

Univerzita Palackého v Olomouci

Filozofická fakulta

Katedra psychologie

**SYNDROM VYHOŘENÍ U LÉKAŘŮ V ZÁVISLOSTI
NA DÉLCE VÝKONU JEJICH PROFESE**

**BURNOUT SYNDROME OF DOCTORS DEPENDING ON THE LENGTH
OF EXERCISE OF THEIR PROFESSION**



Bakalářská diplomová práce

Autor: Kristýna Cabáková

Vedoucí práce: Doc. PhDr. Panajotis Cakirpaloglu, DrSc.

Olomouc

2015

Poděkování

Děkuji panu docentu Cakirpaloglu za vedení bakalářské práce. Dále bych ráda poděkovala všem účastníkům výzkumu. Děkuji rodině a přátelům za podporu.

Prohlášení

Ochrana informací v souladu s ustanovením § 47b zákona o vysokých školách, autorským zákonem a směrnicí rektora k Zadání tématu, odevzdávání a evidence údajů o bakalářské, diplomové, disertační práci a rigorózní práci a způsob jejich zveřejnění. Student odpovídá za to, že veřejná část závěrečné práce je koncipována a strukturována tak, aby podávala úplné informace o cílech závěrečné práce a dosažených výsledcích. Student nebude zveřejňovat v elektronické verzi závěrečné práce plné znění standardizovaných psychodiagnostických metod chráněných autorským zákonem (záznamový arch, test/dotazník, manuál). Plné znění psychodiagnostických metod může být pouze přílohou tištěné verze závěrečné práce. Zveřejnění je možné pouze po dohodě s autorem nebo vydavatelem.

Místopřísežně prohlašuji, že jsem tuto bakalářskou diplomovou práci na téma „Syndrom vyhoření u lékařů v závislosti na délce výkonu jejich profese“ vypracovala samostatně pod odborným dohledem vedoucího diplomové práce a uvedla jsem všechny použité podklady a literaturu.

V Olomouci dne

Podpis

Obsah

ÚVOD.....	5
TEORETICKÁ ČÁST.....	7
1 Vymezení pojmu syndrom vyhoření.....	7
1.1 Syndrom vyhoření v odborné literatuře	8
1.2 Syndrom vyhoření v klasické literatuře.....	10
1.3 Syndrom vyhoření z klasifikačního hlediska.....	11
1.4 Burnout a další negativní psychické stavy.....	12
2 Ohrožené skupiny lidí.....	13
2.1 Typ chování A a B	14
2.2 Ohrožené profese.....	15
3 Rizikové faktory vedoucí k syndromu vyhoření.....	17
4 Fáze procesu psychického vyčerpání.....	18
5 Symptomy syndromu vyhoření.....	20
6 Metody zkoumání.....	23
7 Prevence a protektivní faktory	24
7.1 Interní prevence	25
7.2 Externí prevence	26
7.3 Protektivní faktory	27
8 Studie.....	27
8.1 Osobnostní a sociokulturní proměnné.....	27
8.2 Syndrom vyhoření a délka praxe.....	29
8.3 Syndrom vyhoření u lékařů	29
8.4 Vývoj studií.....	30
PRAKTICKÁ ČÁST.....	32
9 Výzkumný problém.....	32
10 Metodologický rámec.....	32
11 Cíle výzkumu	33
11.1 Kvantitativní část.....	33
11.1.1 Výzkumné hypotézy	34
11.2 Kvalitativní část	34
11.2.1 Výzkumné otázky	34
12 Charakteristika výzkumného souboru.....	34
12.1 Strategie výběru vzorku	35
13 Etické aspekty.....	36

14	Kvantitativní část	36
14.1	Metody získávání dat	36
14.2	Zpracování a analýza dat	37
14.3	Charakteristika výběrového souboru	38
14.4	Popis výsledků zjištěných pomocí MBI dotazníku	40
14.4.1	Emoční vyčerpání - EE	40
14.4.2	Depersonalizace – DP	41
14.4.3	Osobní uspokojení z práce - PA	41
14.4.4	Vyhoření dle MBI	42
14.5	Otázky vlastní konstrukce	42
14.5.1	Syndrom vyhoření a osobní zkušenost	42
14.5.2	Syndrom vyhoření a pracovní kolektiv	44
14.5.3	Syndrom vyhoření a somatické obtíže	44
14.5.4	Syndrom vyhoření a ohodnocení	44
14.6	Ověření hypotéz	45
15	Kvalitativní část	46
15.1	Charakteristika výzkumného souboru	46
15.2	Metody získávání dat	47
15.2.1	Metoda moderovaného rozhovoru (interview)	47
15.3	Metody zpracování dat	49
15.4	Analýza dat	49
15.4.1	Metoda analýzy dat	49
15.5	Analýza a interpretace interview	49
15.5.1	Analýza a interpretace dat vyplývající z výzkumné otázky č. 1	50
15.5.2	Analýza a interpretace dat vyplývající z výzkumné otázky č. 2	51
15.5.3	Analýza a interpretace dat vyplývající z výzkumné otázky č. 3	52
15.5.4	Analýza a interpretace dat vyplývající z výzkumné otázky č. 4	52
16	Diskuze	54
17	Závěry	60
	SOUHRN	61
	POUŽITÉ ZDROJE A LITERATURA	63
	PŘÍLOHY	65

ÚVOD

Život v dnešní době v sobě skrývá řadu radostí. Novodobá technologie, široké rozpětí možností, otevřené hranice, příležitosti, které naši předci považovali za sci-fi, my bereme jako běžné. Dnes jsme také častěji bombardováni usměvavými tvářemi představujícími dokonalé reklamy na štěstí. Velký dům s bílým dřevěným plotem, úspěch v práci, spokojená rodina. Kdo by si tohle nepřál. Ale bez práce nejsou koláče. Růst společenské představy o ideálu s sebou přináší i stinnou část. Každá mince má dvě strany, a tedy i dnešní doba znamená kromě radostí také strasti. Shon, vyšší nasazení, stres, vyčerpání. I takto by mohl vypadat popis toho, co se děje kolem nás nyní. Lidé se ženou za vidinou dokonalého života, který jim je představován médii. A při této honbě za štěstím přicházejí o velice důležitou věc ve svých životech. Nejsou to peníze, není to moc, je to energie. Stojí je to tolik sil, že padnou vyčerpáním. A ukáže se, že přísloví, kdo chce moc, nemá nic, platí v celém znění. Ale není to jen ctižádost a dychtivost jednotlivců, je to problém dnešní společnosti, která na nás klade vysoké nároky. Silnější přežije. Chtě nechtě jsme tlačeni směrem k vyčerpání.

Téma syndromu vyhoření se v dnešní době nedotýká pouze profesního života. Jedná se o aktuální problém dnešní doby, který sužuje řadu lidí. Problémem často bývá nedostatečné ocenění, neschopnost poděkovat a vážít si toho, co nám je nabízeno. Řada lidí si raději stěžuje a vše bere jako samozřejmost. Profese, které dennodenně jednají s takovými lidmi, jsou podrobeny tvrdé zkoušce vlastní psychické odolnosti.

Právě kvůli dnešnímu obrazu společnosti jsem si vybrala téma syndromu vyhoření. Přístup společnosti a lidí hraje významnou roli v této problematice, která je v posledních letech považována za vysoce aktuální a zkoumaný fenomén. Ve své práci jsem se zaměřila na jedno z povolání spadající do kategorie pomáhajících profesí, které je tímto syndromem ohroženo nejvíce. Jedná se o skupinu lékařů, ty jsem si vybrala především proto, že se jim často v naší společnosti nedostává toliko ocenění, jaké si zaslouhují.

Cílem mé práce je prozkoumání rozdílů mezi lékaři s různou délkou praxe. Snažím se tedy zjistit, jakou roli tato proměnná hraje v otázce syndromu vyhoření. Proto je

výzkumný soubor tvořen lékaři s různým počtem odpracovaných let ve zdravotnictví. V teoretické části se především seznámíme se samotným pojmem a jeho historií, symptomy, jednotlivými fázemi a rizikovými faktory syndromu vyhoření. Další kapitoly jsou věnovány lidem ohroženým vyhořením, metodám zkoumání a také protektivním faktorům. Poslední kapitolu tvoří výsledky českých a zahraničních studií zabývajících se tímto problémem společně se zaměřením na roli vybraných proměnných.

Výzkumná část je prezentována kvantitativním šetřením, které si klade za cíl zmapovat aktuální úroveň vyhoření u lékařů a prozkoumat možné rozdíly mezi skupinou profesně mladších a profesně starších mediků. Druhou část výzkumného projektu tvoří kvalitativní část, jejímž cílem je hlubší vhled do problematiky a také porovnání vnímání syndromu vyhoření mezi skupinami lékařů s různou délkou praxe.

Syndrom vyhoření, který často lékaře sužuje, ohrožuje také jejich vztah ke klientovi, a souvisí tudíž se samotnou léčbou. Tím, že dnešní společnost není schopna dostatečně ohodnotit zdravotnictví, si akorát podrývá vlastní „zdravou“ půdu pod nohama. Tento přístup však způsobí zacyklení se do začarovaného kruhu. Svou prací bych ráda poukázala na tento problém dnešní doby a také potřebu zaměřit se na nastavení celé společnosti.

TEORETICKÁ ČÁST

1 Vymezení pojmu syndrom vyhoření

Syndrom vyhoření, jehož anglický ekvivalent zní - *burnout syndrome*, je odvozen od slovesa „to burn“ - hořet. Není náhodou to, že právě lidem, kterým srdce plápolá nejvíce, kteří jsou nejzapálenějšími jedinci, hrozí velké nebezpečí, že se popálí o vlastní žár. Přeci jenom po největším ohni nakonec zbyde nejsilnější chlad a spolu s ním syndrom vyhoření (Grün, 2014).

Od 70. let minulého století se syndrom vyhoření dostal do popředí zájmů všech odborníků i laiků. Nejednalo se v té době ovšem o žádnou novinku či převratný objev, nýbrž o pojmenování již dlouho známého problému. Totální vyčerpání organismu, tj. vyčerpání fyzické, emocionální a duševní, dostalo svůj název - syndrom vyhoření. Často se setkáme s ekvivalenty jako syndrom vyhasnutí, vyhaslosti, vyprahlosti, vypálení (Kebza, Šolcová, 2003). Jedná se o stav celkového vyčerpání energie jedince, přičemž zasahuje hned do několika sfér lidského života, jako je práce, vztahy či volný čas. (Kebza, 2005). Převratným rokem pro syndrom vyhoření je rok 1974, kdy mu v článku „Staff burnout“ v časopise „Journal of Social Issues“ americký psychoanalytik Herbert J. Freudenberger propůjčil právě tento název. Sám ho přitom definoval jako: „*Burn - out je konečným stádiem procesu, při němž lidé, kteří se hluboce emocionálně něčím zabývají, ztrácejí své původní nadšení (svůj entuziasmus) a svou motivaci (své vlastní hnací síly).*“ (Freudenberger, 1974 in Křivohlavý, 1998, 49). Autor článku se zabíral tématem vyhoření u jedinců pracujících v přímém kontaktu s lidmi, upozorňoval na to, že se nejedná o výjimečný stav, naopak o docela běžnou realitu. Samotný článek se poté vztahoval k lékařům a dobrovolníkům na bezplatných klinikách v USA, Freudenberger zde popisuje rizikové faktory dlouhodobé práce na bezplatných klinikách, vedoucí až k syndromu vyhoření (Freudenberger, 1974 in Ptáček, Čeledová, 2011).

1.1 Syndrom vyhoření v odborné literatuře

Od vydání článku uběhlo více než 40 let, za tuto dobu zájem o syndrom vyhoření často kolísal. Intenzivní zájem o toto téma následoval po vydání článku Freudenbergerem v 70. letech, následuje mírný pokles v 80. letech a do „hledáčku“ se dostává až v nedávné minulosti a současnosti (Kebza, Šolcová, 1998). V dnešní hektické době se stává čím dál aktuálnějším a často se vyskytujícím fenoménem.

První fázi zabývající se syndromem vyhoření nazýváme teoretickým obdobím, kdy byl syndrom vnímán jako sociální problém. Pro tuto fázi je typické jeho zkoumání oproti jiným negativním psychickým jevům, podrobný popis a snaha o definici. Následuje fáze empirická, která se zabývá především výzkumem tohoto problému a tvorbou nástrojů a metod k jeho zjištění (Schaufeli, Maslach, 1993). Dnes se nacházíme ve třetí fázi, kdy je syndrom vyhoření podrobně popsán, avšak zatím neexistuje jednotná definice. Zpočátku se tímto fenoménem zabývali zejména ve Spojených státech amerických, následovaly však výzkumy v Kanadě, Číně, Izraeli a také v Evropě, zejména pak v Nizozemí (Maslach, 2003).

Tak jak to již bývá v psychologii zvykem, existuje celá řada definic syndromu vyhoření. Na ukázkou jsem si vybrala definice od autorů, kteří vytvořili jedny z nejčastěji používaných dotazníků pro měření stupně syndromu vyhoření. Jedná se o dotazníky BM a MBI. Podrobněji se jimi zabývám v kapitole věnované metodám zkoumání.

Burnout measure, ve zkratce BM dotazník, vznikl v roce 1980 a jejími autory jsou Agnes Pines a Elliott Aronson. Křivohlavý (1998) ve své knize cituje definici syndromu vyhoření právě těchto autorů, jejichž dotazník se řadí mezi jeden z nejpoužívanějších. *„Burnout je formálně definován a subjektivně prožíván jako stav fyzického, emocionálního a mentálního vyčerpání, které je způsobeno dlouhodobým zabýváním se situacemi, které jsou emocionálně těžké (náročné). Tyto emocionální požadavky jsou nejčastěji způsobeny kombinací dvou věcí: velkým očekáváním a chronickými situačními stresy.“* (Pines, Aronson, 1980 in Křivohlavý, 1998, 49).

Christine Maslach a Susan E. Jackson jsou autorkami nejčastěji používaného dotazníku k zjištění úrovně vyhoření, který se nazývá MBI neboli Maslach Burnout Inventory. Dotazník vznikl v roce 1981 a samy autorky se vyjádřily k syndromu vyhoření

těmito slovy: „*Burnout je syndromem emocionálního vyčerpání, depersonalizace a sníženého osobního výkonu. Dochází k němu tam, kde lidé pracují s lidmi, tj. tam, kde se lidé věnují potřebným lidem.*“ (Maslach, Jackson, 1981 in Křivohlavý, 1998, 50).

I přes řadu různorodých definic existují jejich společní jmenovatelé. Křivohlavý (1998) popisuje čtyři znaky syndromu vyhoření, které najdeme ve většině definic tohoto termínu.

- Typickými jsou negativní emocionální příznaky - emocionální vyčerpání, únava, deprese atd.
- Burn - out je vždy uváděn v souvislosti s výkonem určitého povolání.
- Syndrom vyhoření postihuje psychicky zcela zdravé jedince, nejedná se o psychologicky nenormální osobnosti.
- S negativními postoji a z nich vyplývajícím chováním souvisí snížená výkonnost

(Křivohlavý, 1998)

Při své práci s literaturou mě zaujala kniha od Grüna - Vyhoření (2014), kde se autor zabývá životní energií a syndrom vyhoření považuje za stav vyprahlosti a ustrnutí. Proud energie se pozastaví, nic neplyne, člověk se cítí přetížen, je znehybněn a zablokovan. Jeho životní energie se zarazila a člověk, ačkoli pracuje i nadále, považuje vše za pouhou rutinu. Je stále součástí koloběhu věcí, ale on se cítí nezúčastněný. Stává se nespokojenějším, nevrlejší, a jakákoli otázka na jeho osobu se ho dotýká. Vytváří si odstup od ostatních i od sebe samého. Odcizuje se a vše mu přerůstá přes hlavu, až je tato situace sinější než on sám, a začíná se chovat hrubě a nevrle. Je na pokraji vysílení, jen krůček od vyhoření. (Grün, 2014). Podle mého názoru tento popis syndromu vyhoření vydá více než kterákoli definice. A celková práce Grüna s energií, životním pramenem a obrazy mi byla více než sympatická, věnuji se jí proto i v dalších částech své práce.

Termín *burnout* byl původně spojován se stavem lidí, kteří zcela propadli alkoholu. Ztratili zájem o vše kolem sebe kromě své závislosti. Dále se tento termín používal pro toxikomany v chronickém stádiu „*Burnout from drugs*“, vyjadřoval negativní efekt chronické závislosti, kdy je toxikomanům vše lhostejné, výjimkou je pouze jejich droga (Potter, 1997). Následně začal být tento jev spojován také s lidmi označovanými za workoholiky, jejichž nekonečná práce je nakonec přivedla k celkové únavě a osamění. Postupem času se ukázalo, že *burnout* nepostihuje jen tento typ lidí, ale trpí jím mnoho

dalších. Následovala celá řada psychologických studií zabývajících se syndromem vyhoření u pracujících lidí, u kterých se prvotní entuziasmus změnil v zoufalství, bezmoc a apatii (Křivohlavý, 1998).

Na syndrom vyhoření můžeme nahlížet z různých úhlů. Klinická psychologie společně s jejím zástupcem Freudenbergerem považuje syndrom vyhoření za vnitřní duševní reakci způsobenou osobnostními rysy. Zaobírá se tedy predispozicemi jedince. Na rozdíl od toho sociální psychologie, kterou zastupuje především Christina Maslach, vnímá hlavní příčinu syndromu vyhoření ve vnějších vlivech, především v práci a pracovním prostředí (Maroon, 2012). Nosným bodem sociálního východiska je vnímání syndromu vyhoření jako zvláštní formy stresu, jenž vzniká ze sociálních vztahů mezi poskytovatelem a příjemcem pečovatelské služby. Podle zástupců tohoto přístupu nevychází náš fenomén z individuálních rysů, naopak jedná se o jev způsobený vnějším prostředím a nároky profesionálních povinností (Maroon, 2012). Na syndrom vyhoření lze nahlížet též z hlediska existenciálního. Podle autorů tohoto směru je volba zaměstnání komplexním procesem a rozhodnutí s ním spojená jsou více méně vědomá. Odráží se v nich naše minulé zážitky. Pracovní úspěch má tedy důležitý existenciální význam pro samotného jedince, neboť může určitým způsobem napravovat rány z dětství. Vyhoření se však dostaví, pokud lidé neshledávají ve své práci nic smysluplného, mají pocit zklamání, ztrácejí svůj existenciální obsah (Maroon, 2012).

1.2 Syndrom vyhoření v klasické literatuře

Syndrom vyhoření není pojmem, kterým je sycena pouze literatura odborná. Najdeme ho naopak jako časté téma v tzv. krásné literatuře. Jako příklad je často uváděn muž ze starověkého Řecka jménem Sysifos, jehož postava je považována za symbol vyčerpání. Pověst vypráví o králi, jenž založil město Korinth a byl považován za nejchytřejší a zároveň nejprohnanější bytost. Postavil se proti Diovi, snažil se přechytračit Smrt, a proto byl náležitě potrestán, Sysifovská práce není jistě neznámým slovním spojením. Toto přirovnání vyjadřuje symbol nesmyslné, opakovaně bezúčelné činnosti bez vidiny odměny či možnosti změny. Utrpení Sysifa tkvělo v tom, že musel valit těžký balvan do kopce a poté ho shodit zpátky dolů. To se mu však nikdy nepovedlo, neboť těsně

před vrcholem balvan sklouzl zpět na začátek. Sysifos se tak musí pokoušet znovu a znovu. Můžeme tedy v této pověsti vidět podobné znaky se syndromem vyhoření. Ať už celkové vyčerpání či marnost nad bezvýchodnou situací.

V literatuře týkající se syndromu vyhoření se často setkáme s odkazem na knihu Grahama Greena nazvanou „Případ vyhoření“, kde se seznámíme s osudem nadějného architekta plného entuziasmu a ideálů. V práci se však dostane do situací, se kterými nepočítal, dostává se do stavu beznaděje a existenciálního strádání. Znechucen absurditou společnosti odchází do africké džungle. Křivohlavý (1998) se vyjadřuje o možné inspiraci touto knihou při pojmenování syndromu vyhoření Freudenbergerem (Křivohlavý, 1998). Jedná se o typický příklad entuziastického jedince, kterého jeho nereálné ideály nakonec přivedou k syndromu vyhoření.

1.3 Syndrom vyhoření z klasifikačního hlediska

Syndrom vyhoření mnozí lidé považují za nemoc. Není tomu tak. Ačkoli negativně působí na pracovní výkon, nejedná se o chorobu z povolání. Mezinárodní klasifikace nemocí (MKN-10) syndrom vyhoření nejčastěji diagnostikuje coby neurotickou poruchu, stresovou poruchu a somatoformní poruchu a platí pro něj diagnostické označení F40- 48. Jmenovitě může vést k fobickým úzkostným poruchám (F40), jiným úzkostným poruchám (F41), ale i k obsedantně nutkavým poruchám (F42) (Jeklová, Reitmayerová, 2006). MKN – 10 hovoří o *burnoutu* jako o stavu, ne nemoci. Uvádí se v jeho souvislosti diagnóza zvaná neurastenie (F48.0), jež se projevuje stavy únavy a vyčerpání, syndrom vyhoření však pokrývá jen částečně. Mezinárodní klasifikace nemocí syndrom vyhoření řadí dále do kategorie Z 73.0., což odpovídá problému spojenému s obtížemi v uspořádání života. Podle Stocka (2011) je syndrom vyhoření novodobý jev, vzniklý v závislosti na globalizaci a změnách rodinných struktur. Podle něj se jedná o relativně neznámý pojem nepopsaný v žádné diagnostické příručce (Stock, 2011).

1.4 Burnout a další negativní psychické stavy

Podle Kallwassové (2007) má „evropský člověk nízký práh frustrace a nedostatečnou toleranci vůči stresu“ (Kallwass, 2007, 35). Nesmíme tedy brát stres na lehkou váhu a musíme si uvědomit, když nám situace začne přerůstat přes hlavu, zastavit se a pokusit se o změnu k lepšímu. U syndromu vyhoření hraje stres podstatnou roli. Ten vzniká tehdy, když dojde k přesile stresorů nad salutory. Nesetkáváme se zde s eustresem (pozitivní formou stresu), nýbrž s distresem neboli neřešitelnou těžkou stresovou situací. Řešením se pak stává zmírnění buďto na straně stresorů, ať už ukončením nějaké námi vykonávané činnosti, či přenechání části odpovědnosti kolegovi. Druhou variantou v boji je přidat na straně salutorů (faktorů pomáhajících nám úspěšně zvládat stres), a to v podobě relaxací, seznámení s problematikou duševního zdraví a jeho posilování (Křivohlavý, 1998).

Burnout a stres. Oba pojmy jsou negativního charakteru. Často a s lehkostí se zaměňují. Přeci jenom stres je dnes již pojmem běžným, dotýká se snad každého člověka. Na rozdíl od toho se syndrom vyhoření objevuje jen u lidí, kteří jsou intenzivně polapeni svou prací. *Burnout* postihuje jedince, kteří jsou v neustálém kontaktu s lidmi. Je pravdou, že stres je často předchůdcem vyhoření, ne však každá stresová situace v něj vyústí. Syndrom vyhoření bývá způsoben chronickým stresem, kdy je dlouhodobě narušena rovnováha mezi aktivitou a odpočinkem. Pokud práce zůstává pro člověka smysluplná, je schopen vypořádat se s překážkami i se stresem a nevyhořet (Křivohlavý, 1998). Většina lidí má zajisté nějakou zkušenost se stresem. Jak jsem se již zmínila, ne každá stresová situace přejde v syndrom vyhoření. Významnou roli hraje počáteční vztah k práci ohroženého. Jedinci plní entuziasmu, s velkými cíli a očekáváními, jejichž hlavním smyslem života je práce, jsou prvními kandidáty syndromu vyhoření (Schaufeli, Enzmann, 1998).

K syndromu vyhoření se často přidruží další z negativních emocionálních jevů, a to deprese. Na rozdíl od *burnoutu* má deprese často úzký vztah k nepříjemným zážitkům z mládí. Deprese je také možno léčit medikamenty, což se u syndromu vyhoření zatím nepodařilo (Křivohlavý, 1998).

Cítit negativní emoce jako je stres, deprese či frustrace je v určité míře normální. Problémem u lidí postižených syndromem vyhoření je fakt, že se jejich negativní zkušenosti neustále opakují a násobí, až se stanou chronickou záležitostí. Vše začíná u frustrace, která se po čase mění v hněv. Posléze dochází ke vzniku úzkosti a strachu přecházejícím v deprese a beznaděj (Potter, 2009).

Odlišení syndromu vyhoření a ostatních negativních psychických jevů je základem úspěšného zkoumání výskytu syndromu vyhoření. Proto je potřeba jasného vymezení jednotlivých rozdílů mezi těmito stavy.

2 Ohrožené skupiny lidí

Každý z nás se někdy ve svém životě jistě setkal s jevem úzce souvisejícím se syndromem vyhoření – stresem. Jak už jsem zmínila v předchozí kapitole, stres je v dnešní uspěchané době velmi častým nemilým návštěvníkem našich životů. Ale není to jen neschopnost vypořádat se se stresem, co vyústí až k celkovému vyčerpání. Cílem této kapitoly je popsat typy lidí náchylných k syndromu vyhoření a také se seznámit s povoláními, která jsou tímto jevem ohrožena více než jiná.

Existují lidé, kterých se stres téměř nedotýká. Můžeme o nich hovořit jako o zástupcích „zdravého typu“, jejichž organismus funguje bez závažnějších obtíží i při zvýšené zátěži. Na rozdíl od takovýchto lidí známe osobnostní struktury, které mají větší tendenci inklinovat ke vzniku syndromu vyhoření. Do této skupiny se řadí zejména lidé pohlčení dokonalostí, mající tendence mít vše perfektně dotáhnuto dokonce. Problém nastává, když jsou jim v patách termíny a jejich dokonalost jim ztěžuje rychlé dokončení práce. Ale v ohrožené skupině se nenachází pouze perfekcionisté, ale také lidé, kteří o sobě neustále pochybují a nevěří ve své schopnosti. Nejvíce jsou ohroženi tedy lidé, kteří jsou na sebe moc tvrdí. Ať už v permanentních pochybnostech o vlastní osobě, nebo neuváženým kladením povinností na svá bedra (Kallwass, 2007).

„Nejnadšenější lidé upadají do nejtěžších forem vyhoření (burnout) nejčastěji. Závažnost fyzického i psychického stavu je do určité míry ukazatelem jejich původního nadšení“ (Křivohlavý, 1998, 11).

S podobným popisem ohrožených lidí jako podává Křivohlavý (1998) se setkáváme i v jiných zdrojích. Jedná se o jedince mnohých „nej“, ať už o lidi nejvýkonnější, nejpečlivější či nejstarostlivější. Podle Kallwass (2007) si syndrom vyhoření přednostně vybírá dotyčné, kteří subjektivně příliš dlouhou dobu vyčerpávali svůj duševní nebo tělesný potenciál. Kladou na sebe přehnané nároky, vzdát nějaký úkol považují za vlastní slabost a za známku ústupu. Nechtějí si nic takového připustit a život nad jejich síly jim však nakonec vše oplátí dvojnásob. *Burnout* je progresivní chronický stav, který je složité rozeznat v brzké fázi, často jimi jsou postiženi právě lidé velice silní a sebevědomí, kteří se snaží svoji slabost a pocit blížícího vyhoření dokonale maskovat (Wessells et al., 2010). Je však důležité poznamenat, že syndrom vyhoření může postihnout každého, ať už člověka úspěšného, oblíbeného, či neúspěšného a nenáviděného (Kallwass, 2007).

2.1 Typ chování A a B

V 70. letech minulého století dva lékaři Meyer Friedman a Bay H. Roseman publikovali výsledky své třiceti leté studie zaměřené na vztah mezi různými chorobami srdce a krevního oběhu a určitými formami chování a jednání lidí. Vyzorovali, že existují dva typy lidí, nazvali je typem A a typem B. Lidé řadící se do skupiny A měli vysoký výskyt infarktu, zatímco typ B chování se pojil s až o polovinu nižším číslem (Křivohlavý, 1998).

Mezi typ chování A řadíme jedince energické, přehnaně soutěživé až soupeřivé, snažící se být ve všem první a nejlepší. Práce pro ně nekončí ani za dveřmi domu, neznají odpočinek a k druhým lidem se staví velice asertivně, často i agresivně (Křivohlavý, 1998). Typický je pro ně spěch, vznětlivost a podrážděnost. Psychologové posléze pro lidi typu A zvolili pojem workoholik. Problémy, které si často budují s ostatními lidmi, je utvrzují, že co si neudělají sami, to nemají. Vystavují se řadě intenzivních a dlouhotrvajících stresorů, jako příklad uvádí Stock (2011) nadměrnou zátěž, více projektů, schůzek a povinností, než je běžná norma. Přičemž klasická představa „A“ typu, že vše zvládne, způsobí

nerovnováhu mezi aktivitou a odpočinkem a napětí vystřídá úplné vypětí všech sil. Na rozdíl od těchto netrpělivých „A“ jedinců jsou lidé typu chování B sice stejně výkonní, avšak se smyslem pro odpočinek. Úspěch pro ně není jediný světlý bod v jejich životech, mají i jiné zájmy a především práci nechávají pouze na pracoviště a doma se věnují naplno rodině (Křivohlavý, 1998). Když hovoříme o typu B, nemůžeme si však myslet, že se jedná o ideální typ chování. Jak popisuje Stock (2011) ve své knize, nízká angažovanost, iniciativa a celková motivace může vést až k hluboké nečinnosti a s ní spojené nespokojenosti jak v zaměstnání, tak také v osobním životě (Stock, 2011).

Vztáhneme-li toto rozdělení na syndrom vyhoření, můžeme pozorovat řadu společných rysů s lidmi ohroženými vyhořením. U lidí typu A dochází po letech vyplývané energie k fyzické reakci, která je často zakončena právě syndromem vyhoření. Předtím se objevuje řada varovných signálů, které jsou však často potlačovány. Klasickým příkladem jsou poruchy spánku, bolest hlavy, únava či podrážděnost. Zatímco lidé typu B jsou sice náchylnější k nižší spokojenosti v zaměstnání, syndrom vyhoření jsou s to zvládat mnohem lépe než jejich kolegové A typu. Ideálním typem je tedy jakási rovnováha mezi oběma typy, kde je všeho tak akorát dost (Stock, 2011).

2.2 Ohrožené profese

Nejvíce ohroženými syndromem vyhoření jsou zaměstnání, která jsou podrobena značným očekáváním ze strany klientů. Zásadním problémem u takovýchto lidí je fakt, že neumí nakládat se svým energetickým potenciálem, často mají sklony přepínat své síly a dávají víc, než mají sami v zásobě. Umět zacházet se svými osobními rezervami a vnitřními zdroji je um, kterým často dotyční lidé neoplývají. Identifikace s náročným povoláním jim odnímá mnoho v sociálním i odborném ohledu a často jsou donuceni sáhnout do psychických rezerv. Jsou ochuzeni o řadu potřebných věcí, ať už o sociální kontakt, radost či maličkosti všedního dne. Přitom právě tyto drobnosti nás nabíjejí potřebnou energií. Proto by měl každý zkoumat stav svých silových rezerv, energie a vnitřních zdrojů. A pokud narazí na problém, nebát si to přiznat a začít s ním něco dělat, nezavírat před ním oči (Kallwass, 2007).

Mezi hlavní oblast ohroženou syndromem vyhoření patří zdravotnictví, tedy i skupina lékařů, na kterou je zaměřena má bakalářská práce. Situace zdravotních sester jako první upozornila na možnost vyhoření. A to především na onkologických odděleních, dále na pooperačním a v hospicích (Křivohlavý, 1998). Syndrom vyhoření se nevyhýbá ani lékařům. Průzkumy ve zdravotnictví zjistily, že mezi nejvíce ohrožené syndromem vyhoření patří lékaři zaměstnaní v hospicích, na onkologických odděleních, jednotkách intenzivní péče, psychiatrie a neurologie (Ptáček, Čeledová et al, 2011) Další studie se vyjadřují dále o oboru interní medicíny a praktického lékařství. *Burnout* je poté považován za jeden z hlavních důvodů pro odchod ze zaměstnání (Křivohlavý, 1998). Freudenberger se na počátku zkoumání tohoto jevu domníval, že jím trpí pouze lidé, kteří poskytují pomoc v první linii, tedy u pomáhajících profesí. Následně zjistil, že se tento fenomén objevil i u člověka, který měl přehnaně vysoké nároky sám na sebe, byl obětavým a idealistou. Poté vyvrátil i domněnku, že syndrom vyhoření postihuje pouze profesní život. Opak je pravdou, často právě ne profesní život trpí nejvíce, způsobuje změny v postojích, citech až samotné osobnosti (Maroon, 2012).

Profese s přízviskem pomáhající se považují za nejohroženější syndromem vyhoření. Pomáhající profese jsou náročné také kvůli tomu, že ne vždy sklídí vděk ze strany klientů. Narůstající zklamání může změnit člověka v zatrpklou bytost, a když nedochází k uznání ani ze strany nadřízených, vede to k vyhasnutí vnitřního nadšení a následnému vyhoření (Grün, 2014). Co je ovšem podle mého názoru nebezpečné u pomáhajících profesí, je fakt, že kromě znalostí a dovedností dávají její představitelé do práce kus své osobnosti. Jejich práce je založena na empatii, přičemž platí, čím víc jí člověk má, tím více ho negativní energie, kterou je zdravotnictví prolezlé, nakonec pohltí. Pracovat s lidmi je mnohem náročnější než s neživým materiálem (Honzák, 2013).

Právě profese, kde je pomáhání druhým lidem na denním pořádku, jejichž práce je náročná a intenzivní, jsou na pomyslné první příčce žebříčku ohrožených profesí. Mezi ně řadíme již zmíněné zdravotnické pracovníky, dále učitele či sociální pracovníky. Práce s lidmi však není jedinou charakteristikou pro vznik *burnout* syndromu, poslední výzkumy dokazují, že jde především o náročnost práce, vysoký výkon s minimem odpočinku a vysokou odpovědností (Embriacol in Ptáček, Čeledová, 2011).

3 Rizikové faktory vedoucí k syndromu vyhoření

Rizikové faktory, které zvyšují pravděpodobnost zrodu syndromu vyhoření, je možné rozdělit na vnější a vnitřní. Mezi individuální řadíme osobnostní charakteristiky, dále pak fyzický stav organismu a způsob chování v určitých situacích (Jeklová, Reitmayerová, 2006). Mezi rizikové faktory zde patří zejména neschopnost požádat druhé o pomoc, zátěž v soukromí či stress. Dále rozlišujeme pracovní a organizační faktory, kde hraje roli sociální nátlak, nedostatek autonomie, nedostatečná sociální opora a monotónní rutina. Vnější faktory se tedy týkají situace a kontextu, který se dotýká života jedince. Ať už hovoříme o blízkých nebo vzdálených příbuzných, zaměstnání, organizaci, nebo celkové společnosti, které je jedinec součástí (Jeklová, Reitmayerová, 2006). Syndrom vyhoření je zajisté spojen s otázkou smyslu vlastní práce, což by se dalo nazvat rovinou třetí - spirituální (Bártlová, 2005 in Jeklová, Reitmayerová, 2006).

Otázka příčin a rizikových faktorů syndromu vyhoření je důležitou kapitolou každé literatury zabývající se tímto fenoménem. Kromě výše zmíněných rizikových faktorů se setkáme s mnohými popisy. Faktory, na kterých se autoři povětšinou shodují, popisují v bodech následujících.

- Narůstající životní tempo a tlak společnosti
- Chronický stres a permanentně prožívaný časový tlak
- Dlouhodobý bezprostřední styk s lidmi
- Nereálná očekávání od povolání a pracovní podmínky, které neumožňují rozvíjení schopností a uplatnění dovedností
- Nedostatek respektu a úcty k lidem, dlouhodobé neúspěšné jednání s lidmi
- Nedostatek pracovního ohodnocení a zpětné vazby ze strany klientů i zaměstnavatelů
- Neschopnost přibrzdit, relaxace, nedostatek volného času k odpočinku
- Špatný tělesný stav (Křivohlavý (1998), Kebza (2005), Stock (2011))

Nyní bych se pokusila popsat faktory a příčiny, které jsou specifické pro oblast zdravotnictví. Neustálý kontakt s lidmi, vysoká pracovní zátěž, nutnost rozhodovat se a s ní spojená obrovská zodpovědnost. Nejčastější faktory hrající v rozvoji syndromu vyhoření u

lékařů významnou roli. Najdeme řadu popisů rizikových faktorů, nicméně novější studie se snaží objasnit i otázku příčin a spouštěčů. Je potřeba zaměřit se zejména na osobnostní predispozice v oblasti frustrační a stresové odolnosti. Setkáme se zde s rozdělením příčin na zátěž týkající se jak roviny pracovní, tak také osobní. Příčiny vycházející z pracovní zátěže jsou charakterizovány především vysokým pracovním tempem, nutností se rozhodovat a neustálým kontaktem s utrpením, bolestí a smrtí. V osobní rovině pak hovoříme často o problému s volným časem. Lékaři jsou často vyčerpáni a nemají čas na jiné aktivity, záliby a rodinu. Omezený sociální kontakt a domnělá profesní selhání působí coby častá příčina syndromu vyhoření (Ptáček, Čeledová et al., 2011).

Vznik syndromu vyhoření je závislý na počtu rizikových faktorů v životě jedince a jejich kumulaci. Jejich vliv se znásobuje a způsobuje o to vážnější úroveň vyhoření (Jeklová, Reitmayerová, 2006). Zejména tento popis rizikových faktorů byl mým inspirativním prvkem pro moji kvalitativní část výzkumu, kde jsem se zaměřila právě na spouštěče syndromu vyhoření u lékařů a jejich subjektivní posouzení situace.

4 Fáze procesu psychického vyčerpání

Pro začátek je důležité si uvědomit fakt, že syndrom vyhoření je proces. Má svůj začátek, průběh, vývoj. Člověk si neodnese ze dne na den z práce jako bonus syndrom vyhoření. Tento dynamický status je důvodem, proč je někdy přirovnáván syndrom vyhoření k lidskému životu. Abychom tedy pochopili jeho podstatu, musíme se zaměřit na samotný vývoj, který ke krizi vedl. To, že náš vnitřní oheň vyhořívá, o sobě dává vědět s dostatečným předstihem, dokonce na to sám upozorňuje. Člověk však tyto náznaky ignoruje, snaží se únavy zbavit pomocí dovolené či chvilkového odpočinku. Tímto se bohužel nezbavíme příčiny, pouze zmírňujeme důsledky až do doby, kdy tento typ relaxu přestane být účinným (Grün, 2014). Dalo by se jen spekulovat, kolika lidem by od totálního vyčerpání napomohlo brzké rozpoznání prvotních symptomů. Je to řada situací a problémů, které se hromadí určitý čas. Proto je důležité si těchto náznaků všimnout, a tím předejít poslední fázi, tedy naprostému vyhoření (Kallwass, 2007).

Trvalá slabost, únava a lhostejnost. Toto je jen hrstka z řady varovných signálů, které není radno brát na lehkou váhu. Člověk má často tendenci při takovýchto pocitech hledat výmluvy. Viníky jsou často hormony, nedostatek spánku, špatné počasí, bio,

postavení hvězd a kdo ví čeho. Je to jednodušší než se zastavit a uvědomit si, že takhle to vypadat nemá, že se něco děje a samo se to nevyřeší. Podchycení syndromu vyhoření v této počáteční fázi by mu zabránilo v dalším postupu. Proto je důležité mít oči otevřené a vnímat signály, které nám vysílá naše tělo (Kallwass, 2007). Varovná kontrolka by v každém z nás měla začít blikat tehdy, když se nám začíná stupňovat citová vyprahlost. Rozhovory s přáteli a kolegy jsou ochuzeny o jakýkoli cit a my se stáváme chladnějšími a prázdnějšími (Grün, 2014).

Stejně jako existuje řada definic syndromu vyhoření, můžeme také nalézt mnoho popisů jednotlivých fází syndromu vyhoření, lišící se počtem a složitostí. V obecné rovině hovoříme na počátku o iniciační fázi zapálení pro věc, kterou poté následuje prozření a ztráta ideálů. To vyvolává v člověku frustraci, zklamání, až dochází ke vzniku apatie. Ta je spojená s hostilitou vůči klientům, profesi a všemu, co se k tomuto tématu váže. Poslední fází je úplné vyčerpání se ztrátou lidskosti (Kebza, 2005). Tento model je typickým příkladem Edelwicha a Brodského, který je popsán v knize od Stocka (2011).

Christina Maslach, autorka MBI dotazníku, popisuje čtyři fáze syndromu vyhoření. Rozlišuje: 1. idealistické nadšení a přetěžování, 2. emocionální a fyzické vyčerpání, 3. dehumanizace druhých lidí jako obrany před vyhořením, 4. terminální stádium: stavění se proti všemu a proti všem, aneb vyčerpání veškerých zdrojů energie a vyhoření v celé podstatě člověka (Křivohlavý, 1998).

Hlubší pohled na průběh *burnoutu* podává Alfried Laengle roku 1997. Popisuje tři fáze, které jsou úzce spojeny se třemi procesy. Na tomto modelu bych poukázala na hlubší popis jednotlivých fází a s nimi spojených příznaků. První fází tvoří nadšení člověka s vidinou určitého cíle. Jeho život je smysluplný, práce mu pomáhá dosáhnout cíle, který si vysnil, tudíž je efektivní, smysluplná. Ve druhé fázi se z prostředků stává cíl - užitková hodnota. Do popředí se dostává utilitarismus. Lidé, kterým šlo o dosažení určitého cíle, nyní začínají vnímat především vedlejší produkt této činnosti, např. peníze. Problém nastává, když člověk přestane dělat věci proto, že v nich vidí smysluplnou podstatu, ale proto, že mu to něco přináší. Dochází k odcizení (*alienation*), což je předstupněm existenciálního vaku (prázdnoty bytí). Místo původní smysluplnosti zbydou jen zdánlivé cíle, které nás frustrují a nepřinášejí nám dostatek energie, a náš život ztrácí na smyslu. „*Je to život bez života a vlastní život ztrácí cenu.*“ (Laengle, 1997 in Křivohlavý, 1998, 154). Ve třetí fázi dochází k uhasnutí zbytku vnitřního ohně a zbývá pouhopouhý popel. Laengle

tuto fázi nazývá „životem v popeli“. V této fázi je typická ztráta úcty k hodnotě druhých lidí, věcí a cílů. *Burnout* dělá z lidí lhostejné jedince, kteří nahlízejí na druhé jako na věci. Emočně chladné a necitlivé cyniky oplývající sarkasmem. Není postižena jen úcta k druhým lidem, ale i k sobě samému. Postižený si přestává vážit vlastního těla, myšlenek, přesvědčení. V ničem nenalézá smysl a ani se o to nepokouší. Jeho konečnou stanicí je existenciální vakuum (Laengle, 1997 in Křivohlavý, 1998).

5 Symptomy syndromu vyhoření

To, že náš vnitřní oheň vyhasíná, o sobě dává vědět různými způsoby. V knize od Rushe (2003) se setkáváme se dvěma skupinami symptomů. Pokud jsou symptomy viditelné, a je nám jasné, že člověka postihl syndrom vyhoření, pak hovoříme o vnějších symptomech. Na rozdíl od této vyzorovatelné formy existují vnitřní symptomy, jejichž skutečnost je často těžké určit. Nicméně jsou to právě ony, které vnějším symptomům předcházejí a představují nejpřesnější údaje potřebné k diagnóze (Rush, 2003).

Mezi hlavní vnější symptomy popisovány Rushem (2003) patří zvyšování aktivity bez nárůstu produktivity. Člověk v tu chvíli vypotřebovává stále více energie, až se veškeré zásoby dostanou na bod mrazu. Zajímavým rysem vyhořelých lidí je ztráta chuti riskovat. Vyčerpání je ochromí natolik, že strach z možných rizik je připraví o soutěživého ducha a volí snazší cestu, a tou je útěk před problémem. Tento symptom, spadající do kategorie vnějších, má však svůj základ v nitru člověka. Jedná se o ztrátu důvěry k sobě samému a vlastním schopnostem. Takový člověk se na svět dívá přes černé brýle a sám sebe vnímá jako zkrachovalce (Rush, 2003).

Člověk, jenž se potýká se syndromem vyhoření, pozoruje na své osobě příznaky ve třech rovinách. Je tělesně, emocionálně i duševně vyprahlý. Cítí se unaven až k smrti, je rozčarován a zklamán, plný beznaděje a celkově pokleslý na těle i duchu. Je duchem nepřítomen, okolí si všímá jeho nezúčastněného chování a mu samotnému je okolí na obtíž (Křivohlavý, 1998). Kallwass (2007) ve své knize rozlišuje tři skupiny symptomů. Tím nejnápadnějším bývá právě emocionální vyčerpání postižené osoby. Stává se lhostejným k pocitům druhých i ke svému vlastnímu nitru. Je citově chladný, nevnímá lásku ani nenávisť, radost ani žal, jeho afekty jsou na bodu mrazu. Člověk je opravdu vyhořelý do slova a do písmene. Druhý symptom nazývá depersonalizací neboli odosobněním.

Najednou má člověk problém vnímat druhé pozitivně, protože to už neumí ani sám u sebe. Drží si odstup od lidí, ale také sám od sebe, to vše působí z citové chladnosti, vyprahlosti, nedostatku žáru. Vše je zakončeno neschopností vcítit se do sebe a jiných lidí, častý doprovod tvoří sarkasmus a cynismus. Třetí skupina se týká snížené výkonnosti. Příčinou může být jak chronická přetíženost, tak naopak nedostatečná vytiženost. Snižuje se spokojenost s výsledkem činnosti, až nakonec úplně vymizí, ačkoli objektivně změřitelný výkon zůstává stejně vysoký. Jelikož se řada lidí definuje výlučně skrze práci, ztráta potěšení z činnosti v nich vyvolá krizi a podstatně jim naruší pohled na kvalitu vlastního života a životní radosti (Kallwass, 2007). Dlouhodobé ignorování syndromu vyhoření může manifestovat řadu onemocnění a závažných zdravotních obtíží, což souvisí s poškozením fyzické roviny. Častá je celková únava organismu, dechová tíseň, bušení srdce a bolest hlavy, výjimkou nejsou ani zažívací problémy či poruchy spánku. Trpí také sociální vztahy, ubývá angažovanosti a snahy pomáhat, dochází k omezování kontaktu s klienty, kolegy a dochází k častějším konfliktům v soukromém životě (Ptáček, Čeledová, 2011).

Lidé trpící syndromem vyhoření často popisují velký tlak, který je sužuje. Rozlišujeme mezi tlakem vyvíjeným zvenku a tím, který vychází z nás. Grün (2014) nazývá tlak z našeho nitra zakaleným pramenem. Jedná se o zdroj energie, který nám není k užítku, nýbrž ke škodě. Někteří lidé jsou pod neustálým tlakem již od dětství, kdy jej na ně vyvíjeli rodiče. Začít se řídit ostatními, podřizovat se jim a přestat vnímat vlastní obraz je cestou k syndromu vyhoření. Pokud se snažíme naplnit obraz, který si o nás vytvářejí jiní, stojí nás to mnoho úsilí a energie. vzdalujeme se od vlastního obrazu, svého nitra, a neustále se pokoušíme ukojit očekávání druhých. V práci je na nás samozřejmě kladena řada očekávání, našim úkolem však je se s nimi neztotožnit natolik, aby nás nakonec jejich naplňování naopak nevyždívalo do morku kostí. Abychom plynuli, je potřeba postupovat v práci podle našeho niterného rozpoložení. Stejně tak je to s očekáváním v oblasti sociální či rodinné. Pokud se člověk snaží splnit požadavky ostatních a zavděčit se jim, často se stresuje a přepíná se. Hazarduje s vlastním zdravím, valí se na něho hromada žádostí a on neví, jak se s nimi vypořádat. Tento stav doplní pocit viny, který ho ochromí a okrádá ho o další energii. Pokud je člověk neustále naplněn pocitem viny, přichází o vlastní pozitivní sebehodnocení, jeho opora je najednou pryč a on se řítí k strmému pádu (Grün, 2014).

„Fenomén syndromu vyhoření se projevuje nejen narůstající slabostí, ztrátou motivace a nechutí, ale často také depresemi, jež postiženého přepadají.“ (Grün, 2014, 12). Hovoří se také o depresi z vyčerpání. Člověk propadající této depresi z vyčerpání přišel o veškerou motivaci a sílu, chce být sám a cokoli, co mu přijde pod ruku, je mu protivné a na obtíž. Pocit nesmyslnosti a zbytečnosti je nejprve zaměřen na pracovní činnosti, následuje však pocit beznaděje ve všech dalších otázkách života (Grün, 2014).

„Smysluplnost je centrálním faktorem zvládnání životních těžkostí (coping)“.
(Křivohlavý, 1998, 75). Když vykonáváme nějakou práci, očekáváme odměnu poté, co ji dokončíme. Nejde jen o finanční ohodnocení, ale o určité uznání, o vyjádření druhých k tomu, co my jsme právě vytvořili. Kladné hodnocení v nás vyvolá saturaci neboli uspokojení, opakem je pak frustrace. Zásadní roli v syndromu vyhoření hraje potřeba povědomí smysluplnosti života, tzv. existenciální potřeba. Začne-li člověku připadat, že jeho manželství, práce, společenský život ztrácí půdu pod nohama, nevnímá-li své bytí jako smysluplné, začíná upadat do psychického vyhoření. Termínem „absurdní“ občas nazýváme stav neexistence smysluplného, či samotného bytí. V souvislosti s prací hovoříme o odcizení. Neuspokojení této základní existenciální potřeby přináší do života člověka nepříjemného návštěvníka jménem syndrom vyhoření (Křivohlavý, 1998). Syndrom vyhoření tedy narušuje vztah člověka a jeho pracovní spokojenosti. Brock a Grady (2002) hovoří v tomto smyslu o spirituální rovině, kdy je roztřesena smysluplnost práce a také vlastní osoby (Brock, Grady, 2002). Právě jak ztráta smyslu práce, tak i celkového života je hlavním ukazatelem *burnout* syndromu (Křivohlavý, 1998).

U lékařů je problém dopadu *burnout* syndromu vážnější zejména z důvodu, že nepostihuje jen samotného lékaře, ale také ohrožuje pacienta. Dle výzkumů jsou syndrom vyhoření a deprese jedněmi z největších prediktorů lékařských chyb. Syndrom vyhoření ovlivňuje vztah lékař – pacient. Doktor se často přistihne při pocitu, že „už nic nemá cenu“, a ztrácí veškerý zájem o svůj profesní život a s ním spojené pacienty (Ptáček, Čeledová, 2011). Nedostatek pocitu uznání, výskyt negativismu, cynismu a přesvědčení o vlastní postradatelnosti až bezcennosti sužuje většinu lidí postižených tímto problémem. Přičemž není výjimkou, že syndrom vyhoření vyústí až ve zhoršenou péči o pacienty, agresivní chování, končící až odchodem ze zdravotnictví (Kamrowska, Kamrowski, 2010 in Ptáček, Čeledová, 2011).

6 Metody zkoumání

Ne vždy jsme schopni vypožorovat na sobě příznaky syndromu vyhoření, ne každý a vždy je dobrý v diagnostice vlastního stavu a schopen sebereflexe. Právě v těchto případech je důležité naše okolí, které si může všimnout určitých změn v našem chování a jednání. Z tohoto vyplývá, jaké existují metody zkoumání syndromu vyhoření. Kromě dotazníku od dotyčného jedince a jeho okolí jsou důležitými metodami zajisté pozorování či rozhovor s blízkými.

Často používaným dotazníkem je BM neboli *Burnout Measure*. Autory jsou Ayala Pines a Elliot Aronson a pochází z roku 1980. Najdeme zde 21 otázek zaměřených především na 3 hlavní oblasti jednoho jediného psychického jevu - celkového vyčerpání (*exhaustion*). Pojednávají o třech rovinách vyčerpání. První z nich je psychická vyčerpanost charakterizovaná slabostí, únavou a nedostatkem energie. Často jsou přidruženy psychosomatické obtíže. Dále popisují emocionální vyčerpání, které doprovází bezmoc, beznaděj a končí až „emocionálním dnem“. Třetí rovinou je vyčerpání mentální, budící v člověku nenávist vůči sobě samému, druhým lidem, až se nakonec obrací proti celému světu (Schaufeli, Enzmann, 1998). Tento dotazník má dobrou vnitřní konzistenci a vysokou míru shody při opakování (reliabilitu). Důležitý je také výsledek shody mezi údaji, kdy se člověk hodnotí sám a kdy jej měří někdo mu blízký. Jeho celé znění najdeme např. v knize od Křivohlavého (1998), což může mít za následek zkreslení výsledků kvůli jeho snadnému získání (Křivohlavý, 1998).

MBI dotazník - *Maslach Burnout Inventory*, byl vytvořen v roce 1981 dvojicí autorek - Christinou Maslach a Sue. E. Jackson. O pět let později tytéž autorky zveřejnily úpravu metody MBI. Faktorová analýza, které byla tato metoda podrobena, prokázala tři faktory, které můžeme díky MBI získat. A to: EE - *emotional exhaustion* (emoční vyčerpání), DP - *depersonalisation* (deperzonalizace), PA - *personal accomplishment* (osobní uspokojení z práce). Jedná se tedy o multidimenzionální metodu, která je podrobně popsána v knize od Schaufeliho a Enzmannu z roku 1998. V roce 1995 provedl Pierro a Fableri důkladnou mnohostrannou faktorovou analýzu, která prokázala existenci faktorů EE, DP a PA. Dotazník obsahuje 22 otázek, z toho devět zaměřených na emocionální vyčerpání (EE), pět na deperzonalizaci (DP) a osm týkajících se osobního uspokojení z práce související se sníženou výkonností (PA). U každé otázky je možné vyjádřit

odpověď na sedmistupňové škále týkající se intenzity od 0 – vůbec ne po 7 velmi silně (Křivohlavý, 1998).

Nejseměrodatnějším ukazatelem přítomnosti syndromu vyhoření je EE neboli emocionální vyčerpání, kde je typická ztráta zájmu o cokoli a nulová motivace. Právě tyto příznaky jsou považovány za základní v otázce vyhoření (Křivohlavý, 1998). Emočně vyčerpaní mají pocit, že už nejsou schopni dále pokračovat, jsou na pokraji svých sil a jejich psychické rezervy jsou již prázdné (Schaufeli, Enzmann, 1998).

Depersonalizací (DP) jsou postiženi především lidé s velkou potřebou reciprocity, neboli kladné odpovědi, a uznání. Nedostatek této odezvy v nich probouzí zahořklost a vytváří z nich cyniky. Pojem depersonalizace v nás evokuje odcizení, a to jak od druhých osob, tak také od sebe samého. Autoři tohoto dotazníku se však zaměřují hlavně na otázku odcizení od ostatních jedinců. Schaufeli a Enzmann (1998) považují za lepší název pro tuto dimenzi dehumanizace.

S vyhořením v PA – osobním uspokojení z práce, se setkáváme především u lidí s nízkou mírou zdravého sebepojetí, sebehodnocení, sebedůvěry. Dostávají se lehce do konfliktů se zvládáním stresových situací, které jim odebírají notnou dávku energie (Křivohlavý, 1998).

Právě MBI dotazník jsem využívala ve svém výzkumu a vracím se k němu opět v části praktické, kde se zabývám i jeho samotným vyhodnocováním.

7 Prevence a protektivní faktory

V literatuře se setkáme s celou řadou rad, jak bojovat se syndromem vyhoření. Tato kapitola je rozdělena na dvě podkapitoly týkající se interní a externí prevence a jednu podkapitolu věnovanou shrnutí protektivních faktorů. Často se hovoří o individuální rovině v otázce syndromu vyhoření. Je však důležité si uvědomit, že se jedná o problém širšího charakteru. V knize od Wessells et. al (2010) se hovoří o tzv. organizačním fenoménu. V boji se syndromem vyhoření je nutné změnit více než chování jedince, ale zaměřit se na celý systém. Syndrom vyhoření je často podpořen právě nedostatkem ocenění ze strany nadřízených, nevhodným zázemím v práci, jedná se tedy o problém celé společnosti, nejen

jeho části coby individua. Prevence je důležitá tedy jak v osobní rovině, tak také ze strany instituce.

Oddělení profesního a osobního života, dostatek času pro sebe, odpočinek. Ignorování těchto potřeb je pozvánkou *burnout* syndromu do života jedince. Podle Wessellse et al. (2010) jsou co dva roky kritická období, kdy práce začne přerůstat člověku přes hlavu. Přesně tehdy se ukáže, jak potřebný je odpočinek a boj proti možnému vyhořívání vnitřního ohně (Wessells et al., 2010).

7.1 Interní prevence

Když hovoříme o interní prevenci, je potřeba se zaměřit na to, co člověk může udělat sám pro sebe, aby se syndromu vyhoření ubránil. Na individuální rovině jde tedy hlavně o schopnost naložit se svými schopnostmi a energií. Vnímat své potřeby a naplňovat je, a když už se vyskytnou abnormality, řešit je. Základním požadavkem je samozřejmě schopnost sebereflexe.

Je důležité vnímat své rozvržení času a sil. Často se nám zdá, že nemáme čas na odpočinek. Máme. Je akorát potřeba upustit na jiných rovinách. Vnímat poměr cena výkon. Mít v životě rovnováhu, umět se soustředit na pár skutečně důležitých věcí, které přinášejí to pravé a podstatné. Další důležitou roli v prevenci vyhoření hraje schopnost zastavit se. Zamyslet se nad změnami v životě, nad prioritami, nad rovnováhou. Svět se točí, tím se mění a my se měníme s ním, proto je důležité mít své změny podchycené (Honzák, 2003). Důležitou roli hraje také realistický pohled na profesní cíle, řada lidí trpící syndromem vyhoření mají neadekvátní cíle, kladou na sebe moc požadavků a tím jsou ohroženi. Preventivním prvkem je proto také schopnost uvědomit si své schopnosti a možnosti, nepřeceňovat své síly a dovolit si někdy i selhat nebo předat úkol kolegovi (Maslach, 2003).

Ráda bych zde zmínila přirovnání pozitivních a negativních obrazů, které používá Grün (2014) ve své knize *Vyhoření*. Autor se v několika kapitolách zabývá vnitřními obrazy sebe samého, jak obrazy vytvořenými okolím, tak také těmi, které nám vštěpuje instituce, v níž pracujeme. Snaží se ukázat možnost jak objevit léčivé a motivující obrazy, které nám pomáhají nalézt cestu k našim vnitřním pramenům. Těm plné energii, z níž

můžeme čerpat, aniž bychom se unavili. Ale také zde popisuje, kterých obrazů bychom se měli vyvarovat, jelikož nám jejich přítomnost zakaluje náš pramen. Taková energie již není čistá, naše tělo se stává zranitelným pro případné setkání se zátěží, unaví se, a je tedy náchylné k samotnému syndromu vyhoření (Grün, 2014).

Za důležitou copingovou strategií v boji se syndromem vyhoření je považován také humor. Smích a vtipy jsou schopny odbourávat emoční napětí a poukázat na nižší závažnost problému, než se zdá. Mimoto humor vstřikuje pozitivní ladění a energii do jinak bezvýchodné situace (Maslach, 2003).

7.2 Externí prevence

Ať chceme či ne, na světě nežijeme sami. Jsme individua, která jsou součástí většího systému. Spojují nás vzájemné vztahy a jeden člověk ovlivňuje celou řadu dalších jedinců. Křivohlavý (1998) ve své knize cituje Pines a Aronson, dovolím si také použít tuto citaci týkající se sociální opory, hrající dvojí roli. *„Sociální faktory hrají prvořadě důležitou roli jak v souboru příčin, tak i v souboru terapeutických faktorů burnout.“* (Pines, Aronson in Křivohlavý, 1998, 89).

Lidé kolem nás hrají bezpochyby významnou roli v našich životech. Kde bychom byli v těžkých chvílích, kdyby nás nepodrželi blízcí? Kdo by nám ochotně naslouchal a zvládal naše nářky, stížnosti a problémy? Odpovědí je skupina lidí kolem naší osoby vytvářející sociální oporu. Sdílející s námi naše radosti i strasti. Kdo má kolem sebe takovéto lidi, připisuje jim o dost větší hodnotu než věcem neživým, tomu se syndrom vyhoření vyhne větším obloukem. Řada studií potvrdila významnost sociální opory v prevenci stresu, distresu a psychického vyhoření (Křivohlavý, 1998).

Důležitou roli v prevenci hrají také kolegové v práci. Vzájemná podpora může být jak formální, týkající se sdílení profesních problémů na poradách nebo pracovních setkáních. Tak také neformální, zahrnující odreagování a vyslechnutí při obědě nebo u kávy. Významnou roli hraje také možnost supervize. Ať už formálním nebo neformálním způsobem je podpora ze stran kolegů potřebná pro přežití v pracovním koloběhu. Považuje se za jednu z kritických proměnných. Na jedné straně hovoříme o protektivní roli, na druhé

jsou právě vztahy s kolegy často rizikové faktory přibližující jedince k syndromu vyhoření (Maslach,2003).

7.3 Protektivní faktory

Mezi obecně platné protektivní faktory se tedy řadí zejména sociální opora ze strany přátel, rodiny, ale také kolegů v práci. Dále dostatečné ohodnocení ze strany instituce a ocenění ze strany klientů. Přítomnost zpětné vazby se uvádí také jako velice významný protektivní faktor. Hlavní roli však hraje sám jedinec, u kterého je jeho vlastní schopnost sebereflexe a nakládání s vlastní energií hlavním protektivním faktorem. Nejen u lékařů je za ochranný faktor považován pocit smysluplnosti povolání. Ve společnosti je lékařská profese považována za prestižní, což tomuto ochrannému faktoru často přispívá na významnosti (Nešpor, 2007).

8 Studie

V této poslední kapitole teoretické části bych se ráda zabírala studii souvisejícími se syndromem vyhoření. Budu hovořit o jednotlivých proměnných, které se na syndromu podílejí, zejména se poté zaměřím na délku praxe a s ní spojené studie. Jedna podkapitola je věnována syndromu vyhoření u lékařů a poslední část se zabývá výzkumy *burnout* syndromu v České republice. Následovat bude praktická část zaměřená na samotný syndrom vyhoření u lékařů v závislosti na délce výkonu jejich profese.

8.1 Osobnostní a sociokulturní proměnné

Rozlišujeme dvě hlavní skupiny proměnných, a to demografické a specifické pro jednotlivce. Jelikož se má práce netýkala osobnostních charakteristik, studie s nimi spojené ve své práci neuvádím. Mnoho expertů za hlavní příčinu vyhoření považuje podmínky pracoviště, okruh spolupracovníků a další sociologické faktory. Někteří autoři vysvětlují pojem procesu vyhoření jako soubor typických příznaků vznikajících u pracovníků

pomáhajících profesí v důsledku nezvládnutého pracovního stresu (Matoušek a kol., 2003). Často bývá v této souvislosti zmiňován tzv. „syndrom pomahače“, kdy se člověk prostřednictvím pomoci druhým snaží zakrýt a odvrátit vlastní emocionální bezmoc. Syndrom vyhoření nevyhnutelně patří k pomáhajícím profesím. Téměř u každého pracovníka se projeví po určité době některé z charakteristických příznaků. Následně nato syndrom vyhoření buď propukne, nebo se jej podaří zvládnout prostřednictvím zlepšení podmínek organizace nebo vlastními silami ohroženého jedince (Jeklová, Reitmayerová, 2006).

Na následujících řádcích jsou sepsány jednotlivé proměnné a s nimi spojené závěry mnohých studií zaměřených právě na ně. Jako první jistě každého napadne, jakou roli v syndromu vyhoření hraje věk. Určité výsledky studií popisuje Maroon (2002), podle nich se pocit vyhasínání vnitřního ohně vyskytuje spíše u mladších jedinců. Ti hovoří o velkém citovém vyčerpání a depersonalizaci. Většina studií se shoduje na tom, že starší jedinci jsou odolnější vůči vypětí na pracovišti (Maroon, 2012). Na druhou stranu však existují také studie, které tvrdí, že čím starší jedinec, tím náchylnější k vyhoření. Z toho je tedy možné vyvozovat závěr sledující dvě kritické fáze. Jedna nastává na počátku zaměstnání a ta druhá pak v pozdějším profesním životě (Alimoglu a Donmetz, 2005 in Maroon, 2012).

Co není dále zcela jasné, je role pohlaví. U této proměnné se řada studií rozchází. Některé hovoří o větší náchylnosti k vyhoření u žen, jiné zase u mužů a některé v nich nenacházejí žádný závratný rozdíl (Maroon, 2012). Jako zajímavá mi přišla studie hovořící o častějším emocionálním vyčerpání u žen než u mužů, zatímco depersonalizace byla typičtější pro mužskou populaci (Peisah et. al, 2009; Ahakar et. al, 2010 in Ptáček, Čeledová, 2011)

Své místo má zajisté i rodinný stav jedince. Obecně jsou náchylnější svobodní jedinci, což potvrzuje důležitost rodiny coby opory (Maroon, 2012). Depersonalizace se objevuje především u lidí svobodných a nemajících děti. Rodina působí tedy jako protektivní faktor v boji se syndromem vyhoření, což potvrzují mnohé studie (Ptáček, Čeledová, 2011).

8.2 Syndrom vyhoření a délka praxe

Také u této proměnné najdeme řadu rozkolů mezi jednotlivými studii. Pro svou práci jsem si vybrala právě závislost na této proměnné, protože mě zajímalo, kdo je tedy náchylnější, jestli lékaři s nižší délkou praxe, nebo naopak starší a zkušenější doktoři. Takedová a kol. (2005) in Maroon (2002) tvrdí, že lidé s menší praxí jsou náchylnější než zkušenější pracovníci. Hovoří o tzv. „šoku z reality“, kdy idealistické představy seberealizace jsou po nástupu pošlapány a přeměněny v rychlou beznaděj a nesmyslnost. Ke stejnému výsledku došel také Cherniss roku 1990, ten považuje zkušenější pracovníky za odolnější a schopnější v boji proti vyhoření. Syndrom vyhoření bývá často označován jako „fenomén prvních let v zaměstnání“, kdy po vysokých očekáváních a entuziasmu nastává zklamání, frustrace, bezmoc a rezignace (Křivohlavý, 1998). Naproti tomu Halm a kol. vnímá nepřetržitý tlak kumulující za léta práce jako jistou cestu směřující k vyhoření. Delší praxe je podle něj přímo úměrná ohrožení vyhasnutím (Maroon, 2012). Hosák, Hosáková a Čermáková (2005) nepovažují délku praxe za statisticky významnou proměnnou, což potvrzuje i studie Libigerové týkající se úrovně vyhoření u sester v naší republice. Výsledky je možno získat z článků výše jmenovaných. Podle mého názoru existují dvě kritická období jako u proměnné týkající se věku. První nastupuje po prvních letech v zaměstnání, další poté po desítkách odpracovaných let. Na tento poznatek se zaměřím mimo jiné ve svém výzkumu.

8.3 Syndrom vyhoření u lékařů

Profese je považována za zdroj uspokojení sociální potřeby. Vysoká zátěž v práci a nepřiměřené nároky mohou způsobit, že se spokojenost změní ve stres. Profese jako je ta lékařská, je ohrožena vyšším výskytem deprese, úzkosti a hněvem. Stoyanov (2014) se ve své knize věnuje několika studiím zabývajících se syndromem vyhoření u lékařů, podle autora existuje řada studií, které poukazují na zvyšující se stresovou zátěž, nižší spokojenost v zaměstnání a horší mentální zdraví u lékařů než u jiných profesí. Výzkumy v Kanadě prokázaly významnou roli pracovního prostředí v závislosti na výskytu syndromu vyhoření. Jako příklad uvádí autor studii Garretta a McDaniela, která se zabývá

zejména rolí podpory v zaměstnání v boji se syndromem vyhoření. Studie z Číny poukázaly na fakt, že čím dál tím více lékařů odchází ze zaměstnání nebo touží po změně, a to zejména kvůli neuspokojivým pracovním podmínkám. Studie Zhanga a Fenga sledovala vzájemný vztah mezi psychologickým prostředím, syndromem vyhoření a úmyslem opustit práci. Hlavními prediktory pro skončení lékařské profese se ukázalo být zejména nedostatečné ocenění a ohodnocení ze strany organizace a emocionální vyčerpání. Jako poslední uvádí Stoyanov (2014) výsledky studie Ogresta, Rusaca a Zoreca, které se vyjadřují zejména k projevům stresu a spokojenosti na pracovišti. Jedná se o možnost ovlivnění úrovně syndromu vyhoření, především emocionálního vyčerpání. Kdy spokojenost v zaměstnání doplněná dostatečným oceněním a ohodnocením je významným prediktorem nízkého stupně vyhoření (Stoyanov, 2014).

8.4 Vývoj studií

Vývoj výzkumu syndromu vyhoření od roku 1998 – 2008 popisuje článek v časopise *Československá psychologie* autorů Kebzy a Šolcové. Výzkum syndromu vyhoření je u nás od 90. let soustavně zkoumán v několika rovinách. Zaprvé zejména z pohledu psychologie osobnosti, a to především co se týče osobnostních proměnných při vzniku a rozvoji, dále v oblasti psychologie práce, kde se zkoumá pracovní spokojenost a sociální klima. V neposlední řadě se studie zaměří na sféru psychologie zdraví a částečně také klinické psychologie, kde se pozorují důsledky syndromu vyhoření k zdravotnímu stavu (Kebza, Šolcová, 2008).

Kebza a Šolcová (2008) zastávají názor, že syndrom vyhoření souvisí s chronickým stresujícím prostředím mnohem více než s osobnostními rysy. Ty hrají zajisté také svou roli, nicméně řada studií předpokládá, že hlavní viník je právě sociokulturní prostředí. Zbytek článku se zabývá především novými trendy ve zkoumání syndromu vyhoření. Za ty považují výše jmenovaní autoři zejména vztah syndromu vyhoření a nemoci. Jednotlivé studie se zabývají otázkou kardiovaskulárních onemocnění a dále také hladinou kortizolu v závislosti na syndromu vyhoření. Právě hladinu kortizolu vnímají coby možnost odlišení syndromu vyhoření a deprese. Uvádí zde příklad Melada a Shiroma, kteří předpokládají nízkou hladinu kortizolu u syndromu vyhoření na rozdíl od vysokého u deprese. Z psychologického hlediska vidí hlavní rozdíl mezi těmito dvěma pojmy zejména

v přítomnosti pocitů viny, beznaděje, smutku až pocitu nicoty, které jsou typické pro depresi. Syndrom vyhoření těmito pocity nemanifestuje v takové míře jako deprese, která naopak nesouvisí s kvalitou sociálního prostředí v práci jako vyhoření. Studie Shiroma z roku 2005 dále doporučuje v dalších studiích zohledňovat možnost deprese překrývající syndrom vyhoření. Proto upozorňuje na potřebu kontrolovat vliv deprese při samotném testování syndromu vyhoření (Kebza, Šolcová, 2008).

Na jaře roku 2013 proběhl v České republice velký výzkum zkoumající syndrom vyhoření u lékařů. Ve spolupráci České lékařské komory společně s Psychiatrickou klinikou 1. LF a VKF v Praze. Hlavním cílem bylo zmapovat situaci a úroveň vyhoření u lékařů v České republice. Výzkumu se zúčastnilo 7428 respondentů. Výsledky jsou v některých ohledech překvapující, někdy až „mýty bořící“. Zkoumána byla řada proměnných, které spolu se syndromem vyhoření souvisí. Jako první se vyjadřují autoři výzkumu pan doktor Raboch a Ptáček k otázce vlivu pohlaví. Autoři mnohých studií se vyjadřují k vyššímu výskytu vyhoření u žen, tento výzkum však toto vyvrací. Vyjadřují se také k možnému důvodu tohoto výsledku, a to schopnosti žen přiznat si vyhoření a začít s ním něco dělat, neotáčet se k jeho řešení zády. Jak jsem již zmínila v kapitole o délce praxe a jednotlivých studiích, mohlo by se zdát, že starší lékaři, tudíž i s delší praxí, budou syndromem vyhoření ohroženější než jejich kolegové s nižší praxí. Výzkum z České republiky však prokázal opak, podle něj jsou nejohroženější skupinou lékaři mladí, čekající na atestaci, tudíž s nízkou délkou praxe. Důležitou roli hrál také rodinný stav, kdy svobodní trpěli syndromem vyhoření mnohem víc než jejich sezdaní kolegové. Celkový počet vyhořelých lékařů byl roven třetině zúčastněných (Ptáček, Raboch, 2013).

Právě tento výzkum a jeho závěry sloužily coby inspirace pro mou bakalářskou práci. Překvapily mě výsledky týkající se délky praxe, a tudíž jsem se rozhodla provést výzkum, který tuto hypotézu o nižší praxi coby náchylnější k syndromu vyhoření vyvrátí, nebo potvrdí.

PRAKTICKÁ ČÁST

Teoretická část sloužila coby podklad pro mou praktickou část zaměřenou na syndrom vyhoření u lékařů. Hlavním cílem bylo ověření hypotéz týkající se délky praxe a prozkoumání vzájemné souvislosti s výskytem syndromu vyhoření a také získání odpovědí na výzkumné otázky v kvalitativní části.

9 Výzkumný problém

Praktická část si kladla za cíl prozkoumat problematiku syndromu vyhoření u lékařů a to zejména z hlediska vlivu délky praxe na jeho výskytu. Zahraniční studie v otázce délky praxe nejsou jednotné, a proto jsem se rozhodla na svém výzkumném vzorku prokázat či vyvrátit závislost počtu odpracovaných let na míře vyhoření. Pro tento účel jsem sehnala výzkumný soubor, který byl tvořen lékaři s různou délkou praxe. Důležitým faktem bylo poté rozdělení výzkumného souboru na dvě skupiny profesně mladších a profesně starších, kdy mezníkem bylo 20 odpracovaných let. Skupinu lékařů jsme zvolila záměrně a to proto, že se jedná o jednu z nejohroženějších profesí, co se syndromu vyhoření týče. U této profese je syndrom vyhoření dále nebezpečný také z toho důvodu, že neohrožuje samotné lékaře, ale také se dotýká klientů. Proto jsem si také vybrala toto povolání, protože je důležité zjistit, které proměnné hrají roli v této problematice právě u tak potřebných lékařů a celkově zdravotnictví.

10 Metodologický rámec

Výzkumná část je rozdělena na dvě, a to kvantitativní část, která obsahuje zpracování dotazníku, který je tvořen ze tří částí. První jsou otázky zaměřené na sociodemografické údaje, další je MBI dotazník a vše je doplněno o otázky vlastní konstrukce. Následuje zpracování a interpretace výsledků společně se statistickým zpracováním. Druhá část je kvalitativní, která je tvořena analýzou a interpretací polostrukturovaných interview. Kombinaci kvantitativního a kvalitativního přístupu jsem zvolila zejména pro komplexnější a ucelenější pohled na problematiku syndromu vyhoření

a osob, kterých se dotýká. Hlavní zaměření bylo na délku praxe související s výskytem vyhoření.

11 Cíle výzkumu

V této části jsou shrnuty veškeré cíle tohoto výzkumného projektu rozděleny na cíle kvantitativní části a kvalitativní.

11.1 Kvantitativní část

Výzkumným cílem v této části bylo především zmapovat aktuální úroveň syndromu vyhoření u výzkumného souboru lékařů s různou délkou praxe. Další cíl souvisel s významem délky praxe v otázce vyhoření, zjistit rozdíly mezi skupinou profesně mladších a starších lékařů, a tím prozkoumat povahu proměnné - délky praxe. Zabývala jsem se také osobními zkušenostmi lékařů se syndromem vyhoření, jak na vlastní osobě, tak u kolegů. Dalším cílem této části bylo zjistit spokojenost na pracovišti, subjektivní posouzení míry ohodnocení a také nejčastější somatické obtíže související s lékařskou profesí.

- 1) Zmapovat aktuální úroveň vyhoření u lékařů s různou délkou praxe
- 2) Zda existuje rozdíl mezi skupinami profesně mladších a profesně starších lékařů v otázce vyhoření
- 3) Zjistit, zda jsou lékaři schopni na sobě syndrom vyhoření rozpoznat.
- 4) Zjistit procento lékařů, kteří vyhořením již v minulosti trpěli, či trpí nyní.
- 5) Posoudit výskyt syndromu vyhoření u kolegů respondentů
- 6) Zjistit spokojenost na pracovišti související se vztahy s kolegy
- 7) Zjistit, zda se syndrom vyhoření váže se somatickými obtížemi
- 8) Zjistit, jak se cítí být lékaři ohodnoceni

11.1.1 Výzkumné hypotézy

H₁: Existuje statisticky významný rozdíl mezi skupinou profesně starších a profesně mladších lékařů v dimenzi emočního vyčerpání u syndromu vyhoření

H₂: Existuje statisticky významný rozdíl mezi skupinou profesně starších a profesně mladších lékařů v dimenzi depersonalizace u syndromu vyhoření

H₃: Existuje statisticky významný rozdíl mezi skupinou profesně starších a profesně mladších lékařů v dimenzi osobního uspokojení z práce u syndromu vyhoření

11.2 Kvalitativní část

Cílem této části je hlubší pohled do problematiky syndromu vyhoření a seznámení se s osobními zkušenostmi, případně obecnými představami o tomto fenoménu. Hlavní zaměření je poté na oblast příčin a rizikových faktorů syndromu vyhoření, jeho projevů, dále protektivních faktorů a samozřejmě hlavní oddíl představovala souvislost délky praxe a syndromu vyhoření z pohledu jednotlivých dotazovaných. Jednalo se tedy o čtyři hlavní výzkumné otázky.

11.2.1 Výzkumné otázky

- 1) Jaké jsou hlavní příčiny a rizikové faktory syndromu vyhoření?**
- 2) Jaké jsou příznaky syndromu vyhoření?**
- 3) Co je považováno za protektivní faktory u syndromu vyhoření?**
- 4) Jakou roli hraje délka praxe v otázce syndromu vyhoření?**

12 Charakteristika výzkumného souboru

Výzkumný projekt byl zaměřen na skupinu lékařů, která spadá do předních příček nejhroženějších profesí v souvislosti se syndromem vyhoření, tak jak je pojednáno v teoretické části.

Pro účel výzkumu se ve výzkumném vzorku objevuje celé spektrum lékařů s různou délkou odpracovaných let ve zdravotnictví. Pro následné statistické zpracování

jsem celý výzkumný soubor rozdělila podle délky praxe na dvě skupiny. Jednu skupinu tvořili lékaři s praxí do 19 let, tato skupina byla nazvána „profesně mladší“, druhou skupinu poté představovali lékaři „profesně starší“, kteří ve zdravotnictví pracovali 20 a více let. K tomu rozdělení došlo především z důvodu možného zpracování a hledání rozdílů mezi těmito dvěma skupinami, s čímž souvisejí položené výzkumné hypotézy.

Účastníci byli získáni dvěma způsoby, a to metodou záměrného výběru a také samovýběru, co se kvalitativní části týče. Pomocí dotazníku v kvantitativní části se mi podařilo získat 40 respondentů. S osmi lékaři z tohoto vzorku jsem poté udělala polostrukturovaný rozhovor. V následujících řádcích popíši postup získávání respondentů podrobněji.

12.1 Strategie výběru vzorku

Rozhodla jsem se kontaktovat zdravotnická zařízení ve svém rodném městě, a to ve Frýdku – Místku. Jednalo se jak o soukromá zařízení, tak místní nemocnici coby zástupce státního sektoru. V nemocnici jsem jednala především s paní primářkou neurologického oddělení, která byla velice ochotná, a společně jsme probraly veškeré náležitosti a domluvily se na administrování dotazníků. Vytyčila jsem si tři hlavní lékařské obory, jejímž zástupcům byly dotazníky předány k vyplnění. Dále jsme rozebíraly možnost další spolupráce v kvalitativním výzkumu zahrnujícím polostrukturovaný rozhovor. V soukromých zařízeních jsem jednala vždy osobně s nadřízeným pověřeným organizačními záležitostmi. I zde jsme se domluvili na administrování dotazníků u třech oborů se zástupci s různě dlouhou délkou praxe. Část dotazníků jsem lékařům předala osobně a také si je od nich po domluveném čase vyzvedla. Vyplnění dotazníků bylo anonymní a zcela dobrovolné, celkově jsem rozdala 50 dotazníků a vrátilo se mi jich 40.

Z mého původního záměru tří oborů bylo nakonec docíleno šesti. Jako první jsem zvolila skupinu praktických lékařů. A to proto, že to jsou právě oni, kteří se jako první setkají s nemocným. Jsou každý den vystaveni různorodým problémům ze strany klientů a musí rozlišit závažnost situace. Setkávají se jak s méně závažnými záležitostmi, jako je např. chřipka, tak na druhou stranu s případy, kdy je nutná návštěva specialisty, která však není možná bez žádanky právě od praktického lékaře. Právě proto jsem jako protipól k praktickým lékařům zvolila internisty. Všeobecných internistů už není v dnešní době mnoho, a proto jsem specifikovala svůj výběr na kardiology, angiology (cévní lékaře) a

gastroenterology. Od těchto třech odborníků jsem měla možnost získat potřebná data, a proto jsem zvolila právě tyto specializace. Jak bylo popsáno v teoretické části, mezi hlavní lékařské obory ohrožené syndromem vyhoření patří neurologie, proto jsem si pro svůj výzkum zvolila jako jednu ze specializací právě ji. Mimoto považuji neurologii za vědu, která se určitým způsobem pojí s naším oborem. Je zajímavou, avšak neprobádanou jednotkou. S ní souvisel také šestý zkoumaný obor, a to neurochirurgie.

13 Etické aspekty

Všichni účastníci výzkumu byli seznámeni s jeho účelem. U kvantitativní části se jednalo o úvodní hlavičku u dotazníku, kde bylo popsáno, o jaký projekt se jedná. Kromě toho zde bylo zdůrazněno důvěrné zacházení s citlivými daty a anonymita odpovědí. Dále byli obeznámeni s možností ukončení účasti ve výzkumu s tím, že se jedná o dobrovolnou účast.

U kvalitativní části byli účastníci opět informováni o anonymitě, ihned při zpracování dat jim byla přiřazena pořadová čísla, nikoli jména. Respondent byl požádán o možnost nahrávání na mobilní telefon s tím, že po skončení dojde k přepisu nahrávky, která nebude předána žádné třetí straně. Data budou uchována jen po nezbytně dlouhou dobu výzkumu a poté dojde k smazání veškerých nahrávek i prepisů. Byla jim sdělena také možnost kdykoli z výzkumu odejít a také nemuseli samozřejmě odpovídat na otázky, ke kterým se nechtěli vyjádřit.

Veškerá data byla zakódována, a tím bylo zabráněno odkrytí identity jednotlivých respondentů. Data budou archivována po nezbytně dlouhou dobu a poté smazána.

14 Kvantitativní část

14.1 Metody získávání dat

V této kapitole popíši podrobněji metody, které jsem v kvantitativní části použila, u tohoto přístupu hovoříme o sběru dat. Jednalo se o dotazník, který byl rozdělen na tři pomyslné části. První část se týkala sociodemografických informací a čítala sedm otázek.

Intepretací výsledků z této části se zabývá následující kapitola 14. 3 charakteristika výběrového souboru.

Druhou část tvořil MBI dotazník (Maslach Burnout Inventory) autorů CH. Maslach a S. E. Aronson. Tento dotazník popisují v kapitole šesté teoretické části - Metody zkoumání. Tato část sloužila především k zmapování aktuální úrovně syndromu vyhoření u lékařů. Následně právě hodnoty z tohoto dotazníku sloužily k dalšímu statistickému zpracování týkající se rozdílů mezi skupinami profesně mladších a starších lékařů. A to vzhledem k úrovním vyhoření v jednotlivých kategoriích (EE, DP, PA). Dotazník jsem získala od paní Židkové, která dotazník pro Českou republiku přeložila, a který je volně dostupný na jejích webových stránkách. Pro naši republiku neexistují normy, a proto jsem po souhlasu paní Židkové využila normy, které udává ona.

V poslední části dotazníku se nacházelo 12 otázek vlastní konstrukce. Otázky jsou koncipovány do čtyř oblastí. První otázky se týkaly samotné znalosti pojmu a schopnosti rozpoznání na vlastní osobě. Na to navazovala otázka délky praxe, zda respondenti na sobě pocítili syndrom vyhoření a kdy to bylo a jaké roky považují za kritické ve své profesi (zaznamenávání na číselné ose). Oblastí zájmu byly také vztahy na pracovišti a somatické obtíže spojené s výkonem profese. Poslední otázkou bylo subjektivní posouzení ohodnocení lékaře. Vyplnění dotazníku trvalo maximálně deset minut a bylo zcela anonymní.

14.2 Zpracování a analýza dat

Po obdržení vyplněných dotazníků jsem nejprve zkontrolovala, zda jsou vyplněny veškeré otázky. Poté jsem data zanesla do tabulky v MS Excelu a každému z respondentů bylo přiřazeno pořadové číslo. Každá otázka měla svůj sloupec a data byla zakódována a následně zpracována pomocí popisné statistiky (absolutní četnost, relativní četnost, průměr, směrodatná odchylka). V případě posuzování platnosti hypotéz jsem využila programu Statistica 12. Použila jsem neparametrický test k určení rozdílů mezi dvěma nezávislými skupinami, tedy Mann – Whitneyho U testu na hladině významnosti $\alpha = 0,05$. Interpretace této části uvádím v následujících kapitolách.

14.3 Charakteristika výběrového souboru

Výběrový soubor kvantitativní části byl tvořen 40 lékaři ze zdravotnických organizací ve Frýdku – Místku. Jednalo se o lékaře z řad soukromého či státního sektoru, případně zástupce obou kategorií. Soubor tvořilo 17 žen (42,5%) a 23 mužů (57,5%). Výběr byl záměrný, a to z hlediska lékařské specializace a délky praxe.

Jak jsem uvedla v kapitole 12. 1, zkoumala jsem šest lékařských oborů. Ve své práci se přímo rozdíl mezi jednotlivými obory nezabývám, u některých otázek tuto informaci považuji za doplňkovou a uvádím ji pro zajímavost. Nicméně prozkoumání těchto rozdílů vnímám jako možnost dalšího zkoumání. Následující tabulka č. 1: Výzkumný soubor kvantitativní části se zabývá právě rozdělením dle oborů a následně dle pohlaví.

Specializace	Absolutní četnost	Relativní četnost (v %)	Muži	Ženy
Praktický lékař	7	17,5	4	3
Neurologie	13	32,5	3	10
Neurochirurgie	3	7,5	3	0
Kardiologie	9	22,5	8	1
Angiologie	4	10	2	2
gastroenterologie	4	10	3	1

Tabulka č. 1: Výzkumný soubor kvantitativní části

Do své první části dotazníku jsem zařadila také otázky týkající se rodinného stavu a počtu dětí, a to zejména z důvodu vnímání rodiny coby protektivního faktoru v boji se syndromem vyhoření. Ve výzkumném souboru bylo 29 lidí sezdáných (72,5%), devět svobodných (22,5%) a dva byli rozvedení (5%). Bezdětných bylo 11 lékařů, což odpovídá 27,5% z celku, nejčastějším počtem byly dvě děti, což se vyskytovalo u 21 respondentů (52,5%), nejvíce měl pak jeden lékař pět dětí. U otázky na typ pracovního zařízení bylo 15

respondentů ze soukromého sektoru (37,5%), státní sektor poté uvedlo 16 lidí (40%) a obě devět lékařů (22,5%).

Důležitou proměnnou související s mým výzkumem byl kromě délky praxe také věk. Ve výzkumném vzorku měl nejmladší respondent 25 let a nejstarší pak 63 let. Průměrný věk byl 43,08 let (SD: 10,98). Věkové rozpětí odpovídalo 38 letům, které jsem následně rozdělila do intervalů po deseti letech. Následující tabulka č. 2: Rozdělení výzkumného souboru dle věku ukazuje absolutní četnosti a také relativní četnosti pro jednotlivý interval.

Věkový interval	Absolutní četnost	Relativní četnost (v %)
25 – 34	12	30
35 – 44	10	25
45 – 54	9	22,5
55 - 64	9	22,5

Tabulka č. 2: Rozdělení výzkumného souboru dle věku

Pro mou práci bylo důležité zajistit respondenty s různou délkou praxe. Nejkratší praxi měla lékařka s dvěma měsíci, nejdelší pak byla délka praxe 39 let. Průměrná délka praxe byla 17,67 let (SD:10,38). Tabulka č. 3: Rozdělení výzkumného souboru dle délky praxe popisuje absolutní a relativní četnosti v intervalech rozdělených po deseti letech.

Interval dle délky praxe (v letech)	Absolutní četnost	Relativní četnost (v %)
0 - 9	12	30
10 - 19	9	22,5
20 - 29	12	30
30 - 39	7	17,5

Tabulka č. 3: Rozdělení výzkumného souboru dle délky praxe

14.4 Popis výsledků zjištěných pomocí MBI dotazníku

Dotazník MBI jsem popsala již v teoretické části v kapitole šesté - Metody zkoumání. Pro tento dotazník jsem se rozhodla především z toho důvodu, že se mi jeho otázky zdály nejpříjemnější a na rozdíl od dotazníku BM i přirozenější. Zajímaly mě všechny tři roviny vyhoření dle dotazníku. A to emocionální vyčerpání (EE), depersonalizace (DP) a osobní uspokojení z práce (PA). Jak je popsáno v teoretické části, dotazník čítá 22 otázek. Podle klíče k vyhodnocení jsem spočítala jednotlivé skóre pro EE, DP a PA. Vyhodnocení spočívalo v součtu skóre v otázkách pro jednotlivou dimenzi. Podle norem udávajících paní Židkovou jsem zařadila jednotlivé respondenty do kategorií nízká, mírná či vysoká úroveň vyhoření. Emocionální vyčerpání a depersonalizace jsou faktory, u kterých vysoký skór značí vyhoření. Naopak u třetího faktoru je známkou vyprahlosti skór nízký. Vždy uvádím průměrnou hodnotu pro jednotlivou škálu. V následujících řádcích vždy rozeberu jednotlivou škálu a uvedu počet lékařů v jednotlivé kategorii a podrobněji se zaměřím na vyhořelé jedince v závislosti na délce výkonu.

Pro další statistické zpracování a hledání rozdílů bylo potřeba rozdělit respondenty do skupiny profesně mladších a profesně starších. Jedna skupina byla tvořena lékaři s praxí do 19 let, druhou poté jedinci s 20 a více lety ve zdravotnictví. Profesně mladších bylo 21 (52,5%) a profesně starších bylo zbylých 19 lékařů (47,5 %). Následující podkapitoly se zabývají analýzou jednotlivých faktorů MBI dotazníku doplněných vždy o statistické zpracování daného faktoru.

14.4.1 Emoční vyčerpání - EE

U emočního vyčerpání se v kategorii nízký objevilo 40% lidí, což odpovídalo 16 lidem. 13 lékařů (32,5%) se zařadilo do úrovně mírného vyhoření. Emocionálně vyčerpaných podle skóre v MBI dotazníku bylo 11 lidí, což odpovídalo 27,5%. Jednalo se o sedm žen a čtyři muže. Průměrné skóre u této škály bylo 19,28, což odpovídá průměrným hodnotám uváděným paní Židkovou. Průměrná délka praxe vyhořelých jedinců byla 14, 6 let. Rozdělení na profesně mladší a profesně starší poukázalo na to, že emocionálně vyčerpaných lékařů s kratší délkou praxe bylo sedm, starší poté čtyři lékaři. Nejvíce vyhořelých bylo lékařů z oboru neurologie, a to pět neuroložek.

Při hledání statisticky významných rozdílů mezi skupinami profesně mladších a profesně starších u emočního vyčerpání byl použit Mann – Whitneyho U test na hladině významnosti $\alpha = 0,05$. Mezi těmito skupinami nebyl však nalezen signifikantní rozdíl.

14.4.2 Depersonalizace – DP

U tohoto faktoru vysokého skóre čili vyhoření dosáhlo devět lékařů (22,5%), na mírné úrovni poté skončilo 13 lidí (32,5%) a nejvíce 18 respondentů (45%) se řadí do kategorie nízkého vyhoření. Průměrná hodnota v této škále byla 8, 52, což je o dva body více, než je udáván průměr paní Židkovou. Opět bylo více vyhořelých žen, respektive pět, a poté čtyři muži. Průměrná délka praxe vyhořelých jedinců byla 13,4 let. Ve skupině profesně mladších (do 19 let praxe) se nacházelo šest respondentů a tři patřili do skupiny lékařů s delší praxí. I v tomto faktoru bylo nejvíce vyhořelých zástupců z oboru neurologie, respektive čtyři lékařky.

Druhá hypotéza se týkala rozdílů mezi skupinami profesně mladších a profesně starších v úrovni vyhoření faktoru depersonalizace. Byl použit stejný test jako u předchozího faktoru, nicméně ani zde nebyl nalezen signifikantní rozdíl mezi skupinami.

14.4.3 Osobní uspokojení z práce - PA

S tímto faktorem souvisí vlastní sebepojetí a vnímání vlastní pozice vzhledem k výkonu práce a vztahu ke klientům. Někdy se setkáme s pojmenováním této dimenze jako snížená výkonnost, s čímž nízké skóre jistě souvisí. Jak již bylo zmíněno v kapitole 14.4 MBI dotazník, tato škála je převrácená, tudíž za vyhořelé jedince se považují ti, co se řadí do kategorie nízké úrovně. Ve výzkumném projektu takto vyhořelých lidí bylo celkem 11 (27,5%), stejný počet byl v kategorii vysoké úrovně, do mírné se řadilo zbylých 18 lidí (45 %). Průměrná hodnota v této škále byla 34,6, což je o dva body méně než průměrná hodnota uváděna Židkovou. Zastoupení vyhořelých mužů a žen bylo tři ku osmi. Průměrná délka praxe těchto jedinců byla 18, 1 let. Ze skupiny profesně mladších sužovalo vyhoření celkem čtyři lékaře, zbylých sedm byli zástupci profesně starších. „Nejvyhořelejším“ oborem byla opět neurologie, respektive šest neuroložek.

Také u posledního faktoru MBI dotazníku jsem hledala statisticky významné rozdíly mezi skupinami profesně mladších a profesně starších. Na hladině významnosti $\alpha = 0,05$ pomocí Mann – Whitneyho U testu však nebyl nalezen signifikantní rozdíl.

14.4.4 Vyhoření dle MBI

V dalších řádcích jsem shrnula, kolik lékařů bylo vyhořelých alespoň v jedné kategorii, případně ve dvou nebo ve všech třech. Podle autorů stačí skórovat vysoko v jedné ze tří kategorií a už je člověk považován za vyhořelého. Na druhou stranu zde uvádím také dva „šťastlivce“, kteří mají ve všech třech kategoriích nejlepší výsledky. Tím je neurolog s jedenácti letou praxí a praktická lékařka s 39 letou praxí.

V minimálně jedné kategorii bylo vyhořelých 11 lidí, což odpovídá 27,5 % z celku. Ve dvou kategoriích vyhoření se nacházelo sedm lidí. Průměrná délka praxe takto vyhořelých byla 13, 8 let.

Totálně vyhořelé ve všech třech kategoriích máme dvě lékařky, obě z oboru neurologie. Mladší z nich měla praxi čtyři a půl roku, přičemž v otázce týkající se pozorování syndromu vyhoření na sobě samé uvedla, že ho nikdy nepocítila. Z toho je možné usuzovat neschopnost rozpoznat syndrom vyhoření na vlastní osobě. Druhá lékařka má praxi 18 let a u otázky, zda by zvolila znovu dráhu lékaře, zakroužkovala odpověď NE.

14.5 Otázky vlastní konstrukce

V této části jsem se zabývala čtyřmi oblastmi, v následujících řádcích je popíšu podrobně včetně výsledků pomocí popisné statistiky.

14.5.1 Syndrom vyhoření a osobní zkušenost

První zkoumanou oblastí byla znalost samotného pojmu, schopnost rozpoznání syndromu vyhoření na vlastní osobě, případná osobní zkušenost byla doplněna o rok, kdy problém začal. Na číselné ose poté bylo úkolem zaznamenat kritická období lékařské profese.

Všech 40 lékařů (100%) znalo pojem syndrom vyhoření, což odpovídá aktuálnosti tématu. 37 respondentů tedy 92,5%, předpokládalo, že by na sobě rozpoznali syndrom vyhoření, pouze tři muži si to nemysleli.

U otázky na osobní zkušenost se syndromem vyhoření odpovědělo kladně 23 lékařů, což odpovídalo 57,5 %. 17 respondentů (42,5%) na sobě do té doby nepocítilo syndrom vyhoření. U lékařů, kteří odpověděli v této otázce záporně, jsem porovnála jejich výsledky z MBI. Devět z nich bylo aktuálně vyhořelých. Tím se ukazuje problém v rozpoznání vlastního stavu.

Další otázka se týkala toho, po jak dlouhé době v zaměstnání došlo u respondentů k syndromu vyhoření. Nejkratší doba pro vyhoření byla 48 hodin v práci, nejdelší poté po 25 letech praxe. Toto rozpětí jsem si rozdělila do intervalů po pěti letech. Nejvíce respondentů na sobě pocítilo syndrom vyhoření po 16 – 20 letech, přičemž celkově nejčastější odpovědí bylo vyhoření po 20 letech praxe. Na druhou stranu druhým nejkritičtějším intervalem bylo vyhoření do pěti let praxe (nejčastěji po dvou nebo pěti letech), kde bylo pouze o jednoho respondenta méně než v intervalu nejkritičtějším. Průměrná délka praxe při prvním vyhoření bylo po 12,6 letech (SD: 7,29).

S mým výzkumným cílem souvisela také další otázka, která zjišťovala kritická léta v lékařské profesi. Pomocí číselné osy jsem získala následující výsledky. Nejčastěji subjektivně posuzovaným kritickým rokem bylo 20 let praxe, tato odpověď se vyskytovala u osmi respondentů (20%), druhým nejkritičtějším rokem byl 25. rok praxe, takto přemýšlelo sedm respondentů (17,5%). Jednotlivé odpovědi jsem rozdělila do kategorií po deseti letech, jejich četnosti je možno shlédnout níže v tabulce č. 4: Kritická období lékařské profese.

Kritické období (v letech)	Absolutní četnost	Relativní četnost (v %)
Do 9	4	10
10 – 19	14	35
20 – 29	17	42,5
Po 30	5	12,5

Tabulka č. 4: Kritická období lékařské profese

14.5.2 Syndrom vyhoření a pracovní kolektiv

Další zkoumaná oblast se týkala vztahů s kolegy na pracovišti, špatných zkušeností s kolegy a také povšimnutí si syndromu vyhoření u spolupracovníků. Jak bylo popsáno v teoretické části, vztahy na pracovišti hrají významnou roli ve výskytu syndromu vyhoření.

31 respondentů (77,5%) zaznamenalo syndrom vyhoření u svých kolegů, zbylých devět (22,5%) takovouto zkušenost neuvádí. U otázky ohledně špatných zkušeností s kolegy byl poměr kladných a záporných odpovědí vyrovnaný, tudíž 20 ano a 20 ne. Poslední otázkou této oblasti bylo zhodnocení vztahů s kolegy na pracovišti. Respondenti měli možnost vybrat z pěti škál (výborný, chvalitebný, dobrý, dostatečný a nedostatečný). Využity byly pouze první tři škály, přičemž 18 lékařů (45%) hodnotí vztahy na pracovišti jako výborné, stejný počet respondentů ohodnotilo vztahy na škále chvalitebný a zbylých 10%, tedy čtyři lékaři, vztah na pracovišti vnímá jako dobrý.

14.5.3 Syndrom vyhoření a somatické obtíže

Se syndromem vyhoření souvisí také somatické obtíže. Proto se mé další dvě otázky týkaly právě této problematiky. 30 lékařů (75%) potvrdilo somatické potíže související s jejich profesí, zbylých 25%, tedy deset lékařů, poté žádné fyzické problémy na sobě nepozoruje. Zjišťovala jsem konkrétní příklady těchto tělesných potíží. V otázce dotazníku byl uveden příklad somatických obtíží jako bolest hlavy, zad, svalů, poruchy spánku a zažívací potíže. Tyto obtíže tvořily také nejčastější odpovědi otevřené otázky. 13 lékařů (32,5%) sužovala bolest hlavy, druhým nejčastějším problémem poté byla bolest zad a také poruchy spánku.

14.5.4 Syndrom vyhoření a ohodnocení

Poslední zkoumanou oblastí byla problematika ohodnocení. Jedna otázka se týkala posouzení, jak moc jsou lékaři podle vlastního názoru ohodnoceni. Druhá se poté zaměřila na to, zda by si lékaři zvolili znovu stejně povolání či nikoliv. U této otázky jsem chybně nezvolila další možnost kromě ano, ne. Čtyři respondenti mi dopsali odpověď nevím. Nicméně sedm lékařů, což odpovídá 17,5%, by si znovu medicínskou dráhu nezvolilo.

Jednalo se o šest mužů a jednu ženu, která vyšla v MBI dotazníku coby vyhořelá ve všech třech kategoriích. Co se délky praxe týče, u těchto respondentů se jednalo o jedince profesně mladší. Průměrná délka praxe lékařů, kteří by si nezvolili opět toto povolání, byla 16,2 let.

U otázky spokojenosti s ohodnocením měli respondenti zvolit ze tří možností, a to zda se cítí dostatečně, přiměřeně či nedostatečně ohodnoceni. Nejčastější odpovědí bylo přiměřeně u 26 respondentů (65%), dostatečně ohodnocenými se cítí pouze pět lékařů (12,5%) a nedostatečně ohodnocenými si připadá devět respondentů (22,5%). Průměrná délka praxe u lékařů cítících se nedostatečně ohodnocenými byla 11, 1 let (SD: 10,1). Z porovnání profesně mladších a profesně starších vyšli výrazně nespokojenější jedinci s kratší délkou praxe. K dalším zajímavým postřehům se vyjadřuji v diskuzi.

14.6 Ověření hypotéz

V této části vyvrátím či potvrdím mnou stanovené hypotézy na základě výše provedené analýzy dat.

H₁: Existuje statisticky významný rozdíl mezi skupinou profesně starších a profesně mladších lékařů v dimenzi emočního vyčerpání u syndromu vyhoření.

Hypotéza se nepotvrdila. Nebyly nalezeny statisticky významné rozdíly mezi skupinou profesně starších a profesně mladších v úrovni emočního vyčerpání na hladině významnosti $\alpha = 0,05$.

H₂: Existuje statisticky významný rozdíl mezi skupinou profesně starších a profesně mladších lékařů v dimenzi depersonalizace u syndromu vyhoření.

Ani tato hypotéza se nepotvrdila. Mezi skupinou profesně mladších a profesně starších neexistuje statisticky významný rozdíl v úrovni vyhoření faktoru depersonalizace na hladině významnosti $\alpha = 0,05$.

H₃: Existuje statisticky významný rozdíl mezi skupinou profesně starších a profesně mladších lékařů v dimenzi osobního uspokojení z práce u syndromu vyhoření.

Také třetí hypotézu zamítáme, na hladině významnosti $\alpha = 0,05$ neexistuje signifikantní rozdíl mezi skupinami profesně starších a profesně mladších v otázce snížené výkonnosti.

15 Kvalitativní část

15.1 Charakteristika výzkumného souboru

Jak bylo uvedeno již v předchozích kapitolách, interview bylo provedeno s osmi lékaři, jednalo se o pět žen a tři muže s různou délkou praxe. Respondenti představovali zástupce z oboru neurologie (pět osob), gastroenterologie (jedna osoba) a praktického lékařství (dvě osoby). Mezi zúčastněnými byli jak lékaři s osobní zkušeností se syndromem vyhoření na vlastní osobě, tak jedinci, kteří syndromem vyhoření doposud netrpěli. Rozhovory byly po ústním souhlasu participantů nahrávány na mobilní telefon.

Všech osm rozhovorů proběhlo „face to face“, a to na ambulanci neurologického oddělení, v ordinaci praktických lékařů a poslední na interním oddělení. Respondenti měli v období rozhovoru již za sebou část s vyplňováním dotazníku. Čtyři respondenty jsem oslovila osobně a požádala o další spolupráci týkající se interview, zbylí čtyři respondenti se přihlásili k rozhovoru dobrovolně, poté co jsem požádala primariát neurologie o možnost dalšího šetření v rámci svého výzkumu.

Tabulka níže poukazuje na základní charakteristiku zkoumaných osob, tedy jejich pohlaví, věk, délku praxe a lékařskou specializaci. Poslední údaj poté představuje osobní zkušenost se syndromem vyhoření. Respondenti jsou seřazeni podle toho, v jakém pořadí rozhovory probíhaly.

Respondent	Pohlaví	Věk	Délka praxe (v letech)	specializace	Osobní zkušenost s vyhořením
R1	Žena	53	28,5	Neurologie	Ano
R2	Žena	29	3,5	Neurologie	Ne
R3	Muž	32	7,5	Neurologie	Ne
R4	Žena	25	1	Neurologie	Ano
R5	Muž	32	6,5	Praktický lékař	Ano
R6	Muž	62	37	Neurologie	Ne
R7	Žena	58	25	Praktický lékař	Ano
R8	Muž	58	32,5	gastroenterolog	Ne

Tabulka č. 5: Výzkumný soubor kvalitativní části

Průměrný věk respondentů byl 43,62 let (SD: 14,4) Délka praxe byla průměrně 17,7 let (SD: 13,6) Profesně mladších a profesně starších zástupců bylo vyrovnané množství, tedy čtyři lékaři z jedné skupiny a čtyři z druhé. Stejně bylo rozdělení dle pohlaví

15.2 Metody získávání dat

Pro proces zpracování dat u kvalitativního výzkumu se používá název tvorba dat, jak uvádí Miovský (2006). A to zejména kvůli tomu, že záleží na samotném výzkumníkovi, jak kvalitní budou získaná data (Miovský, 2006).

15.2.1 Metoda moderovaného rozhovoru (interview)

V kvalitativní části jsem použila metodu polostrukturovaného rozhovoru. V následujících řádcích se nachází bližší popis této metody, principy a výhody.

Miovský (2006) považuje interview za moderovaný rozhovor, který souvisí s výzkumným cílem týkajícím se určité studie. Výhodou interview je kromě získaných odpovědí od respondenta také možnost pozorování, a to jak dotazovaného, tak samotného výzkumníka a jeho sebereflexe (Miovský, 2006).

U rozhovoru rozlišujeme tři základní části: úvodní část, jádro rozhovoru a jeho závěr. Pro první část je typické navázání kontaktu s dotyčným a vytvoření vzájemné důvěrné atmosféry. Přičemž do této části je vhodné zařadit nenáročné otázky, nedoporučuje se zde začínat ani demografickými údaji. V jádru interview se nachází pro nás nejdůležitější data. Chybou by bylo vynechání závěru, ve kterém je potřeba ukončit veškerá námi probíraná témata, ubezpečit se, že námi otevřená témata nevyvolala v dotazovaném negativní emoce (Hendl, 2012).

Ve svém výzkumu jsem využila metody polostrukturovaného rozhovoru, kromě něj rozlišujeme ještě nestrukturovaný a strukturovaný rozhovor. Jak popisuje Miovský (2006), výhodou polostrukturovaného rozhovoru je jisté dané schéma otázek, k němuž jsou specifikovány okruhy otázek. Výhodou je možnost úpravy, pozměnění pořadí otázek v závislosti na samotném plynutí rozhovoru a participantovi. Je zde jasně dané jádro otázek, u kterých striktně požadujeme odpověď od všech dotazovaných a je nutné je probrat. Právě odpovědi na tyto otázky nám slouží coby jádro našeho dalšího zpracování a porovnávání výsledků (Miovský, 2006).

Polostrukturovaný rozhovor jsem ve svém výzkumu zvolila především proto, že umožňuje držet se určitého schématu, avšak ponechává možnost pro individuální přístup ke každému participantovi. Dále také proto, že jsem ve své podstatě měla dva různé typy respondentů, jedny s osobní zkušeností se syndromem vyhoření a druhé bez zažití této problematiky na vlastní osobě. Proto nebylo možné zvolit strukturovaný rozhovor. Nicméně pro obě tyto skupiny byly společné otázky zaměřené na rizikové faktory a příčiny syndromu vyhoření, dále na protektivní faktory, pomyslná třetí oblast se týkala projevů syndromu vyhoření a poslední část se zabývala vnímáním délky praxe coby určující proměnné v otázce vyhoření. Rozdíl mezi jednotlivými skupinami „již vyhořelých“ a „nevyhořelých“ byl poté v zaměření na subjektivní zkušenosti a jejich popis, nebo obecné posouzení syndromu vyhoření.

15.3 Metody zpracování dat

V této fázi dochází k technickému zpracování dat. Hledají se způsoby, jak nejlépe získaný materiál zpracovat, fixovat a upravit. Propojení fází získávání dat a jejich následné analýzy se nazývá data management (Hendl, 2012).

Mým prvním krokem ve zpracování dat byla doslovná transkripce získaných nahrávek z mobilního telefonu. Což znamenalo převedení dat netextové povahy do textové, přičemž výhodou takového materiálu je jeho autentičnost a nestrannost. Následovala redukce prvního řádu, která v sobě zahrnovala transformaci úplné transkripce do plynulejší a jednodušší formy (Miovský, 2006). Mým dalším krokem bylo následné vytvoření kódů a jejich přiřazování k získaným datům, editorování a barvení textu.

15.4 Analýza dat

Tato část kvalitativního výzkumu je tou nejdůležitější. Její konečnou fází je samotná interpretace získaných dat, vytváření závěrů a jejich ověřování.

15.4.1 Metoda analýzy dat

Mezi základní metody při procesu kvalitativní analýzy dat, kterou jsem použila i v tomto výzkumu, patří deskriptivní přístup. Ten je důležitý zejména pro kvalitní interpretaci, jak popisuje Miovský (2006). Další metodou bylo vytváření tzv. trsů, což slouží zejména k vytváření skupin na základě získaných odpovědí. Podmínkou je vzájemná podobnost jednotlivých výroků patřících do téže skupiny. Využila jsem také metody kontrastů, a to zejména pro zachycení rozdílnosti mezi lékaři s kratší délkou praxe a těmi služebně staršími.

15.5 Analýza a interpretace interview

Veškeré rozhovory jsem po souhlasu participantů nahrávala na mobilní telefon. Interview trvalo průměrně 11 minut. Posléze jsem udělala transkripci, nahrávky jsem ponechala zakódované pro případnou kontrolu. Respondentům byla přidělena pořadová čísla pro dodržení anonymity. Následovalo samotné zpracování dat, které obnášelo v první řadě otevřené kódování. A následné vytváření jednotlivých společných trsů kódů. U

zpracování jsem se zaměřila na čtyři hlavní trsy, a to faktory rizikové, protektivní, příznaky vyhoření a otázky týkající se délky praxe. Tímto jsem zodpověděla mnou položené výzkumné otázky.

Jednotlivé otázky a odpovědi týkající se společné problematiky jsem přiřadila k sobě a vyzdvihla nejčastější odpovědi, jako příklad uvádím autentické výpovědi respondentů. Sledovala jsem rozdíly ve vnímání profesně mladších a profesně starších lékařů. Také jsem hledala odlišnosti ve výpovědích lékařů, kteří na sobě syndrom vyhoření již pocítili, a těch, kteří nikoliv. Porovnávala jsem subjektivní posouzení syndromu vyhoření a vše s ním spojené a obecné představy od „nevyhořelých“ jedinců. Odlišnosti jsem našla zejména v otázce příčin syndromu vyhoření u profesně mladších a starších lékařů.

15.5.1 Analýza a interpretace dat vyplývající z výzkumné otázky č. 1

Prvním výzkumným cílem bylo zjistit příčiny a rizikové faktory hrající roli u syndromu vyhoření. U této otázky existovaly největší rozdíly ve vnímání skupiny mladších a starších lékařů. Délka praxe hrála tedy docela zásadní roli v náhledu na tento problém. Výzkumná otázka zněla: „Jaké jsou hlavní příčiny a rizikové faktory syndromu vyhoření?“

V otázce příčin syndromu vyhoření hrají významnou roli samotní klienti. To se ukázalo jako pravdivé i v mém výzkumu. Mezi nejčastější příčiny syndromu vyhoření patří zejména neúcta k lékaři společně s nulovým ohodnocením ze strany společnosti („*Jde o celkový postoj té společnosti, která je nastavena vůči lékařům negativisticky.*“). Důležitou jednotkou je také nespolupráce klientů a celkově nedostatek zpětné vazby ze strany klientů („*Člověk se necítí dostatečně ohodnocen tak, jak by měl, a to nemyslím tu finanční stránku, ale v podstatě není tam ta odezva od pacientů, jakou bych třeba čekal.*“). Problémem je také nedostatečné ohodnocení zdravotnictví („*V naší společnosti se neustále nadává na naše zdravotnictví, a přitom je na velmi vysoké úrovni, ale to je problém dnešních lidí.*“).

Témata týkající se ocenění, zpětné vazby a celkově špatné zkušenosti s lidmi a společností byla typická pro odpovědi právě profesně mladších lékařů. („*...když člověk nedokáže ocenit ty věci, s kterými se mu pomohlo, a jenom si stěžuje, tak to toho doktora úplně nemotivuje do práce.*“). S tím souvisela také otázka smysluplnosti práce a potřeba se

někam posunovat a neustrnutou na mrtvém bodě. („*Pokud má člověk pocit, že se zaseknul, že ta práce je zbytečná a nemá prostor, aby se rozvinul, tak je to zlé.*“)

Na rozdíl od nich profesně starší považují za hlavní příčiny syndromu vyhoření pracovní stereotyp související se stejnými problémy a kumulující negativní energií. („*Ti lidi chodí neustále s tím stejným problémem, navíc ve zdravotnictví za vámi nepřijde s něčím hezkým, že se má dobře, ale je tady hrozně moc té negativní energie.*“). Významným rizikovým faktorem je také vysoká pracovní zátěž.

Pro obě skupiny společný v otázce příčin byl především nedostatek dovolené, neustálé stesky a nutnost zaobírat se banalitami („*Když oni tady chodí i lidi s totálními hloupostmi, to vás ubíjí...*“); („*Ony se na vás chrlí stesky a je to pořád dokola, nic pozitivního.*“)

15.5.2 Analýza a interpretace dat vyplývající z výzkumné otázky č. 2

„Jaké jsou příznaky syndromu vyhoření?“ Takové bylo znění výzkumné otázky číslo dvě. U této otázky jsem také sledovala rozdíly mezi lékaři již v minulosti „vyhořelými“ a těmi, kteří tento fenomén nepocítily na vlastní osobě. Subjektivní příznaky se však nelišili od těch obecných, podávaných „nevyhořelými“ jedinci. Mezi skupinou profesně mladších a starších u této otázky nebyly významné rozdíly. Tuto část jsem rozdělila na tři oblasti podle toho, k čemu se jednotlivé projevy vztahovaly, a to k tématu práce, blízkých a k vlastní osobě.

Mezi příznaky souvisejícími s prací byla nenávisť k samotnému vykonávání profese a celková nechuť jít do zaměstnání („*...téměř nenávisť k tomu, že jdu do práce a pořád to poslouchám.*“). Přestal se objevovat zájem o další vzdělávání související s profesí. Vyskytly se zde i extrémní odpovědi související s pocitem zbytečnosti práce a s ní související neschopností vyslechnout a poradit lidem („*Byla jsem taková otrávená z té práce, našťvaná na ty lidi, jak chodili s hloupostmi. Tak nějak úplně zbytečné mi to přišlo.*“); („*Nebyla jsem schopná ty pacienty vyslechnout a hlavně pochopit.*“)

Projevy týkající se blízkých zahrnovaly neschopnost vyslechnout vlastní rodinu, poradit jim, docházelo i ke křiku („*Nedovedla jsem se soustředit na jejich problémy, nepatřičně jsem na ně zakřičela, nedokázala jsem je pochopit.*“). Projevy se týkaly také pracoviště, kde byl poté nezáměr o kolegy a jakékoli pracovní sešlosti.

Celkově nejčastějším projevem byla však únava. Problém dále představovalo udržet soustředění. Častá byla podrážděnost, otupělost a nervozita. Za alarmující považuji pocit jedné lékařky, která byla otupělá až bezcitná. (*„Když někdo zemřel, tak už to se mnou ani nehlo.“*)

15.5.3 Analýza a interpretace dat vyplývající z výzkumné otázky č. 3

V pořadí třetím cílem kvalitativní části bylo zjistit protektivní faktory pomáhající lékařům ubránit se syndromu vyhoření. Cíl byl prezentován výzkumnou otázkou, která zněla: „Co je považováno za protektivní faktory u syndromu vyhoření?“

Nejdůležitější v boji se syndromem vyhoření byl podle většiny dotazovaných najít si aktivitu nesouvisející s prací. Nejčastěji byl v této otázce uváděn sport. Za nutnost považovali lékaři odlišit profesní a osobní život a naučit se vyvažovat negativní energii, která je doprovází v práci. Jako protektivní faktor byla uváděna dále rodina, dobrý kolektiv a také vedení, což potvrzuje potřebu sociální opory. Důležitý je také dostatek dovolené a možnost „vypnout“ mozek. Některým pomáhá myslet si svoje a povznést se nad banalitami (*„Přišla jsem na to, že nemá cenu se s nima rozčilovat a ztrácet čas s vysvětlováním.“*); (*„Myslet si svoje, spíš to nějak přejít, že toho člověka stejně nezměníme...“*)

U této otázky profesně mladší lékaři uváděli častěji význam pracovního prostředí, vztahy s kolegy a zdůrazňovali potřebu komunikace s klientem jako obranu před syndromem vyhoření.

15.5.4 Analýza a interpretace dat vyplývající z výzkumné otázky č. 4

Posledním výzkumným cílem, který jsem zjišťovala pomocí polostrukturovaného rozhovoru, byla otázka týkající se délky praxe a její role u syndromu vyhoření. Výzkumná otázka zněla: „Jakou roli hraje délka praxe v otázce syndromu vyhoření?“

Cílem otázek mířených na délku praxe bylo zjistit, koho považují obecně lékaři za náchylnějšího k vyhoření, jestli kolegy s kratším výkonem profese nebo naopak s delší praxí. Porovnat jejich vlastní zkušenosti a celkově zachytit jejich názor na roli délky praxe jako rizikového faktoru. Jako doplňkovou část uvádím, jakými fázemi ve vztahu k práci si lékaři prošli za dobu svého výkonu profese.

Podle mých respondentů hraje délka praxe zajisté roli v otázce syndromu vyhoření, nelze však říct, že je to jediná proměnná, která určuje úroveň vyhoření. Pouze jedna respondentka vnímá ryze profesně starší za náchylnější k syndromu vyhoření („*Praxe hraje určitě zásadní roli. Nesetkala jsem se s nikým mladým, takže určitě ti starší...*“). Zbytek je v této otázce zdrženlivější. Podle dvou respondentů se vyhoření u profesně mladších a starších značně liší v příčinách. U mladších se jedná především o ztrátu ideálů vedoucí k vyhoření, naopak u lékařů s delší praxí jde hlavně o stereotyp práce. Podle nich existují dvě vlny vyhoření, první nastává po cca čtyřech letech, ta další poté kolem 20. roku praxe. („*Přijde mi, že jsou takové dvě vlny toho. Právě po těch 4, 5 letech je jedna a pak ti starší, kteří to zabalili trošku.*“). Na čem se však shodli všichni, je fakt, že se jistě nejedná o neutrální proměnnou, nicméně ji doprovází vliv dalších, jako například spektrum vyšetřovaných klientů („*Takže je to prostě více o tom spektru pacientů než jen o té praxi.*“), roli hrají jistě i klasické mezníky v životě či například individuální psychická odolnost („*Nerozděloval bych to na mladší, starší, spíš na ty psychicky odolné a ty druhé. Záleží taky dost na tom, jaká je generace.*“)

U profesně starších byla délka praxe spojená zejména s již určitou jistotou vlastního výkonu, většina mých respondentů s delší praxí hovořila o nynějším kladném vztahu k práci („*Mám tu práci ráda, umím už pracovat s lidmi, znám diagnózy a už vím jak jim pomoci.*“) Na rozdíl od nich mladší kolegové byli více negativisticky laděni, u těchto respondentů však významnou roli hrálo právě spektrum klientů a nedostatek ocenění ze strany společnosti. Co se týká změny vztahu k práci za dobu výkonu profese, polovina respondentů popisovala původní nadšení po nástupu do zaměstnání, druhá entuziasmus na počátku nepocítila. K této problematice se poté vracím v následující kapitole - diskuzi.

16 Diskuze

V této části provedu interpretaci zjištěných výsledků, porovnáám je s výstupy studií na mnou zkoumané téma a uvedu také možná úskalí a omezení mého výzkumu.

Kvantitativní část

V mém výzkumném projektu šlo především o zachycení syndromu vyhoření u lékařů s různou délkou praxe, sledovala jsem rozdíly mezi jednotlivými skupinami profesně mladších a starších, zkoumala jsem jejich vnímání vztahů na pracovišti i jejich názor na vlastní ohodnocení. Na aktuální úroveň syndromu vyhoření byl využit dotazník MBI, s jehož výsledky z jednotlivých kategorií jsem poté dále pracovala a dávala je do souvislostí s délkou praxe.

Jedním z cílů této části bylo zmapovat aktuální úroveň vyhoření u lékařů s různou délkou praxe. Pomocí MBI dotazníku se mi podařilo zjistit, že emočně vyhořelých bylo 11 lékařů, z toho sedm žen a čtyři muži. U depersonalizace to poté bylo pět žen a čtyři muži v nejvyšší úrovni vyhoření. S dimenzí osobního uspokojení z práce se pojilo osm vyhořelých žen a tři muži. Ačkoli souvislost mezi pohlavím a syndromem vyhoření nebyla podstatou mého výzkumu, při zpracovávání dat jsem zjistila, že v nejvyšší úrovni vyhoření se nacházejí podstatně častěji ženy než muži. Proto jsem provedla Mann-Whitneyho U test také s touto proměnnou. Statisticky významný rozdíl nebyl mezi muži a ženami nalezen, což mohlo být způsobeno velikostí vzorku. Převaha žen byla jasná, čímž jsem se přiblížila některým studiím hovořícím o častějším vyhoření u žen. Tento fakt by stál za další prozkoumání na větším vzorku.

Mým hlavním cílem však bylo zjistit, jakou roli hraje délka praxe u syndromu vyhoření. Zda existuje rozdíl mezi profesně mladšími a staršími lékaři a kolik jednotlivých členů z těchto skupin se nachází v nejvyšší – vyhořelé kategorii. Ačkoli nevyšly statisticky signifikantní výsledky ani v jednom z faktorů MBI dotazníku, byla zřejmá převaha mladších lékařů nad jejich staršími kolegy, kteří se nacházeli v úrovních nižšího vyhoření. Podle mého názoru rozdíl mezi jednotlivými skupinami existuje a je možné, že při větším výzkumném vzorku by se tato hypotéza potvrdila i statisticky. Nicméně i přes nepotvrzení statistickou metodou trpí, dle mého pozorování, mladší lékaři mnohem víc syndromem vyhoření než jejich starší kolegové. K tomuto závěru došli také Raboch a Ptáček (2013) po

uskutečnění největšího výzkumu syndromu vyhoření v České republice (viz kapitola 8. 4 – Vývoj studií).

Při zpracování dotazníků a otázek týkajících se vyhoření v závislosti na délce praxe jsem vyzorovala, že existují dvě kritické vlny nejvyššího výskytu syndromu vyhoření. Jedna z nich nastává do pěti let v zaměstnání, ta druhá poté kolem 20. roku praxe. Ačkoli byl 20. rok praxe vnímán coby nejkritičtější, hůře dopadli profesně mladší lékaři. Tyto výsledky z kvantitativní části potvrzují také zjištěná data z kvalitativní části. O těchto dvou vlnách a rozdílném vnímání syndromu vyhoření u profesně mladších a starších se vyjadřuju v diskuzní kvalitativní části.

U vyhodnocování MBI dotazníků dopadli nejhůře ze všech oborů lékaři neurologie. Toto mé zjištění potvrzuje studie, které považují právě neurologii za jeden z oborů s nejvyšším výskytem syndromu vyhoření. Oproti ostatním oborům vyšla neurologie znatelně hůř a vynikala mezi ostatními. Tento fakt by bylo jistě vhodné dále zmapovat a zaměřit se na samotné neurology, přitom zachycení rizikových faktorů hrající roli speciálně u neurologů stojí za další šetření.

Ve výzkumném souboru polovina lékařů (respektive 23 respondentů) v minulosti již zažila syndrom vyhoření na vlastní kůži. Nicméně ze zbylých 17 tvrdících opak jich celých devět trpělo aktuálně vyhořením dle MBI dotazníku. Toto zjištění poukazuje na fakt neuvědomování si vážnosti vlastního stavu. To, co není člověk s to rozeznat na vlastní osobě, však zvládá u ostatních. Což se také ukázalo u otázky na zkušenost se syndromem vyhoření u kolegů mých respondentů, kde drtivá většina odpověděla kladně. U otázek týkajících se pracoviště a vztahů s kolegy je hodnotili celkově pozitivněji profesně mladší lékaři než ti starší. Tento fakt se potvrdil také v kvalitativní části, kde se jím zaobírám podrobněji.

Za zajímavou část považuji otázku ohodnocení lékařů. Zaměřila jsem se na rozdíly mezi jednotlivými skupinami cítících se dostatečně ohodnocenými a těmi naopak nedostatečně. V rámci stejného oboru se jednalo vždy o protichůdné skupiny, co se délky praxe týče. Profesně mladší se cítili nedostatečně ohodnoceni na rozdíl od jejich starších kolegů. Otázka ohodnocení hraje významnou roli u syndromu vyhoření u mladších lékařů, k čemuž se vyjadřuju níže v kvalitativní části. Kdyby si mohli respondenti zvolit znovu dráhu lékaře, ti profesně mladší by volili jinou variantu častěji než starší lékaři. Celkový

počet sedmi lidí, kteří by si raději vybrali jiné povolání, byl pro mě osobně překvapujícím zjištěním.

U somatických obtíží nedošlo k objektivnímu zjištění, pouze potvrzení nejčastěji udávaných tělesných příznaků. Za zajímavý fakt můžeme považovat to, že ne všichni vyhořelí jedinci trpěli somatickými obtížemi, naopak problémy měli ti, kteří na sobě nepocítily syndrom vyhoření ani nebyli aktuálně vyhořelí.

Kvalitativní část

Tento typ výzkumu jsem využila zejména kvůli vhledu do hloubky problematiky a získání celistvého posouzení syndromu vyhoření. Cílem této části bylo zodpovězení čtyř výzkumných otázek, které se týkaly příčin, projevů a protektivních faktorů a vlivu délky praxe na výskyt syndromu vyhoření. Na tyto otázky mi zodpovědělo osm respondentů, kteří předtím vyplnili také dotazník ohledně vyhoření. Mým cílem bylo získat odpovědi jak od lékařů, kteří na sobě syndrom vyhoření již pocítily, tak těch doposud „nevyhořelých“. Dále jsem se pozorovala rozdíly mezi skupinou profesně mladších a profesně starších lékařů.

Jak jsem již uváděla v předchozí části věnované kvantitativnímu šetření, mezi profesně mladšími a profesně staršími nebyly výsledky v odlišnosti signifikantní. Nicméně mezi těmito dvěma skupinami ve výsledcích kvalitativní části byl znatelný rozdíl.

V kvantitativní části jsem se zabývala rozdílným vnímáním ohodnocení u mladších lékařů, kteří se cítili být nedostatečně ocenění. S tím souvisely také odpovědi získané pomocí polostrukturovaného rozhovoru. V otázce příčin syndromu vyhoření lékaři s kratší délkou praxe uváděli především nedostatek ohodnocení jak ze strany klientů, tak také instituce. Dále také nedostatek zpětné vazby a celkově neúcty ke zdravotnictví jako takovému. Na rozdíl od nich profesně starší hovořili zejména o stereotypní práci a nedostatku dovolené coby o hlavních příčinách syndromu vyhoření. O ocenění se ani jeden z lékařů s delší praxí nezmínil. Můžeme zde pozorovat významné rozdíly ve vnímání samotného vyhoření u lékařů s různou délkou praxe. Kdy u mladších jde především o vyhoření z důsledku špatného ohodnocení, častý doprovod tvoří přehodnocování smyslu profese a celkově je zaměřen spíše na klienty než na samotnou práci. Zatímco u profesně starších, kteří už vědí, jak s lidmi jednat a jsou celkově odolnější, vyhoření nastává vlivem stereotypní práce a pocitu, že už není „kam dál postupovat“. Z tohoto usuzuji, že délka

praxe jistě není neutrální proměnnou, nicméně se nedá s jistotou říct, který rok je klíčový u syndromu vyhoření. Spíše se jedná o samotné vnímání syndromu vyhoření, kdy u profesně mladších jde především o narušení existenciální roviny, u profesně starších jde o neustálý stereotyp. Nelze tedy říct, která skupina lékařů je náchylnější k syndromu vyhoření, záleží na schopnosti každého lékaře se vyrovnat s prvopočátečním „vystřízlivěním“ z entuziasmu a nalézt si něco pro ukonejšení existenciální potřeby. U profesně starších je potřeba umět vyvážit negativní energii a vyhnout se upadnutí do stereotypu, který tvoří hlavní rizikový faktor u této skupiny lékařů.

Další rozdíly ve vnímání mezi skupinami profesně starších a mladších jsem zjistila v otázce protektivních faktorů. Lékaři s méně zkušenostmi hovořili především o důležitosti pracovního kolektivu a vedení. U starších lékařů jsem se setkala zejména s oddělením pracovního a osobního života, kdy pro ně bylo důležité „vypnout“ mozek a vůbec se nezabývat pracovními záležitostmi.

V projevech syndromu vyhoření se profesně mladší skupina lékařů nelišila od profesně starších. Taktéž obecně vnímané příznaky u „nevyhořelých“ respondentů odpovídaly zkušenostem již v minulosti vyhořelých lékařů. V této otázce se ukázaly tři roviny, ve kterých se syndrom vyhoření projevuje. A to co se týče změny vztahu k práci, dále chování k blízkým a poté projevy na vlastní osobě v rovině tělesné a také psychické. Z tohoto zjištění lze usuzovat, že příznaky syndromu vyhoření jsou pro většinu lidí stejného či podobného charakteru bez ohledu na délku praxe.

Posledním výzkumným cílem kvalitativní části bylo zjistit, jak lékaři vnímají vliv délky praxe na vyhoření. Pouze u jedné respondentky jsem se setkala s názorem, že se syndrom vyhoření objevuje pouze u profesně starších lékařů. Zbytek respondentů byl v této otázce zdrženlivější. Vnímali i ostatní proměnné, podle jejich názoru sice hraje délka praxe jistou roli, ale není tak zásadní jako například spektrum klientů a pracovní prostředí a ohodnocení. U dvou lékařů jsem pomocí rozhovoru získala podrobnější popis jejich vnímání vlivu délky praxe na syndrom vyhoření. Podle jejich názoru existují dvě vlny vyhoření, ta první nastává kolem čtvrtého roku v zaměstnání, kdy je člověk nucen čelit realitě, která není pro lékaře nikterak pozitivní. Záleží poté na jeho psychické odolnosti a míře frustrace, jestli ho syndrom vyhoření postihne či nikoliv. Druhá vlna poté nastává po dvacátém roce v profesi, kdy se jedná především o stereotypní činnost, člověk má již pocit,

že všeho dosáhl a nic víc ho nečeká, tento pocit je pak podle dvou respondentů jasnou cestou k vyhoření.

Tyto výsledky poukazují na možnost dvou různých forem syndromu vyhoření a s nimi spojenými také kritickými roky v profesi lékařů. Ačkoli výsledky nepotvrzují statisticky významný rozdíl mezi dvěma skupinami lékařů profesně mladších a starších, rozdíl mezi nimi se potvrdil v otázce vnímání samotného syndromu vyhoření. S tímto faktem jsem přemýšlela nad celou dnešní generací zvanou Y, kde lidem jde mnohem více o smysl profese než o finanční ohodnocení.

Je také možný vliv právě dnešní společnosti na samotné vnímání profese jako takové. Mladí lékaři nemají srovnání s ničím jiným než se svými ideály a představami, za to starší lékaři mohou porovnávat vývoj zdravotnictví, a proto často hovoří o zlepšení pracovních podmínek. Mladá generace však touží po uznání, zvyšují se nároky na život a celkově mnohem více si zakládají na zpětné vazbě. Proto u nich dochází často k vyhoření. Problémem však zůstává vnímání zdravotnictví v očích společnosti, často jsou lékaři bráni za „bohy“, kteří si nemohou dovolit chybu, musejí vše umět a nepotřebují nic na oplátku. Přeci jenom není to profese jako každá jiná a dnešní společnost, především ta u nás, si ji dostatečně není schopna vážít a tento nedostatek vděku ze strany klientů je častým důvodem k vyhoření a ztráty smyslu nejen u lékařů, ale celkově u pomáhajících profesí. Především poté u mladších jedinců s krátkou praxí a s nedostatkem psychické odolnosti a vnímání vlastní ceny.

Výsledky z roku 2013 doktorů Rabocha a Ptáčka o počtu vyhořelých lékařů u nás jsou alarmující, avšak je důležité zaměřit se na samotnou příčinu takovéhoto zjištění. Z jejich studie vyšli o poznání hůř profesně mladší lékaři, což by mohlo souviset s mými výsledky výzkumu. Proto je důležité se zaměřit na tuto cílovou skupinu mladých lékařů a zapracovat na preventivních programech zabývajících se především psychickou odolností a vnímáním vlastní hodnoty. Nicméně vždy budou hrát nejdůležitější roli samotní klienti, kteří pokud si neuvědomí, jak je práce lékaře důležitá a nepřestanou ji brát jako samozřejmost, na kterou mohou jen nadávat a nevážit si jí, tak se mladí lékaři budou pouze učit, jak i přes to pomáhat lidem, namísto opodstatněného ocenění jejich profese. Je potřeba zapracovat na vztahu pomáhajících profesí a společnosti, která není schopna, a často ani ochotna, uvědomit si jejich cenu.

Možná rizika a nedostatky výzkumu

U otázky vlivu délky praxe u syndromu vyhoření existují rozporuplné názory. Některé zahraniční studie tuto proměnnou vnímají jako neutrální, jiné naopak nalézají souvislosti mezi vyhořením a délkou praxe. Kdo je však vyhořelý více či méně je zase otázkou spekulací, jedny studie hovoří o profesně starších coby o náchylnějších jedincích, jiné zase naopak o profesně mladších. Můj výzkum byl na rozřešení této problematiky malý, tudíž vnímám jako nedostatek velikost zkoumaného vzorku. K dalšímu možnému zkreslení výsledků mohlo dojít z důvodu mnou vybraných oborů. Zvolením jiných specializací jsme mohli docílit jiných výsledků, proto další šetření by mělo zajisté probíhat na různorodějším vzorku o vícero lékařích.

Za možný nedostatek považuji také rozdělení skupin profesně mladších a starších, kdy mezník tvořilo 20 let praxe. Přeci jenom je rozdíl, jestli se nachází dotyčný v intervalu do deseti let praxe, nebo poté v druhém od desíti do dvaceti. Nicméně pro statistické šetření se zdálo toto řešení nejlepším. Pro další výzkum by bylo jistě vhodnější zachytit menší intervalová rozpětí týkající se délky praxe a porovnávat následné rozdíly mezi skupinami.

Tento fenomén v sobě obsahuje řadu proměnných, které je možné dále zkoumat. Mým hlavním cílem bylo prozkoumat vliv délky praxe, nicméně by bylo vhodné se zaměřit na vliv pohlaví či lékařského oboru v dalším výzkumu.

17 Závěry

Na základě analýzy získaných dat jsem dospěla k několika zajímavým závěrům.

Za nejpodstatnější zjištění své práce považuji rozdíly ve vnímání syndromu vyhoření u profesně mladších a starších lékařů. A to zejména v otázce příčin a rizikových faktorů. Mladí lékaři jsou více ohroženi syndromem vyhoření z důvodu nedostatku ohodnocení ze strany klientů a společnosti, na rozdíl od nich jsou profesně starší více ohroženi stereotypní prací a pocitem, že už všeho v profesi dosáhli.

V otázce délky praxe jsem poté zjistila, že existují pravděpodobně dvě vlny vyhoření, přičemž se každá váže k jiným příčinám a také kritickým letům v profesi. Nicméně délka praxe se nepotvrdila coby statisticky významná proměnná, což mohlo být způsobeno malým výzkumným souborem. Vliv této proměnné však nepovažuji po zpracování výsledků za neutrální.

U profesně mladších a profesně starších byl zajímavý rozkol také v otázce vnímání významnosti pracovního kolektivu, kdy pro mladší byli kolegové hlavním protektivním faktorem, na rozdíl od starších lékařů, kteří měli spíše tendenci se vyhýbat lékařskému prostředí, tudíž i svým kolegům.

Využitím propojení kvantitativního a kvalitativního výzkumu se mi podařilo uchopit pojem syndrom vyhoření v celistvém pohledu a dostat se do hloubky problému. Myslím, že jsem svou prací dosáhla všech svých cílů určených na začátku praktické části. Ať už vyvrácením tří hypotéz v kvantitativní části, tak také zodpovězením výzkumných otázek v kvalitativní části.

Výzkumem jsem získala řadu zajímavých podnětů pro možné další rozpracování tohoto tématu, za nejvýznamnější považuji zjištění různého pohledu na syndrom vyhoření u profesně mladších a profesně starších jedinců. Otázka smysluplnosti u mladých lékařů by mohla přinést zajímavé výsledky vzhledem k této problematice.

SOUHRN

Tato bakalářská práce se zaměřuje na fenomén zvaný syndrom vyhoření, který jsem zkoumala na lékařích coby jedné z nejohroženějších profesí. Toto povolání jsem zvolila zejména proto, že se syndrom vyhoření nedotýká jen samotných lékařů, ale je jím ohrožen také vztah ke klientům a zvyšuje se riziko chyb ze strany lékařů, což je považováno za významný problém. Zkoumanou proměnnou byla délka praxe a její vliv na výskyt syndromu vyhoření. Práce se skládá z teoretické části, kterou tvoří osm kapitol, a praktické části tvořené devíti kapitolami.

V teoretické části se seznámíme s vymezením samotného pojmu, a to vzhledem k odborné literatuře, beletrii, a také jeho zařazením do klasifikačního systému nemocí. Další kapitola se zabývá ohroženými skupinami lidí s podkapitolou věnovanou chování typu A a typu B a zbylá část kapitoly se týká ohrožených profesí. Seznámíme se také s jednotlivými fázemi syndromu vyhoření s popisem od různých autorů a také s popisem rizikových faktorů hrající u tohoto problému zásadní roli. Šestou kapitolu tvoří představení dvou metod používaných k měření úrovně vyhoření. Předposlední kapitola je věnována prevenci a protektivním faktorům a poslední kapitola se zabývá jak zahraničními, tak také českými studii na toto téma. Seznámíme se zde s výsledky výzkumů a se závěry vzhledem k vybraným proměnným.

Výzkumný projekt vznikl na základě výsledků doktora Rabocha a Ptáčka, kteří v roce 2013 provedli největší výzkum v České republice týkající se zmapování úrovně syndromu vyhoření u českých lékařů. Výsledky šetření ukázaly, že až třetina českých lékařů trpí vyhořením. Podle jejich závěrů jsou ohroženější profesně mladší lékaři. Na základě tohoto výroku jsem se rozhodla zvolit délku praxe coby hlavní proměnnou ve svém výzkumu. Mým cílem bylo zjistit, zda opravdu existuje rozdíl mezi skupinami profesně starších a mladších lékařů a která z nich je ohrožena syndromem více či méně.

Praktická část se skládá jak z kvantitativního, tak také kvalitativního šetření. Oba přístupy jsem zvolila zejména pro celistvé zachycení problematiky a jejího prozkoumání do hloubky. Jako metody jsem zvolila dotazníkové šetření v kvantitativní části, kterého se zúčastnilo 40 respondentů s různou délkou praxe. Pomocí popisné statistiky jsme splnili jeden ze základních cílů, a to zmapování a popis úrovně vyhoření lékařů s různou délkou praxe. V otázce rozdílů mezi skupinou profesně starších a mladších jsme nezískali

signifikantní výsledky. Skupiny byly rozděleny podle délky praxe, první skupinu tvořili lékaři s praxí do devatenácti let, druhou poté lékaři s dvaceti a více lety v zaměstnání. Vliv této proměnné jsme se snažili prokázat vzhledem k výsledkům z MBI dotazníku, který sloužil k zjištění aktuálního vyhoření. Je sycen třemi faktory (emoční vyčerpání, depersonalizace a osobní uspokojení z práce), ani u jednoho nebyl zjištěn signifikantní rozdíl mezi skupinou profesně starších a profesně mladších.

V kvalitativní části se jednalo o polostrukturovaný rozhovor, který byl proveden s osmi lékaři. Výzkumné otázky se týkaly čtyř hlavních oblastí: příčin, protektivních faktorů, projevů syndromu vyhoření a vlivu délky praxe na tento problém. Pozornost byla zaměřena zejména na rozdíly mezi skupinami profesně mladších a profesně starších, což se projevilo zejména v otázce příčin. Mladší lékaři problém staví zejména na spektru klientů a nedostatku ohodnocení. Na rozdíl od nich vidí profesně starší hlavní příčinu ve stereotypní práci. Kromě hledání rozdílů mezi profesně staršími a mladšími jsem se zaměřila také na vnímání syndromu vyhoření očima lékařů, kteří již v minulosti pocítili tento problém na vlastní osobě, a lékařů, kteří se s ním prozatím nesetkali. Mezi těmito skupinami nebyl výrazný rozdíl, obecné představy „nevyhořelých“ lékařů odpovídaly zkušenostem lékařů již v minulosti vyhořelým.

POUŽITÉ ZDROJE A LITERATURA

- Brock, B. L., Grady, M. L. (2002). *Avoiding Burnout: A Principal's Guide to Keeping the Fire Alive*. Thousand Oaks, CA: Corwin Press.
- Grün, A. (2014). *Vyhoření: Jak rozproudit vlastní energii*. Praha: Portál.
- Hendl, J. (2012). *Kvalitativní výzkum.: základní teorie, metody a aplikace*. Praha: Portál.
- Honzák, R. (2013). *Jak žít a vyhnout se syndromu vyhoření*. Praha: Vyšehrad.
- Hosák, L., Hosáková, J., Čermáková, E. (2005). *Syndrom vyhoření zdravotnických pracovníků*. *Psychiatrie pro praxi*. 2005 (4).
- Jeklová, M., Reitmayerová, E. (2006). *Syndrom vyhoření*. Praha: Vzdělávací institut ochrany dětí
- Kallwass, A. (2007). *Syndrom vyhoření v práci a osobním životě*. Praha: Portál.
- Kebza, V. (2005). *Psychosociální determinanty zdraví. I*. Praha: Academia.
- Kebza, V., Šolcová, I. (1998). *Burnout syndrom: teoretická východiska, diagnostické a intervenční možnosti*. *Československá psychologie*, 42(5), 429-448.
- Kebza, V., Šolcová, I. (2003). *Syndrom vyhoření. 2*. Praha: Státní zdravotní ústav.
- Kebza, V., Šolcová, I. (2008). *Syndrom vyhoření – rekapitulace současného stavu poznání a perspektivy do budoucna*. *Československá psychologie*, 52(4), 351-365.
- Křivohlavý, J. (1998). *Jak neztratit nadšení*. Praha: Grada.
- Maslach, Ch. (2003). *Burnout. The cost of caring*. Los Altos: ISHK.
- Maroon, I. (2002). *Syndrom vyhoření u sociálních pracovníků*. Praha: Portál.
- Miovský, M. (2006). *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. Praha: Grada Publishing.
- Matoušek, O. a kol. (2003) *Metody a řízení sociální práce*. Praha: Portál
- Nešpor, K. (2007). *Prevence profesionálního stresu a syndromu vyhoření* *Medicína pro praxi* 4(9):371-373

- Potter, B. A. (1997). *Jak se bránit pracovnímu vyčerpání: „pracovní vyhoření“ - příčiny a východiska. I.* Olomouc: Votobia.
- Potter, B. A. (2009). *Overcoming Job Burnout: How to Renew Enthusiasm for Work.* Ronin publishing.
- Ptáček, R., Čeledová, L., a kol. (2011). *Stres a syndrom vyhoření u lékařů posudkové služby.* Praha: Karolinum.
- Ptáček, R., Raboch, J. (2013). *Diagnóza českého zdravotnictví – Z 73.0?* Tempus medicorum, 22(9), 3-8
- Rush, M. D. (2003). *Syndrom vyhoření.* Praha: Návrat domů.
- Schaufeli, W. B., Enzmann, D. (1998). *The Burnout Companion To Study And Practice: A Critical Analysis.* Philadelphia: Taylor & Francis.
- Schaufeli, W. B., Maslach, Ch. (1993). *Professional burnout: recent developments in theory and reseaech. I.* Philadelphia: Taylor & Francis.
- Stock, Ch. (2010). *Syndrom vyhoření.* Praha: Grada Publishing.
- Stoyanov, D. (2014). *New Model of Burn Out Syndrome: Towards early diagnosis and prevention.* Denmark: River publishers.
- Wessells, D. T., et al. (2013). *Professional Burnout in Medicine and the Helping Professions.* New York: Routledge.
- Židková, Z. (2013) *Metody: Zdeňka Židková PSVZ. Zdeňka Židková PSVZ* [online].[cit. 2015-03-21]. Získáno 21. března 2015 z: <http://zdenka-zidkova-psvz.webnode.cz/metody>.

PŘÍLOHY

Příloha č. 1: Formulář zadání bakalářské práce

Univerzita Palackého v Olomouci
Filozofická fakulta
Akademický rok: 2013/2014

Studijní program: Psychologie
Forma: Prezenční
Obor/komb.: Psychologie (PCH)

Podklad pro zadání BAKALÁŘSKÉ práce studenta

PŘEDKLÁDÁ:	ADRESA	OSOBNÍ ČÍSLO
CABÁKOVÁ Kristýna	Dr.M.Tyrše 3107, Frýdek-Místek - Frýdek	F12570

TÉMA ČESKY:

Syndrom vyhoření u lékařů v závislosti na délce výkonu jejich profese

NÁZEV ANGLICKY:

Burn out syndrome of doctors depending on the length of the exercise of their profession

VEDOUcí PRÁCE:

doc. PhDr. Panajotis Cakirpaloglu, DrSc. - PCH

ZÁSADY PRO VYPRACOVÁNÍ:

Rešerše a studium literatury týkající se syndromu vyhoření.

Sepsání teoretické části zaobírající se samotným fenoménem syndromu vyhoření, jeho vývojem a následným doplněním o již vyhotovené výzkumy. Hlavně se zaměřením na lékaře a časem stráveným v profesi.

Příprava a realizace výzkumného projektu:

a) vymezení problému, formulování cílů a výzkumných otázek

b) určení vzorku výzkumu (skupina lékařů s různou délkou praxe), sběr dat

c) dotazníky, rozhovory

d) porovnání teoretických předpokladů s výsledky výzkumu, interpretace výsledků, diskuse, závěr, souhrn.

SEZNAM DOPORUČENÉ LITERATURY:

Honzák, R. (2013). Jak žít a vyhnout se syndromu vyhoření. Praha: Vyšehrad.

Kallwass, A. (2007). Syndrom vyhoření v práci a osobním životě. Praha: Portál.

Kebza, V., Šolcová, I. (2003). Syndrom vyhoření. Praha: Státní zdravotnický ústav.

Křivohlavý, J. (2002). Psychologie nemoci. Praha: Grada.

Křivohlavý, J. (2000). Jak neztratit nadšení. Praha: Grada.

Rush, M., D. (2003). Syndrom vyhoření. Praha: Návrat domů.

Stock, CH. (2010). Syndrom vyhoření a jak jej zvládnout. Praha: Grada.

Podpis studenta:

Datum:

Podpis vedoucího práce:

Datum:

Příloha č. 2: Abstrakt v českém a anglickém jazyce

Abstrakt bakalářské práce

Název práce: Syndrom vyhoření u lékařů v závislosti na délce výkonu jejich profese

Autor práce: Kristýna Cabáková

Vedoucí práce: doc. PhDr. Panajotis Cakirpaloglu, DrSc.

Počet stran a znaků: 64, 127 361

Počet příloh: 5

Počet titulů použité literatury: 28

Abstrakt:

Bakalářská práce je zaměřena na syndrom vyhoření u lékařů v závislosti na délce praxe. V teoretické části jsou popisovány základní poznatky o syndromu vyhoření, zabýváme se jak historií tak také současnými studiemi. Další kapitoly jsou věnovány symptomům, fázím a také rizikovým a protektivním faktorům syndromu vyhoření. V kapitole o ohrožených jedincích se zabýváme samotnou skupinou lékařů. Empirická část se člení na kvantitativní a kvalitativní. V kvantitativní části bylo cílem zmapovat aktuální úroveň vyhoření lékařů s různou délkou praxe a zjistit rozdíly mezi skupinou profesně mladších a profesně starších lékařů. Výzkumný soubor této části činil 40 respondentů. V Kvalitativní části bylo cílem, na základě interview s osmi lékaři, zjistit subjektivní vnímání příčin, projevů a protektivních faktorů u syndromu vyhoření a také posouzení samotnými lékaři jaký vliv má délka praxe na výskyt tohoto fenoménu.

Klíčová slova: syndrom vyhoření, lékařská profese, délka praxe, rizikové faktory, protektivní faktory

Abstract of thesis

Title: Burnout syndrome

Author: Kristýna Cabáková

Supervisor: doc. PhDr. Panajotis Cakirpaloglu, DrSc.

Number of pages and characters: 64, 127 361

Number of appendices: 5

Number of references: 28

Abstract:

This bachelor thesis is focused on the topic of connection between medicine doctors' burnout syndrome and the length of their working experience. In the theoretical part, there are described elementary findings concerning the burnout syndrome, both the historical and the current studies. In the next chapters, there are described symptoms, phases as well as risk and protective factors of burnout syndrome. In the chapter, which is concerning with the endangered individuals, the main focus is on a group of medical doctors. Empirical part of this thesis is divided into quantitative and qualitative. In the quantitative part, the main aim was to map the current level of burnout syndrome by groups with different length of working experience and to find out the differences between groups with shorter and longer working period. Research group comprised of 40 respondents. In the qualitative part, the main aim was to find out the subjective opinions about the causes, signs and protective factors of burnout syndrome. This part is based on interviews, which were carried out with 8 medical doctors. In this part, doctors also introduced their own opinion about the connection between burnout syndrome and the length of working experience.

Key words: burnout syndrome, medical profession, length of working experience, risk factors, protective factors

Příloha č. 3: Plné znění použitého dotazníku je uvedeno v tištěné verzi bakalářské práce.

Příloha č. 4: Plné znění klíče k vyhodnocení MBI dotazníku je uvedeno v tištěné verzi bakalářské práce.

Příloha č. 5: Otázky polostrukturovaného rozhovoru

- 1) Pocítil jste na sobě za dobu výkonu profese syndrom vyhoření?
- 2) Jak se konkrétně u vás projevoval?
- 3) Změnil se nějak váš vztah k blízkým či kolegům? Jak?
- 4) Po jak dlouhé době v zaměstnání u vás syndrom vyhoření propukl?
- 5) Myslíte si, že existují určitá kritická období ve vaší profesi? Kdy nastávají?
- 6) Co považujete za příčiny vyhoření?
- 7) Co vám pomohlo v boji se syndromem vyhoření? Co považujete za protektivní faktory obecně?
- 8) Jakou roli podle vás hraje délka praxe u syndromu vyhoření? Koho považujete za náchylnějšího k vyhoření?
- 9) Změnil se za dobu vašeho výkonu profese vztah k práci samotné? Jak?