

VÝSKYT SYNDRÓMU VYHORENIA U LEKÁROV NA PSYCHIATRICKÝCH KLINIKÁCH NA SLOVENSKU

původní práce

Eva Morovicsová¹
Danka Krajčovičová¹
Lenka Kostovičová²

¹Psychiatrická klinika Lekárskej
fakulty Univerzity Komenského
a Univerzitná nemocnica Bratislava,
Slovenská republika

²Ústav experimentálnej
psychológie, Centrum
spoločenských a psychologických
vied Slovenskej akadémie vied,
Bratislava, Slovenská republika

Kontaktní adresa:

doc. PhDr. Eva Morovicsová, PhD.,
MPH
Psychiatrická klinika LF UK a UNB –
Staré Mesto
Mickiewiczova 13
813 69 Bratislava
e-mail:
eva.morovicsova@fmed.uniba.sk

SÚHRN

Morovicsová E, Krajčovičová D, Kostovičová L. Výskyt syndrómu vyhorenia u lekárov na psychiatrických klinikách na Slovensku

Cieľ: Na Slovensku chýbala štúdia o výskyte syndrómu vyhorenia u psychiatrov, pričom ide o obzvlášť rizikovú profesiu. Preto sme sa zamerali na zmapovanie symptómov vyhorenia u lekárov na slovenských psychiatrických klinikách vo vzťahu k individuálnym rozdielom.

Materiál a metóda: Výskum sme realizovali na všetkých psychiatrických klinikách, kde pracuje 95 lekárov. Štúdie sa zúčastnilo 82 psychiatrov, ktorí vyplnili Maslach Burnout Inventory a Dotazník pracovného stresu a vyhorenia. Predpokladali sme vyššiu mieru vyhorenia u psychiatrov vykonávajúcich ústavnú pohotovostnú službu a zaujímali nás rozdiely vo výskyte symptómov vyhorenia podľa rodu, veku a praxe.

Výsledky: Viac ako polovica psychiatrov pociťovala nízku úroveň osobného uspokojenia, pätina vyjadrila vysokú úroveň depersonalizácie a dve pätiny trpeli vysokým emocionálnym vyčerpaním. Každý šiesty participant mal dokonca všetky hodnoty kategórií symptómov nad kritickou úrovňou. Identifikovali sme významne vyššiu mieru depersonalizácie a celkových príznakov vyhorenia v sociálnej rovine u participantov pôsobiacich v pohotovostnej službe. Psychiatričky pociťovali príznaky vyhorenia vo výrazne vyššej miere než psychiatri, s výnimkou depersonalizácie. Starší

SUMMARY

Morovicsová E, Krajčovičová D, Kostovičová L. Prevalence of burnout syndrome among physicians at psychiatric clinics in Slovakia

Aim: Study on burnout among psychiatrists in Slovakia has been missing. Therefore, we examined burnout symptoms among physicians working in Slovak psychiatric clinics, in relation to individual differences.

Material and method: We conducted our research at all psychiatric clinics, that employ together 95 physicians. Eighty-two participating psychiatrists filled out the Maslach Burnout Inventory and the Questionnaire for identification of stress level and burnout syndrome. We were interested in differences according to gender, age experience, and performing emergency service.

Results: Majority of the respondents felt a low level of personal accomplishment, one fifth expressed a high degree of depersonalization, and two fifths suffered from high emotional exhaustion. All categories of symptoms were above the critical level in every sixth participant. We identified a significantly higher incidence of depersonalization and overall symptoms of burnout in social domain among participants performing emergency service. Women suffered all symptoms of burnout to a substantially greater extent than men, except for depersonalization. Prevalence of physical symptoms and emotional exhaustion was higher among older and more experienced psychiatrists.

a skúsenejší psychiatri trpeli telesnými príznakmi vyhorenia a emocionálnym vyčerpaním viac ako ich mladší a menej skúsení kolegovia.

Záver: Naše zistenia sú znepokojivé a vyžadujú efektívne riešenia. Preto poskytujeme v závere článku prehľad intervencií a odporúčame dôkladné preskúmanie kultúrnych rozdielov a realizáciu metaanalýz.

Kľúčové slová: individuálne rozdiely, lekári, psychiatri, syndróm vyhorenia, Slovensko.

Conclusion: Our findings are cause for concern, and call for effective solutions. We provide an overview of possible interventions, and recommend a thorough examination of cultural differences, and meta-analyses.

Key words: burnout, individual differences, physicians, psychiatrists, Slovakia.

ÚVOD

Syndróm vyhorenia je globálny fenomén, ktorý najčastejšie postihuje pomáhajúce profesie. Ich charakteristickým znakom je prevaha „výdaja nad príjmom“, keď zamestnanci pracujú s vysokým nasadením a dostáva sa im málo uznania alebo ich výsledky nie sú uspokojivé v porovnaní s vynakladaným úsilím. Zároveň sú dlhodobo vystavovaní bezprostrednému kontaktu s ľuďmi a pôsobeniu rozličných stresových faktorov. Medzi profesie najviac ohrozené syndrómom vyhorenia patria lekári, sestry a ďalší zdravotnícky personál.^{1,2,3} V profesii lekára je dlhodobá prítomnosť stresorov typická a ich zvládanie závisí od jeho osobnostných vlastností, skúseností a kompetencií, ako aj postoja k práci a k životu.^{4,5} Ak je dlhodobo vystavený pôsobeniu negatívnych faktorov, nedokáže ich eliminovať, najmä ak v tomto smere nenachádza podporu vo svojom okolí, postupne dochádza k poklesu jeho pracovných výkonov a k zhoršeniu vzťahu k vlastnému povolaniu. Výsledkom je spravidla syndróm vyhorenia, jav so závažným individuálnym a spoločenským dopadom. Dôsledky syndrómu vyhorenia v lekárskej profesii sa týkajú nielen samotného jedinca, ale aj zamestnávajúcej inštitúcie a, v neposlednom rade, cieľovej skupiny pracovných aktivít lekára – pacientov, podporných osôb, prípadne študentov medicíny.

Lekári-psychiatri sú vo vzťahu k rizikám syndrómu vyhorenia špecifickou skupinou. Syndróm vyhorenia v kontexte profesie psychiatra nie je dostatočne preskúmaný a porovnania z hľadiska individuálnych rozdielov priniesli dosiaľ nejednoznačné výsledky. V našom výskume sme sa preto zamerali na zmapovanie výskytu a intenzity symptómov syndrómu vyhorenia u lekárov pôsobiacich na psychiatrických klinikách na Slovensku, vo vzťahu k rodu, veku, dĺžke praxe a vykonávaniu ústavnej pohotovostnej služby.

Syndróm vyhorenia: príčiny, priebeh, príznaky a predispozície

Odborný termín burnout do psychológie a psychoterapie zaviedol v 70. rokoch minulého storočia Henrich Freudenberg. Syndróm vyhorenia sa spravidla vymedzuje ako subjektívne prežívanie telesného, citového a duševného vyčerpania. Je konečným štádiom procesu, keď sa človek dlhodobo a intenzívne zaoberá situáciami, ktoré sú pre neho emocionálne veľmi náročné.⁶ Podľa toho, či pôsobenie negatívnych podnetov a faktorov je krátke, nárazové alebo dlhodobé a systematické, rozlišujeme dôsledok v podobe akútneho alebo chronického vyhorenia.⁷

Syndróm vyhorenia vzniká kombináciou subjektívnych a objektívnych príčin. K *subjektívnym príčinám* patria hlavne veľké očakávania a ideály človeka spojené s prácou. Z *objektívnych príčin* je to predovšetkým pôsobenie chronického stresu, ktorý vzniká pri práci s ľuďmi. K vzniku syndrómu vyhorenia prispieva aj pracovné prostredie, charakter práce a pracovné podmienky. Príkladmi nepriaznivých pracovných podmienok sú dlhodobé pracovné preťažovanie, pôsobenie stresových faktorov, prísny pracovný režim, neprimeraná a častá kontrola, malá miera voľnosti. Nepriaznivo pôsobia taktiež zlé medziľudské vzťahy na pracovisku a významný vplyv na vznik syndrómu vyhorenia má aj nedostatočné spoločenské uznanie v kontraste so stúpajúcimi spoločenskými požiadavkami.^{8,9}

Priebeh syndrómu vyhorenia začína prvotným *nadšením* pri vstupe osoby do praxe, po ktorom nastupuje fáza *stagnácie*. Vyvoláva ju stret ideálov, očakávaní a reality jednotlivých pracovísk, kde často prevažujú nepriaznivé a demotivujúce faktory. Ak sa situácia nerieši na globálnej úrovni a osoba aktívne nevyužíva preventívne opatrenia, dostaví sa fáza *frustrácie*. V popredí je prežívanie emocionálneho a fyzického vyčerpania. Vtedy sa začína viac zaoberať myšlienkou, aký má jej práca zmysel. Častejšie porovnáva výsledky svojho snaženia s finančným, morálnym a spoločenským ocenením, ktoré sa jej dostáva. Ak

sa osoba so situáciou nevyrovná, nastupuje fáza *apatie*, keď zaujíma postoj, že nemá cenu sa snažiť. Neangažuje sa, robí len to najnutnejšie a uzatvára sa do seba. V prístupe k okoliu sa prejavuje dehumanizácia, ako istá obrana pred vyhorením. Pokiaľ sa ani v tejto fáze nezmobilizuje a nevyhľadá pomoc, rozvinie sa fáza *vlastného vyhorenia*, ktorá sa prejaví v telesnej, psychickej i sociálnej oblasti.^{10,11}

Syndróm vyhorenia sprevádza súbor príznakov v troch rovinách. *Psychické vyčerpanie* sa vyznačuje prevahou negatívnych emócií, zhoršením koncentrácie a pamäťových funkcií. Nastáva pokles nálady, motivácie a výkonnosti, a tým aj znižovanie sebadôvery. Na úrovni *sociálnych vzťahov* dochádza k útlmu sociability a obmedzeniu kontaktov. Klesá záujem o okolie, schopnosť a ochota precítiť problémy iných, neskôr nastáva i prenos neprimeraného postoja k ľuďom mimo pracovného prostredia. *Telesné príznaky* sa prejavujú najmä výrazným poklesom energie, chronickou únavou, vyčerpanosťou, celkovou telesnou slabosťou a náchylnosťou k chorobám. Objavujú sa bolesti hlavy, krčnej chrbtice, brucha, pokles hmotnosti, či nespavosť. Jedinec sa často uchyluje k samoliečbe formou užívania liekov, k nadužívaniu alkoholu a prejedaniu.^{8,12}

Napriek tomu, že syndróm vyhorenia môže postihnúť kohokoľvek, sú bohato dokumentované rozdiely vo výskyte a intenzite symptómov z hľadiska individuálnych charakteristík. Príkladom je neurotizmus pozitívne súvisiaci s emocionálnym vyčerpaním a depersonalizáciou,¹³ negatívne vzťahy medzi privetivosťou a depersonalizáciou a medzi emocionálnou stabilitou a emocionálnym vyčerpaním.¹⁴ Syndrómom vyhorenia sú zároveň viac ohrození ľudia so zníženým sebedomím, nízkou toleranciou voči záťaži, ale aj neustálou potrebou pomáhať iným. Z ďalších charakteristík sú to napríklad hostilita, súťaživosť, túžba po úspechu a necitlivosť k okoliu.⁹

Vyhorenie u lekárov a psychiatri ako obzvlášť riziková skupina

Syndróm vyhorenia je chorobou moderného zdravotníctva.¹⁵ Montgomery¹⁶ opisuje syndróm vyhorenia u lekárov ako nevyhnutný následok aktuálnej situácie vo vzdelávaní a profesionálnom pôsobení lekárov. Prvým faktorom podieľajúcim sa na vzniku syndrómu vyhorenia u lekárov je podľa neho už obdobie pregraduálnej prípravy, pretože štúdium budúcich lekárov sa viac zameriava na nadobudnutie vedomostí a získanie praktických zručností v porovnaní s nácvikom komunikačných schopností a osvojením stratégií zvládania náročných situácií. Podľa autora je medicínske vzdelávanie málo zamerané na rozvoj sociálnych a interpersonálnych zručností.

V lekárskej praxi pôsobí množstvo rizikových činiteľov, medzi inými veľká morálna a právna zodpovednosť, stret s negatívnymi emóciami pacientov,¹² ale aj nutnosť rozhodovať sa napriek neúplným informáciám, nárázový charakter práce, konflikt rolí (terapeut verzus manažér) alebo ľahká dostupnosť návykových látok.³ Dôležitými faktormi, ktoré zvyšujú nebezpečenstvo vyhorenia, sú u lekárov aj práca na zmeny¹⁷ a služby na pohotovosti.¹⁸

Riziká syndrómu vyhorenia stúpajú i v dôsledku zvyšovania ekonomických a administratívnych obmedzení a neustálych zmien v systéme zdravotnej starostlivosti.¹⁹

„Lekári v mnohých krajinách zažívajú pri výkone svojej profesie veľkú frustráciu, či už kvôli obmedzeným zdrojom, vládnenému či korporátnemu manažmentu zdravotnej starostlivosti, mediálnym správam o chybách a etických zlyhaniach v medicíne, a spochybňovaniu schopností a autority zo strany pacientov a iných poskytovateľov zdravotnej starostlivosti.“²⁰ Dôsledkom je stúpajúci výskyt mentálnych porúch, požívania návykových látok, samovrážd a zníženého pracovného výkonu lekárov.²

Viacere štúdie^{2,21–24} poukazujú na obzvlášť zvýšený výskyt syndrómu vyhorenia u lekárov na psychiatrických pracoviskách. Zo všetkých medicínskych špecializácií majú psychiatri najintenzívnejší interpersonálny kontakt s pacientmi.²⁵ Na druhej strane uvádzajú málo možností konzultácie s kolegami a nízku mieru supervízie.²⁶ Vo vzťahu k psychiatrickým pracoviskám Kumar²⁴ k ďalším stresovým faktorom zaraďuje narastajúcu administratívu, zvládanie akútnych prípadov v rámci prijímania na oddelenie, komunikačne náročných pacientov a rodinných príslušníkov, a tiež manažment pacientov s rizikom k suicidálnemu a agresívnemu správaniu.

Deary, Agius a Sadler²⁷ zistili, že psychiatri sa líšia od všeobecných lekárov a chirurgov vyššou mierou neurotizmu, otvorenosti a privetivosti, vyšším výskytom emocionálneho vyčerpania a depresie. Výskum realizovaný vo Finsku na vzorke viac ako 3000 lekárov taktiež preukázal výraznejšie emocionálne vyčerpanie u lekárov pracujúcich na psychiatrii v porovnaní s inými lekármi a všeobecnou populáciou. Psychiatri častejšie uvádzali problémy so spánkom, užívanie psychotropných látok, vyššiu mieru suicidálnych myšlienok.²⁶ Štúdia Hosáka et al.¹ na druhej strane poukazuje na vyššiu úroveň vedomostí v oblasti starostlivosti o duševné zdravie a zvládania stresových situácií u zdravotníckych pracovníkov na psychiatrických pracoviskách, čo môže byť protektívnym faktorom v súvislosti s prevenciou syndrómu vyhorenia. Pre prípravu efektívnych intervencií na báze primárnej, sekundárnej i terciárnej prevencie je dôležité dôkladne preskúmať individuálne faktory, ktoré zohrávajú rolu v rámci výskytu syndrómu vyhorenia. Výskum v tejto oblasti zatiaľ priniesol nejednoznačné závery.

Výskyt syndrómu vyhorenia u lekárov z hľadiska rodu, veku a praxe

V súvislosti s výskytom syndrómu vyhorenia bývajú ženy označované za viac rizikovú skupinu v porovnaní s mužmi. Príčinou je zrejme ich vyššia záťaž spôsobená plnením pracovných povinností a súčasne vedením domácnosti a výchovou detí.⁹ Vyšší výskyt syndrómu vyhorenia u žien pracujúcich v zdravotníctve dokumentuje aj štúdia Mažgútovej.²⁸ Fothergill et al.²² vo svojej prehľadovej štúdií konštatujú, že psychiatričky zažívajú viac stresu ako psychiatri. V súlade s uvedenými informáciami výskumy s lekármi z USA²⁹ a Libanonu³⁰ dospeli k zisteniu, že lekárky trpia syndrómom vyhorenia častejšie a intenzívnejšie než lekári.

Viacere výskumy však rodové rozdiely u lekárov (Jemen,³¹ Austrália³²) a osobitne psychiatrov (Británia,²⁵ Fínsko²⁶) nenašli. Štúdie realizované u českých¹⁵ a tureckých¹⁷ lekárov dokonca dokumentujú vyšší výskyt symptómov

vyhorenia u mužov. Ptáček a Raboch¹⁵ vysvetľujú, že ženy sú ochotnejšie pripustiť si možnosť zlyhania a častejšie vyhľadávajú odbornú a laickú pomoc, a taktiež sociálnu podporu, ktorá je hlavným protektívnym faktorom v rozvoji syndrómu vyhorenia.

Záveru týkajúce sa veku a dĺžky praxe vo vzťahu k výskytu syndrómu vyhorenia sú viac konzistentné. V prípade výskumu Ashkara et al.³⁰ vek lekárov s vyhorením nesúvisel. Zistenia iných výskumných štúdií však preukázali, že mladší lekári vykazovali vyššiu mieru depersonalizácie a emocionálneho vyčerpania,^{17,32} vyšší celkový výskyt príznakov vyhorenia^{31,15} a naopak nižšie osobné uspokojenie¹⁷ než starší lekári. Peisah et al.³² a Mažgútová²⁸ však identifikovali najnižšiu mieru osobného uspokojenia a najvyššiu mieru syndrómu vyhorenia u lekárov v strednom veku, respektíve so stredne dlhou praxou.

Zatiaľ čo Korkeila et al.²⁶ píše o vyššej miere príznakov depresie u starších psychiatrov, viacerí autori^{2,25,32} uvádzajú, že mladší a menej skúsení psychiatri zažívajú viac stresu než ich starší a skúsenejší kolegovia. V štúdiu Honzáka²³ s personálom českej psychiatrickej liečebne vek nezohrával rolu v rámci výskytu emocionálneho vyčerpania a depersonalizácie, no pracovné uspokojenie bolo významne vyššie u najstarších zdravotníkov. Participanti s dĺžkou praxe najmä do 5 rokov, ale aj do 30 rokov, prejavovali vyšší stupeň depersonalizácie a výrazne nižšiu mieru osobného uspokojenia ako participanti s dĺžkou praxe nad 40 rokov. Výsledky autorov Guthrie et al.²⁵ v súvislosti s dĺžkou praxe psychiatrov sú mierne odlišné: lekári s kratšou praxou v danom odbore boli viac emocionálne vyčerpaní, prejavili vyššiu mieru depersonalizácie, no približne rovnakú mieru uspokojenia ako skúsenejší lekári.

MATERIÁL A METÓDA

Cieľ výskumu

Cieľom nášho výskumu bolo zmapovať výskyt a intenzitu symptómov syndrómu vyhorenia u lekárov pracujúcich na psychiatrických klinikách na Slovensku vo vzťahu k rodu, veku, dĺžke praxe a vykonávaniu ústavnej pohotovostnej služby. Vzhľadom na nejednoznačné zistenia predošlých štúdií formulujeme jediný predpoklad, vo zvyšných prípadoch kladieme výskumné otázky:

(O1) Aká je miera výskytu jednotlivých kategórií symptómov syndrómu vyhorenia u lekárov na psychiatrických klinikách na Slovensku?

Je u lekárov na psychiatrických klinikách na Slovensku rozdiel v miere symptómov syndrómu vyhorenia z hľadiska (O2) rodu, (O3) veku a (O4) dĺžky praxe?

(H1) U lekárov na psychiatrických klinikách na Slovensku, ktorí vykonávajú ústavnú pohotovostnú službu, je vyššia miera symptómov syndrómu vyhorenia v porovnaní s tými, ktorí ústavnú pohotovostnú službu nevykonávajú.

Výskumný súbor

Výskum sme realizovali na všetkých psychiatrických klinikách na Slovensku na základe schválenia žiadosti o re-

alizáciu dotazníkového šetrenia prednostom kliniky alebo riaditeľstvom nemocnice. Oslovili sme nasledujúce pracoviská: Psychiatrickú kliniku Lekárskej fakulty Univerzity Komenského (LF UK) v Bratislave, Detskú psychiatrickú kliniku LF UK v Bratislave, Psychiatrickú kliniku Jesseniovej Lekárskej fakulty UK v Martine, I. Psychiatrickú kliniku Lekárskej fakulty Univerzity Pavla Jozefa Šafárika (LF UPJŠ) v Košiciach, II. Psychiatrickú kliniku LF UPJŠ v Košiciach a Psychiatrickú kliniku Lekárskej fakulty Slovenskej zdravotníckej univerzity v Bratislave. Na uvedených klinikách pracuje 95 lekárov (69 žien a 26 mužov), ktorým sme zaslali dotazníky k administrácii prostredníctvom prednostov kliník alebo vopred dohodnutých kontaktných osôb. Návratnosť dotazníkov predstavovala 86,3 %.

Výskumný súbor pozostával z 82 psychiatrov a psychiatričiek vo veku 25 až 70 rokov (*Mdn* = 41,0; *IQR* = 14,5). V súbore bolo 20 mužov a 62 žien. Dĺžka praxe zúčastnených lekárov bola v rozmedzí štvrtého roka až 46 rokov (*Mdn* = 15,0; *IQR* = 16,0). Ústavnú pohotovostnú službu (ďalej len ÚPS) vykonávalo 69,5 % (*n* = 57) lekárov. Muži a ženy sa významne nelíšili vo veku, dĺžke praxe, ani vo vykonávaní ÚPS. Medzi lekármi vykonávajúcimi a nevykonávajúcimi ÚPS sme nenašli rozdiely vo veku a dĺžke praxe.

Čo sa týka distribúcie veku a dĺžky praxe (kategórie podľa Honzáka²³), 13,4 % (*n* = 11) zúčastnených bolo vo veku do 30 rokov, 35,4 % (*n* = 29) vo veku 31 až 40 rokov, 28,0 % (*n* = 23) vo veku 41 až 50 rokov, 14,6 % (*n* = 12) vo veku 51 až 60 rokov a 8,5 % (*n* = 7) vo veku nad 60 rokov. Necelých 16 % zúčastnených (*n* = 13) uviedlo dĺžku praxe do 5 rokov, 23,2 % (*n* = 19) 6 až 10 rokov, 14,6 % (*n* = 12) 11 až 15 rokov, 13,4 % (*n* = 11) 16 až 20 rokov, 19,5 % (*n* = 16) 21 až 30 rokov, 7,3 % (*n* = 6) 31 až 40 rokov a 6,1 % (*n* = 5) nad 40 rokov.

Metodika

Okrem základných socio-demografických údajov boli účastníci požiadaní o vyplnenie dvoch dotazníkov: Maslach Burnout Inventory (MBI)³³ a dotazníka pracovného stresu a vyhorenia (DPSV).³⁴ Dotazník MBI vyvinuli Christine Maslach a Susan E. Jackson na meranie závažnosti psychického vyhorenia (1981), ktorý neskôr (1986, 1996) modifikovali pre rôzne profesie: zdravotníkov, učiteľov, sociálnych pracovníkov a ďalšie.^{35,36} MBI dotazník je celosvetovo rozšírený nástroj na zisťovanie troch kľúčových aspektov syndrómu vyhorenia, kedy 9 z 22 položiek zisťuje stupeň emocionálneho vyčerpania (*Emotional Exhaustion* – EE), 5 stupeň depersonalizácie (*Depersonalization* – DP) a 8 stupeň osobného uspokojenia (*Personal Accomplishment* – PA). Príkladmi položiek sú: „Práca ma citovo vysáva“ (EE), „Mám pocit, že niekedy s klientmi jedním ako s neosobnými vecami“ (DP) a „Za roky svojej práce som bol úspešný a urobil som veľa dobrého“ (PA). Na všetky položky odpovedali účastníci na 8-bodovej škále, kde 0 znamená „vôbec nie“ a 7 znamená „veľmi silne“. Pre každú dimenziu sú stanovené normy nízkeho, mierneho a vysokého stupňa výskytu daného súboru príznakov. V subškále emocionálne vyčerpanie je možné dosiahnuť hodnoty 0 až 63, pričom nízky stupeň EE je 0–16, mierny stupeň EE 17–26, vysoký stupeň EE 27 a viac. V subškále depersonalizácia je možné dosiahnuť

hodnoty 0 až 35, pričom nízky stupeň DP je 0–6, mierny stupeň DP 7–12, vysoký stupeň DP 13 a viac. V subškále osobné uspokojenie je možné dosiahnuť hodnoty 0 až 54, pričom nízky stupeň PA je 0–31, mierny stupeň PA 32–38, vysoký stupeň PA 39 a viac.³³ Vo výskumoch na Slovensku sa používal preklad publikovaného dotazníka z roku 1981, neskôr jeho upravené verzie.³⁶ Prvé práce v danej oblasti boli zamerané na výskyt syndrómu vyhorenia u učiteľov, lekárov a sociálnych pracovníkov. Validizácia MBI dotazníka u 389 zdravotníckych pracovníkov vo veku 18–64 rokov potvrdila jeho použiteľnosť aj v našich podmienkach.³⁶ V našom výskume všetky subškály dotazníka MBI vykazovali vysokú mieru vnútornej konzistencie, EE: $\alpha = 0,93$; DP: $\alpha = 0,84$; PA: $\alpha = 0,81$.

Druhý dotazník – DPSV – obsahuje 24 položiek zameraných na monitorovanie príznakov v telesnej, psychickej, emocionálnej a sociálnej rovine.³⁴ Príkladmi položiek sú: „Trpím poruchami spánku“ (TR), „Ťažko sa sústredím“ (PR), „Nedokážem sa radovať zo svojej práce“ (ER) a „Pokiaľ je to možné, vyhýbam sa rozhovorom s pacientmi“ (SR). Participanti vyjadrovali frekvenciu sledovaných javov prostredníctvom 5-bodovej škály, kde 0 zodpovedalo vyjadreniu „nikdy“ a 4 vyjadreniu „vždy“. Bodové súčty položiek zameraných na jednotlivé roviny vyjadrujú doménové skóre a ich celkovým súčtom sa získa celkové skóre, ktoré poukazuje na mieru náchylnosti k syndrómu vyhorenia. Maximálny počet dosiahnutých bodov je 96, minimálne celkové skóre má hodnotu 0. Dotazník je validný a reliabilný.^{37,38} Všetky subškály v našom výskume, s možným rozsahom hodnôt 0 až 24, vykazovali dostatočnú až vysokú mieru vnútornej konzistencie, TR: $\alpha = 0,72$; PR: $\alpha = 0,74$; ER: $\alpha = 0,89$; SR: $\alpha = 0,83$.

VÝSLEDKY

Výsledky celého súboru v rámci dotazníka MBI uvádzame v tab. 1. Viac ako pätina oslovených psychiatrov vykazovala vysokú úroveň depersonalizácie, takmer dve pätiny trpeli vysokým emocionálnym vyčerpaním, a viac ako polovica pociťovala nízku úroveň osobného uspokojenia. U dvoch tretín súboru (67,1 %; $n = 55$) sme našli aspoň jeden z troch kritických príznakov: vysoké emocionálne vyčerpanie, vysokú mieru depersonalizácie a príliš nízke osobné uspokojenie. Približne šestina participantov (15,9 %; $n = 13$) vykazovala všetky tri kritické atribúty syndrómu vyhorenia súčasne. Z daného súboru psychiatrov len 8,5 %, čiže siedmi zúčastnení, boli na opačnom konci spektra: vyjadrili nízku úroveň emocionálneho vyčerpania a depersonalizácie, a súčasne vysokú úroveň osobného uspokojenia.

Tab. 1. Úroveň symptómov vyhorenia podľa výsledkov dotazníka MBI

| | Nízka úroveň % (n) | Mierna úroveň % (n) | Vysoká úroveň % (n) |
|------------------------|--------------------|---------------------|---------------------|
| Emocionálne vyčerpanie | 35,4 (29) | 25,6 (21) | 39,0 (32) |
| Depersonalizácia | 54,9 (45) | 23,2 (19) | 21,9 (18) |
| Osobné uspokojenie | 53,7 (44) | 26,8 (22) | 19,5 (16) |

Tab. 2. Výsledky korelačných analýz symptómov vyhorenia

| | EE | DP | PA | TR | PR | ER | SR |
|----|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|
| EE | | 0,47 | -0,52 | 0,70 | 0,71 | 0,74 | 0,73 |
| DP | 0,47 | | -0,36 | 0,33 | 0,37 | 0,41 | 0,59 |
| PA | -0,52 | -0,36 | | -0,51 | -0,61 | -0,60 | -0,56 |
| TR | 0,70 | 0,33 | -0,51 | | 0,68 | 0,71 | 0,57 |
| PR | 0,71 | 0,37 | -0,61 | 0,68 | | 0,84 | 0,67 |
| ER | 0,74 | 0,41 | -0,60 | 0,71 | 0,84 | | 0,77 |
| SR | 0,73 | 0,59 | -0,56 | 0,57 | 0,67 | 0,77 | |

Pozn.: EE = emocionálne vyčerpanie, DP = depersonalizácia, PA = osobné uspokojenie, TR = príznaky v telesnej rovine, PR = príznaky v psychickej rovine, ER = príznaky v emocionálnej rovine, SR = príznaky v sociálnej rovine.

Z vyhodnotenia Dotazníka pracovného stresu a vyhorenia vyplynulo, že v rámci možného rozmedzia 0 až 24 dosahovali slovenskí psychiatri a psychiatričky v rovine telesných príznakov priemerné skóre 7,61 ($SD = 3,96$). Najviac zastúpenými príznakmi boli bolesti hlavy a celkové fyzické vyčerpanie. Pri psychických príznakoch predstavoval priemer 8,30 ($SD = 3,79$). Najväčšie zastúpenie mali ťažkosti so sústredením a pochybnosti o vlastných profesionálnych schopnostiach. Čo sa týka príznakov v emocionálnej rovine, priemer bol 9,28 ($SD = 4,47$) a najviac sa vyskytoval vnútorný nepokoj a nervozita, a tiež pocit bezmocnosti pri konfliktných situáciách na pracovisku. Skóre príznakov v sociálnej rovine nespĺňalo podmienky normality, pričom stredová hodnota bola 5,0 ($IQR = 6,0$). Najpočetnejšie boli zastúpené položky: nechuť pomáhať problémovým pacientom a vyhýbanie sa účasti na ďalšom vzdelávaní. A napokon, celkové skóre (na škále 0 až 96; $min = 2$; $max = 67$) dosiahlo priemernú hodnotu 31,10 ($SD = 14,63$).

Hodnoty siedmich indikátorov syndrómu vyhorenia (EE, DP, PA, TR, PR, ER, SR) spolu významne súviseli ($p < 0,001$). S výnimkou depersonalizácie boli vzťahy dvojíc príznakov veľmi silné ($r / r_s > 0,5$). Pre prehľad vzťahov pripájame tab. 2. Vzhľadom na závery testovania normality distribúcií ide v prípade depersonalizácie a symptómov syndrómu vyhorenia v sociálnej rovine o výsledky Spearmanovej korelačnej analýzy a u ostatných subškál sú zobrazené výsledky Pearsonovej korelačnej analýzy.

Individuálne rozdiely

Ako vyplýva z údajov v tab. 3 a 4, porovania mužov a žien preukázali signifikantné rozdiely vo všetkých prípadoch, s výnimkou depersonalizácie. Ženy prejavili významne vyššiu mieru emocionálneho vyčerpania, príznakov syndrómu vyhorenia v telesnej, psychickej, emocionálnej a sociálnej rovine, ako aj celkovú úroveň náchylnosti k vyhoreniu, a zároveň výrazne nižšiu mieru osobného uspokojenia. Identifikované rozdiely boli stredne veľké (*medium effect size*), a v prípade príznakov v emocionálnej rovine išlo dokonca o veľmi veľký rozdiel (*large effect size*).

Údaje v tab. 5 a 6 približujú porovnanie výskytu sledovaného javu vo vzťahu k vykonávaniu ÚPS, kde sme zistili signifikantné výsledky v dvoch prípadoch. Lekári pôsobiaci v ÚPS vyjadrili vyššiu mieru depersonalizácie a celkových príznakov syndrómu vyhorenia v sociálnej rovine v porov-

Tab. 3. Porovnanie úrovne symptómov vyhorenia podľa rodu I. – dotazník MBI

| Rod | EE | DP | PA |
|----------------|--|---|---|
| | M (SD) | Mdn (IQR) | M (SD) |
| Muži | 18,2 (8,6) | 6,0 (5,75) | 35,6 (9,0) |
| Ženy | 25,7 (14,1) | 5,0 (9,5) | 30,0 (8,2) |
| Výsledok testu | $t(80) = -2,27$ $p = 0,026$ $d = 0,58$ | $U = 593,00$ $p = 0,770$ $r_m = 0,03$ | $t(80) = 2,59$ $p = 0,011$ $d = 0,67$ |

Pozn.: EE = emocionálne vyčerpanie, DP = depersonalizácia, PA = osobné uspokojenie.

Tab. 4. Porovnanie úrovne symptómov vyhorenia podľa rodu II. – dotazník DPSV

| Rod | TR | PR | ER | SR | SPOLU |
|----------------|--|--|--|---|--|
| | M (SD) | M (SD) | M (SD) | Mdn (IQR) | M (SD) |
| Muži | 6,04 (3,42) | 6,30 (2,78) | 6,70 (3,57) | 3,50 (4,75) | 23,05 (10,50) |
| Ženy | 8,12 (4,01) | 8,94 (3,87) | 10,11 (4,44) | 6,00 (6,25) | 33,69 (14,89) |
| Výsledok testu | $t(80) = -2,08$ $p = 0,041$ $d = 0,53$ | $t(80) = -2,82$ $p = 0,006$ $d = 0,73$ | $t(80) = -3,12$ $p = 0,002$ $d = 0,80$ | $U = 403,50$ $p = 0,019$ $r_m = 0,21$ | $t(80) = -2,96$ $p = 0,004$ $d = 0,76$ |

Pozn.: TR = príznaky v telesnej rovine, PR = príznaky v psychickej rovine, ER = príznaky v emocionálnej rovine, SR = príznaky v sociálnej rovine.

Tab. 5. Porovnanie úrovne symptómov vyhorenia podľa vykonávania ústavnej pohotovostnej služby I. – dotazník MBI

| ÚPS | EE | DP | PA |
|----------------|--|---|---|
| | M (SD) | Mdn (IQR) | M (SD) |
| Nie | 23,6 (13,8) | 4,0 (5,0) | 32,0 (10,1) |
| Áno | 24,0 (13,2) | 8,0 (9,0) | 31,1 (8,1) |
| Výsledok testu | $t(80) = -0,13$ $p = 0,901$ $d = 0,03$ | $U = 461,50$ $p = 0,011$ $r_m = 0,28$ | $t(80) = 0,47$ $p = 0,640$ $d = 0,11$ |

Pozn.: EE = emocionálne vyčerpanie, DP = depersonalizácia, PA = osobné uspokojenie.

Tab. 6. Porovnanie úrovne symptómov vyhorenia podľa vykonávania ústavnej pohotovostnej služby II. – dotazník DPSV

| ÚPS | TR | PR | ER | SR | SPOLU |
|----------------|--|---|--|---|--|
| | M (SD) | M (SD) | M (SD) | Mdn (IQR) | M (SD) |
| Nie | 7,37 (4,34) | 8,35 (4,19) | 8,76 (4,66) | 3,0 (4,5) | 28,68 (14,74) |
| Áno | 7,71 (3,82) | 8,27 (3,64) | 9,51 (4,41) | 6,0 (6,5) | 32,16 (14,58) |
| Výsledok testu | $t(80) = -0,36$ $p = 0,720$ $d = 0,09$ | $t(80) = 0,09$ $p = 0,932$ $d = 0,02$ | $t(80) = -0,70$ $p = 0,489$ $d = 0,17$ | $U = 485,00$ $p = 0,021$ $r_m = 0,26$ | $t(80) = -0,99$ $p = 0,325$ $d = 0,24$ |

Pozn.: TR = príznaky v telesnej rovine, PR = príznaky v psychickej rovine, ER = príznaky v emocionálnej rovine, SR = príznaky v sociálnej rovine.

nani s lekármi, ktorí ÚPS nevykonávali. Išlo o malé až stredne veľké rozdiely (*small to medium effect size*).

Vek a prax pozitívne súviseli s úrovňou telesných príznakov syndrómu vyhorenia, vek: $r_s = 0,26$; $p = 0,018$; prax: $r_s = 0,26$; $p = 0,020$. Keď sme participantov rozdelili

podľa mediánových hodnôt na mladších (do 40 rokov; $n = 40$) a starších (nad 40 rokov; $n = 42$) a na menej skúsených (do 15 rokov praxe; $n = 44$) a viac skúsených (nad 15 rokov praxe; $n = 38$), našli sme výrazné rozdiely nielen vo výskyte telesných príznakov, ale aj v úrovni emocionálneho vyčerpania. V súlade s výsledkami korelačných analýz, mladší ($M = 6,49$; $SD = 3,46$) a menej skúsení psychiatri ($M = 6,70$; $SD = 3,52$) trpeli príznakmi syndrómu vyhorenia v telesnej rovine v menšej miere ako ich starší ($M = 8,67$; $SD = 4,14$), $t(80) = -2,58$; $p = 0,012$; $d = 0,57$, a skúsenejší kolegovia ($M = 8,66$; $SD = 4,22$), $t(80) = -2,30$; $p = 0,024$; $d = 0,51$. Navyše mladší ($M = 20,53$; $SD = 10,98$) a menej skúsení psychiatri ($M = 20,68$; $SD = 10,55$) vyjadřovali nižšiu úroveň emocionálneho vyčerpania ako ich starší ($M = 27,07$; $SD = 14,61$), $t(80) = -2,29$; $p = 0,025$; $d = 0,50$, a skúsenejší kolegovia ($M = 27,58$; $SD = 15,23$), $t(80) = -2,41$; $p = 0,018$; $d = 0,53$. Opätovne išlo o stredne veľké rozdiely (*medium effect size*).

DISKUSIA

Na Slovensku ešte nebola realizovaná štúdia, ktorá by monitorovala výskyt syndrómu vyhorenia u psychiatrov. Doterajšie výskumy boli zamerané na sledovanie syndrómu vyhorenia u zdravotníckych pracovníkov, kde boli zaradené okrem kategórie lekár aj sestry, laboranti, ošetrovatelia a sanitári.²⁸ Vo vzťahu k lekárskej profesii ide o prácu parciálneho zamerania, napríklad výskum pracovného stresu u lekárov vo vzťahu k subjektívnemu kariérenmu úspechu.³⁸

Prvým cieľom nášho výskumu bolo zistiť prítomnosť a intenzitu syndrómu vyhorenia v homogénnej skupine lekárov – psychiatrov, ktorí predstavujú jednu z najviac rizikových skupín.^{2,21–24} V rámci skupiny lekárov pracujúcich na slovenských psychiatrických klinikách sme predpokladali podobnú pracovnú záťaž, pôsobenie stresových faktorov a vzhľadom k pregraduálnej, prípadne postgraduálnej príprave, ktorá sa na klinikách realizuje, taktiež ich zapojenie do pedagogickej a výskumnej činnosti a celoživotného vzdelávania.

Naše zistenia považujeme za znepokojivé. Dve tretiny psychiatrov a psychiatričiek vykazovali mimoriadne zvýšenú úroveň minimálne jednej kategórie symptómov syndrómu vyhorenia, tj. emocionálne vyčerpanie, depersonalizáciu alebo nedostatočné osobné uspokojenie. Čo sa týka jednotlivých kategórií, viac ako polovica oslovených pociťovala príliš nízku úroveň osobného uspokojenia, zhruba pätina vyjadřovala vysokú úroveň depersonalizácie a dve pätiny trpeli vysokým emocionálnym vyčerpaním. Každý šiesty zúčastnený mal dokonca všetky tri hodnoty nad kritickou úrovňou. Psychiatri a psychiatričky uvádzali predovšetkým bolesti hlavy a celkové vyčerpanie z hľadiska telesných príznakov, ťažkosti so sústredením a pochybnosti o vlastných profesionálnych schopnostiach z hľadiska psychických príznakov, nervozitu, nepokoj a pocit bezmocnosti pri konfliktných situáciách v rámci emocionálnych príznakov, a v sociálnej rovine to boli predovšetkým vyhýbanie sa účasti na ďalšom vzdelávaní a nechutnosť pomáhať problémovým pacientom. Všetky kategórie príznakov syndrómu vyhorenia spolu významne súviseli.

Druhým našim cieľom bolo porovnanie úrovne symptómov vyhorenia z hľadiska individuálnych rozdielov. V súvislosti s rodom, vekom a dĺžkou praxe sme hypotézy formulovať nemohli, keďže predošlé výskumy priniesli nejednoznačné zistenia. Predpokladali sme však vyššiu mieru symptómov u psychiatrov vykonávajúcich ÚPS, keďže práca na zmeny a služby na pohotovosti sú dôležitými faktormi zvyšujúcimi riziko vyhorenia u lekárov.^{17,18} V zhode s našim očakávaním sme identifikovali významne vyššiu mieru depersonalizácie a celkových príznakov vyhorenia v sociálnej rovine u psychiatrov a psychiatričiek pôsobiacich v ÚPS. Vysvetlením je intenzívny, emocionálne náročný, interpersonálny kontakt s pacientmi²⁵ a potreba zvládania obzvlášť náročných a akútnych prípadov,²⁴ čo vedie k nevyhnutnosti osobného odstupu od pacientov.

V kontraste so štúdiami, ktoré dokumentujú buď vyšší výskyt symptómov vyhorenia u lekárov než lekárokov^{15,17} alebo neprítomnosť rodových rozdielov vo výskyte symptómov u lekárov a psychiatrov,^{25,26,31,32} psychiatričky v našom súbore trpeli príznakmi vyhorenia vo výrazne vyššej miere než psychiatri, s výnimkou depersonalizácie. Naše výsledky podporujú konštatovania Fothergilla et al.²² o väčšom strese, ktorému psychiatričky čelia, okrem iného v dôsledku náročnosti skĺbenia pracovných a domácich povinností.⁹ Sú tiež v zhode so zisteniami o vyššej miere vyhorenia u žien v rámci zdravotníckych profesií.^{28,29,30}

V prípade skúmanej skupiny lekárov – psychiatričiek a psychiatrov – vekom a počtom odpracovaných rokov stúpali telesné príznaky vyhorenia, a skupina starších a skúsenejších lekárov trpela emocionálnym vyčerpaním viac ako skupina s nižším vekom a dĺžkou praxe. Výsledky do istej miery odporujú zisteniam väčšiny predošlých štúdií o lekároch^{15,17,30–32} i psychiatroch.^{2,23,25,32} Sú však konzistentné so záverom Korkeilu et al.²⁶ o vyššej miere psychických dôsledkov vyhorenia u starších lekárov, predovšetkým príznakov depresie.

Limity a ďalšie smerovanie výskumu

Ako každý výskum, na ktorý sme sa v práci odkazovali, aj naša štúdia ma určité limity, vyplývajúce zo samovýberu a sebauhovodu. Návratnosť dotazníkov bola vysoká, no napriek tomu nie je vylúčené, že sa do výskumu nezapojili tí, u ktorých sú symptómy vyhorenia najhoršie. Na toto riziko poukazujú aj iní autori.³² U psychiatrov, ktorí sa do výskumu zapojili, môžu byť napriek zachovaniu anonymity odpovede skreslené sociálnou žiaducnosťou. Naše zistenia, poukazujúce na kritickú situáciu v súvislosti so syndrómom vyhorenia, však nenavodzujú dojem, že by boli odpovede respondentov „prikrášané“, či inak prispôsobené domnelým očakávaniam.

Druhou kategóriou limitov sú faktory, ktoré môžu byť v rámci individuálnych rozdielov dôležité, no neboli predmetom nášho výskumu. Príkladmi sú osobnostné vlastnosti typu neurotizmus – pozitívny prediktor emocionálneho vyčerpania a depersonalizácie¹³ alebo privetivosť – negatívny prediktor depersonalizácie.¹⁴ V naviazujúcich výskumoch by bolo možné zamerať sa i na ďalšie potenciálne prediktory, ako napríklad sebaučinnosť (*self-efficacy*), aktívne otvorené myslenie (*actively*

open-minded thinking), emocionálnu inteligenciu alebo perfekcionizmus.

Do tretice, už prehľad aktuálneho stavu poznania problematiky naznačil, že dôležitú rolu môžu zohrávať nielen charakteristiky a z nich plynúce rozdiely na úrovni jednotlivcov, ale i na báze národných a kultúrnych odlišností. Môže ísť o špecifiká postavenia žien v spoločnosti, rozdielne pracovné podmienky, právny rámec výkonu lekárskej profesie a podobne. Tie by mohli priniesť svetlo do nekonzistentných zistení o role rodu, veku a praxe v rámci výskytu a intenzity symptómov syndrómu vyhorenia u lekárov. Navrhujeme tiež realizáciu metaanalýz, ktoré prinášajú spoľahlivejšie závery než jednotlivé štúdie.

ZÁVER

Náš výskum prináša originálne, znepokojivé, ale aj podnetné zistenia o výskyte syndrómu vyhorenia a príslušných individuálnych rozdieloch na homogénnej skupine lekárov pracujúcich na všetkých psychiatrických klinikách na Slovensku. Do výskumu sa zapojilo 82 z celkového počtu 95 lekárov a vzhľadom na alarmujúce výsledky, najmä v podskupine žien – psychiatričiek, by sme chceli zdôrazniť, že situácia vyžaduje urgentné a efektívne riešenia. Tie by mali byť prispôsobené špecifikám jednotlivých rizikových skupín, napríklad intervencie určené ženám – lekárkam alebo psychiatrom s dlhšou dobou praxe.

Syndróm vyhorenia u psychiatrov môže totiž negatívne vplývať na terapeutický vzťah, interpersonálnu komunikáciu a kvalitu vykonávanej práce. Jeho nepriaznivé dopady sa premietajú aj do súkromného života psychiatrov, ich mimopracovných aktivít a sociálnej sféry. Preto je nevyhnutné venovať pozornosť preventívnym opatreniam, ktoré môžu prispieť k redukcii syndrómu vyhorenia. Ide o širokú škálu organizačných a individuálnych stratégií. Medzi *preventívne opatrenia na strane psychiatrov* patrí predovšetkým dodržiavanie životosprávy, aktívne využívanie prostriedkov duševnej hygieny a relaxácie, pestovanie dobrých medziľudských vzťahov, celoživotné vzdelávanie, zapájanie sa do výskumnej a pedagogickej činnosti.^{3,15,19,24,39} K *preventívnym opatreniam na strane organizácie* patrí prejavovanie záujmu o pracovníkov, vytváranie priaznivých pracovných podmienok a atmosféry pre tímovú prácu a regeneráciu síl, podpora vzdelávania zamestnancov, či zmena organizačnej kultúry, napríklad zameraním pozornosti na pozitívne aspekty správania zamestnancov a psychohygienu.^{40,41} Priestor pre včasnú identifikáciu syndrómu vyhorenia predstavujú Bálintovské supervízne skupiny.¹² Z dlhodobého hľadiska môžeme, zo širokej palety intervenčných stratégií zameraných na minimalizovanie chronického stresu, považovať za najvhodnejší intenzívny program, ktorý sa realizuje formou podporných sedení.^{2,32} V rámci prehľadovej analýzy intervenčných programov na prevenciu vyhorenia v rokoch 1995–2007 autori⁴² zistili, že dlhodobější efekt majú kombinované programy, zamerané súčasne na zmeny u jednotlivca i organizácie. Pre systematické prehľady intervenčných programov u zdravotníckych pracovníkov odporúčame práce: Marine, Ruotsalainen, Serra, Verbe-

ek⁴³ a van Wyk a Pillay-Van Wyk.⁴⁴ Oba kolektívy autorov poukazujú na nedostatok spoľahlivej výskumnej evidencie o efektívnosti intervenčných stratégií na redukciiu stresu a rizík vyhorenia.

Podakovanie

Na tomto mieste by sme chceli vyjadriť vďaka kolegom a prednostom zúčastnených pracovísk, bez ochoty a podpory ktorých by výskum nemal možnosť vzniknúť.

LITERATÚRA

- Hosák L, Hosáková J, Čermáková E. Syndrom profesionálneho vyhoření zdravotnických pracovníků. *Psychiatrie pro praxi* 2005; 6 (4): 205–206.
- Kumar S. Burnout and psychiatrists: what do we know and where to from here? *Epidemiology and Psychiatric Sciences* 2011; 20 (4): 295–301.
- Nešpor K. Prevence profesionálního stresu a syndromu vyhoření. *Medicina pro praxi* 2007; 4 (9): 371–373.
- Kobasa SC, Maddi SR, Kahn S. Hardiness and Health. *Journal Personality and Social Psychology* 1982; 42 (1): 168–177.
- Morovicsová E. Syndróm vyhorenia a možnosti jeho prevencie. *Psychiatria pre prax* 2016; 17 (4): 153–156.
- De Silva P, Hewage C, Fonseka P. Burnout: an emerging occupational health problem. *Galle Medical Journal* 2009; 14 (1): 52–55.
- Jobánková M et al. Kapitoly z psychologie pro zdravotnické pracovníky. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví 2002: 225.
- Kebza V, Šolcová I. Syndrom vyhoření. Praha: Státní zdravotní ústav 2003: 23.
- Morovicsová E et al. Komunikácia v medicíne. Bratislava: Univerzita Komenského 2014: 212.
- Haškovcová H. Thanatologie. Praha: Galén 2007: 244.
- Rush M. Syndrom vyhoření. Praha: Návrat domů 2003: 129.
- Žucha I, Čaplová T et al. Lekárska psychológia. Bratislava: Univerzita Komenského 2012: 208.
- Langelaan S, Bakker AB, van Doornen LJP, Schaufeli WB. Burnout and work engagement: Do individual differences make a difference? *Personality and Individual Differences* 2006; 40 (3): 521–532.
- Ghorpade J, Lackritz J, Singh G. Personality as a moderator of the relationship between role conflict, role ambiguity, and burnout. *Journal of Applied Social Psychology* 2011; 41 (6): 1275–1298.
- Ptáček R, Raboch J. Diagnóza českého zdravotnictví – Z73.0? Stres a vyhoření lékařů českých. *Tempus Medicorum* 2013; 22 (9): 3–9.
- Montgomery A. The inevitability of physician burnout: Implications for interventions. *Burnout Research* 2014; 1 (1): 50–56.
- Ozyurt A, Hayran O, Sur H. Predictors of burnout and job satisfaction among Turkish physicians. *QJM: An International Journal of Medicine* 2006; 99 (3): 161–169.
- Goldberg R, Boss RW, Chan L et al. Burnout and its correlates in emergency physicians: four years' experience with a wellness booth. *Academic Emergency Medicine* 1996; 3 (12): 1156–1164.
- Arigoni F, Bovier PA, Mermillod B, Waltz P, Sappion AP. Prevalence of burnout among Swiss cancer clinicians, paediatricians and general practitioners: who are most at risk? *Supportive Care Cancer* 2009; 17 (1): 75–81.
- World Medical Association. Medical ethics manual (2nd ed.) 2009; Retrieved from http://www.wma.net/en/30publications/30ethicsmanual/pdf/chap_6_en.pdf.
- Bressi C, Porcellana M, Gambini O et al. Burnout among psychiatrists in Milan: A Multicenter Survey. *Psychiatric Services* 2009; 60 (7): 985–988.
- Fothergill A, Edwards D, Burnard P. Stress, burnout, coping and stress management in psychiatrists: findings from a systematic review. *International Journal of Social Psychiatry* 2004; 50 (1): 54–65.
- Honzák R. Burnout u personálu psychiatrické léčebny Horní Beřkovic. *PSYCHOSOM* 2009; 7 (2): 76–93.
- Kumar S. Burnout in psychiatrists. *World Psychiatry* 2007; 6 (3): 186–189.
- Guthrie E, Tattan T, Williams E, Black D, Bacliocotti H. Sources of stress, psychological distress and burnout in psychiatrists. *Psychiatric Bulletin* 1999; 23 (4): 207–212.
- Korkeila JA, Töyry S, Kumpulainen K et al. Burnout and self-perceived health among Finnish psychiatrists and child psychiatrists: a national survey. *Scandinavian Journal of Public Health* 2003; 31 (2): 85–91.
- Deary IJ, Agius RM, Sadler A. Personality and stress in consultant psychiatrists. *The International Journal of Social Psychiatry* 1996; 42 (2): 112–123.
- Mažgútová A. Verejno-zdravotnícky význam psychických porúch pri profesionálnej záťaži. Martin: Univerzita Komenského 2011: 149.
- McMurray JE, Linzer M, Konrad TR et al. The work lives of women physicians – results from the physician work life study. *Journal of General Internal Medicine* 2000; 15 (6): 372–380.
- Ashkar K, Romani M, Musharrafieh U, Chaaya M. Prevalence of burnout syndrome among medical residents: experience of a developing country. *Postgraduate Medical Journal* 2010; 86 (1015): 266–271.
- Al-Dubai SAR, Rampal KG. Prevalence and associated factors of burnout among doctors in Yemen. *Journal of Occupational Health* 2010; 52 (1): 58–65.
- Peisah C, Latif E, Wilhelm K, Williams B. Secrets to psychological success: Why older doctors might have lower psychological distress and burnout than younger doctors. *Aging and Mental Health* 2009; 13 (2): 300–307.
- Maslach C, Jackson SE. Maslach Burnout Inventory – Human Services Survey (MBI-HSS). In: Maslach C, Jackson SE, Leiter MP, eds. *MBI Manual* (3rd ed.). Palo Alto: CA: Consulting Psychologists Press 1996: 191–218.
- Henning C, Keller G. Antistresový program pro učitele: projevy, příčiny a způsoby překonání stresu z povolání. Praha: Portál 1996: 99.
- Kebza V, Šolcová I. Burnout syndrom: teoretická východiska, diagnostické a intervenční možnosti. *Československá psychologie* 1998; 42 (5): 429–448.
- Nótová P, Páleníková V. Syndróm vyhorenia – analýza pilotnej štúdie u zdravotníckych pracovníkov. *Psychiatria* 2003; 10 (4): 221–223.
- Tošner J, Tošnerová T. Burn-out syndrom. *Syndrom vyhoření*. Praha: Hestia 2002: 16.
- Haleková G, Žilková I. Subjektívny kariérny úspech lekárov v súvislosti s pracovným stresom a inými determinantmi. *E-psychologie* 2016; 10 (1): 34–45.
- Lloyd M, Bor R. *Communication Skills for Medicine*. London: Churchill Livingstone 2009: 202.
- Kallwass A. Syndrom vyhoření v práci a osobním životě. Praha: Portál 2007: 139.
- Schaufeli WB, Leiter MP, Maslach C. Burnout: 35 years of research and practice. *Career Development International* 2009; 14 (3): 204–220.
- Awa WL, Plaumann M, Walter U. Burnout prevention: A review of intervention programs. *Patient Education and Counseling* 2010; 78 (2): 184–190.
- Marine A, Ruotsalainen J, Serra C, Verbeek J. Preventing occupational stress in healthcare workers. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2006; 18 (4): CD002892.
- van Wyk BE, Pillay-Van Wyk V. Preventive staff-support interventions for health workers. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2010; 17 (3): D003541.