

Mentalno zdravlje zdravstvenih djelatnika: *burnout* i moralna ozljeda

Mental Health of Healthcare Professionals: Burnout and Moral Injury

MARKO ĆURKOVIĆ^{1,2}, SENKA REPOVEČKI¹

¹Klinika za psihijatriju Vrapče, Zagreb; ²Medicinski fakultet Sveučilišta u Zagrebu

SAŽETAK — U suvremenim zdravstvenim sustavima sindrom sagorijevanja postao je gotovo opće mjesto, ali upravo zbog svoje raširenosti često gubi razlikovnu i objašnjavajuću snagu. Nije svaka patnja zdravstvenih djelatnika povezana s radom iste naravi niti se svaka može razumno svesti na isti pojam. Uz sindrom sagorijevanja valja razlikovati i moralnu patnju te moralnu ozljedu kao srodne, ali neistovjetne oblike profesionalne patnje. Sindrom sagorijevanja obilježen je kroničnim iscrpljivanjem pod pritiskom zahtjeva i nesklada između osobe i rada, moralnu patnju obilježava nemoć da se učini ono što se smatra ispravnim, a moralnu ozljedu dublja povreda moralne cjelovitosti, smisla i povjerenja. Pandemija bolesti COVID-19 nije stvorila te pojave, ali ih je učinila vidljivijima i teže zanemarivima. Primjeren odgovor zato ne može ostati na razini pojedinca, nego mora obuhvatiti osnaživanje djelatnika, odgovornost sustava i obnovu smisla rada. Dobrobit zdravstvenih djelatnika nije sporedni dodatak, nego jedan od preduvjeta etički vjerodostojne, kvalitetne i održive zdravstvene skrbi.

KLJUČNE RIJEČI: zdravstveni djelatnici, mentalno zdravlje, sindrom sagorijevanja, moralna patnja, moralna ozljeda, zdravstveni sustav

SUMMARY — In contemporary healthcare systems, burnout has become almost ubiquitous, yet precisely because of its widespread use it often loses its discriminatory and explanatory force. Not all work-related suffering among healthcare professionals is of the same nature, nor can it reasonably be reduced to a single concept. Alongside burnout, moral distress and moral injury should therefore be distinguished as related but non-identical forms of professional suffering. At the core of burnout lies chronic depletion under the pressure of demands and the mismatch between the person and the job; at the core of moral distress, the inability to act upon what is believed to be right; and at the core of moral injury, a deeper wound to moral integrity, meaning, and trust. The COVID-19 pandemic did not create these phenomena, but it made them more visible and harder to ignore. A proportionate response therefore cannot remain limited to the individual level, but must also include staff empowerment, system responsibility, and the restoration of meaning in work. The well-being of healthcare professionals is not a secondary benefit, but one of the preconditions of ethically credible, high-quality, and sustainable healthcare.

KEY WORDS: burnout, moral distress, moral injury, healthcare professionals, mental health, healthcare system



Uvod

U zdravstvu danas gotovo i nema razgovora i rasprave o radu koji prije ili kasnije ne sklizne u riječ *burnout* (sindrom sagorijevanja). Problem nije u tome što pojam nije stvaran, nego u tome što je postao prevelik i preširok: njime označujemo sve, od više ili manje razumno očekivane iscrpljenosti do sasvim izvanrednoga, dubokog sloma. Kada je sve *burnout*, tada istodobno nije ništa, niti je dovoljno jasno što bi se trebalo liječiti, pratiti i, možda još važnije, sustavno sprječavati. Stoga ovdje namjerno uvodimo druge pojmove koji u zdravstvenim sustavima već prilično dugo „žive“, ali u sjenama: pojam moralne ozljede, kao i srodan pojam moralne patnje ili, u doslovnijem prijevodu, moralnog distresa.

Ako ih samo kratko suprotstavimo, izgaranje na radu ponajprije se odnosi na klonuće snage (volje) i djelotvornosti pod trajnim teretom obveza i opterećenja. Moralna ozljeda pak

opisuje svojevrsni slom osobne moralnosti i smisla – stanje u kojem pojedinac, izložen ponavljanim, izvanredno zahtjevnim prilikama u kojima mora suzbiti vlastite vrijednosti i načela, ili već svjedoči njihovoj izdaji, počinje gubiti temeljna uporišta vlastitog bivanja, djelovanja i, u konačnici, poziva. Ona se ne osjeća samo kao umor, nego kao izdaja, kao prljavština, kao sram, kao nešto što se više ne može „odspavati“ niti „odmoriti“, kao gubitak smisla koji se više ne može, samo ili tek tako nadoknaditi.

U svakodnevici se izgaranje i moralna ozljeda često preklapaju i upravo ih se zato voli miješati. Međutim, to je naprosto zabluda i ne sasvim bezazlena pogreška. Dapače, zabluda je to s vrlo stvarnim posljedicama jer ako moralnoj ozljedi pristupimo kao osobnom manjku sposobnosti vladanja samim sobom, činimo dvostruku štetu. Prvo, uzrok tražimo na sasvim krivom mjestu. Drugo, pojedincima namećemo dodat-

no breme prešutnom porukom kako je nešto pogrešno u ili s njima, umjesto priznanja kako je zapravo nešto pogrešno u uvjetima rada, odnosima moći, zadanim pravilima i/ili moralu samog sustava ili pak pojedinih njegovih sastavnica.

***Burnout*: nužan, ali nedostatan pojam** _____

Sindrom sagorijevanja (engl. *burnout*) bez dvojbe je stvaran i važan pojam. Freudenberg ga je prvi opisao 1970-ih godina upravo u takozvanim pomažućim profesijama (1). Najjasnije ga je definirala Svjetska zdravstvena organizacija 2019. uvrstivši ga u Međunarodnu klasifikaciju bolesti (MKB-11) kao skup simptoma, odnosno sindrom, koji nastaje kao posljedica trajnog stresa na radnome mjestu s kojim se nije uspješno upravljalo i/ili ovladalo (2). *Burnout* se uobičajeno opisuje kroz tri temeljne sastavnice: iscrpljenost i gubitak snage, psihički odmak od posla uz negativnost i cinizam prema istome, te osjećaj smanjene djelotvornosti (2). Već samo takvo određivanje ukazuje na barem dvije važne stvari. Prvo, sagorijevanje nije isto što i svaka s radom povezana patnja. Drugo, sagorijevanje ne smijemo olako poistovjetiti s poremećajima raspoloženja, anksioznim poremećajima i/ili posttraumatskim stresnim poremećajem, iako se s njima može ispreplitati i povećavati njihovu vjerojatnost (3).

Maslach i suradnici su kasnije presudno oblikovali naše razumijevanje sindroma sagorijevanja, dodatno naglašavajući presudni utjecaj dugotrajnog nesklada između radnih zahtjeva te raspoloživih sredstava i sposobnosti u njegovu nastanku. Ti se neskladi očituju kroz šest temeljnih odrednica: radno opterećenje, osjećaj nadzora, nagrađivanje, zajednicu, pravičnost i vrijednosti (4). Osobita je važnost ovakvog razumijevanja i pristupa u naglasku na ustrojbenom i sustavnom, a ne isključivo pojedinačnom. Nažalost, u stvarnosti često prevladavaju pristupi usmjereni na snajenje osobne otpornosti – poput usredotočene svjesnosti (engl. *mindfulness*) – koji, premda mogu biti blagotvorni, ostaju nedostatni ako ih ne prate sustavni zahvati usmjereni više na same uvjete i sadržaj rada (4, 5, 6).

Upravo u zdravstvu *burnout* postaje osobito vjerojatan jer je riječ o sustavu u kojem se istodobno očekuju visoka stručnost, stalna dostupnost, osjetljivost, suosjećajnost, sabranost, prilagodljivost, stanovita razina poslušnosti i iznimna radna učinkovitost. Drugim riječima, od istih se ljudi očekuje da budu i „tehnički“ gotovo besprijekorni i trajno otvoreni prema potrebama drugih – i to često u uvjetima gotovo trajnog manjka vremena, osoblja i prostora za prijeko potreban oporavak. Epidemiološki podatci govore sami za sebe: gotovo će svaki drugi liječnik u nekom razdoblju svojega radnog vijeka razviti sindrom sagorijevanja, uz učestalost koja je za 30 do 40 % viša nego u drugih, donekle usporedivih, zanimanja (5). Osim uzroka *burnouta*, danas je sasvim jasno kako niti njegove posljedice nisu samo osobne jer ga brojna

istraživanja čvrsto povezuju s većom učestalošću neželjenih događaja i pogrešaka, lošijom kvalitetom i sigurnošću skrbi, slabijim zadovoljstvom i bolesnika i djelatnika te s namjerom napuštanja radnog mjesta, a nerijetko i same profesije (5). Ovdje se na određeni način i zatvara začarani krug: ono što iscrpljuje djelatnika dugoročno narušava i samu svrhu sustava.

Međutim, upravo na ovome mjestu vrijedi malo prikočiti i biti nešto oprezniji. Naime, nije svaka s radom povezana bol ili trpnja *burnout*. U nekim se slučajevima i okolnostima iscrpljenost ne javlja prvenstveno zato što je posla previše, nego zato što je ono što se čini – ili ono što se ne može činiti – doživljeno kao nedopustivo. Ovdje na scenu stupaju neki drugi oblici s radom povezane patnje, a koji su više moralne naravi.

Moralna patnja: svakodnevni moralna nemoć i prateće tiše oštećenje _____

Upravo na ovome tragu leži pojam moralne patnje (ili distresa). Jameton ga je opisao kao stanje u kojemu zdravstveni djelatnik zna što bi trebalo učiniti, odnosno što je ispravno učiniti, ali to iz raznoraznih razloga nije u mogućnosti provesti u djelo (7). Prvotno su se kao razlozi nečinjenja ispravnoga ponajprije izdvajali oni izvanjski. Nešto kasnije razlozi se dodatno produbljuju pa obuhvaćaju ne samo izravne i očite zabrane nego i mnogo istančanije utjecaje, poput samoga ustroja i ozračja odnosa, nedostatka potpore vodstva ili pak ustrajavanja na uzaludnom i prekomjernom liječenju, to jest očekivanja koja daju prednost pukom protoku i učinku nad brižnom i promišljenom skrbi (8, 9). Konačno, danas se među razloge ubrajaju i oni osobni unutarnji, poput straha od suočavanja ili sukoba, moralne neodlučnosti ili nesigurnosti te pretjeranoga priklanjanja ili suobličavanja (9). Bez obzira na uzrok, naglasak je ovdje na činjenici da pojedinac ne „posrće“ zato što ne zna što bi trebalo učiniti, nego upravo zato što to zna, ali isto ne može provesti u djelo.

Važno obilježje ovako shvaćene moralne patnje jest njezina neupadnost i postupnost. Za razliku od moralne ozljede, koja može biti praćena prepoznatljivim slomom, moralna patnja polako „klizi“ – mijenja čovjeka malo-pomalo. Često se u tome smislu opisuje i kao „smrt tisuću rezova“ (engl. *death by a thousand cuts*) (9). Ne radi se ovdje o jednome izvanrednom događaju, nego o neprekidnom nizu sitnih ustupaka, neriješenih napetosti i zanijekanih potreba koji napokon dovode do svojevrsnoga moralnog urušavanja. Drugim riječima, nije to neko jednokratno stanje koje naprosto dođe i prođe. Ako se takve okolnosti ponavljaju, a ne razrješuju, nakuplja se ono što je opisano kao moralni ostatak (ili rezidua). Epstein i Hamric to su prikazali kao učinak nakupljanja (tal. *crescendo*): svaki novi slučaj ne počinje iznova, već se nadograđuje na prethodno nakupljeni talog ogorčenosti, krivnje i nemoći (10). U takvim

okolnostima pojedinac ne (p)ostaje samo umoran. On može postati ravnodušan, ljut, tjeskoban, ciničan, povučen, sklon izbjegavanju i/ili odlasku, a ponekad i sve manje sposoban povjerovati kako je drugačije djelovanje uopće moguće (9, 10).

Moralna ozljeda: dublja moralna povreda od bojišnice do bolnice

Nešto dalje, ali na istom tragu, leži i pojam moralne ozljede, koji je prvotno opisan izvan zdravstva. Jonathan Shay razvio ga je 1990-ih godina radeći s veteranima rata u Vijetnamu, pritom opisujući moralnu ozljedu kao posljedicu izdaje onoga što je moralno ispravno, od strane nekoga tko ima legitimni autoritet, u situacijama visokih uloga (11). Skovao ga je upravo kako bi razlikovao iskustvo koje ne pripada posttraumatskome stresnom poremećaju, odnosno psihičkim posljedicama doživljaja životne ugroze i posljedičnom strahu. Stoga se moralna ozljeda ne tiče ponajprije straha, nego morala, a prate ju „moralni“ osjećaji – izdanosti, gnjeva, srama, krivnje i gubitka povjerenja – već kako u kojem slučaju i okolnostima.

Litz i suradnici kasnije su ponudili nešto proširenije poimanje, jednostavnije primjenjivo i izvan bojišnice, prema kojemu je moralna ozljeda: trajna psihološka, ponašajna, duhovna i društvena posljedica počinjenja, propusta sprječavanja, svjedočenja ili saznanja o djelima koja krše i iznevjeruju duboko usađena moralna uvjerenja, vrijednosti i očekivanja (12, 13). Ovdje nije riječ samo o stresu niti o strahu, nego o narušenju odnosa prema sebi, drugima i onome što se drži moralno obvezujućim – o svojevrsnom narušenju okvira vrijednosti koji je djelovanje uopće činio podnošljivim i smislenim (14).

U zdravstvu moralna ozljeda može nastati kada netko sudjeluje u odlukama koje doživljava ozbiljno pogrešnim, kada svjedoči postupcima koji narušavaju dostojanstvo bolesnika, kada zbog izvanjskih ograničenja nije u stanju pružiti ni nužnu razinu pristojne skrbi ili kada osjeti da ga je sustav kojem je vjerovao iznevjerio upravo onda kada je bio najpotrebniji (13).

COVID-19: pandemijski prečaci, razotkrivanja

Pandemija bolesti COVID-19 iznjedrila je i ubrzala mnogo toga, pa i silom prilika prisilila sustav i njegove dionike prihvatiti mnoge stvari o kojima se dotad uglavnom stručno i istraživački raspravljalo. Ipak, ogolila je i neke prethodne slabosti i pukotine istoga tog sustava. COVID-19 nije stvorio ni sindrom sagorijevanja, ni moralnu patnju, ni moralnu ozljedu. Ono što jest učinio bilo je da ih učini očitijima i teže zanemarivima. U kratkom su vremenu zdravstveni djelatnici bili izloženi višestrukim zahtjevima: od straha za vlastito zdravlje i zdravlje bližnjih, preko rada u dugim smjenama i u izmijenjenim uvjetima skrbi, do teških od-

luka, ograničenih sredstava, zabrana posjeta i društvenih narativa koji su ih istodobno slavili kao heroje i ostavljali bez stvarne zaštite (15–18). U takvu okružju nije rasla samo iscrpljenost; raslo je i iskustvo kako se od djelatnika traži nositi više nego što je razumno. Upravo je taj složeni spoj preopterećenja i moralne nemoći pandemiju učinio nekom vrstom oglednog razdoblja za razumijevanje razlike između sindroma sagorijevanja te moralne patnje i ozljede.

Empirijska istraživanja to potvrđuju. Tijekom pandemije zabilježene su visoke razine moralne ozljede povezane s depresijom, anksioznošću, posttraumatskim simptomima, sindromom sagorijevanja i suicidalnošću među zdravstvenim djelatnicima, dok sustavni pregledi potvrđuju njihovu umjerenu do snažnu povezanost (19–21).

Međutim, pandemiju ipak ne treba promatrati kao povijesnu iznimku koja je iznjedrila posve nova stanja. Ona je prije poslužila kao svojevrsna provjera otpornosti cijeloga sustava. Manjkavosti i ograničenja koja su dotad mogla ostati pritajena – poput slabije potpore vodstva, nejasnih putova odlučivanja, trajnog manjka osoblja, administrativnog preopterećenja te neujednačene izloženosti ugrozi – postala su vidljivija i bolnija. U tom smislu pandemija je više razotkrila nego što je proizvela; ogolila je pukotine koje su, manje ili više prikriveno, ondje već bile prisutne. Upravo zato pitanje više nije samo kako te pojave bolje opisati, nego kako na njih razboritije odgovoriti.

Što činiti: od pojedinca do sustava, od osnaživanja do smisla

Sve navedeno ima i jednu širu po(r)uku. Medicinski i sestrinski poziv nisu moralnosti lišeni poslovi niti zanati. Dapače, oni uvelike počivaju na obećanju da će se znanje, vještina i moć upotrebljavati za dobro drugoga, ali i na prešutnom očekivanju da će zajednica koja to obećanje traži i baštini osigurati barem osnovne uvjete u kojima ono nije unaprijed iznevjereno (15). Kada su ti uvjeti dugotrajno narušeni, ne strada samo raspoloženje djelatnika – strada i sama unutarnja etika profesije, ono zbog čega pojedinci uopće pristaju podnositi iznimne napore, neizvjesnost i odgovornost (14). Zato rasprava o sindromu sagorijevanja i moralnoj ozljedi nije tek rasprava o psihološkim znakovima ili posljedicama; ona je istodobno rasprava o granicama dobročinstva, o dužnostima sustava prema onima koji ga nose te o cijeni koju profesije plaćaju kada se od njih traži više nego što je održivo.

Zato je ovdje korisno misliti i pristupati kroz tri međusobno isprepletene poluge odgovora: osnaživanje, sustav i smisao. Osnaživanje ne znači prebacivanje odgovornosti na pojedinca, nego jačanje njegove sposobnosti da prepozna što mu se događa, postavi granice, potraži pomoć te se zauzme za sebe, suradnike i bolesnike kada je to potrebno. Drugim riječima, ne radi se o tome da zdravstveni djelatnik „podnese više“,

nego da jasnije vidi, razboritije odgovori i manje šutke pristaje na ono što drži neprimjerenim. Takvo osnaživanje uključuje i osnovnu brigu o sebi, ne kao povlasticu, nego kao preduvjet trajne sposobnosti za skrb o drugima. Stoga je na razini pojedinca razumno govoriti o pravu na odmor, primjerenim granicama, povjerljivoj i lako dostupnoj psihološkoj pomoći, o usavršavanju prepoznavanja nepovoljnih i štetnih obrazaca te o stvaranju prostora u kojima se iskustvo može imenovati i preraditi.

Ovdje vrijedi biti posebice oprezan i s pojmom otpornosti. U novijim se raspravama sve češće govori o moralnoj otpornosti, odnosno sposobnosti sačuvati ili obnoviti moralnu cjelovitost u uvjetima moralne nevolje (13, 21). To je važan doprinos jer podsjeća kako pojedinac nije posve bez mogućnosti odgovora. Ipak, nije zadaća zdravstvenih djelatnika biti beskonačno prilagodljivima sustavu koji uporno proizvodi moralno neprimjerene okolnosti. To ne znači kako osobna otpornost nije vrijedna, nego kako je ne smijemo pretvoriti u zamjenu za pravedan i održiv sustav (14). U tome je smislu važno i ozračje psihološke sigurnosti, odnosno dovoljno siguran prostor da se može izreći sumnja, neslaganje, pogreška ili moralna nelagoda bez straha od poniženja ili odmazde. To nije rješenje za sve, ali jest preduvjet za gotovo sve ostalo: za govor, učenje, traženje pomoći i etičko promišljanje (22).

Sustav je druga, i vjerojatno presudna, poluga. Ondje gdje su radni uvjeti trajno loši, gdje nema dovoljno ljudi, vremena, predvidljivosti, priznanja, pravičnosti ni sigurnosti da se govori otvoreno, zahvati na razini pojedinaca brzo dosežu svoje granice. Na razini skupine posebice su dragocjeni redoviti i sigurni oblici stručnog nadzora, međusobne potpore, zajedničkog promišljanja i prorade te raščlambe teških slučajeva i neželjenih događaja. Na organizacijskoj je razini pak ključno ono što je naizgled svakodnevnije i mnogo prozaičnije, ali i kudikamo zahtjevnije: dostatan broj primjerenosti osposobljenog osoblja, razuman raspored, smanjenje administrativnog tereta, djelotvorni putovi etičkoga savjetovanja, vodstvo koje je otvoreno raspravi o poteškoćama, očuvanje vremena za predah, promišljanje i proradu te u radno okružje, i stvarno i digitalno, te šire ozračje u kojemu skrb za bolesnika i djelatnika nije znak slabosti, nego upravo suprotno – snage i ozbiljnosti.

Smisao je treća poluga, i možda najmanje mjerljiva, ali nije zato manje stvarna. Zdravstveni djelatnici mogu podnijeti mnogo, ali teško mogu dugo izdržati rad koji je trajno lišen smisla, priznanja i moralne dosljednosti. Smisao pritom ne znači neko utješno prizivanje „poziva“, nego mogućnost da osoba i dalje u vlastitom radu prepoznaje nešto vrijedno, nešto što nije svedeno samo na preživljavanje smjene, samozastitu pred sustavom ili puko izvršavanje zadataka.

Ovdje treba posebno naglasiti kako moralna ozljeda, kao ona vrsta patnje koja u suštini zahvaća sam smisao, zahti-

jeva ono što se naziva moralnom obnovom ili iscjeljenjem: procese koji su istodobno spoznajni, društveni i moralni po svojoj naravi – istinito prepoznavanje onoga što se dogodilo, preuzimanje odgovornosti, vraćanje povjerenja i mogućnost da se osoba ponovno pronađe u skladu sa svojim vrijednostima (12, 13).

Pritom je ključno otkloniti još jednu zabluđu: svaku patnju pri radu ne smijemo poistovjetiti s bolešću niti je olako svoditi na dijagnozu. Nije svaka iscrpljenost poremećaj, niti je svaka moralna nelagoda nužno znak oboljenja. Određena je razina trpnje neraskidiv dio predanoga rada, napose onoga koji iziskuje veliku odgovornost, suočavanje s granicama vlastitoga znanja, neizvjesnošću te neposredan susret s tuđom boli, patnjom, gubitkom i smrću. Ipak, patnju ne treba niti veličati. Ona može izgrađivati čovjeka samo dok ostaje podnošljiva, smislena i zajednički nošena te dok je ugrađena u odnose i okolnosti koje dopuštaju oporavak, učenje, razvoj i napredak. Kada ona postane trajnom, ponižavajućom, otuđujućom i odrazom manjkavosti sustava, tada više ne gradi, nego troši; ne produbljuje, već prije ili kasnije počinje slamati. Ovdje posebice treba imati na umu kako izrazitija ranjivost zdravstvenih djelatnika ovdje proizlazi upravo iz onoga što ih čini dobrima u njihovu pozivu: suosjećajnosti, predanosti, moralnog integriteta i visokih unutarnjih zahtjeva.

Konačno, zdravstveni su djelatnici temelj svakoga zdravstvenog sustava – i ta se rečenica danas prečesto izgovara gotovo kao prazan *flatus vocis*. Međutim, ona ima sasvim stvarno značenje: sustav koji troši, moralno i zdravstveno, one koji ga nose, troši sebe sama. Smanjuje svoju sposobnost brige i skrbi, povećava učestalost neželjenih događaja i pogrešaka te odsutnosti s posla, gubi nosioce svoje svrhe i postaje manje privlačan naraštajima onih koji bi ga tek trebali nositi (5, 9).

Zaključak

Zašto se uopće toliko brinuti o nazivlju i razlikama među pojmovima? Zato što riječi ovdje ne služe samo opisu, nego i usmjeravanju odgovora. Ako neku pojavu nazovemo sindromom sagorijevanja, skloni smo misliti na odmor, rasterećenje, preustroj posla i oporavak pune radne sposobnosti. Ako je nazovemo moralnom patnjom, u prvi plan dolaze moralno promišljanje i prorada, mogućnost govora, uklanjanje izvanjskih zapreka te obnova sposobnosti moralnog djelovanja. Ako je riječ o moralnoj ozljedi, tada više nije dovoljno samo smanjiti opterećenje; potrebno je otvoriti prostor za smisao, žalovanje, oprost, popravljivanje, svjedočenje i, kada je to moguće, obnovu povjerenja u zajednicu, profesiju ili same sebe (12, 13). Pogrešna riječ ili oznaka ovdje lako vodi i pogrešnom odgovoru.

Odgovornost je, kao i u većini važnih stvari u životu, podijeljena. Niti je sve na pojedincu niti je sve na sustavu. Ipak,

zajednička odgovornost pritom ne znači jednaku moć. Sustav nesumnjivo nosi osobitu odgovornost za uvjete rada koje nudi i (po)održava, ali ozbiljan odgovor ipak rijetko počinje na najudaljenijoj razini. Najčešće počinje ondje gdje još imamo stvarni, svakodnevni doseg: u načinu na koji vodimo, razgovaramo sa suradnicima, ne prešućujemo neodrživo, tražimo pomoć, prihvaćamo granice i štitimo bolesnika i jedni druge. Sustav, dakako, ima i vlastitu odgovornost koju mu nije pošteno ni prepuštati ni umanjivati. Uostalom, sustav koji ne štiti one koji skrbe prije ili kasnije više neće moći štititi ni one o kojima se skrbi.

Konačno, nije dovoljno samo osnažiti pojedinca, kao što nije dovoljno samo popravljati sustav, ako se istodobno ne vraćamo i pitanju smisla – onome zbog čega je ovaj rad uopće vrijedan pažnje.

LITERATURA

- Freudenberger HJ. Staff burn-out. *J Soc Issues*. 1974;30(1):159–165.
- World Health Organization. Burn-out an “occupational phenomenon”: International Classification of Diseases [Internet]. Geneva: WHO; 2019. Dostupno na: <https://www.who.int/news/item/28-05-2019-burn-out-an-occupational-phenomenon-international-classification-of-diseases> (Pristupljeno: 13. travnja 2026.)
- Bianchi R, Schonfeld IS, Laurent E. Burnout-depression overlap: a review. *Clin Psychol Rev*. 2015 Mar;36:28–41. doi: 10.1016/j.cpr.2015.01.004.
- Maslach C, Leiter MP. Understanding the burnout experience: recent research and its implications for psychiatry. *World Psychiatry*. 2016 Jun;15(2):103–11. doi: 10.1002/wps.20311.
- West CP, Dyrbye LN, Shanafelt TD. Physician burnout: contributors, consequences and solutions. *J Intern Med*. 2018 Jun;283(6):516–529. doi: 10.1111/joim.12752.
- Halbesleben JRB. Preventing burnout and building engagement in the healthcare workplace. 2nd ed. Chicago: Health Administration Press; 2023.
- Jameton A. Nursing practice: the ethical issues. Englewood Cliffs (NJ): Prentice-Hall; 1984.
- Lamiani G, Borghi L, Argentero P. When healthcare professionals cannot do the right thing: A systematic review of moral distress and its correlates. *J Health Psychol*. 2017 Jan;22(1):51–67. doi: 10.1177/1359105315595120.
- Ulrich CM, Grady C, editors. Moral distress in the health professions. Cham: Springer; 2018.
- Epstein EG, Hamric AB. Moral distress, moral residue, and the crescendo effect. *J Clin Ethics*. 2009 Winter;20(4):330–42.
- Shay J. Achilles in Vietnam: combat trauma and the undoing of character. New York: Atheneum; 1994.
- Litz BT, Stein N, Delaney E, Lebowitz L, Nash WP, Silva C i sur. Moral injury and moral repair in war veterans: a preliminary model and intervention strategy. *Clin Psychol Rev*. 2009 Dec;29(8):695–706. doi: 10.1016/j.cpr.2009.07.003.
- Currier JM, Drescher KD, Nieuwsma JA, editors. Addressing moral injury in clinical practice. Washington (DC): American Psychological Association; 2021.
- Ćurković M, Polšek D, Skelin M, Brečić P, Sartorius N. The impact of uncertainties on physician's health and wellbeing. In: Ćurković M, Borovečki A, editors. The bridge between bioethics and medical practice: medical professionalism. Cham: Springer; 2022. p. 317–343.
- Ćurković M, Košec A, Ćurković D. Medical professionalism in times of COVID-19 pandemic: is economic logic trumping medical ethics? *Intern Emerg Med*. 2020 Nov;15(8):1585–1586. doi: 10.1007/s11739-020-02446-5.
- Curkovic M, Kosec A. The ethics (mis)used for filling the voids or harm of harm reduction ethics. *J Geriatr Oncol*. 2020 Sep;11(7):1168–1169. doi: 10.1016/j.jgo.2020.05.002.
- Cox CL. ‘Healthcare Heroes’: problems with media focus on heroism from healthcare workers during the COVID-19 pandemic. *J Med Ethics*. 2020 Aug;46(8):510–513. doi: 10.1136/medethics-2020-106398.
- Hegarty S, Lamb D, Stevelink SAM, Bhundia R, Raine R, Doherty MJ i sur. ‘It hurts your heart’: frontline healthcare worker experiences of moral injury during the COVID-19 pandemic. *Eur J Psychotraumatol*. 2022 Oct 18;13(2):2128028. doi: 10.1080/20008066.2022.2128028.
- Mantri S, Song YK, Lawson JM, Berger EJ, Koenig HG. Moral Injury and Burnout in Health Care Professionals During the COVID-19 Pandemic. *J Nerv Ment Dis*. 2021 Oct 1;209(10):720–726. doi: 10.1097/NMD.0000000000001367.
- Coimbra BM, Zylberstajn C, van Zuiden M, Hoeboer CM, Mello AF, Mello MF i sur. Moral injury and mental health among health-care workers during the COVID-19 pandemic: meta-analysis. *Eur J Psychotraumatol*. 2023;15(1):2299659. doi: 10.1080/20008066.2023.2299659.
- He Z, Lei Q, Hu X, Xiong M, Liu J, Wen J i sur. Moral injury and suicidal ideation among health professionals: The role of mental health. *J Affect Disord*. 2023 Jul 15;333:58–64. doi: 10.1016/j.jad.2023.04.033.
- Edmondson AC. The fearless organization: creating psychological safety in the workplace for learning, innovation, and growth. Hoboken (NJ): Wiley; 2019.



ADRESA ZA DOPISIVANJE:

doc. dr. sc. Marko Ćurković, dr. med.
Klinika za psihijatriju Vrapče
Bolnička cesta 32, 10 090 Zagreb
e-mail: marko.curkovic@bolnica-vrapce.hr

PRIMLJENO/RECEIVED:

22. travnja 2026./April 22, 2026

PRIHVAĆENO/ACCEPTED:

23. travnja 2026./April 23, 2026

