jejich příbuzní vnímají velmi negativně projevy depersonalizace ze strany zdravotníků a syndrom vyhoření nepochybně stojí za řadou stížností, které se netýkají odborného pochybení, ale komunikace a chování zdravotnického personálu.

Psychická odolnost (resilience)

Psychická odolnost neboli resilience je protiváhou působících zátěžových faktorů, zahrnuje i schopnost adaptace navzdory riziku. Zahrnuje jak odolnost, tedy osobnostní rys, tak i schopnost návratu k původní úrovni fungování po zážitku nějaké kritické či stresující situace. Zdroje resilience jsou osobnostní, sociální a somaticky založené – patří sem osobnostní charakteristiky, způsoby myšlení, životní styl, sociální vztahy a vazby, zdatnost, kondice aj. Takto pojatá psychická odolnost není neměnná – vyvíjí se v průběhu života a lze ji i cíleně ovlivňovat a posilovat. K dosažení rovnováhy po stresujícím zážitku je navíc potřeba určitý čas, resilience tedy prochází různými výkyvy.

K dalším faktorům, které určují zpracování zátěže, patří koncept lokalizace kontroly. Pokud má jedinec tzv. vnější lokalizaci kontroly, znamená to, že věří, že jeho život je určován vnějšími okolnostmi a on sám nemá vliv na vývoj. Tito jedinci snášejí stres hůře. Naopak jedinci s tzv. interní lokalizací kontroly věří, že vývoj jejich života závisí především na jejich vlastních schopnostech, úsilí a aktivitě a díky tomu jsou nejen odolnější, ale i realističtější a odpovědnější (Kebza, 2012).

Dílejší koncept psychické odolnosti je i koncept „hardiness“, jak již bylo uvedeno v předchozím textu.

Preventivní a zvládací strategie při rozvíjejícím se syndromu vyhoření

Techniky zvládnání stresu

Každý jedinec si vybuduje vědomě či nevědomě způsob, jakým se vyrovnává se stresogenní situací. Některé z těchto technik přispívají pozitivně ke zvládnutí stresu, jiné jsou kontraproduktivní a v celkové perspektivě psychickou stabilitu ovlivňují negativně. Zvládnání (coping) je proces, ve kterém se jedinci snaží překonat nepoměr mezi požadavky a nároky situace s jejich vlastními osobnostními zdroji a tím zmenšit působení stresu. Jde o vzájemně se ovlivňující bezprostřední reakce v zátěžové situaci, dále dlouhodobější charakteristiky vzorců lidského chování, vliv mají pochopitelně i dříve prožité stresové situace (Kebza, 2005).

Lepší zvládací schopnosti mají jedinci z fungujících rodin i fungujících širších sociálních skupin. Čtyři základní typy zvládacích strategií formuloval již Lazarus v roce 1966:

- strategie netečnosti – provázená pocity beznaděje, bezmoci a depresí,
- strategie vyhnutí – snaha vyhnout se stresujícímu podnětu, avšak tato snaha je doprovázena pocity strachu a tísně,
- strategie napadení a útoku – toto bývá doprovázeno pocity ohrožení,
- strategie různých druhů činnosti, zaměřených na posilování vlastních zdrojů síly a zdokonalování dovednosti boje se stresorem.

Lazarus a jeho spolupracovníci formulovali koncem 80. let 20. století koncept tzv. „coping“, tedy souhrn postupů, jimiž lze modulovat působení dlouhodobé zátěže, a které mohou ulevit psychosociálnímu tlaku a jeho biologickým následkům. Je možné je rozdělit na neúčelné, byť s přechodnou úlevou (legální nebo lehké drogy, u zdravotníků typické samoléčení, anxiolyticky působící jídlo, zejména sladké, stažení do izolace nebo naopak agresivita...) nebo účelné (vyčištění interpersonální situace, dobré sociální kontakty...) (Honzák, Kurzová, 2003).

Současná literatura spíše dělí typy zvládacích strategií podle zaměření buď na problém nebo na emoce, a jako třetí podskupina se někdy uvádějí strategie zaměřené na vyhýbání se stresové situaci cestou odvrácení pozornosti nebo rozptýlení (Kebza, 2005)

Strategie zaměřené na problém jsou buď přímá akce (snaha udělat něco, co vede přímo k vyřešení), vyhledávání informací (sbírání všech informací, které mohou být užitečné při řešení) nebo obracení se k druhým (hledání sociální podpory v nejrůznějších formách).

Strategie zaměřené na emoce, zahrnují rezignovanou akceptaci (přijetí problémové situace, která se nedá změnit), emoční vybití (veškeré chování, umožňující expresi emocí a snižující tenzi- křik, pláč, dupání, ale i černý humor) a konečně intrapsychické procesy (využití kognitivních procesů ke změně pohledu na situaci) (Černý, 2002).

Pozitivní zvládací mechanismy

Důležité je osvojení zásad správné životosprávy, mezi hlavní patří pravidelná fyzická aktivita, vyvážená strava, přiměřený spánek a odpočinek. Pravidelná fyzická aktivita významně uvolňuje svalové napětí, podporuje relaxaci, dochází při ní k vylučování endorfinů, zrychluje metabolismus, posiluje svaly, zlepšuje fyzickou kondici a posiluje odolnost jedince. Optimální je aerobní aktivita 3 x týdně nejméně 20 minut. Relaxační techniky napomáhají

psychickému zklidnění, podporují pocit sebekontroly, tlumí soustředění na starosti, také snižují svalové napětí. Důležitá je i pravidelná vyvážená strava s dostatečným přísunem vitamínů a stopových prvků. Je potřeba dbát na pitný režim – mimo jiné i v závislosti na charakteru práce. Omezit by se naopak měl příjem soli, kofeinu, cukru, alkoholu a nikotinu (Everley, Mitchell, 2002).

Lze se naučit způsoby, jak pracovní stres zmírnit změnou návyků v chování a změnou postojů a péčí o tělo. Mezi pozitivní změny v chování patří anticipace problémů a jejich řešení, procvičování kontroly, získání dovedností time-managementu, zlepšování komunikačních, sociálních a interpersonálních dovedností a praktické osvojení pozitivních zvládacích strategií. Do změn postojů lze zahrnout jejich realistické přehodnocení, testování očekávání, úpravu priorit a zabránění katastrofického vnímání běžných problémů (Večeřová-Procházková, 2005; Maroon, 2012).

Základní zásady aktivního přístupu k životu a tím i řešení problémů jsou následující:

- otevřenost vůči všemu, co se děje, snaha využít podněty smysluplně;
- chápat změny jako příležitosti;
- aktivní přístup v kritických situacích;
- počítat s tím, že se stresujícím situacím nevyhneme;
- oddělit stres od ostatních životních aktivit – tedy pracovní stres nepřenášet do osobního života a naopak;
- pěstovat dobré a hojné sociální vztahy;
- osvojit si zdravý životní styl;
- zachovat si nezbytný odstup a nadhled při řešení úkolů, dokázat jim přiřadit adekvátní prioritu. (Šolcová in Kebza, 2012).

Negativní zvládací mechanismy

Mezi kontraproduktivní mechanismy reakce na stres patří dva extrémní přístupy: buď snaha o nadměrnou kontrolu událostí a jevů (potřeba o všem vědět, potřeba, aby se události odehrávaly přesně podle plánu) nebo naopak rezignace na možnost ovlivnění vlastního života. K dalším negativním reakcím na stres patří abúzus psychoaktivních látek, zde je vysoké riziko vzniku závislosti (alkohol, sedativa a hypnotika, užívaná k ovlivnění spánku mezi nepravidelnými směnami apod.). V literatuře jsou mezi nejrizikovějšími zdravotnickými profesemi z hlediska závislosti kromě psychiatrie uváděny na předních místech akutní obory a pracoviště intenzivní péče (Nešpor, Csémy, 2001).

K projevům nezvládnutých stresových reakcí patří i repetitivní kompulze, kdy jedinec se zdánlivě nezaviněně, avšak podobným mechanismem chování dostává do opakovaných krizových situací, například do konfliktů s pacienty, ve kterých je napaden a je tedy zdánlivě obětí.

Prevence působení nadměrného stresu – individuální a ze strany zaměstnavatele

Obecnou prevenci vzniku vyhoření je možné spatřovat ve třech oblastech: je to jednak nalezení smysluplné pracovní činnosti, za druhé získání a převzetí profesionální autonomie a podpory, a konečně za třetí hierarchizace hodnot, nalezení přirozeně vyváženého vztahu k práci a ostatním oblastem života (Kebza, Šolcová, 1998).

Ze znalosti pozitivních technik zvládnání stresu vycházejí i preventivní strategie, které se týkají jak jednotlivce, ale i organizace práce ze strany zaměstnavatelů. Všichni pracovníci v profesích s vyšším rizikem vyhoření by si měli osvojit zásady duševní hygieny a měli by jich ve svém vlastním zájmu dbát. Jednou z hlavních zásad je schopnost (a nutnost) oddělit profesionální život od osobního života, tedy neřešit pracovní problémy doma, ale na druhou stranu nepřenášet osobní a rodinné záležitosti na pracoviště (Kebza, Šolcová, 2003).

V posledních letech je hodně používaným pojmem „work-life balance“, tedy nalezení rovnováhy mezi prací a částí života mimo práci, případně „work-family interface“, tedy rozhraní pracovního a rodinného života. Nadměrná pracovní zátěž a nedostatečná zotavná fáze vedou ke konfliktu mezi oběma sférami, ale při dobrém rozvržení mohou být procesy probíhající mezi sférou práce a mimopracovním životem jedince obohacující. Ukazatelem úrovně psychosociálního stresu je tzv. celková pracovní zátěž (TWL = total work load, R. Kahn). V celkové pracovní zátěži je zahrnuta veškerá produktivní činnost, která přispívá k pozitivnímu vývoji a hodnotám, tedy např. i povinnosti související s domovem, rodinou, chodem domácnosti atd. V tomto ukazateli je dle studie Frankenhaeuserové (1993) rozdíl mezi muži (TWL = 68 hod./týdně) a ženami (78 hod. týdně), s tím, že rozdíl narůstá s počtem dětí. Rozdíl v celkové pracovní zátěži není mezi ženami pracujícími na plný nebo částečný úvazek (Šolcová, in: Kebza, 2012).

Ke zmírnění stresu také pomáhají mimopracovní záliby, koníčky a zájmy. Důležité je dbát na dobré a kvalitní osobní vztahy nejen v rámci rodiny, ale v rámci širších sociálních skupin. Pracovníci by měli mít možnost a prostor k verbalizaci svých pocitů ve vztahu k pacientům, ať již strukturovaně (porady, konzultace s kolegou nebo nadřízeným, v některých profesích – u psychoterapeutů - supervize, Baalintovské skupiny aj.) nebo neformálně, na tzv. peer úrovni (Čepická, 2005). Fyzické nebo relaxační aktivity nelze nařídit, avšak zaměstnanci by

měli být vhodnou formou seznámení s jejich pozitivním působením, dle možností motivování (například kondiční programy s podílem ze strany organizace apod.) (Kebza, Šolcová, 2003; Špatenková, 2004; Šeblová, 2004).

Kromě fyzického prostředí pracoviště a obsahu pracovní činnosti mohou být zdrojem stresu ještě konflikty rolí a organizační aspekty včetně nejasného vymezení zodpovědnosti a kompetencí a dále problematická profesní perspektiva a péče o další odborný růst zaměstnanců, nevyužívání kvalifikace zaměstnanců a nejasný kariérní řád (Kebza, Šolcová, 1998).

V podpoře mnoha aktivit, které předcházejí vyhoření na pracovišti, je rozhodující přístup managementu. Je proto důležité s problematikou prevence stresu seznámit i vedení organizace, podpora a organizační opatření v rámci organizace jsou klíčové pro atmosféru na pracovišti a pro rozvoj podpůrných protistresových aktivit, ať již ve formě samostatných programů (například zavedení technik CISM do praxe v exponovaných profesích) nebo formou pravidelné péče o zásady duševní hygieny v rámci organizace (Flannery, 1999) a obecně o celkovou atmosféru i kulturu na pracovišti. V některých evropských zemích mají zaměstnavatelé dokonce zákonnou povinnost péče o zaměstnance, exponované kritickým událostem, do této péče patří i zajištění krizové intervence po vystavení kritickým událostem (Ploeg van der, Kleber, 2003).

Zodpovědnost managementu v exponovaných profesích spočívá již ve výběru zájemců. Dalším faktorem je kvalifikovaný způsob řízení organizace, snaha o udržení kvalitních interpersonálních vztahů a pozitivní motivace zaměstnanců. U zdravotníků bývá typický sklon k autoritářství, který je posilován i požadavky profese. Očekává se, že si budou vědět rady

v extrémních život ohrožujících situacích – na druhé straně se osobnosti s těmito povahovými rysy necítí dobře v organizacích s autokratickým vedením. I toto může ovlivňovat pocit psychické pohody na pracovišti (Pudil, 1998).

Riziko rozvoje symptomů poruch – jak fyzických, tak psychických – jakožto následek pracovního stresu souvisí zejména se sociálními aspekty pracovního prostředí. Prediktory klinické symptomatologie jsou zejména nedostatek sociální podpory jak ze strany kolegů, tak ze strany nadřízených, nedostatečná komunikace a nedostatečná informovanost uvnitř organizace. Je tedy důležité zaměřit se hlavně na práci s lidmi spíše než na management procesů v organizaci. Je vhodné zapojit zaměstnance do rozhodovacích procesů, zajistit informovanost o klíčových rozhodnutích. Tato opatření mohou mít významný vliv na zdraví a pocit pohody zaměstnanců (Ploeg van der, Kleber, 2003).

Jednou ze známek profesionality pracovníků ve zdravotnictví by měla být – při vědomí všech psychologických rizik práce – i znalost psychologické problematiky spojené se zátěží a racionální přístup v případě výskytu prvních symptomů (Šeblová, 2000).

Strategie řešení při syndromu vyhoření

Část strategií chování, které umožňují přežít syndrom vyhoření, nepřináší řešení, nejsou to efektivní způsoby změny, i když mohou přinést krátkodobou úlevu. Mezi méně efektivní způsoby zvládnutí patří odchod ze zaměstnání a rekvalifikace, nicméně je pak riziko opakování koloběhu v novém zaměstnání. Dalším částečným řešením je změna zaměstnání v rámci oboru, opět s rizikem opakování stejných mechanismů. Ve velkých organizacích se pracovník může snažit přejít na vyšší pozici, ve které již není denní kontakt s pacienty (klienty), zde je nebezpečí ovlivnění podřízených svým negativním postojem.

Konstruktivní a pozitivní přístupy jsou jediné skutečně efektivní strategie. Krize může být nahlížena i jako podnět k přehodnocení priorit a k osobnostnímu růstu. Nejlepší předpoklady k zabránění rozvoje syndromu vyhoření jsou ve fázi stagnace, nezbytným předpokladem je však schopnost kritické sebereflexe, realistické nastavení požadavků na sebe i na ostatní, pochopení, že touha po dokonalosti je nesplnitelnou fikcí (Honzák, Kurzová, 2003; Večeřová-Procházková, 2005).

Již vzniklý syndrom vyhoření u pracovníků je možné ovlivnit (a to významně) i ze strany organizace a nadřízených, a samozřejmě je možné mu i předcházet. V jeho počátcích pomůže krátké volno z práce nebo dovolená, později to již nestačí. U sester pracujících v náročných provozech se osvědčuje změna oddělení, přechod do jednosměnného provozu nebo zkrácení pracovní doby. K významným preventivním prvkům patří podpora členů pracovního týmu, otevřená výměna názorů a zkušeností, týkající se profesionálního růstu, možnost dalšího profesního vzdělávání. Důležité je i dbát na spravedlivé finanční ohodnocení a spravedlivé dělení exponovaných směn (služby během svátků apod.) (Bartlová, Jobánková, 2001).

Organizace by se měla naučit využívat programy zaměřené na osobní rozvoj, poradenství, výcvik v profesních dovednostech, na týmovou spolupráci, zapojení pracovníků do procesů řízení organizace. V organizaci, kde se věnuje sociálnímu prostředí pozornost, jsou pracovníci spokojeni s nadřízenými i s kolegy, se svým finančním ohodnocením a s možnostmi postupu v kariéře.

K psychoterapeutickým strategiím, které se u vyhoření osvědčují, patří zejména ty, které vycházejí z existenciální psychoterapie. Umožňují pacientovi vyrovnat se s otázkami lidské existence, smyslem života, svobodou a odpovědností. V Evropě jde o daseinsanalýzu, která

pacientovi pomáhá nalézt cestu k pochopení jeho existence a hlavně k její realizaci. V pojetí *daseinsanalýzy* je kladen důraz na jedinečnost a neopakovatelnost individuality pacienta a o jeho další vývoj, jde o současnost a budoucí směřování, nikoliv výhradně o minulost.

Další evropskou školou je logoterapie, pomáhající nalézt řešení v situacích existenciální frustrace, objevení a naplnění hodnot. Jde o duchovně zaměřený psychoterapeutický směr, ale lze je praktikovat bez vkládání náboženského obsahu. Zakladatel tohoto směru Viktor Frankl tvrdil, že život člověka má za každých, i zdánlivě beznadějných okolností smysl a nabízel tento smysl v realizaci hodnot tvůrčích, zážitkových a postojevých. Syndrom vyhoření vnímal jako onemocnění ze ztráty smyslu, případně orientace na zdánlivý smysl (sledování vlastní kariéry, sociální akceptace apod.), která vede do prožitkové prázdnoty. Logoterapie s hledáním smyslu může sloužit jako prevence syndromu vyhoření, ale též jako jeho léčba (Ulrichová, 2011).

Pomoci mohou, hlavně s dílčími problémy, i postupy, vycházející z behaviorální nebo kognitivně-behaviorální terapie (Kebza, Šolcová, 1998; Kebza, 2005).

Některé studie zkoumající výskyt syndromu vyhoření u zdravotníků

Zahraniční studie

Nejčastěji se syndrom vyhoření objevuje u pracovníků v léčebnách dlouhodobě nemocných, na onkologii, jednotkách intenzivní péče a na psychiatrických odděleních.

Jedna z nejnovějších studií, který studovala výskyt syndromu vyhoření u lékařů v USA v porovnání s obecnou populací byla publikována v roce 2012. Prostřednictvím profesní

asociace (AMA – American Medical Association) bylo osloveno 27 000 amerických lékařů všech odborností, návratnost dotazníků byla 27 %, byly tedy vyhodnoceny odpovědi 7288 respondentů různých lékařských specializací. 45,4 % amerických lékařů vykazovalo příznaky syndromu vyhoření. Ještě vyšší výskyt byl u specialistů urgentní medicíny, internistů, neurologů a rodinných lékařů. 37,8 % lékařů mělo příznaky deprese (s použitím „Primary Care Evaluation of Mental Disorders screening instrument“). K příčinám tohoto stavu patří extrémní pracovní zátěž, ztrátu autonomie, neefektivnost kvůli významné administrativní zátěži, ztrátu smyslu práce samotné a v neposlední řadě i obtížná integrace osobního a profesionálního života (Shanafelt, 2012). Ve Spojených státech se nespokojenost s nějakým aspektem profese objevuje v průzkumech již dlouho: již v roce 1987 44 % lékařů starších čtyřiceti let odpovědělo, že by si znovu medicínu nevybrali. V roce 2001 bylo 62,3 % lékařů v Massachusetts nespokojeno s pracovním prostředím. V roce 2002 by 45 % lékařů nedoporučilo mladým jít studovat medicínu. V roce 2007 uvedlo 38,7 % praktických lékařů, že jsou částečně nebo velmi nespokojeni. Většina studií se orientuje na selhávání jednotlivců, postižených syndromem vyhoření a systémové kořeny bývají zmiňovány jen okrajově – autor jmenuje například koncentraci a zneužívání moci, špatnou správu a vedení zdravotnických organizací a existenci neetických praktik, které lékaře ovlivňují. Cituje z jednoho dotazníku: „Kdysi vznešené povolání se stává továrnou s etickou fasádou“ (Centor, 2012). Analýza dat z National Violent Death Reporting System v USA ukázala, že suicidalita je mezi lékaři ve Spojených státech vyšší než u jiných profesí a je na rozdíl od sebevražd v jiných profesích spojena s pracovním stresem a přetížením (Cassels, 2012).

Poměrně často se studie zaměřují na zdravotníky v intenzivní a urgentní péči. Lederer uvádí, že 34,4 % pracovníků (lékařů a sester) jednotek intenzivní péče v univerzitní nemocnici bylo ohroženo vyhořením a dalších 6 % splňovalo kritéria plně rozvinutého syndromu. Nenalezl

žádnou korelaci s věkem, pohlavím, dosaženým vzděláním, rodinným stavem nebo délkou praxe. Jedinci s plně rozvinutým vyhořením uváděli signifikantně častěji, že by si stejné povolání již nezvolili (Lederer, 2008).

Na osobnostní charakteristiky pracovníků intenzivní péče ve vztahu k syndromu vyhoření se zaměřila studie autorů Buhlera a Landové (2003). Potvrdila, že osoby se syndromem vyhoření měly vyšší hladinu neuroticismu a externí kontroly.

Velmi rozsáhlý výzkum byl proveden ve Francii v roce 2007 na jednotkách intenzivní a resuscitační péče, data byla získána od 2392 sester z 278 JIP. Se závažnou mírou syndromu vyhoření byly spojeny následující čtyři oblasti: 1. osobnostní charakteristiky (věk), 2. organizační faktory (možnost vzít si den volna, možnost zapojit se do výzkumné skupiny), 3. kvalita pracovních vztahů (konflikty s pacienty, vztah s vrchní sestrou nebo s lékařem) a 4. faktory spojené s rozhodováním ke konci života (péče o umírající pacienty, počet život zachraňujících úkonů v posledním týdnu). Autoři z toho vyvozují, že cestou ke zlepšení stavu je prevence konfliktů, účast ve výzkumu a lepší management péče o umírající pacienty (Poncet, 2007).

V nemocnic v Záhřebu proběhlo porovnání personálu (opět lékaři i sestry) z interní a chirurgické jednoty intenzivní péče, přičemž hodnoty celého souboru byly vysoké, ale nebyly zjištěny rozdíly mezi jednotlivými typy JIP (Cubrilo-Turek, 2006).

Další studie se týkají lékařů urgentní medicíny a personálu záchranných služeb (podle systému jde o lékaře, sestry nebo paramediky). V Rumunsku definovali lékaře urgentních příjmů a záchranných služeb jako nejrizikovější skupinu pro vznik syndromu vyhoření, a to

ve všech základních složkách (depersonalizace, emoční exhausce i snížený pocit osobního uspokojení). Autoři se ve snaze řešit tento problém chtějí zaměřit na kauzální faktory a zvládací mechanismy (Popa, 2010).

Ve Španělsku se pokusili analyzovat vztah mezi syndromem vyhoření a psychosociálními charakteristikami pracovního prostředí lékařů a sester urgentní medicíny. Míra emoční exhausce byla vyšší u pracovníků, vystavených náročným psychologickým situacím, nízké možnosti kontroly práce a nízké sociální podpoře při supervizi, přičemž lékaři pocívali nemožnost pracovní autonomie nejvíce. Psychologické rizikové faktory nijak neovlivňovaly výskyt depersonalizace (Escriba-Agüir, 2006).

Nizozemští autoři se zaměřili na zjištění a objektivizaci kognitivních poruch při projevech syndromu vyhoření, což sice bývá častým subjektivním steskem postižených jedinců, ale dosud neexistovala studie, která by míru těchto kognitivních poruch prokázala. Studie se zaměřila na deficit pozornosti při plnění běžných denních úkolů i v kontrolovaných laboratorních podmínkách. Byl použit dotazník CQF (Cognitive Failure Questionnaire, Broadbent et al., 1982), pomocí kterého se měří jedincem referovaná frekvence každodenních omylů a chyb (zapomínání jmen, nepozornost v běžných situacích, vyslovení věcí, kterých jedinec okamžitě lituje apod.). V kontrolovaných podmínkách laboratoře byla hypotéza o snížení pozornosti vyhořelých jedinců testována metodou SART (Sustained Attention to Response Task, Robertson et al., 1997) – pomocí inhibice automatické reakce a počtu chyb v tomto testu. Účastníci byli rozděleni do tří skupin: pracovníci s klinickým projevem syndromu vyhoření, zařazení do studie na základě toho, že byli v léčení pro syndrom vyhoření, tato skupina se skládala z různých profesí. Druhou skupinu tvořili pracovníci (učitelé) s vysokým skórem vyhoření, avšak dosud pracovali, a kontrolní skupinu učitelé bez

projevů vyhoření. Hladina kognitivních deficitů vykazovala ve všech třech skupinách totožný vzorec: nejvyšší deficit ve všech testech byl nalezen ve skupině s klinicky vyjádřeným syndromem vyhoření, střední ve skupině s projevy vyhoření, ale dosud pracující, a nejnižší u skupiny bez příznaků vyhoření. Závěry studie naznačují, že míra ovlivnění kognitivních funkcí je lineárně závislá na míře a závažnosti projevů syndromu vyhoření (Linden, van der, et al., 2005).

Turečtí autoři publikovali výsledky studie personálu urgentních příjmů, studie se zúčastnilo 102 respondentů a autoři se zaměřili na míru a prevalenci projevů syndromu vyhoření. Průměrný skóre burnoutu byl ve středním pásmu, byla zjištěna korelace mezi délkou praxe a tíží symptomů. U pracovníků urgentních příjmů s praxí do 4 let nemá žádné příznaky vyhoření 25 % respondentů, mezi 5 a 9 roky praxe je bez symptomů 17,2 % a všichni účastníci studie, jejichž délka zaměstnání převyšovala 10 let, měli příznaky vyhoření bez výjimky (Kartal et al., 2006).

Simultánní analýza vztahů mezi profesní zátěží, oxidativním stresem a výskytem projevů syndromu vyhoření u rizikových profesí na záchranných službách měla za cíl zlepšit pracovní podmínky v náročných profesních pozicích (Casado et al., 2006). Ověřovala hypotézu, že existuje přímá souvislost mezi hladinou malondialdehydu (MDA), který je konečným produktem lipidové peroxidace, a skórem v dotazníku syndromu vyhoření, přičemž se pozitivní korelace mezi profesním stresem a hladinou malondialdehydu prokázala. Autoři předpokládali, že stresující pracovní prostředí vede k tvorbě volných kyslíkových radikálů, které jsou extrémně reaktivní a nestabilní a ohrožují buněčnou homeostázu aerobních organismů. Rozsah peroxidace lipidů je obvykle posuzován podle hladin MDA, sérové hladiny bývají zvýšené u kardiovaskulárních a neurologických onemocnění a při procesech

stárnutí organismu. Studie srovnávala hladiny MDA a skóru syndromu vyhoření ve vztahu k demografickým a profesním proměnným. Hladiny MDA byly měřeny Bullovou a Marnettovou metodou, k měření projevů syndromu vyhoření byl použit Maslach Burnout Inventory ve španělské verzi, a přizpůsobený podmínkám záchranných služeb. 111 zdravých pracovníků záchranných služeb všech profesních kategorií (lékaři, sestry, řidiči-záchranáři), muži i ženy, byli porovnáváni s 80 zdravými osobami, které nepracovaly v prostředí akutní medicíny. Nejvyšší hladiny MDA byly zaznamenány u pracovníků v terénu (oproti administrativním pracovníkům a kontrolní skupině), kteří byli také vystaveni nejvyšší pracovní zátěži. Z profesních skupin pracujících v terénu, měli nejvyšší hladiny MDA lékaři. Hladiny MDA se zvyšovaly i s věkem a s délkou praxe. Byla prokázána statisticky významná korelace mezi směnnou prací, hladinami MDA a zvýšeným skóre syndromu vyhoření. Projevy syndromu vyhoření nebyly závislé na pohlaví, věku ani stavu (svobodní, ženatí, rozvedení), ani na faktorech, týkajících se životosprávy (vše Casado et al., 2006).

Longitudinální studie zkoumající expozici akutnímu i chronickému pracovnímu stresu zkoumala zdravotní dopady (výskyt postraumatické stresové poruchy, syndromu vyhoření a chronické únavy, která si vynutí až pracovní neschopnost) (Ploeg van der, Kleber, 2003). Studie se zúčastnilo 123 paramediků a řidičů – záchranářů z 10 regionálních záchranných služeb v Nizozemí. Většina z nich byla v posledních 5 letech vystavena působení akutního stresu a v ještě větší míře chronickým pracovním stresorům ve srovnání s kontrolní skupinou z jiných odvětví zdravotnictví. Z chronických stresorů byly nejzávažnější nedostatek sociální podpory a sociálních vazeb v práci, jak v horizontální tak vertikální úrovni, nedostatečná informovanost a nedostatečná komunikace v organizaci. 12 % zaměstnanců mělo klinické příznaky posttraumatické stresové poruchy, 10 % chronickou únavu vynucující si až pracovní

neschopnost a 8,6 % příznaky syndromu vyhoření, s nejvyšším skórem v položce depersonalizace (Ploeg van der, Kleber, 2003).

U lékařů oboru urgentní medicíny byla nalezena vyšší psychologická morbidita než u zdravotníků jiných profesí: asi třetina vzorku referovala o příznacích posttraumatické stresové poruchy a syndromu vyhoření, který byl spojován s nižším profesionálním uspokojením, delší dobou strávenou v zaměstnání, častými kritickými událostmi ve službě a především se zážitkem zvláště tíživé nehody v předchozích šesti měsících. Horší vyrovnávání se s profesionální zátěží vykazovali starší pracovníci oproti mladším (Alexander, 2001).

Další profesí, se kterou se syndrom vyhoření často spojuje, jsou praktičtí lékaři. Kromě vysokého výskytu u lékařů primární péče v USA (viz výše) bylo toto potvrzeno i u lékařů v Kuvajtu (Abdulghafour, 2011), i když se vyskytoval častěji u lékařů-cizinců a těch, kteří měli nižší příjem. U praktiků v Kataru nebyl ve srovnání s vyspělými zeměmi syndrom vyhoření tak častý – pouze u 12,6 % lékařů, nicméně v této zemi byly nalezeny rozdíly mezi významně vyšším výskytem u žen než u mužů (Al-Qahtani, 2011). Naopak mezi portugalskými rodinnými lékaři byl výskyt emoční exhausce a depersonalizace vyšší než u žen. S výskytem jednotlivých komponent vyhoření se též pojil vyšší věk, delší doba praxe a manželský stav. Celkový výskyt vyhoření byl v této studii kolem 25 % (Marcellino, 2012).

Někdy jsou zkoumány jiné aspekty než jen specializace lékaře. Polská studie se zabývala syndromem vyhoření z hlediska ztráty zdrojů podle Hobfollvy teorie, a mezi příčinami jmenovala zvyšující se nároky pacientů, nedostatek sociální opory a psychickou i fyzickou únavu. Jako specifické pro polské prostředí uvádějí autoři i těžkosti ekonomické povahy.

Naopak ke zdrojům, které jsou pro polské lékaře pozitivní a významné, řadí rodinu, prestiž a moc (Glebocka, 2007).

V Nizozemské studii, která zahrnovala 2115 rezidentů (lékařů ve specializační přípravě) studovali vztah mezi chybami a syndromem vyhoření. 94 % rezidentů během své přípravy někdy udělalo chybu bez dopadů na pacienta, 56 % chybu s negativními dopady na pacienta a 71 % provádělo někdy úkony, pro které nebyli náležitě vycvičeni. Muži chybovali častěji než ženy a rezidenti se syndromem vyhoření uváděli významně více chyb (Prins, 2009).

V Holandsku se soustředili na vztah mezi projevy workoholismu spojeného se syndromem vyhoření a pocitem životní pohody na druhé straně u lékařů-rezidentů z hlediska konfliktu rolí (Schaufeli, 2009).

Z výše uvedeného přehledu vyplývá, že syndrom vyhoření je studován z nejrůznějších pohledů, od čistě popisného přes pokusy o analýzu na úrovni osobnosti až k snahám zasadit jeho projevy příčiny do širší organizační či dokonce celospolečenské perspektivy. Rozhodně není jen psychiatrickou diagnózou, ale jevem, který je multifaktoriální a jako takový by měl být řešen.

Situace v České republice

Česká lékařská komora realizovala v roce 2011 rozsáhlý reprezentativní výzkum míry syndromu vyhoření u českých lékařů oslovených prostřednictvím České lékařské komory. Porovnávala míru syndromu vyhoření u lékařů ve srovnání s nelékařskými zdravotnickými profesemi a s úředníky státní správy mimo obor zdravotnictví. Kromě dotazníku hodnotícího zdroje zátěže v pracovním prostředí vyplňovali respondenti sebesuzovací škálu pro hodnocení depresivity a dotazník syndromu vyhoření. Nejvyšší míru vyhoření i depresivity

vykazovali zdravotníci, u lékařů dominovala kognitivní komponenta vyhoření (Ptáček, 2011 ; Kebza, 2012).

Dle některých výzkumů jsou lékaři úzkostnější, než průměr populace, což je přičítáno jejich svědomitosti, přetížení a orientaci na budoucnost (Pavlát, 2002 a, b). Pro lékaře je riziková přílišná terapeutická horlivost a identifikace s pacientem, tedy situace, kdy potřebnou empatii zaměňuje za sympatii s nepřiměřenou emoční účastí - jistý emoční odstup je nezbytný. Dále je důležitá anticipace problémů, a obecné zásady prevence působení stresu: dobré mimoprofesionální zázemí, vyvážený životní styl, kombinace terapeutické praxe s jinými odbornými aktivitami (výzkum, výuka, publikování), přiměřená hierarchie hodnot, řešení střetu zájmů a priorit. Pozitivní vliv mají i podpůrné diskuzní skupiny a školení v komunikaci s obtížnými pacienty a stěžovateli (Pavlát, 2002 c).

Srovnáním všech tří základních složek IZS z hlediska ohrožení syndromem vyhoření se zabývala dotazníková studie (Nevosadová, 2004). Zajímavé je, že potřebu informovanosti a psychologické péče ze strany organizace pocítovali zdravotníci ZZS a policisté, ale hasiči se systémem psychologické péče a dostupností psychologa po náročných zásazích ji hodnotili ve svém oboru za dostatečnou, je tedy zřejmé, že podobné formy péče oceňují i řadoví pracovníci.

V roce 1998 byla provedena v ČR studie v prostředí zdravotnických záchranných služeb nazvaná: „Jak vidíme sami sebe“. Mimo jiné zjišťovala příčiny a míru nespokojenosti v souvislosti se zaměstnáním a míru výskytu syndromu vyhoření, s použitím původní verze Malach Burnout Inventory z roku 1986. V projevech syndromu vyhoření překročil celý soubor kritické hodnoty ve všech ukazatelích (emoční exhausce, depersonalizace a pocit

profesního naplnění). Nejvyšší hodnoty emoční exhauscce jak ve frekvenci, tak v intenzitě měly operátorky, nejvyšší hodnoty depersonalizace vykazovali lékaři. Pocit profesního naplnění byl významně vyjádřen u lékařů, ale i u výjezdových zdravotních sester i operátorek, méně u řidičů. Studie se zúčastnilo 161 respondentů ze 14 okresních záchranných služeb (Konopásek, Šeblová, 1998; Šeblová, Konopásek, 1998).

O pět let později byla zahájena další rozsáhlá studie zátěže a výskytu syndromu vyhoření v záchranných službách v ČR. Tento projekt měl za cíl jednak porovnat výskyt vyhoření s odstupem dvou let, ale také zavést preventivní a intervenční techniky pro profesionály.

Syndrom vyhoření u pracovníků zdravotnických záchranných služeb

Rizikové faktory pro rozvoj syndromu vyhoření

Práce na záchranné službě je charakterizována vysokou zodpovědností, minimální (respektive téměř žádnou) autonomií pracovního procesu, neboť výskyt tíšňových výzev je ve své podstatě náhodný. Podstatnou částí pracovní doby je čekání na práci, které je samo o sobě stresorem. Stres také zvyšuje svalové napětí. Nároky na pracovníky jsou vysoké, včetně zodpovědnosti a schopnosti rozhodování (Konopásek, Šeblová, 1998). Nezbytná je i psychologická a komunikační výbava a schopnost empatie – pracovníci musí umět jednat s pacienty a jejich blízkými ve vyhrocených situacích. Je vysoká expozice kritickým událostem, stejně tak je vysoké riziko vlastního ohrožení. Při mnoha výjezdech musí profesionál v zájmu zvládnutí vlastních pracovních povinností potlačit vlastní emoce, případně je přesunout na pozdější dobu – to bývá u hromadných dopravních nehod, při ošetřování závažných život ohrožujících stavů zejména u dětí a mladých lidí, při veškerých

mimořádných událostech. V některých oblastech a u některých kategorií zaměstnanců (to se týká hlavně lékařů) je vysoký podíl přesčasové práce (Konopásek, Šeblová, 1998).

Vysoká expozice dlouhodobě působícím stresorům, vyplývajících z charakteru práce, zejména práce pod časovým tlakem v život ohrožujících situacích a nezbytná práce na směny, přispívá sama o sobě k celkovému distresu a k rozvoji příznaků poruch psychického nebo fyzického zdraví. Práce ve směnách negativně ovlivňuje pracovní výkon, spánkový vzorec, ale i sociální a rodinný život (Ploeg van der, Kleber, 2003).

Všechny kategorie pracovníků záchranných služeb mívají pocit nedostatečného ohodnocení ze strany společnosti (to se netýká zdaleka pouze finančního ohodnocení, ale celkových postojů veřejnosti a společenského uznání) (Everley, Mitchell, 2002; Mitchell, Everley, 2003).

Zdravotníci obecně, a záchranáři zvláště, mají při přiznání vlastních emocí v souvislosti s prací pocit profesního selhání, a proto se vyhýbají odborné pomoci, obávají se profesní stigmatizace, stydí se sami o pomoc požádat. Tomuto vyhýbání se odborné pomoci ještě nahrává v anglosaské literatuře popisovaný „syndrom Johna Waynea“, tedy obecná představa o pracovnících těchto profesí jako o nezranitelných, stále akceschopných osobách bez emocí, zato vybavených železnými nervy, a stále připravených řešit kritické situace. Neuvědomovaná snaha zbavit se napětí může vést ke kontraproduktivním technikám zvládnání stresu, k uvolnění užíváním psychoaktivních látek nebo k verbalizaci zážitků na nevhodných místech, před nevhodnými osobami a ne zcela vhodným způsobem.

Typická osobnost záchranáře v souvislosti s riziky vzniku vyhoření

Osobnostní charakteristiky záchranáře podle publikovaných odborných studií jsou následující:

- orientace na detail, pečlivost, až obsedantně kompulzivní rysy,
- potřeba řídit,
- ochota podstoupit vysoké riziko,
- vysoká potřeba stimulace,
- vysoká potřeba okamžitého ocenění,
- vysoká odolnost vůči zátěži,
- orientace na činnost,
- obtížně umí říkat „ne“,
- vnitřní motivace (Mitchell, Everley, 2003).

Rizikové faktory pro vyhoření jsou:

- práce vyžadující kontakt s lidmi,
- nutnost čelit chronickému stresu,
- vysoké až nadměrné požadavky na výkon, nízká autonomie pracovní činnosti,
permanentně prožívaný časový tlak
- původně vysoký perfekcionismus, pedantství, odpovědnost,
- neschopnost relaxace, nízká asertivita,
- vyšší skóre životních událostí a „daily hassels“,
- původně vysoké zaujetí profesí (Kebza, 2005).

Více ohroženy jsou osobnosti typu A. Pro tyto jedince je typická ctižádostivost, kladou na sebe, ale i na ostatní vysoké požadavky, mají sklon k perfekcionismu, převažuje u nich soutěživost, odpovědnost, vysoký význam ve vlastním žebříčku hodnot má pro ně práce. Rádi pracují pod časovým tlakem, vytvářejí si vysokou dávku stresu, kterému se většinou nedovedou přizpůsobit. Neumějí delegovat pravomoci na jiné, neumějí relaxovat a odpočívat, jsou nastaveni na stálou aktivitu, včetně fyzické aktivity. Mnoho vlastností osobností typu A

se kříží s požadavky na práci v urgentní medicíně (Zemanová, 2000). Je tedy zřejmé, že riziko rozvoje syndromu vyhoření u pracovníků záchranných služeb je vysoké jak díky nárokům práce samotné, ale i z vnitřních osobnostních charakteristik zaměstnanců, kteří se do takto náročného provozu hodí a vyhovuje jim.

Další rizikové osobnostní rysy jsou hostilita, odpovědnost, zvýšená reaktivita zejména kardiovaskulárního aparátu, depresivní ladění, úzkostné osobnostní rysy, přesvědčení o neadekvátním společenském a ekonomickém hodnocení práce (Kebza, Šolcová, 2003; Kebza, 2005).

Při srovnání s rizikovými faktory vyhoření nacházíme velkou shodu jak v charakteru samotné práce, tak charakteristických osobnostních rysů pracovníků, takže je zjevné, že pracovníci záchranných služeb jsou vyhořením ohroženi ve vysoké míře, zejména v kombinaci se chronickým stresem profese samotné a s častou expozicí kritickým událostem.

Protektivní faktory, využitelné i v prevenci vyhoření, jsou: asertivita, schopnost relaxace, adekvátní time-management, pestrost a proměnlivost práce, psychická odolnost, sebedůvěra, sociální podpora, nejen z rodiny, ale i ze strany spolupracovníků ve stejném služebním postavení („peer“ úroveň), pocit osobní pohody, který sám o sobě zahrnuje více hodnotících kategorií. Tyto osobnostní charakteristiky jsou spojeny s osobností typu B (Kebza, Šolcová, 2003; Kebza, 2005). Přesto práce ve zdravotnictví má i některé obecné ochranné prvky, které mohou kompenzovat působící rizika. Zdravotníci jsou oproti obecné populaci nadprůměrně informováni o zdravotních záležitostech a ochraně zdraví, vědí, kde hledat odbornou pomoc. Svoji práci považují za smysluplnou, mívají obvykle vyšší inteligenci i vzdělání a

v neposlední řadě mají zdravotnická povolání relativně vysokou společenskou prestiž, jak opakovaně dokládají výzkumy veřejného mínění (Nešpor, Csémy, 2001).

Výzkumný projekt: Celkové výsledky příznaků syndromu vyhoření

K orientační diagnostice příznaků syndromu vyhoření byl ve studii „Zátěž, stres a syndrom vyhoření pracovníků zdravotnických záchranných služeb - možnosti včasné diagnózy, prevence a terapie“ v obou fázích použitý jednoduchý screeningový dotazník (Libigerová, 1999). Použitý screeningový dotazník byl zvolen jako v té době v českém prostředí dostupný pracovní nástroj sloužící k odhadu stupně vývoje syndromu vyhoření. Jeho hlavními přednostmi z hlediska administrace jako součásti poměrně rozsáhlé dotazníkové baterie v relativně rozsáhlé terénní empirické studii (současně však i jedním z jeho hlavních omezení) jsou stručnost (10 položek) a nezatíženost licenčními podmínkami. Pravděpodobně nejcitovanější metoda užívaná v této oblasti, Maslach Burnout Inventory (BMI) nebyla v době studie v české verzi vydána a schválena pro použití, i když byla použita v první polovině 90. let v rámci účasti na americko-českém grantovém projektu „Program for Reduction of Cardiovascular Disease in the Czech Republic“ (Kebza) a k dispozici již existuje rozsáhlá databáze výsledků této metody v českém prostředí. Ve studii použitý dotazník (Libigerová, 1999) byl tedy zvolen jako jedna z dostupných možností náhradního řešení, přestože jeho psychometrická charakteristika je dosud neověřená.

Vyhodnocení tohoto dotazníku je jednoduché a rychlé: za každou kladnou odpověď se přičítá 1 bod, přičemž do 2 bodů syndrom vyhoření nehrozí, skór 3 – 5 bodů ukazuje na příznaky počínajícího syndromu vyhoření, 6 – 8 značí již nastupující rozvoj tohoto syndromu a je nutné zjistit, za jakých okolností k tomuto rozvoji došlo, a skór 9 – 10 je indikací k odborné (psychologické nebo psychiatrické) intervenci. Srovnání celkových skóru z let 2003 a 2005 je

v tabulce. Průměr skóru celého souboru byl 1,38 bodů v roce 2003 a 1,34 v roce 2005, tedy v obou letech pod hranicí příznaků syndromu vyhoření.

Průměrné skóry jednotlivých profesních skupin:

Profesní skupina	2003		2005	
	Četnost	Průměrný skór	Četnost	Průměrný skór
Dispečerky	51	1,57	87	2,54
Lékaři	43	1,42	52	1,08
SZP	151	1,40	259	1,08
Řidiči	41	1,15	199	1,20

Průměrné skóry celkově i v jednotlivých profesních skupinách byly s výjimkou dispečerek ve druhé části studie pod hranicí rizika. Bez příznaků syndromu vyhoření bylo 82,5 % (v roce 2003) a 81,4 % (v roce 2005) souboru, s počínajícím syndromem vyhoření 15,7 % (2003) a 15,4 % (2005) a rozvíjející nebo již plně vyvinutý vykazovalo 1,8 % (2003) a 3,2 % (2005). Při porovnání skórů syndromu vyhoření u souborů z roku 2003 a z roku 2005 metodou analýzy variance byl nalezen statisticky významný rozdíl u středních zdravotnických pracovníků (0,030), u nichž došlo ke snížení skóru vyhoření, a vysoce významný rozdíl u dispečerek (0,002), kdy došlo ke zvýšení celkového skóru. Soubor z roku 2005 byl pak ještě rozdělen na skupinu bez intervence (225 osob) a s jakoukoliv intervencí (372 osob), celkově ani v jednotlivých profesních skupinách nebyl zjištěn žádný statisticky významný rozdíl ve skóru vyhoření, nicméně byla zjištěna vysoká subjektivní spokojenost respondentů s jednotlivými metodami, nejvyšší u absolvování preventivních přednášek a u nácviu komunikačních technik (shodně v 92 % pozitivní hodnocení). Pozitivně hodnoceny byly i

ostatní intervence: techniky CISM v 83 %, strukturovaný pohovor v 81 % a psychologická individuální konzultace v souvislosti s psychologickým stresem v 79 %.

Při použití metody Obecného lineárního modelu (GLM) byly brány v úvahu veškeré sledované faktory, které mohou mít vliv na výši skóru syndromu vyhoření. Výsledky tak byla adjustovány vzhledem k pohlaví, věku, délce praxe, rodinnému stavu, pracovní pozici a k roku, kdy byl výzkum proveden.

Zjištěná statistická významnost vlivu jednotlivých proměnných na výši skóru syndromu vyhoření

Proměnná	Statistická významnost (p)
Pohlaví	0,842 n.s.
Věk	0,164 n.s.
Délka praxe	0,002 **
Rodinný stav	0,995 n.s.
Pracovní pozice	0,000 **
Soubor (2003, 2005)	0,697 n.s.

n.s. ... statisticky nevýznamný vliv

** ... $p < 0,01$, statisticky vysoce významný vliv

Regresní koeficienty B uvádějí rozdíly vlivu jednotlivých kategorií daných proměnných v porovnání s kategorií, která byla v analýze brána jako nejrizikovější v rámci dané proměnné (ženské pohlaví, rodinný stav vdovec/vdova, pracovní pozice lékař, soubor 2005). Byl nalezen statisticky vysoce významný vliv délky praxe a pracovní pozice, nebyl nalezen významný vliv

pohlaví, stavu (svobodný, ženatý, rozvedený, vdovec/vdova). Při vzájemném porovnání pracovních pozic (párové porovnání při adjustaci na všechny další proměnné) lišila se práce dispečerky statisticky významně vyšším skórem vyhoření od ostatních pozic.

Ze studie vyplývá, že v rámci vyšetřeného souboru respondentů hrozí riziko rozvoje syndromu vyhoření zejména při delší době praxe na záchranné službě. Z profesních skupin jsou nejohroženější skupinou pracovníci operačních středisek (dispečeri/dispečerky). I ve skupině dispečerek je vyšší procento osob již s rozvojem syndromu vyhoření než v celkovém souboru: v roce 2003 bylo bez rizika vyhoření 78,4 % dispečerek a u 21,6 % se syndrom vyhoření rozvíjel. O dva roky později bylo v souboru dispečerek jen 54 % bez příznaků vyhoření, rozvíjející se syndrom vykazovalo 35,6 % dispečerek a 10,4 % již mělo klinické příznaky vyhoření.

Dobrovolná účast ve studii byla nepochybně jistým předvýběrem zúčastněných, dotazník byli pravděpodobně ochotni vyplnit zaměstnanci s alespoň minimálním zájmem o psychologickou problematiku a o řešení postavení a problémů pracovníků záchranné služby. Dá se předpokládat, že pracovníci s již rozvinutým syndromem vyhoření, včetně negativistických postojů, mohli pravděpodobně odmítnout účast na výzkumu, případně vyplnili dotazníky tak, že se nedaly zpracovat. Přesto lze konstatovat, že účast pracovníků záchranné služby na tomto šetření byla poměrně vysoká - podle údajů z povinné statistiky ÚZIS (Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR) za rok 2005, týkající se počtu všech zaměstnanců jednotlivých kategorií, tedy včetně externích pracovníků, se studie v roce 2005 zúčastnilo 9 % lékařů (v této kategorii je však nejvíce externistů pracujících na zkrácený úvazek), 19 % pracovníků operačních středisek a 22 % středních zdravotnických pracovníků. Maximálně

byla respektována anonymita vyplňování dotazníků, která zaručovala autenticitu odpovědí.
Vysoká návratnost dotazníků signalizuje značný zájem o tuto problematiku.

Závěr

Syndrom vyhoření ovlivňuje nejen postiženého jedince, ale významně zasahuje i jeho rodinu a širší sociální okolí. Vzhledem k tomu, že je charakteristický pro profese, kde je častý nebo celodenní styk s lidmi, má dopady i na klienty a ve zdravotnictví na pacienty a ovlivňuje tak významně poskytované služby a péči.

Ve zdravotnictví se vyskytuje ve vyspělých zemích stejně jako v rozvíjejících se, rizika jsou dána spíše charakterem práce a celkovou vysokou pracovní zátěží s malou autonomií pracovního procesu. Je nezbytné věnovat velkou pozornost prevenci jak na úrovni osobnosti, tak na úrovni organizace a posilovat veškeré ochranné zvládací strategie. Perspektivní přístup k prevenci se zabývá rovnováhou mezi profesním a osobním životem.

Zpracovala:

MUDr. Jana Šeblová, Ph.D.

Fráni Šrámka 25

150 00 Praha 5 – Smíchov

e-mail: jana.seblova@zachranka.cz

Příloha: Dotazník „Jak zvládáte stres?“

Dotazník používaný v rámci edukačních seminářů o psychické zátěži profesionálů mapuje pozitivní i negativní zvládací mechanismy. Vyšší skóre dosažené v tomto jednoduchém zdravotně - edukačním dotazníku znamená používání pozitivních technik vyrovnávání se stresem, ideální počet bodů se pohybuje kolem hodnoty 115, hodnoty v rozmezí 50 – 60 jsou ještě dostačující na zvládnutí běžných zdrojů stresu. Jsou zde rozlišeny jak adaptivní a zdraví posilující strategie (položky 1 – 10), tak i zdraví škodlivé maladaptivní strategie (položky 11 – 14). Inventarizace umožní respondentovi analýzu jeho vlastních zvládacích mechanismů a integrování pozitivních technik do životního stylu, neboť kontraproduktivní techniky sice dočasně mohou vést k uvolnění napětí, ale v dlouhodobém horizontu ovlivňují zdraví negativně, cílem tedy je aktivní osvojování a zařazování pozitivních technik.

Jak zvládáte stres?

1. Přičtete 10 bodů, pokud máte rodinu, v níž cítíte podporu.
2. Přičtete 10 bodů, pokud aktivně provozujete nějaký koníček.
3. Přičtete si 10 bodů, pokud patříte do nějaké sociální nebo zájmové skupiny (jiné než rodina), která se schází nejméně 1 x za měsíc.
4. Přičtete si 15 bodů, pokud je vaše váha v rozmezí 2,5 kg od ideální tělesné váhy, vztažené k vaší výšce a stavbě těla.
5. Přičtete si 15 bodů, pokud aktivně provozujete nějaký druh „hluboké“ relaxace (meditaci, jógu atd.) nejméně 3 x týdně.
6. Přičtete si 5 bodů za každé cvičení, trvající 30 a více minut, které provozujete během běžného týdne.

7. Přičtete si 5 bodů za každé nutričně vyvážené hlavní jídlo (snídaně, oběd, večeře), které během běžného dne sníte.
8. Přičtete si 10 bodů za každou činnost, která vás těší, a kterou děláte jen pro sebe samotného, během běžného týdne.
9. Přičtete si 10 bodů, máte-li doma nějaké místo, které je pouze vaše a kde můžete dělat, co chcete, relaxovat atd.
10. Přičtete si 10 bodů, pokud používáte praktiky „time-managementu“ ve vašem běžném životě.
11. Odečtete si 10 bodů za každý balíček cigaret, který vykouříte během průměrného dne.
12. Odečtete si 5 bodů za každý večer během běžného týdne, ve kterém si k usnadnění usnutí vezmete jakékoliv léky nebo jiné chemické látky včetně alkoholu.
13. Odečtete si 10 bodů za každý den během běžného týdne, ve kterém si vezmete jakékoliv léky nebo jiné chemické látky včetně alkoholu, abyste snížili svou úzkost nebo jen pro vaše uklidnění.
14. Odečtete si 5 bodů za každý večer během běžného týdne, ve kterém si přinesete práci domů (míní se tím práce, která měla být vykonána v místě vašeho zaměstnání).

Zdroj: Mitchell J.T., Everly G.S., Critical Incident Stress Management (CISM): Basic Group Crisis Intervention, 3rd Edition revised, 2003 ICISF, str. 43 – 44 – překlad Šeblová J., 2004.

Literatura:

Abdulghafour Y. A., Bo-hamra, A. M., Al-Randi, A. M. et al.: Burnout syndrome among physicians working in primary health care centers in Kuwait. *Alexandria Journal of Medicine*, 2011, December 47 (4): 351-357.

Al-Qahtani, A., Al-Kuwari, M. G.: Prevalence and determinant of burnout syndrome among primary healthcare physicians in Qatar. *South African Family Practice*, 2011; 53(4).

Alexander, D.A. - Klein, S.: Impact of accident and emergency work on mental health and emotional well being. *The British Journal of Psychiatry*, 178, 2001: s. 76-81.

Bartlová, S. – Jobánková, M.: Syndrom vyhoření na exponovaných pracovištích. *Sestra*, 11, 2001, 7/8: s. 78-79.

Buhler, K. E., Land, T.: Burnout and Personality in Intensive Care: An Empirical Study. *Hospital Topics*, 2004, 81, 4: 5 – 12.

Casado, A. - De Lucas, N. - López-Fernández, E. et al.: Lipid peroxidation, occupational stress and aging in workers of a prehospital emergency service, *European Journal of Emergency Medicine*, 13, 2006, 3: s. 165-171.

Cassels, C.: Job Stress a Major Factor in High Rates of Physician Suicide. *Medscape*. Nov 13, 2012. www.medscape.com/viewarticle/774410, 16.11.2012

Centor, R. M.: Doc Burnout – Worse Than Other Workers'? *Medscape*. Nov 13, 2012.

www.medscape.com/viewarticle/774013, 16. 11. 2012.

Cubrilo-Turek, M., Urek, R., Turek, S.: Burnout syndrome – assessment of a stressful job among intensive care staff. *Collegium antropologicum*, 2006 Mar; 30(1): 131-135.

Čepická, B. – ústní prezentace na 13. sympoziu o lékařské etice „Etika a krize“, Lékařský dům dne 3.6. 2005

Černý, V.: Jak zvládat stres. *Urgentní medicína*, 5, 2002, 4: s. 36 – 38.

Escriba-Agüir, V., Martín-Baena, D., Pérez-Hoyos, S.: Psychological work environment and burnout among emergency medical and nursing staff. *International Archives of Occupational and Environmental Health*, 2006; 80 (2): 127-133.

Everley G.S. - Mitchell J.T.: *Critical Incident Stress Management: Advanced Group, Crisis Intervention A Workbook*. 2nd edition, Maryland, USA International Critical Incident Stress Foundation, Inc. 2002.

Flannery R. B.: Psychological Trauma and Posttraumatic Stress Disorder: A Review. *International Journal of Emergency Mental Health*, 1999; 2: s. 135-140.

Glebocka, A., Lisowska E.: Professional burnout and stress among Polish physicians explained by the Hobfoll resources theory. *Journal of physiology and pharmacology: an official journal of the Polish Physiological Society*, 2007 Nov; 58 Suppl 5 (Pt) 1: 243-252.

Honzák, R. – Kurzová, H. : Burnout syndrom. Sanquis, 2003, 30: s. 42-45.

Charvát, J.: Život, adaptace a stres, Praha, Avicenum 1970.

Kartal, F. et al.: Burn out syndrome among emergency staff. 13, 2006, 5: s. A15.

Kebza, V. - Šolcová, I.: Burnout syndrom: teoretická východiska, diagnostické a intervenční možnosti. Čs. psychologie 42, 1998, 42, 5: s. 429 – 448.

Kebza, V. - Šolcová, I.: Syndrom vyhoření, Praha: Státní zdravotní ústav, 2003

Kebza, V.: Psychosociální determinanty zdraví. Praha, Academia 2005.

Kebza et al.: Psychická zátěž, stres a psychohygienu v lékařských profesích. Praha, Grada Publishing a.s., 2012.

Konopásek, P. - Šeblová, J.: Jak vidíme sami sebe. Urgentní medicína, 1, 1998, 2: s. 33-35.

Lederer, W., Kinzl, J. F., Traweger, C. et al.: Fully developed burnout and burnout risk in intensive care personnel at a university hospital. Anaesthesia and intensive care, 2008, Mar; 36(2):208 – 213.

Libigerová, E.: Syndrom profesionálního vyhoření, Praktický lékař, 79, 1999, 4: s. 186-190

Linden, van der D. – Keijsers, G. P. J. – Eling, P. et al: Work stress and attentional difficulties: An initial study on burnout and cognitive failure. *Work and Stress*, 19, 2005, 1: s. 23-36.

Marcelino, G., Cerveira, J. M., Carvalho, I. et al.: Burnout levels among Portugese family doctors: a nationwide surfy. *BMJ open*, 2012; 2(3).

Maroon, I.: Syndrom vyhoření u sociálních pracovníků. Praha, Portál s.r.o., 2012.

Maslach, C. - Jackson, S. E.: Maslach burnout inventory manual, 3rd edition, Palo Alto, California, Consulting Psychological Press, 1996.

Mezinárodní klasifikace nemocí. 10. revize. Duševní poruchy a poruchy chování. Popisy klinických příznaků a diagnostická vodítka. (Překl. z angl. orig.) Praha, Psychiatrické centrum 1992. „Zprávy“ 102.

Mitchell, J.T. – Everley, G. S.: Critical Incident Stress Mangement: Basic Group Crisis Intervention. 3rd edition, Maryland, USA, International Critical Incident Stress Foundation, Inc., 2003.

Nešpor, K. - Csémy, L.: Návyková rizika a stres u zdravotnických profesí – možnosti prevence a časně intervence; Sportpropag pro Ministerstvo zdravotnictví ČR, Praha 2001

Nevosadová, O.: problematika možného ohrožení složek integrovaného záchranného systému výskytem syndromu vyhoření. Ostravská univerzita – Fakulta zdravotně sociální, diplomová bakalářská práce, 2004.

Pavlát, J.: Přetížený lékař I. Časopis lékařů českých, 141, 2002, 11: s. 343-345.

Pavlát, J.: Přetížený lékař I. Praktický lékař, 82, 2002, 3: s. 161 – 163.

Pavlát, J.: Přetížený lékař II. Praktický lékař, 82, 2002, 5: s. 290-292.

Ploeg van der, E. – Kleber, R. J.: Acute and chronic job stressors among ambulance personnel: predictors of health symptoms, Occupational and Environmental Medicine, 60 (Suppl), 2003, s.140-146.

Poncet M. C., Toullic, P., Papazian L. et al.: Burnout syndrome in critical care nursing staff. American journal of respiratory and critical care medicine, 2007 Apr 1; 175(7): 698-704.

Popa, F., Arafat, R., Purcarea, V. L. et al.: Occupational burnout levels in emergency medicine – a stage 2 nationwide study and analysis. J Med Life, 2010 NBovember 15; 3(4):449 – 453.

Prins, J. T., Heijden van der F. M., Hoekstra-Weebers, J. E. et al.: Burnout, engagement and resident physicians' self reported errors. Psychology, health and Medicine, 2009; 14 (6): 654-666.

Ptáček, R., Čeledová, L., Kuželová, H. et al.: Stress and burnout syndrome in medical professions in the Czech Republic. *European Psychiatry*, 26, suppl. 1, 2011: 1598.

Pudil, J.: Profesionální stres u zdravotnických záchranářů, *Urgentní medicína*, 1, 1998, 1: s. 23 – 25.

Selye, H.: *Život a stres*. Bratislava, Obzor 1966.

Shanafelt T. D. , Boone S., Tan L. et al: Burnout and satisfaction with work-life balance among US physicians relative to the general US populatin. *Arch Intern Med*. 20012, Aug 20 [Epub ahead of print]

Schaufeli, W., Bakker, A., Heijden van der F. et al: Workaholism, burnout and well-being among junior doctors: The mediating role of role conflict. *Work and Stress*, 2009; 23 (2): 155-172.

Špatenková, N.: *Krizová intervence pro praxi*, 1. vyd, Praha, Grada Publishing a.s., 2004

Šeblová, J. - Konopásek, P.: How Do We See Ourselves – a psychological study on properties of EMS Workers and the degree of Burn-out Syndrome, *Book of Abstracts* , 4th Pan-European Conference on Emergency Medical Systems, 23. –27.8.1998, Opatija, Croatia , s. 11

Šeblová, J.: Posttraumatická stresová porucha, *Urgentní medicína*, 3, 2000, 1: s. 33 – 35.

Šeblová, J.: Critical Incident Stress Management, Urgentní medicína, 7, 2004, 1: 37 – 38.

Šeblová, J. – Kebza, V.: Zátěž a stres pracovníků záchranných služeb – výsledky první části studie. Urgentní medicína, 8, 2005, 1: s. 27 – 29.

Šeblová, J., Kebza V.: Stress of EMS professionals in the Czech Republic. In: 3rd European Congress on Emergency Medicine – Back to the Future. Leuven, EuSEM, 2005.

Ulrichová, M.: Logoterapie jako prevence burn-out syndromu pro lékaře. Prakt. Lék, 2011, 91, No 4. Pp. 200 – 202.

Večeřová-Procházková, A.: Syndrom vyhoření jako důsledek zanedbávání péče o sebe u lékařů a zdravotníků, Urgentní medicína, 8, 2005, 2: s. 25 – 29.

Zemanová, V.: Psychické zatížení sester pracujících na ARO a JIP, závěrečná diplomová práce, LF UK Hradec Králové, 2000.