PALIATIVNÍ PÉČE A RIZIKO SYNDROMU VYHOŘENÍ

Martin Kupka

Abstrakt

Negativní vliv tíživé prosociální aktivity, byl předmětem řady psychologických výzkumů. Péče o staré lidi, nevyléčitelně nemocné, umírající se za určitých okolností může stát značně zatěžující činností, jejíž důsledky se mohou projevit v oblasti zdraví poskytovatele této péče. Péče o umírajícího člověka nebo člověka starého, imobilního, často s postupující demencí, je pro pečujícího velmi náročná. Péče o chronicky nemocné, nevyléčitelně nemocné, se může stát dlouhodobě zatěžující aktivitou. Péče o umírajícího pacienta, práce s rodinnými příslušníky, kterým umírá jejich bližní, je situací extrémní zátěže. Vypjaté emoční reakce, zvláště hněv, různé formy agrese, jsou situace, které se zvládají velmi obtížně.

Obecně lidé, kteří se angažují v pomáhajících profesích, jsou díky tomuto faktu ohroženi ve všech oblastech zdraví – fyzické, psychické i sociální. Poskytování péče nevyléčitelně nemocným je situací značné dlouhodobé zátěže – říkáme jí chronický stres. Působení chronického stresu jakékoli kvality může mít na člověka poměrně negativní vliv. Výzkumy naznačují, že v pozadí mnoha nemocí je přítomen faktor chronické, dlouhodobé zátěže – kardiovaskulární onemocnění, narušená funkce imunitního systému, nespecifické bolesti zad, onemocnění trávícího traktu. Samostatnou speciální problematikou je syndrom vyhoření.

Klíčová slova: syndrom vyhoření, paliativní péče, stres, prosociální aktivita, pomáhající profese

PALLIATIVE CARE AND RISK OF BURNOUT SYNDROM

Abstract

The negative impact of the onerous prosocial activity has been examined in a great bulk of psychological research studies. Under certain conditions, taking care of the elderly, terminally ill, and the death ward might be quite a demanding activity. Its consequences may be reflected in the health condition of the care provider. Caring for a dying or an immobile elderly person, often with a progressive dementia, is very challenging for the provider. Servicing a chronically ill or terminally ill people might become a long-term burden. Servicing a dying person and working with his or her family relatives is an extremely burdening situation. The extreme emotional reactions, primarily anger and various kinds of rage, are unusually thorny to manage.

Consequently, people that are engaged in helping these people are generally endangered in all spheres of their health, i.e. physical, mental and social. Providing care to terminally ill is burdensome in the long run. It is known as chronic stress. Any kind of chronic stress has a potentially negative impact on human beings. Previous research indicates that long-term chronic burden might cause cardiovascular diseases, disorders of immunity, non-specific backaches, and digestive disorders. The special issue is a burnout syndrome.

Keywords: *burnout syndrome, palliative care, stress, prosocial activity, helping career*

Došlo do redakce: 18.10.2007
Schváleno k publikaci: 17.11.2007

Úvod

Péče o umírajícího člověka nebo člověka starého, imobilního, často s postupující demencí, je pro pečujícího velmi náročná. Péče o chronicky nemocné, nevyléčitelně nemocné se může stát dlouhodobě zatěžující aktivitou. Péče o umírajícího pacienta, práce s rodinnými příslušníky, kterým umírá jejich bližní, je situací extrémní zátěže. Vypjaté emoční reakce, zvláště hněv, různé formy agrese jsou situace, které se zvládají zvlášť obtížně.

Ukazuje se, že právě práce s lidmi jako taková vede k emočnímu vyčerpání, které je zapříčiněno nadměrnými psychickými a emočními nároky. Paliativní péče je situací chronicky působícího stresu. Jedná se o práci s lidmi, kteří jsou nevyléčitelně nemocní, s lidmi blížícími se smrti.

Zdravotníci všeobecně, ať lékaři nebo střední zdravotnický personál, ošetřovatelé jsou lidé, na něž jejich povolání klade vysoké nároky ve smyslu každodenních situací, se kterými se tito lidé na svých pracovištích setkávají a které nejen na základě své odbornosti, ale především z hlediska lidských kvalit musí řešit (Dunlop, Hockley 1990).

Zdroje emočních problémů a zátěže zdravotníků

Práce ve zdravotnictví je situací značné psychické i fyzické zátěže. Výzkum, zaměřující se na tuto oblast, je poměrně nedávného data. Je spojen s občanským hnutím sedmdesátých let v USA a také v některých evropských zemích.

Občanské hnutí sedmdesátých let poukazovalo na nepřijatelný paternalismus zdravotníků a odosobněný přístup k pacientům. Působením těchto společenských proudů se pomalu začínají měnit provozní řády nemocnic, na druhé straně se objevuje zájem o osobnost zdravotníků jako omylných lidských bytostí s nejistotami, úzkostmi, nezdary ale i úspěchy. Práce ve zdravotnictví je situací silně působícího stresu, v jehož centru stojí právě zdravotníci.

Takto pojímané působení stresu se začalo zkoumat nejprve na pracovištích typu dialyzačních jednotek, popáleninových center, jednotek typu ARO a později i na onkologických pracovištích v souvislosti s problematikou paliativní péče a péče o terminálně nemocné.

Severová uvádí ve svém příspěvku výzkum z roku 1979, který realizoval Casse a Hackett. Autoři vymezili společné okruhy emocionálního stresu a z něho vyplývajících problémů zdravotnických týmů:

1. Těžké onemocnění spojené s vysokou úmrtností.
2. Značné množství technologických zařízení.
3. Velmi časté rozhodování o životě a smrti.
4. Terminální péče.
5. Konflikty se třetími osobami (členové rodiny, příbuzní, přátelé pacienta).
6. Konflikty mezi zaměstnanci.
7. Zvládání reakcí pacientů na různé mutilace a extrémní vyčerpání.
8. Zvládání suicidálních myšlenek pacientů a členů personálu.
9. Uvědomování si, že léčba je zdrojem bolesti a utrpení pacientů (Severová, 1999).

Na základě faktorové analýzy zdrojů profesionální zátěže u skupiny anglických praktických lékařů byly izolovány následující proměnné, které lze akceptovat jakožto faktory zátěže.

- Zevní nelékařské rušivé vlivy – jedná se např. o telefonáty, vztahy na pracovišti.
- Emoční problémy spojené s lékařskou praxí – léčení přátel a příbuzných, nadměrná emoční vnímavost k utrpení pacientů, jednání s terminálně nemocnými a jejich příbuznými, denní styk s chronicky nemocnými a umírajícími.
- Přetížení administrativou.
- Přetížení denní rutinou.

V jiné studii, tentokrát z USA, mělo 0,9 % lékařů podstupujících tříletý postgraduální výcvik ve vnitřním lékařství zdravotní problémy, které vedly v důsledku k pracovní neschopnosti. Z nich mělo 31 % obtíže, které souvisely s pracovní problematikou. Šlo především o dva následující okruhy.

- Selhání v souvislosti s nerealistickou snahou dokonale zvládnout stále se rozšiřující tematiku oboru.
- Emoční problémy ve vztahu k nemocným s chronickými neléčitelnými či terminálními stavy (Boleloucký, 1998).

Hlavní stres pečovatelských týmů vychází z podstaty onemocnění, podstaty léčby, jejich vedlejších účinků (vysílení, zdroje bolesti, mutilace), nezbytnost paliativní a terminální péče, problémů smrti a umírání, v dovednostech zacházet s reakcemi pacienta, jeho sebevražedné myšlenky, zlost, závislost, nespolupráce ze strany pacientů a jejich rodinných příslušníků, konflikty mezi členy personálu jako důsledek neustálého vypětí.

Ukazuje se, že péče o umírajícího pacienta patří z hlediska stupně zátěže k nejvýraznějším. Umírající pacient znamená pro ošetřující personál situaci, která je náročná na jejich odolnost a schopnost zvládat mezní situace. Základem úspěšného adaptování se na zátěž vyplývající z terminální péče je vyrovnání se s pocity, které souvisí s faktem vlastní smrtelnosti. Dále znalost problematiky thanatologie a pokud možno supervizní kontakt zaměřený na tuto problematiku.

Lékaři často chápou úmrtí pacienta jako vlastní neúspěch, a to zejména, jedná-li se o několik úmrtí během nedlouhého období. Jako obzvlášť těžkou ztrátu pociťuje lékař (stejně jako ostatní zdravotní personál) smrt pacienta, se kterým navázal těsnější emoční kontakt.

U sester se setkáváme se stoupající intenzitou prožívané zátěže při kontaktu s pacienty, jejichž stav se rapidně zhoršuje. Objevují se problémy v komunikaci s umírajícím člověkem, zejména v případech, kdy se sestra k němu emocionálně více váže.

Další výrazně stresující situací je rozhovor s pacientem a jeho rodinou o přechodu z kurativní (léčebné) péče na péči paliativní. Stresující je jakýkoli kontakt s rodinou, ve kterém se objevuje vyhrožování žalobami, stížnostmi apod.

Uvedená problematika se promítá samozřejmě do mezilidských vztahů na pracovišti. Zvýšené napětí a zátěž se projevuje nespokojeností a konflikty a následnou fluktuací. Napětí a stres v zaměstnání se samozřejmě promítá i do osobního života zdravotníka. Konflikty s rodinou, partnerem a přáteli mohou mít za následek snížení subjektivní spokojenosti s kvalitou života.

V současnosti je také pro zdravotnictví v ČR typické nedostatečné finanční ohodnocení zdravotnických pracovníků vzhledem k náročnosti jejich profese.

Izolovanost je charakteristickým znakem sociálních problémů pracovníků v oblasti paliativní péče. O svých pracovních problémech nemohou příliš hovořit v rodině či mezi přáteli. Mnozí členové pečovatelských týmů se vzdalují vlastním rodinám, narušují se přátelské a partnerské vazby. Časté jsou v takových případech rozpady manželství.

Statistiky uvádějí, že mezi lékaři je šestkrát více rozvodů, mnohonásobně více alkoholismu, toxikománie a psychiatrických problémů. Totéž se v podobné míře týká zdravotních sester a psychologů (Severová, 1999).

Emoční zátěž zdravotníka, který je v kontaktu s nemocnými s nepříznivou prognózou, závisí také na postavení pracovníka v týmu, na míře jeho odpovědnosti (sanitář, sestra, laborant, psycholog, sekretářka, lékař). Dále samozřejmě na struktuře pracoviště (lůžkové oddělení, parciální hospitalizace, ambulance, laboratoře). Důležitý je také typ onemocnění, jeho lokalizace, fáze onemocnění. Pro lékaře je výraznou situací zátěže taktéž stupeň odpovědnosti v případě sdělování nepříznivé diagnózy – nakolik říci nemocnému a jeho příbuzným pravdu o nemoci.

Zatěžovat mohou úvahy a nejistoty o správnosti zvoleného způsobu terapie. Zdravotníci všeobecně mohou nelibě prožívat míru jistého utrpení, které léčebnými a jinými zákroky (převazy) způsobují pacientům. Z hlediska paliativní péče jde o vyrovnávání se s neúspěchem terapie, popřípadě s nemožností uzdravení, dále styk s postupně tělesně i duševně chátrajícími lidmi.

Práce ve zdravotnictví s více nebo méně specifickými vlivy, ohrožuje zdravotní stav části zdravotníků projevy neurastenie a různými obrazy deprese. Dnes tuto problematiku vyjadřuje tzv. syndrom vyhaslosti, o kterém bude pojednáno dále (Boleloucký, 1998).

Burnout syndrom

Burnout syndrom, neboli syndrom vyhoření, vyhasnutí, je považován za reakci na mimořádně zatěžující práci, kdy dochází k úplnému vyčerpání fyzických, emočních a duševních sil, kdy takto postižený člověk dochází k závěru, že již nemůže dál. Je to stav pocitu beznaděje.

Syndrom vyhoření vzniká nejčastěji působením chronické dlouhodobé zátěže – stresu. Nejvíce jsou burnout syndromem ohroženi lidé, kteří se angažují v pomáhajících profesích. Stejné riziko podstupují osoby vysoce motivované ke své práci, nadšené s vysokými ambicemi (Holeksová, 2002).

Syndrom vyhoření se projevuje specifickou emoční únavou, dlouhodobým subdepresivním laděním a podrážděností. Příznaky jsou psychického, fyzického i sociálního charakteru.

Takto postižený zdravotník se obtížně soustřeďuje na nemocné, trpívá pocity zatrpklosti, dojmem, že se nedaří nic, že jeho práce nemá smysl. Často ztrácí zájem o pacienty, v zaměstnání se přestává angažovat a jeho výkon je spíše formální. Extrémním případem je rozvoj drogové závislosti, sebevražedný pokus (Boleloucký, 1998).

Pojem burnout byl poprvé použit v roce 1974 H. Freudenbergerem v časopise Journal of Social Issues. Hlavní vlna zájmu o tuto problematiku se objevuje v 80. letech 20. století. Syndrom vyhoření lze v jeho základu postihnout následujícími charakteristikami:

1. Jde především o psychický stav, prožitek vyčerpání.
2. Vyskytuje se zvláště u profesí, které obsahují jako podstatnou složku pracovní náplně práci s lidmi nebo kontakt s lidmi a závislost na jejich hodnocení.
3. Tvoří jej řada symptomů, které lze rozdělit do tří úrovní – psychické, fyzické a sociální.
4. Za klíčové je považováno emoční vyčerpání, dále kognitivní opotřebení a často i celková únava.
5. Všechny hlavní složky syndromu vyhoření vznikají působením chronického stresu.
6. Vyčerpání ve smyslu burnout se dostavuje jako reakce na převážně pracovní stres (Kebza, Šolcová, 1998).

Popis jednotlivých příznaků syndromu vyhoření lze rozdělit, jak již bylo řečeno, do tří základních úrovní, v nichž se projevují.

Na úrovni psychické:

- Dominuje pocit, že dlouhé a namáhavé úsilí o něco již trvá nadměrně dlouho a efektivita tohoto snažení je v porovnání s vynaloženou námahou nepatrná.
- Pocit celkového duševního vyčerpání, především vyčerpání emoční, vyčerpání v kognitivní oblasti, výrazný pokles až ztráta motivace.
- Únava bývá popisována expresivními výrazy („jsem úplně na dně“, „mám toho až po krk“), což je v rozporu s celkovým utlumením a oploštěním emocionality.
- Pokles celkové aktivity, redukuje se spontaneita, kreativita, iniciativa.
- Depresivní ladění, bezvýchodnost a beznaděj, tíživě je prožívána marnost vynaloženého úsilí.
- Objevuje se přesvědčení o vlastní postradatelnosti a bezcennosti, jež někdy hraničí až s mikromanickými bludy.
- Projevy negativismu, cynismu, hostility ve vztahu k osobám, jež jsou součástí profesionální práce s lidmi (pacienti, klienti) a jejich vnímání jako objektů – dehumanizovaná percepce.
- Pokles až naprostá ztráta zájmu o témata související s profesí, často také negativní hodnocení instituce, v niž byla profese až dosud vykonávána.
- Sebelítost, intenzivní prožitek nedostatku uznání.
- Iritabilita, někdy též selektivní interpersonální senzitivita.
- Redukce činností na rutinní postupy, užívání stereotypních frází a klišé.

Na úrovni fyzické:

- Apatie, ochablost, celková únava organismu.
- Rychlá unavitelnost, která se dostavuje po krátkých etapách relativního zotavení.
- Vegetativní obtíže – bolesti u srdce, změny srdeční frekvence, potíže se zažíváním, dýchací obtíže (pocity nemožnosti se dostatečně nadechnout).
- Nespecifikované bolesti hlavy.
- Poruchy krevního tlaku.
- Poruchy spánku.
- Přetrvávající celková tenze.
- Zvyšování rizika rozvoje závislostí jakéhokoli druhu.

Na úrovni sociálních vztahů:

- Celkový útlum sociability, nezájem o hodnocení ze strany druhých osob.
- Výrazná tendence redukovat kontakt s klienty, často i s kolegy a všemi osobami, mající vztah k profesi.
- Zjevná nechuť k vykonávané profesi a všemu, co s ní souvisí (plán práce, zpracování výsledků).
- Nízká empatie, většinou u osob s původně vysokou mírou empatie.
- Postupné narůstání konfliktů, většinou ne jejich aktivním vyvoláváním, ale spíše v důsledku nezájmu, lhostejnosti a sociální apatie ve vztahu k okolí.

Syndrom vyhoření se dostavuje jako reakce na převážně pracovní stres. Ukazuje se, že vysoce stresogenní je práce charakterizovaná vysokými nároky na kvalitu, odpovědnost a nasazení pracovníka při současné nízké autonomii pracovní činnosti. Autonomie pracovní činnosti představuje možnost pracovníka rozhodnout o tempu práce, její povaze a podmínkách. Výzkumy prokázaly, že kombinace vysokých nároků s nízkou autonomií pracovní činnosti je faktorem, který hraje rozhodující roli v determinaci zdravotních důsledků pracovních požadavků v tom smyslu, že je rizikovým faktorem vzniku různých onemocnění.

Burnout syndrom byl nejdříve popsán u některých zaměstnání, pro které je typický intenzivní kontakt s lidmi (lékaři, zdravotní sestry, učitelé, policisté). Později vyšlo najevo, že se vyskytuje taktéž u advokátů, úředníků na poště, sociálních pracovnic, stejně jako v kategoriích povolání, které nezapadají do běžného zaměstnaneckého poměru, ale jejich příslušníci jsou vystaveni hodnocení druhými na základě svých výkonů. Sem můžeme zařadit sportovce, umělce (Křivohlavý, 1998).

Přehled profesí s rizikem vzniku syndromu vyhaslosti:

- Lékaři (zvláště v oborech jako onkologie, chirurgie, LDN, JIP, psychiatrie, gynekologie, rizikové obory pediatrie).
- Zdravotní sestry a další zdravotní pracovníci (ošetřovatelky, laborantky).
- Psychologové a psychoterapeuti.
- Sociální pracovníci.
- Učitelé na všech stupních škol.
- Policisté, především v přímém výkonu služby.
- Pracovníci pošt, zvláště ti, kteří pracují u přepážek, a doručovatelé.
- Dispečeři, řídící letového provozu, telefonistky.
- Právníci, především advokáti.
- Pracovníci věznic – dozorci, ale i další zaměstnanci.
- Profesionální funkcionáři – politici, ale i manažeři.
- Za určitých okolností příslušníci ozbrojených sil – především podle celkové prestiže státu, hledisko aktuální mezinárodní situace.
- Duchovní a řádové sestry.
- Nezaměstnanecké kategorie u osob v kontaktu s druhými lidmi, kteří jsou závislí na jejich hodnocení a mohou být tak vystaveni účinkům chronického stresu – umělci, špičkoví sportovci (Kebza, Šolcová, 1998).

Diferenciální diagnóza syndromu vyhoření

Burnout syndrom se některými příznaky, ale i důsledky v chování, jednání a prožívání, může podobat částečně některým známějším a diagnosticky propracovanějším poruchám či chorobám.

Na rozdíl od endogenní deprese, s níž má vyhaslost řadu společných příznaků (smutná nálada, ztráta motivace a energie, pocity zbytečnosti a zmaru), která má však negativní vliv na celou řadu životních aktivit, se negativní působení vyhaslosti omezuje převážně na myšlenky a pocity týkající se konkrétního zaměstnání.

Rozdíl lze spatřovat taktéž v možnosti odklonitelnosti. Pokud si jedinec trpící syndromem vyhoření vezme delší zdravotní dovolenou, lze očekávat dosti výrazné zlepšení v krátkém čase. Což u endogenní deprese nehrozí.

Ranní pesima jsou příznakem endogenní deprese, kdežto depresivní prožívání u burnout syndromu během dne kolísá a ke zhoršení dochází spíše k večeru. Poruchy spánku se u endogenní deprese projevují častým buzením v průběhu spánku, zatímco u vyhaslosti jde spíše o problémy, které souvisejí obtížným usínáním.

Lidé trpící endogenní depresí mají sklony k autoakuzacím, kdežto u vyhaslosti jde většinou o obviňování okolí. A na závěr, zatímco u endogenní deprese je základním terapeutickým prostředkem farmakoterapie, u vyhaslosti a s tím spojeného depresivního ladění, se užívá především psychoterapeutických prostředků (Kebza, Šolcová, 1998).

Déle se vyhaslost některými charakteristikami podobá alexithymie, pro kterou je typické především oploštění emocionality, otupělost v sociálních vztazích, celková netečnost, chybění kreativity a spontánnosti, chybí také jakákoliv schopnost imaginace.

Alexithymie se však liší od vyhaslosti především v tom, že se vyskytuje nejčastěji u pacientů s některou psychosomatickou chorobou. Vyhaslost také nesplňuje jeden se základních příznaků alexithymie, kterým je nedostatek slov k vyjádření emocí. Pacienti s alexithymií nedokáží své emoce vyjádřit. Pacienti se syndromem vyhaslosti emoce redukují. Jejich emocionalita je deformovaná, disponují však dostatečnou slovní zásobou k jejímu vyjádření (Kondáš, Kordačová, 1990).

Další možnost záměny nabízí průběh únavového syndromu. Ten se může v klinickém obrazu burnout syndromu blížit. Vodítkem zde může být to, zda pacient vykazuje skutečně dominující emoční vyprahlost. Pomocným kritériem mohou být pseudohalucinace, jež lze v případě syndromu vyhaslosti vyloučit.

Některé shodné znaky nalezneme také u neurastenie. K rozlišení většinou napomůže výskyt závratí, které se u syndromu vyhoření nevyskytují téměř nikdy (Boleloucký, 1998).

Odcizení (alienation) patří do skupiny negativních emocionálních zážitků. Odcizení můžeme definovat jako jistý druh anomie (ztráty normální zákonitosti), k němuž dochází tam, kde lidé zažívají nedostatek nebo ztrátu přijatelných sociálních norem, které by mohli řídit jejich jednání a byly směrodatným měřítkem jejich životních hodnot. Tento stav lze demonstrovat na příkladu začínající zdravotní sestry, která ihned po škole nastoupí do léčebny dlouhodobě nemocných. Zjistí zde, že dost dobře nemůže dostát svému původnímu ideálu, zachraňovat lidské životy, protože v takovémto zařízení to dost dobře není možné.

Pravdou je, že pocity odcizení je možno pozorovat i u syndromu vyhoření. Nikdy ovšem ne na začátku tohoto procesu. Na začátku je situace naprosto opačná.

Syndrom vyhoření se vyskytuje jen u lidí, kteří byli zpočátku nadšení prací. Odcizení se projeví i u těch lidí, kteří nikdy nebyli nadšeni tím, co dělali, nikdy jim příliš nezáleželo na vykonávané práci.

Existenciální neuróza bývá definována různě. Křivohlavý uvádí, že například Maddi ji definuje jako chronickou neschopnost věřit v důležitost, užitečnost a pravdivost čehokoli, co si člověk jen dovede představit, že by dělat měl, případně že by o to měl mít zájem, natož pak že by se měl pro to angažovat.

Při existenciální neuróze jde o pocit promarnění života a naprostou existenční beznaděj. Při této příležitosti hovoříme také o ztrátě smysluplnosti života. Je pravdou, že s něčím podobným se setkáváme i při burnout syndromu. Opět ovšem pouze na konci tohoto procesu. Na začátku je naopak mimořádný prožitek smysluplnosti života (práce, existence). S pocitem ztráty smyslu života se setkáváme u těch lidí, kteří propadli psychickému vyhoření, až na konci tohoto procesu, když jejich snahy selhaly, když překážky byly příliš velké, když okolnosti byly nepříznivé, když se jejich úsilí zcela zhroutilo (Křivohlavý, 1998).

Stádia vyhaslosti

Syndrom vyhaslosti je třeba na jedné straně chápat jako stav, který vzniká v důsledku celé řady okolností, především pak díky působení chronického stresu pracovní povahy. Zároveň však se jedná o permanentně se vyvíjející proces.

Na obecné úrovni se většinou hovoří o iniciační fázi, pro kterou je charakteristické původní zapálení a výrazné emoční angažování se pro věc. Pak dochází k náhledu, či vystřízlivění, že původní ideály nejsou plně realizovatelné. Následuje období první frustrace, zklamání tématem, původní myšlenkou, ideou, řešeným problémem, či rovnou celou profesí. Věc původního zápalu a vše co je s ní spojené, začíná být vnímána negativně. V další fázi nastupuje apatie, propuká plná hostilita. Poslední je stádium úplné vyhaslosti, vyčerpání, které je provázeno cynismem, odosobněním.

Další přístup ke stanovení stádia vyhaslosti podává Maslach a Goldberg (1998), kteří také navrhli metodu k diagnostikování burnout syndromu.

1. fáze – prvotní nadšení a zaujetí pro věc, které je spojené s déle trvajícím přetěžováním.
2. fáze – začíná se objevovat psychické a částečně i fyzické vyčerpání.
3. fáze – nastupuje dehumanizovaná percepce okolí, která slouží jako obranný mechanismus před dalším vyčerpáním.
4. fáze – totální vyčerpání, negativismus, nezájem o okolí a lhostejnost.

Je zřejmé, že je zcela oprávněné uvažovat o stádiích vývoje syndromu vyhoření. Skutečně nejde o neměnný stav, ale o neustále se vyvíjející proces.

Rizikové a protektivní faktory ve vztahu k vyhaslosti

Za jeden z nejpodstatnějších iniciujících faktorů vzniku syndromu vyhoření lze tedy považovat působení chronického stresu, především pracovní povahy. Za vnitřní klíčový faktor, který ovlivňuje odolnost člověka vůči negativnímu účinku stresu, je pokládána jeho osobnost. Za klíčový vnější, sociálně založený faktor je pokládána sociální opora, která je chápána jako systém sociálních vztahů a vazeb, jež člověk jednak produkuje ve vztahu k okolí a jednak také z tohoto okolí přijímá.

Rizikové faktory vyhaslosti:

- příslušnost k profesi, která obsahuje profesionální práci s lidmi nebo pouze kontakt s nimi
- nutnost čelit chronickému stresu
- osamocený život v současné společnosti, ve které se neustále zrychluje životní tempo a zvyšují se nároky na člověka kladené
- vysoké až nadměrné požadavky na výkon, při současné nízké autonomii pracovní činnosti
- původně výrazné pracovní nadšení, zaujetí pro věc
- chování typu A s důrazem na soutěživost a hostilitu
- původně vysoká míra empatie, obětavosti, zájmu o druhé
- nízká asertivita
- negativní afektivita, depresivní ladění
- úzkostné, fobické, obsedantní rysy
- permanentně prožívaný časový tlak
- vyšší habituální nastavení na fyzickou reaktivitu ve stresu s permanentně zvýšenou reaktivitou v oblasti kardiovaskulárního aparátu
- externí lokalizace kontroly
- nízké či nestabilní sebepojetí a sebehodnocení
- přesvědčení o neodpovídajícím společenském uznání a ekonomickém hodnocení vykonávané profese
- habituálně založený prožívaný hněv (jako emoční stav), hostilita (jako osobnostní rys), agrese (jako chování, v němž dochází k expresy obojího)
- syndrom bezmoci – beznaděje.

Protektivní faktory ve vztahu k vyhaslosti:

- chování typu B
- dostatečná asertivita
- umět relaxovat a znát jak
- umění nedostat se pod časový tlak, vhodná organizace času
- pracovní autonomie, pestrost a proměnlivost práce
- odolnost jakožto osobnostní nastavení ve smyslu – hardiness, sense of coherence, resilience

- pocit dostatku vlastních schopností zvládat situace
- víra ve vlastní schopnosti a sebeuplatnění
- interní lokalizace kontroly
- dispoziční optimismus
- příjemný tok či proud zážitků, který se dostavuje na základě přiměřených požadavků v poměru k možnostem jedince a silného, euforicky laděného zaujetí pro věc
- sociální opora
- pocit adekvátního společenského a ekonomického uznání a hodnocení
- pocit osobní pohody, životní spokojenost, pozitivní emoce a štěstí.

Dále se ukazuje, že k neutrálním faktorům, z hlediska rozvoje syndromu vyhaslosti, lze počítat inteligenci, věk, vzdělání, délku praxe v oboru, dobu, po kterou je zastávána nynější pracovní pozice.

Názory na výskyt vyhaslosti z hlediska intersexuálních rozdílů nejsou jednotné. Zvláště v 80. letech ve 20. století byl přijímán názor, že burnout syndrom se častěji rozvine u žen. Někdy byl udáván počet až dvojnásobně vyšší. V dalších studiích se objevují již poněkud vyrovnanější výsledky. Tyto nesrovnalosti byly pravděpodobně zapříčiněny demografickými parametry populačních vzorků, řada výzkumů byla prováděna na typicky ženských profesních skupinách – zdravotní sestry, učitelky, sociální pracovnice.

Poslední výzkumy ukazují tranzitorní povahu vyhaslosti a také značnou přilnavost ke konkrétním situačním podmínkám – odblokování stresorů, které zapříčiňují vyhoření, vede k rychlému poklesu ukazatelů vyhaslosti, po návratu do původních situačních podmínek však následuje i návrat k původnímu stavu. Některými výzkumy bylo zjištěno, že po dovolené v délce čtrnácti dnů se ukazatele vyhaslosti částečně obnovují již po třech dnech v zaměstnání. Po třech týdnech v zaměstnání, pokud nedošlo ke změně podmínek jeho vykonávání, se již ukazatele vyhaslosti dostávají na stejnou úroveň, jako tomu bylo před dovolenou (Rowe, 1997).

Možnosti prevence burnout syndromu

Za hlavní faktory předcházení vyhaslosti můžeme považovat následující tři skupiny okolností:

1. nalezení smysluplné pracovní činnosti
2. získání a převzetí profesionální autonomie a opory
3. vytváření přirozeného vztahu k práci (poznání přínosu, jenž práce přináší člověku a člověk práci) a dalším životním aktivitám

V principu platí, že faktory, které moderují vliv psychosociálního stresu na zdraví člověka, moderují i možný vznik vyhaslosti. Klíč k ovlivnění škodlivosti psychosociálního stresu se stále častěji hledá na úrovni osobnosti jedince. Zde více než jinde platí heslo sofistů, že měrou všech věcí je pouze člověk. Výše byla popsána řada charakteristik, které mohou mírnit nebo naopak podporovat škodlivý účinek stresu pro zdraví člověka.

Osobnostní koncept nezdolnosti (ať už v pojetí Antonovského nebo Kobasové či Wernerové) má vliv protektivní. Zatímco negativní afektivita ve vztahu k vyhaslosti je daleko více facilitující.

Důvodem ochranného účinku nezdolnosti je s velkou pravděpodobností kognitivní hodnocení stresogenních situací a jejich obrácení ve smysluplné výzvy.

Osoby s vysokou úrovní nezdolnosti se percipují a hodnotí jako kompetentnější ve zvládání každodenních nároků, hodnotí příznivě své fyzické i psychické síly. Činí pozitivní hodnocení situací, vybírají přiměřené strategie k jejich zvládnutí, což zpětnovazebně vede k příznivějšímu kognitivnímu hodnocení situace.

Z vnějších faktorů byla pozornost věnována především vlivu sociální opory. Sociální opora má hlavní zdroje v rodině, zaměstnání od spolupracovníků, mimo práci od přátel a dobrých známých, se kterými je možno realizovat trávení volného času. Nedostatek sociální opory pozitivně koreluje s rozvojem vyhaslosti. Zdá se, že největší význam má v této souvislosti podpora poskytovaná spolupracovníky ve stejném postavení.

Bylo již uvedeno výše, které osobnostní charakteristiky predisponují člověka k rozvoji vyhaslosti. V rámci shrnutí lze konstatovat, že osoby náchylné k vyhaslosti, byly charakterizovány: empatií, senzitivitou, obětavostí, idealismem, zaměřeností na druhé, úzkostí, pedantstvím, entuziasmem, tendencí přehnaně se identifikovat s druhými (Kebza, Šolcová, 1998).

Práce s lidmi, práce pomáhajících profesí. Právě osoby, které se realizují v pomáhajících profesích, snadněji vyhoří. Jejich dispozice je dána výše zmíněným souborem představ a tendencí k jednání (Haškovcová, 2000).

Závěr

Práce v paliativní medicíně klade zvýšené nároky na psychickou odolnost zdravotníka. Proto je užitečné, aby management zdravotnického zařízení zakalkuloval pro každého začínajícího pracovníka do svých programů poskytnutí zkušebního období, během něhož by si mohli, on sám i jeho nadřízení, ověřit, zda se pro takovou práci hodí. Uvádí se, že tato doba by měla trvat nejméně půl roku.

Prvním předpokladem je zajisté duševní zdraví. Pro tuto práci se nehodí osoby, které jsou nervově labilní, psychopatické nebo léčené pro duševní chorobu. Nadřízení by neměli ignorovat tento základní požadavek. Pokud by se tak stalo, otevírá se tím cesta k iatropatogennímu působení na pacienty.

Dalším předpokladem je zralost osobnosti a určité povahové rysy, jako je schopnost sebeovládání a trpělivosti. Lidé, kteří jsou výbušní, neklidní, nevlídní a nevyrovnaní, by neměli v oblasti paliativní péče pracovat.

Pro začínajícího pracovníka by měl být kdykoli k dispozici psycholog, sociální pracovník nebo některý ze služebně starších kolegů, kterému by se dotyčný mohl svěřit se svými problémy. Tento supervizor by mu měl pomoci k pochopení motivací ke zvolené práci. Dále by mu měl pomoci pochopit vlastní vztah a postoje ke smrti (Dostálová, 1986).

Jedinečný přístup, jak účinně pomáhat lidem, kteří pracující v takto emočně rizikovém prostředí, je metoda maďarského lékaře Bálinta – tzv. bálintovské skupiny. Na bálintovských skupinách může každý zdravotník předložit k diskusi svůj neuspokojivý vztah k pacientovi, který považuje pro sebe za zatěžující. Vylíčí podrobně své nejistoty a nejasnosti. Poté následují otázky ostatních účastníků skupiny. Po důkladně probraném tématu pronášejí ostatní vlastní úsudky a posléze i fantazie, které v nich jednotlivé části výpovědi protagonisty vzbuzují. Nakonec referující zhodnotí, jaký užitek mu diskuse přinesla. Stane se, že nakonec pochopí, na čem je jeho averze vůči pacientovi založena.

Dochází také k redukci tenze, kterou zdravotník pociťuje v tváří tvář problematice paliativní péče. Cílem je vyvození užitečných pracovních závěrů pro sebe, pacienta a další terapii. Nutno také přičíst k dobru věci působení abreakce (Balint, 1999).

Nastupující pracovník by měl znát svou toleranci k nadlimitním zátěžím. To znamená, že by měl znát svá citlivá místa a měl by je znát i jeho nadřízený. Fyzické zdraví je vždy předností, ale není nezbytnou podmínkou.

Dalším požadavkem na pracovníka v tomto oboru je jeho schopnost komunikace. Tato schopnost se uplatňuje v různé míře u jednotlivých profesí. U psychologa nebo sociálního pracovníka je prvním předpokladem pro vykonávání jejich povolání. Sestra má s pacientem umět hovořit taktně o jeho obtížích a potřebách. Podobně je na tom lékař, i když s pacientem tráví méně času. Od zřízenců a administrativních pracovníků zdravotnických zařízení se vyžaduje jakési komunikační minimum – slušnost, trpělivost, klidné vystupování a seriózní jednání. Výhodou pro každého pracovníka je dobré rodinné zázemí.

Svou úzkost, kterou si lékaři a sestry v paliativní medicíně zpravidla nechtějí připustit a potlačují ji, řeší nejčastěji omezením komunikace s pacientem a únikem do jiných činností, např. administrativních. Někdy je tento únik zjevný natolik, že signalizuje kolaps komunikace. Trpí tím samozřejmě především pacient, který si tuto skutečnost vysvětluje většinou jako pohrdání vlastní osobou.

Vzrůstající úzkost někteří pracovníci řeší somatizací – pociťují různé obtíže na úrovni svého těla. Někteří si jen stěžují, jiní se dostávají do stavu pracovní neschopnosti.

Někteří lékaři nebo sestry se brání lítosti, kterou pociťují vůči pacientům drsností až hrubostí. Přesto mohou být profesionálně zdatní a obětaví. Málokterý pacient však takovou obětavost či zdatnost dovede ocenit. Pacienti si spíše váží slušného chování a menší preciznosti než naopak.

K vážnějším citovým deformacím patří citová plochost, která může být pouze hraná nebo jde skutečně o projev citového otupění. Projevuje se cynismem, netaktním chováním, nevhodným vtipkováním i před pacienty, zbytečným hlasitým a veřejným, zlehčujícím hovorem o intimních věcech pacientů, spolupracovníků a někdy i o svých vlastních. Dotyčný má radost, když tím přivádí okolní osoby do rozpaků.

Výše diskutovaný burnout syndrom se objevuje po různě dlouhé době profesionální aktivity, zvláště u lékařů a sester. Některé výzkumy ukazují, že pracovník postižený tímto syndromem se už nemůže vrátit ke svému původnímu zaměření. Platí to spíše pro sestry než pro lékaře. Ukazuje se, že po několikaletém vysazení může takový lékař přiměřeně vykonávat práci v původním prostředí (Dostálová, 1986).

Literatura:

Balint, M. (1999). *Lékař, jeho pacient a nemoc*. Praha: Grada.

Boleloucký, Z. (1998). *Psychiatrie a lékařská psychologie v paliativní medicíně*. Brno: Vydavatelství MU.

Dostálová, O. (1986). *Psychoterapeutické přístupy k onkologicky nemocným*. Praha: Avicenum.

Dunlop, R. J. and Hockley, J.M. (1990). *Terminal care support teams the hospital – hospice interface*. New York: Oxford University Press.

Haškovcová, H. (2000). *Thanatologie*. Praha: Galén.

Holeksová, T. (2002). *Ležící člověk v domácím prostředí*. Praha: Grada Publishing.

Kebza, V., Šolcová, I. (1998). Burnout syndrom: teoretická východiska, diagnostické a intervenční možnosti. *Československá psychologie*, roč. XLII, č. 5, str. 429 – 427.

Kondáš, O., Kordačová, J. (1990). Alexithýmia a jej metodické zachytenie. *Československá psychologie*, roč. XXXIV, č. 5, str. 411 – 419.

Křivohlavý, J. (1998). *Jak neztratit nadšení.* Praha: Grada.

Maslach, C., Goldberg, J. (1998). Prevention of burnout. *New perspectives, applied and preventive psychology*, 7, str. 63 – 74.

Rowe, M. M. (1997). Hardiness, stress, temperament, coping and burnout in health professionals. *American journal health behavioral*, 21, str. 163 – 171.

Severová, J. (ed.). (1999). Zátěž pečovatelských týmů u těžce a chronicky nemocných pacientů. In *Gerontologické dny*. Ostrava: Barrister.

O autorovi: Mgr. Martin Kupka, Ph.D., pracuje v současnosti jako odborný asistent na FF UP, Katedra psychologie. Zde vyučuje předmět Klinická psychologie, Kulturní antropologie, Psychologie zdraví, Psychologické aspekty paliativní péče. Dále pracuje jako oblastní metodik prevence sociálně patologických jevů v Pedagogicko–psychologické poradně v Jeseníku.

Kontaktní údaje:
email: mkupka@email.cz
adresa: Katedra psychologie, FF UP, Olomouc, Vodární 6, 772 00.

Kupka, M. (2008). Paliativní péče a riziko syndromu vyhoření. *E-psychologie* [online]. 2(1), 23−35 [cit. vložit datum citování]. Dostupný z WWW: <http://e-psycholog.eu/pdf/kupka-ps.pdf>. ISSN 1802-8853.