

Univerzita Palackého v Olomouci  
Filozofická fakulta  
Katedra psychologie

**VNÍMANÁ VLASTNÍ PŘIPRAVENOST  
ZAČÍNÁJÍCÍCH LÉKAŘŮ CHIRURGICKÝCH  
OBORŮ K VÝKONU PROFESE**

**SELF-PERCEIVED READINESS FOR PRACTICE  
OF BEGINNING SURGEONS**



**Magisterská diplomová práce**

Autor: Bc. Veronika Kocmanová

Vedoucí práce: MUDr. PhDr. Miroslav Orel, Ph.D.

Olomouc

2021

## **Poděkování**

Ráda bych poděkovala vedoucímu práce MUDr. PhDr. Miroslavu Orlovi, Ph.D. za odborné rady a podnětná doporučení, stejně jako vstřícnost při vedení mé magisterské diplomové práce. Rovněž děkuji všem zúčastněným lékařům za jejich ochotu se do výzkumu zapojit a podělit se o své zkušenosti. Obrovské díky patří celé mé rodině a blízkým přátelům za podporu, pomoc a všem lidem, kteří se na výzkumu podíleli. A závěrem také mojí sestře za inspiraci, díky které předkládaná práce vznikla, za sdílení studie mezi mladými doktory a obohacující pohled studentky medicíny při tvorbě práce.

Místopřísežně prohlašuji, že jsem magisterskou diplomovou prací na téma: „Vnímaná vlastní připravenost začínajících lékařů chirurgických oborů k výkonu profese“ vypracovala samostatně pod odborným dohledem vedoucího diplomové práce a uvedla jsem všechny použité podklady a literaturu.

V Olomouci dne .....

Podpis .....

# OBSAH

Číslo	Kapitola	Strana
	<b>OBSAH</b> .....	<b>4</b>
	<b>ÚVOD</b> .....	<b>7</b>
	<b>TEORETICKÁ ČÁST</b> .....	<b>8</b>
<b>1</b>	<b>Vzdělávání lékařů</b> .....	<b>9</b>
	1.1 Struktura studia medicíny.....	9
	1.2 Lékařská atestace.....	12
	1.3 Celoživotní vzdělávání lékařů.....	14
<b>2</b>	<b>Praxe lékaře</b> .....	<b>16</b>
	2.1 Rozdělení lékařských oborů.....	16
	2.1.1 Chirurgické obory.....	17
	2.1.2 Interní obory.....	19
	2.2 Typy zdravotnických zařízení.....	21
	2.2.1 Druhy zdravotní péče.....	21
	2.2.2 Formy zdravotní péče.....	22
	2.2.3 Typy zdravotnických zařízení.....	22
<b>3</b>	<b>Osobnost lékaře</b> .....	<b>24</b>
	3.1 Věkové vymezení lékaře nastupujícího do praxe.....	24
	3.2 Očekávané znalosti a dovednosti, osobnostní charakteristiky lékaře při vstupu do zaměstnání.....	25
	3.2.1 Znalosti a dovednosti lékaře.....	26
	3.2.2 Osobnostní charakteristiky lékaře.....	27
	3.2.3 Přístup orientovaný na pacienta.....	31
	3.3 Self-efficacy.....	32
	3.3.1 Vnímané vlastní kompetence vs. připravenost k profesi ze studia... 32	
	3.3.2 Sociální kompetence lékařů.....	33
	3.3.3 Základní aspekty komunikace mezi lékařem a pacientem.....	35
	3.4 Odolnost lékaře.....	39
	3.5 Zvládání stresových a náročných situací.....	42
<b>4</b>	<b>Dosavadní výzkumy o připravenosti lékařů k výkonu profese</b> .....	<b>45</b>
	<b>VÝZKUMNÁ ČÁST</b> .....	<b>50</b>
<b>5</b>	<b>Oblast výzkumu a výzkumný problém</b> .....	<b>51</b>
	5.1 Cíle výzkumu.....	51
	5.2 Výzkumné otázky.....	52
<b>6</b>	<b>METODOLOGICKÝ RÁMEC</b> .....	<b>53</b>
	6.1 Metody tvorby dat.....	54

6.2	Metoda analýzy a průběh zpracování dat .....	56
6.3	Etické aspekty výzkumu .....	57
6.4	Základní populace .....	58
6.5	Průběh sběru dat pro výzkum .....	59
6.6	Popis výzkumného souboru.....	60
<b>7</b>	<b>PREZENTACE VÝSLEDKŮ .....</b>	<b>62</b>
7.1	Pregraduální příprava lékařů na VŠ .....	63
7.1.1	Předměty s psychologickou tematikou.....	64
7.1.2	Teoretická příprava.....	65
7.1.3	Praktická cvičení .....	67
7.1.4	Vnímání psychologie v medicíně .....	68
7.1.5	Vyučující .....	68
7.1.6	Navrhované úpravy pregraduální přípravy.....	69
7.2	Nástup začínajících lékařů do praxe.....	71
7.2.1	Očekávání od nastupujících lékařů.....	72
7.2.2	Rozdíly mezi okresní a krajskou / fakultní nemocnicí .....	73
7.2.3	Předatestační příprava .....	74
7.2.4	Význam pracovního kolektivu .....	75
7.2.5	Ženy v chirurgii .....	76
7.2.6	Emoce a obavy při nástupu do práce.....	77
7.3	Psychologické aspekty povolání a vnímaná vlastní kompetentnost.....	78
7.3.1	Požadavky na lékaře .....	79
7.3.2	Zodpovědnost za pacienty a tíha rozhodnutí.....	81
7.3.3	Vnímaná připravenost k výkonu povolání .....	81
7.3.4	Význam mimoškolních aktivit a zahraničních stáží.....	82
7.3.5	Postgraduální vzdělávání.....	84
7.4	Komunikace s pacienty.....	85
7.4.1	Vnímaná připravenost z VŠ .....	86
7.4.2	Zkušenosti s oznamováním negativní zprávy .....	86
7.4.3	Co lékařům pomáhá v komunikaci s pacienty?.....	87
7.4.4	Osobnostní charakteristiky lékaře .....	88
7.5	Copingové strategie vyrovnávání se se stresem .....	88
7.5.1	Uspokojivá práce a význam pracoviště .....	89
7.5.2	Duševní hygiena .....	89
7.5.3	Osobnostní charakteristiky .....	90
7.5.4	Systémová podpora .....	90
7.6	Odpovědi na výzkumné otázky .....	91

<b>8</b>	<b>Diskuze .....</b>	<b>95</b>
<b>9</b>	<b>Závěr.....</b>	<b>101</b>
	<b>SOUHRN .....</b>	<b>104</b>
	<b>LITERATURA.....</b>	<b>107</b>
	<b>ABSTRAKT DIPLOMOVÉ PRÁCE.....</b>	<b>116</b>
	<b>PŘÍLOHY .....</b>	<b>118</b>

# ÚVOD

Povolání lékaře patří mezi nejnáročnější, co se týče míry stresu, zodpovědnosti, požadavků na teoretické znalosti i praktické dovednosti a vysoká očekávání ze strany společnosti. Přípravenost mladých lékařů po absolvování vysoké školy stále patří mezi diskutovaná témata. Autorku pro diplomovou práci inspiroval také zájem o vzdělávání studentů medicíny a vlastní zkušenosti díky spolupráci s mediky při trénincích soft skills, které pro ně vedla. V diplomové práci se zaměřila na studium lékařské fakulty, jež připravuje budoucí doktory na výkon praxe. Následně zjišťovala, jak výuka ovlivňuje vnímanou připravenost lékařů při nástupu do nemocnice.

V práci se zabýváme tématem z psychologického pohledu. V teoretické části shrnujeme ve čtyřech kapitolách dosavadní poznatky o vzdělávání studentů medicíny, praxi lékaře, osobnosti lékaře a výsledky dříve provedených výzkumů. Důraz klademe na komunikaci v medicíně a tzv. měkké dovednosti, odolnost lékařů, copingové strategie ve zvládnání stresových a náročných situací.

Cílem praktické části jsme si stanovili zmapovat vnímanou vlastní připravenost začínajících lékařů chirurgických oborů k výkonu profese. Na pět výzkumných otázek odpovídáme na základě polostrukturovaných interview s mladými lékaři. Zajímaly nás jejich zkušenosti se studiem lékařské fakulty a nástupem do praxe, vnímaná připravenost i obavy z výkonu povolání.

Diplomovou prací bychom rádi poukázali na důležitost kvalitní přípravy nejen teoretických znalostí, ale také praktických dovedností a v neposlední řadě při rozvoji osobnostních charakteristik a etických principů. Výsledky studie bychom rádi uplatnili jako podněty pro změny nebo úpravy kurikul pregraduálního studia.

Autorka využívá poznatky ze své bakalářské diplomové práce, zejména v praktické části výzkumu při popisu metodologického rámce, metody analýzy a průběhu zpracování dat.

# TEORETICKÁ ČÁST



# 1 VZDĚLÁVÁNÍ LÉKAŘŮ

V první kapitole se zaměříme na aspekt, u něhož celá lékařská praxe začíná – vzdělání. Absolvováním vysoké školy však profesní příprava nekončí, a lékaře čeká postgraduální vzdělávání. Budeme se soustředit na problematiku struktury studia medicíny, na lékařské atestace, a v neposlední řadě také na celoživotní vzdělávání doktorů.

Medicína je považována za jeden z vůbec nejtěžších oborů, především pro obrovský obsah teoretického učiva, který studenti musejí obsáhnout. Avšak nejen pro množství znalostí, ale také následně náročnou praxi (např. dlouhé operační výkony, sloužení mnoha přesčasů), celoživotní závazek a odpovědnost. S nadsázkou můžeme říct, že se jedná o životní styl. Nestačí pouhé pregraduální vysokoškolské vzdělání, nutné je také postgraduální a kontinuální celoživotní vzdělávání. Jeho potřeba vznikla v druhé polovině 20. století po rozmachu biomedicínských věd (Krejčíková, 2005).

## 1.1 Struktura studia medicíny

V anglické terminologii medicíny můžeme studium medicíny najít pod pojmem lifelong medical education, které je rozděleno na undergraduate, postgraduate a continuing medical education (Krejčíková, 2005). V České republice nyní pregraduální vzdělávání lékařů upravuje zákon č. 111/1998 Sb. o vysokých školách spolu se zákonem č. 95/2004 Sb. o podmínkách získávání a uznávání odborné způsobilosti a specializované způsobilosti k výkonu zdravotnického povolání lékaře, zubního lékaře a farmaceuta.

Všeobecné nebo zubní lékařství lze v ČR studovat na **osmi lékařských fakultách** (dále LF) pod čtyřmi univerzitami, všeobecné lékařství řádně **v prezenční formě** po dobu nejméně **šesti let**, zubní po pět let. Studium je ukončeno **státními závěrečnými zkouškami**, jeho absolventi získávají odbornou způsobilost a **magisterský titul** uváděný před jménem – MUDr. (doktor medicíny), MDDr. (doktor zubního lékařství) (zákon č. 111/1998 Sb.; zákon č. 137/2016 Sb.). Poté absolventi mohou pracovat pod odborným dohledem lékaře se specializovanou způsobilostí. Činnost promováných lékařů upravuje zákon č. 67/2017 Sb., § 4, v odst. 2: *„Výkonem povolání lékaře s odbornou způsobilostí je preventivní, diagnostická, léčebná, léčebně rehabilitační, dispenzární a paliativní péče podle zákona o zdravotních službách prováděná lékařem s odbornou způsobilostí pod odborným dozorem*

*nebo odborným dohledem lékaře se specializovanou způsobilostí.... Pro účely § 5 odst. 5 se za výkon povolání lékaře považuje také metodická, koncepční, výzkumná a vzdělávací činnost v oblasti zdravotnictví.“*

World Federation for Medical Education (WFME) v roce 2003 vydala univerzální metodiku **Standards for Basic Medical Education** sjednocující učební programy medicíny po celém světě s ohledem na odlišný stupeň vývoje, socioekonomické a kulturní podmínky. Byla přeložena do více než dvaceti jazyků. Dokument má zaručit **adekvátní lékařskou péči** v souvislosti s migrujícími doktory a rovněž s cílem podpořit mobilitu lékařů. Ustanovuje rovněž závazek lékařů k celoživotnímu profesnímu rozvoji (zkr. CPD z Continuing Professional Development) a lékařskému vzdělávání (CME podle Continuing Medical Education). Školy by podle ní měly definovat výsledky studia v oblastech biomedicínských a klinických věd, populačních věd, lékařské etiky, komunikačních dovedností, léčby, prevence i diagnostiky onemocnění (WFME, 2012).

Na lékařských školách zatím stále převažuje množství teoretických znalostí nad praktickými dovednostmi. Rovněž je kladen větší **důraz na medicínské předměty** než na klinické kompetence. Za základní klinické dovednosti se dnes považuje nejčastěji aplikace znalostí v péči o pacienty, schopnost shromažďovat údaje od pacientů prostřednictvím anamnézy a fyzikálního vyšetření a v neposlední řadě jasně sdělovat poznatky kolegům, pacientovi i jeho rodině (Scoles, Hawkins & LaDuca, 2003). Rovněž mnoho dosavadních hodnotících metod je orientováno na posuzování dosažených výsledků, jež je možné využít pro plánování dalšího vzdělávání.

Postupně se začíná klást důraz na rozvoj dalších klíčových kompetencí, ačkoli jejich důležitost se mezi státy i jednotlivými univerzitami odlišuje. Charvát poukázal na skutečnost, že afektivní složka by u studentů medicíny měla být rozvíjena stejně jako kognitivní a psychomotorická, tj. **lékařské znalosti a dovednosti** (Charvát, 1968, in Křížová, 2006).

Accreditation Council for Graduate Medical považuje **mezilidské a komunikační dovednosti** přímo za jednu z nejdůležitějších kompetencí lékařů. Důvěra a efektivní komunikace mezi lékařem a pacientem ovlivňuje jeho spokojenost s celkovou péčí, což může výrazně přispět k urychlení léčby. Vzájemný respekt, projevení zájmu a osobní zainteresovanosti ze strany lékaře jsou významnými proměnnými (Chandra, Mohammadnezhad & Ward, 2018).

V U.S. Medical Licensing Examination (USMLE) rovněž zastávají názor, že nevhodné komunikační dovednosti představují pro pacienty stejné ohrožení jako nedostatečné znalosti. Navrhli proto škálu Assessment of Clinical Skills in Medical Practice. Měří převážně klinické dovednosti mladých lékařů nastupujících do postgraduálního vzdělání. Uvažuje se také o jejím širším využití, například administrací před a po atestační přípravě pro zjištění efektivnosti lékařské přípravy (Scoles et al., 2003).

Mareš (2008, in Králová, 2008) upozorňuje, že po vzoru zahraničních států by lékařské fakulty měly studenty **inspirovat k celoživotnímu vzdělávání**, podporovat zdraví, prevenci nemocí, a připravovat je na výkon povolání v celé své šíři, včetně rozšiřování profesionálních kompetencí.

LF připravují studenty na budoucí povolání také nepřímo. Během praktických hodin v nemocnici se učí pracovat s nejistotou výsledku léčby, odpovědně a rychle se rozhodovat, uvědomovat si limity vlastní i medicíny jako vědy. V neposlední řadě vysokoškolský systém LF vystavuje studenty neustálému stresu průběžným ověřováním znalostí v průběhu akademického roku, stejně jako vysokými požadavky při zkouškách (Křížová, 2006).

Kromě vysokých nároků na množství znalostí studenti bojují se strachem ze selhání, ze zklamání sebe i rodiny, z nedostatečného výkonu nebo ze zkažené budoucnosti v případě neúspěšného ukončení školy. Výkony studentů jsou porovnávány studenty samotnými, vyučujícími a následně i zaměstnavateli. Na některých fakultách se proto objevuje poměrně velká rivalita mezi spolužáky. Pocit přílišného tlaku z nemožnosti chybovat se projevuje již při prvních zkouškách, kdy se nadměrný stres může stát příčinou neúspěchu při snížených komunikačních dovednostech, logickém myšlení, pohotových odpovědích. V neposlední řadě se stres odráží na fyzickém i duševním zdraví mnohých studentů (Hájková & Reischig, 2008, in Králová, 2008).

**Cílený výcvik v interpersonálních dovednostech** a práci s emocemi zatím však na většině LF **schází**, což je jednou z příčin, proč se absolventi a mladí lékaři necítí dostatečně připraveni na výkon profese (Čakrt, 2017). Studenti mnohdy vnímají teorii psychologie nezajímavou, někdy až zbytečnou, obzvláště v porovnání s množstvím učiva v klinických předmětech (Vavrda, 2008, in Králová, 2008).

Nicméně některé LF začínají pracovat na **restrukturalizaci výuky psychologie**. Snaží se více vyvážit teoretické přednášky s praktickým nácvikem komunikačních dovedností. Na Masarykově univerzitě v Brně zařadili sebezkušnostní výcvik a rozšířili

časovou dotaci výuky psychosomatické medicíny (Bendová, 2008, in Králová et al., 2008). 1. LF Karlovy Univerzity v Praze se u studentů snaží o skutečné porozumění teoretických pojmů a jejich aplikaci do praxe. Do kurikula přidala proto práci s narativními kompetencemi v medicíně (Vavrda, 2008, in Králová, 2008). LF Univerzity Palackého v Olomouci vytvořila pět vzdělávacích modulů zaměřující se na celospolečenská témata, hodnoty, sociální oporu, profesní komunikaci a duševní hygienu (Králová, 2008).

Z důvodu vysoké náročnosti studia a soustředování především na teoretické znalosti mohou studenti reagovat s menší mírou empatie, která je ovšem následkem nízkých zkušeností mediků nebo mladých lékařů v komunikaci a práci s pacienty. Mnohdy neumí adekvátně pracovat s emocemi svými ani pacienta. Nejčastějším důvodem se stává fakt, že zkrátka patřičné znalosti nebo zkušenosti nedostali. V Praze se toto uvědomění stalo podnětem pro zavedení bloků **balintovských skupin** do výuky na LF. Jedná se o supervizní semináře pro lékaře, resp. studenty medicíny, které se zaměřují na vztah lékař-pacient. Účastníci se učí reflektovat vztahové situace, vlastní emoce a jejich dopad na léčebný proces. Seminář poskytuje prostor poznat sami sebe, naučit se pracovat se svojí osobností ve vlastní prospěch v roli lékaře, a také jak ovlivňovat pacienta (Vymětal, 2008; Koblík & Zedková, in Králová, 2008).

Křivohlavý (2012) upozorňuje, že již při profesní přípravě by se studenti měli seznámit s problematikou syndromu vyhoření (viz kap. 3.4.). Informace o příčinách vzniku, rizikových faktorech, příznacích, prevenci a pomoci při vyhoření by mohly předcházet psychickému vyčerpání, kterým trpí mnozí studenti i čerství absolventi (nejen) medicíny.

## 1.2 Lékařská atestace

Lékařská profese s sebou nese závazek celoživotního vzdělávání. Po absolvování vysoké školy získává lékař tzv. odbornou způsobilost a nastupuje do tzv. **předatestační přípravy**, kterou vykonává v akreditovaném zdravotnickém zařízení. Oproti jednotné délce pregraduálního studia trvá příprava různě dlouhou dobu, zpravidla **od pěti do sedmi let** (Šedo, 2017).

Podle zákona č. 95/2004 Sb. „*bez odborného dozoru může lékař s odbornou způsobilostí vykonávat činnosti, které odpovídají rozsahu znalostí a dovedností získaných studiem a které jsou stanovené prováděcím právním předpisem...a další činnosti v rozsahu, který mu písemně stanoví jeho školitel, a to pod odborným dohledem.*“

V souvislosti s atestacemi rozlišuje právní terminologie dva pojmy. **Odborný dozor** vykonává lékař se specializovanou způsobilostí přítomný ve zdravotnickém zařízení, s fyzickou dosažitelností do 15 minut. **Odborný dohled** poskytuje lékař s odbornou způsobilostí, který musí být stále telefonicky dostupný, a s fyzickou dosažitelností zdravotnického zařízení do 30 minut (zákon č. 95/2004 Sb.).

V roce 2009 byla vydána vyhláška 185/2009 Sb., která upravuje a vymezuje jednotlivé obory specializačního vzdělávání lékařů. Aktuálně si lékaři mohou vybrat z **devatenácti základních vzdělávacích kmenů**. V rámci nich musí absolvovat různě dlouhé stáže na dalších specializovaných pracovištích. Všechny informace jsou zpracovány ve Věstníku Ministerstva zdravotnictví ČR (MZČR, 2009). Zpravidla po 2,5 letech přípravy z něho složí první zkoušku a pokračují dalším vzděláváním v konkrétním oboru.

Lékaři během **specializačního vzdělávání** rozšiřují své teoretické znalosti na odborných přednáškách a kurzech i praktické dovednosti a specifické lékařské výkony, jejichž počet je stanoven podle jednotlivých oborů (Kocourek, 2010). Kritéria pro atestační přípravu jsou jasně vymezena a každý lékař si jejich průběžné plnění zaznamenává do tzv. **log book** (Calman, 1995). Většina oborů nabízí ještě užší specializaci absolvováním certifikovaného kurzu, většinou v rozmezí od jednoho do tří let (Šíchová, 2017).

Délka nutné praxe v předatestační přípravě je určena také v závislosti na **stupni akreditace daného zdravotnického zařízení**. Základní je první stupeň (získávají zpravidla nemocnice okresního typu), v některých oborech jsou přidělovány akreditace druhého i třetího stupně (většinou fakultní nebo krajské nemocnice). Dá se říci, že čím vyšší je stupeň akreditace zařízení, tím je pro lékaře snazší splnit požadavky vzdělávacích plánů (Šedo, 2017).

Už na konci minulého století však odborníci správně upozorňovali, že postgraduální studium se odvíjí hlavně od počtu vykonaných konkrétních úkonů, nikoli pouze od délky praxe. Calman (1995) zdůrazňuje, že certifikace je důležitá především pro veřejnost, protože složením atestační zkoušky doktoři prokazují určitou úroveň nabytých kompetencí. Zároveň zvyšuje profesionalitu jednotlivých lékařů. Odborná příprava začínajících lékařů však vyžaduje také dostatek kvalitních atestovaných doktorů lékařů a vyučujících na VŠ. U nás to začíná představovat problém již nyní v některých oblastech republiky a také výhledově do budoucna, o čemž se zmíníme níže v kap.1.3.

### 1.3 Celoživotní vzdělávání lékařů

Česká republika nepatří mezi ojedinělé země, kde se potýkají s nedostatkem motivace a nižší mírou vzdělání lékařů. Odborníci v ČR i zahraničí se shodují, že tzv. **měkké dovednosti** si nelze osvojit během krátké doby, ale je potřeba na jejich rozvoji pracovat **kontinuálně a dlouhodobě** i v rámci postgraduálního vzdělávání (Macková, 2008, in Králová, 2008).

V USA se v jednom z výzkumů se zaměřili na **postoj lékařů k celoživotnímu vzdělávání** (Bower, Girard, Wessel, Becker & Choi, 2008). Většina studia je koncipována tradičně, převážně teoreticky. Příprava lékařů během jejich vzdělávání může být jednou z příčin, proč pacienti dostávají neadekvátní zdravotnickou péči. Výzkumníci si položili otázku, jestli preference lékařů pro další vzdělávání znamenají překážky pro účast v netradičních programech, které se soustředí hlavně na komunikaci, profesionalitu, a praktické dovednosti. Překvapivě, přes 70 % z 755 lékařů preferovalo tradiční rozšiřování znalostí prostřednictvím setkání, kurzů, přednášek nebo literatury. Naopak pouze čtvrtina zúčastněných upřednostnila možnost zúčastnit se interaktivních nebo individuálních programů. Na jedné straně se tedy objevuje poptávka po změně výuky a zkvalitnění praktických dovedností lékařů, na straně druhé doktoři samotní o tento způsob vzdělávání neprojevíli přílišný zájem. Zároveň však jejich vyjádřené preference umožňují přizpůsobit směr nabídek celoživotního vzdělání.

Aplikovat nové postupy celoživotního vzdělávání komplikuje rovněž nízká úroveň pregraduálního vzdělání, nedostatek času, finančních možností i technického vybavení (Bellande, 2005).

Koncept lékařských specializací se ve skutečnosti během historie do velké míry neproměňoval. S vůbec první myšlenskou přišel už v roce 1908 oftalmolog Derrick T. Vail, když požadoval delší specializační vzdělávání než pouhých 6 týdnů nebo nanejvýš pár měsíců. Později vznikly asociace American Medical Association (AMA) a v roce 1934 American Board of Medical Specialties (ABMS), která založila **program Maintenance of Certification** (MOC). Mezi cíle MOC patří nejen udělování lékařských certifikací, ale také stálé hodnocení zdravotnické péče a vzdělávání. Při závěrečné zkoušce je hodnoceno **šest základních kompetencí**: péče o pacienty, lékařské znalosti, praktické dovednosti, interpersonální a komunikační dovednosti, profesionalita a praktické postupy založené na zdravotnických systémech (Miller, 2005).

V rámci Continuing Medical Education (CME) jsou ukotveny rovněž dva hlavní komponenty: pravidelné sebehodnocení, celoživotní učení a neustálé zlepšování výkonnosti praxe. Alliance for Continuing Medical Education definovala hlavní kompetence do oblastí: principy učení dospělých a organizace, vzdělávací intervence, měření výkonu, systémové myšlení, spolupráce, leadership, administrativní činnost a sebehodnocení a celoživotní učení. Vedle vymezení kompetencí jsou nezbytné rovněž nástroje na měření jejich účinnosti, které se neustále zdokonalují (Bellande, 2005).

V této souvislosti byl vytvořen **koncept celoživotního profesního rozvoje (CPD)**. **Stimuly** pro zapojení lékařů mohou být **interní i externí**. Mezi vnitřní patří neustálá orientace se v aktuálních problémech i pokrocích zdravotnictví. Jako vnější můžeme uvést například otázky pacientů, kontrolu činnosti lékařů v rámci zdravotnického zařízení. K sebevzdělávání patří dvě důležité komponenty: **postoje** – zvědavost a ochota stále se vzdělávat; **kognitivní procesy** – schopnost nalézt své vzdělávací potřeby, formulovat cíle, identifikovat zdroje, zvolit a aplikovat vhodné učební strategie a vyhodnotit výsledky učení (Sargeant, Bruce & Campbell, 2013).

Důležitou roli hraje také **zpětná vazba a hodnocení výkonů lékařů**. To lze získat například přímo od pacientů, při auditech, prostřednictvím analýzy významných událostí nebo z dat organizací. Neformální zpětnou vazbu poskytují rozhovory s kolegy, pacienty, studenty a dalšími zdravotníky. Všechny získané informace lze poté zahrnout do 4- stupňového procesu celoživotního vzdělání: přístup k datům a jejich příjem, vlastní zapojení, využití dat pro plánování a implementaci odpovědi a měření dosažených výsledků (Sargeant et al., 2013).

O **významu nemocnic ve vzdělávání** hovořil Osler už před více než 100 lety. Od té doby prošla jejich role obrovskou změnou v oblastech vzdělávání doktorů, výzkumu i péče o pacienty až do dnešní podoby. Již Osler upozorňoval také na důležitost **aktivního zapojení studentů při výuce** oproti statickým přednáškám, které by právě nemocnice mohly nabídnout (Uhl, 1986). Dnes výuka na lékařských fakultách v České republice probíhá ve spolupráci právě s fakultními nemocnicemi, které se nacházejí ve všech městech, v nichž působí LF.

## 2 PRAXE LÉKAŘE

Diplomová práce se zaměřuje na praxi začínajících chirurgů. V následující kapitole se tedy podíváme, jak taková praxe vypadá. Předkládáme také shrnutí medicínských oborů. V neposlední přinášíme přehled nemocničních zařízení, ve kterých se můžeme s lékaři setkat.

Lékařská praxe patří mezi vůbec nejnáročnější povolání. Nesmírná zodpovědnost za lidské životy s sebou nese důležitost správného rychlého rozhodování. Většina doktorů v nemocnicích slouží vedle denních směn také noční. Vzhledem k nedostatku zdravotnického personálu v nemocnicích se mladí lékaři musejí v praxi rychle zorientovat, aby mohli doplnit týmy lékařů na odděleních.

Profese lékaře zaujímá specifické postavení mezi ostatními. Prvním faktorem je požadované vzdělání, bez něhož praxi nelze vykonávat. Následně doktoři musejí vstoupit do Lékařské komory a získat licenci, což dále prohlubuje výlučnost oboru. Komunikace v latině, vlastní legislativa a specifické symboly medicíny oddalují lékaře od laické veřejnosti. Správný postup, tzv. *lege artis*, totiž může posoudit jedině ošetřující lékař nebo jiný doktor (Křížová, 2006).

### 2.1 Rozdělení lékařských oborů

Podobně jako lidské tělo, medicína je velmi komplexním a vzájemně provázaným oborem. Studenti se setkávají s velkým obsahem znalostí, které musí pojmout v rámci své pregraduální přípravy. Avšak v jejich možnostech není obsáhnout detailně celou teorii. Se širokým základem znalostí se po vysoké škole následně dále specializují v teoretické i praktické rovině v rámci postgraduálního vzdělávání, protože nároky na lékaře se na jednotlivých odděleních velmi liší (Haas, 2009, in Dušková, 2009; Křížová, 2006). Freidson rozlišuje **obory orientované na klienty** (např. praktické lékařství) a **na kolegy**, mezi něž řadí i chirurgii (Freidson, 1988, in Křížová, 2006).

V průběhu praxe se od nich očekává úspěšně složení dvou zkoušek, aby mohli profesi vykonávat plnohodnotně a samostatně (zákon č. 95/2004 Sb.). Při nástupu do praxe se začínají připravovat na tzv. kmenovou zkoušku. Medicína aktuálně rozlišuje následujících **19 lékařských kmenů**: anesteziologický, dermatovenerologický, gynekologicko-



porodnický, hygienicko-epidemiologický, chirurgický, interní, kardiochirurgický, maxilofaciálně-chirurgický, neurochirurgický, neurologický, oftalmologický, otorinolaryngologický, ortopedický, patologický, pediatrický, psychiatrický, radiologický, urologický, všeobecné praktické lékařství (vyhláška č. 221/2018 Sb.; 1. lékařská fakulta UK, nedat.).

Následně lékaři pokračují ve specializačním vzdělávání. Nyní existuje **43 základních lékařských oborů**. To znamená, že jeden kmen je zpravidla společný pro více oborů, a také opačně lze na některé obory nastoupit z více kmenových zkoušek. Specializační příprava je zakončena **atestační zkouškou**, po níž jsou lékaři zcela oprávněni pracovat samostatně. V rámci kmenové i atestační přípravy lékaři absolvují také stáže na jiných odděleních, případně si mohou část povinné praxe splnit i v zahraničí (zákon č. 95/2004 Sb.).

### 2.1.1 Chirurgické obory

Chirurgie jakožto obor lidstvo provází již po staletí. Můžeme říci, že společně s porodnictvím patří k vůbec nejstarším lékařským zaměřením. Jméno dala oboru řečtina, v níž *cheir* znamená **ruka** a *ergein* **pracovat**. Dohromady název chirurgie tedy odkazuje na fakt, že lékaři k léčbě využívají nejvíce vlastní ruce (Tvrdek, 2004).

Po dlouhou dobu byla považována za „medicínu ran,“ které se věnovali především ranhojiči, dále lazebníci, bradýři, felčáři a mastičkáři (Kaška, osobní sdělení září 2020).

Chirurgie je nezanedbatelná součást medicíny. **V Českých zemích** se o rozvoj medicíny zasloužil římský císař Karel IV. založením Karlovy Univerzity v roce 1348. Na konci 18. století byla postavena Všeobecná nemocnice v Praze. Po 1. sv. v. vznikaly fakultní nemocnice, které spolupracují s lékařskými fakultami, a také další lékařské ústavy po celé republice. Rozvoj klinik a odborných pracovišť se znovu obnovil po 2. sv. v. Později se péče o pacienty rozšířila také na krajskou a okresní úroveň. V 2. pol. 20. století vznikla mnoho zákonů, vymezující lékařskou péči i její organizaci, o niž se více zmiňujeme v kap. 2.2 (Šváb et al., 2017).

**Moderní chirurgii** dalo vzniknout velké množství lékařských objevů. Mezi nejvýznamnější dodnes patří zavedení aseptických postupů na operační sály (Semmelweis a Listér – mytí rukou; Halsted – nošení gumových rukavic). Díky rentgenovým paprskům (Roentgen) výrazně stoupla přesnost diagnostiky, objev krevních

skupin (Janský a Landsteiner) následně umožnil podávání krevních transfuzí. První antibiotikum penicilin (Fleming) odstartoval výzkum dalších skupin antibiotik, které významně napomáhají léčbě bakteriálních onemocnění. Rychlý vývoj techniky posunul vpřed lékařské přístroje i zobrazovací metody a v neposlední řadě přispěl k rozvoji moderních implantabilních materiálů (Haas, 2009, in Dušková, 2009).

S vývojem celé medicíny se vyvíjela i chirurgie, až se společně s vnitřním lékařstvím stala jejím hlavním oborem. Dušková (2009, 4) chirurgii definuje jako: „*lékařský obor, který používá operačních výkonů a přístrojové techniky k vyšetřování anebo léčbě patologických stavů, jakými jsou nemoc nebo zranění, a dále ke zlepšení tělesných funkcí nebo vzhledu.*“ Základní znalost poznatků z chirurgie je nezbytná pro všechny lékaře, protože souvisí s léčbou pacientů napříč dalšími obory.

Samotná chirurgie se dále dělí na obecnou a speciální. Do **obecné chirurgie** spadají všechny základní poznatky, znalosti a úkony vztahující se ke každé chirurgické činnosti. Můžeme sem zařadit přípravu k operaci, ať už pacienta, zdravotnického týmu či pracoviště. Dále sem patří samotný výkon, od asepse<sup>1</sup> až po pooperační péči. **Chirurgie speciální** se podle svého názvu věnuje specificky zaměřeným tématům, jako jsou jednotlivá onemocnění, jejich příčiny, diagnostika, léčba a operační postupy (Tvrdek, 2004).

Až do 20. století fungovala chirurgická praxe spíše všeobecně. Teprve rozvoj oboru od počátku minulého století rozdělil obor na úzce zaměřené specializace a pracoviště. V posledních letech se některé nastavbové obory dokonce vyčlenily do samostatného kmene, nicméně prakticky stále s chirurgií úzce spolupracují (Tvrdek, 2004).

Mezi **chirurgické obory** řadíme: všeobecnou, hrudní, břišní, cévní chirurgii, kardiochirurgii, neurochirurgii, transplantační chirurgii, plastickou a estetickou chirurgii, chirurgii popálenin, urologii, ortopedii, traumatologii, dětskou chirurgii, onkochirurgii a chirurgickou intenzivní péči (Kaška, osobní sdělení září 2020). Další obory s chirurgií úzce spolupracují nebo velmi těsně souvisejí: maxilo-faciální chirurgie, ORL, oftalmologie (Haas, 2009, in Dušková, 2009).

---

<sup>1</sup> Asepsi lze definovat jako „*soubor opatření, která vedou k zachování sterilního prostředí a k zabránění kontaminace tkání*“ nebo také jako „*postup sloužící k co největšímu omezení choroboplodných zárodků v daném prostředí*“ (Bencko, 2002, 163, Vokurka, 2002, 59, in Kalčíková, 2012, 21). V praxi se realizuje především sterilizací a dezinfekcí prostředí, nástrojů, oblečení. Velký důraz se dbá také na mytí rukou a užívání sterilních ochranných pomůcek (Ferko, Šubrt, & Dědek, 2015).

**Praxe chirurga** se od ostatních lékařských oborů odlišuje v mnoha ohledech. Léčebný proces začíná prevencí chirurgických zákroků, pokračuje posouzením celkového zdravotního stavu pacienta, správnou diagnostikou onemocnění a indikací operace. Následně pokračuje samotný výkon, pooperační péče včetně efektivní rehabilitace. Celý proces požaduje široké znalosti z několika oborů současně. Výhodou je, že operace dnes probíhají v multidisciplinárním operačním týmu, což současně klade nárok na lékaře spolupracovat kolegiálně v týmu (Zeman & Krška, et al., 2011).

Operace a další chirurgické výkony s sebou nesou spoustu nejistoty, v níž pacient svěřuje své tělo zcela do péče doktora. Včasná a správná intervence mnohdy doslova zachrání život, což chirurgii klade spíše do direktivního než konzultativního přístupu k pacientovi. Kvůli krátkodobému (někdy pouze několika hodinovému) kontaktu a časové tísní se zároveň mnohdy vytrácí etické a morální principy i citlivá komunikace s pacientem ze strany lékaře. Čím dál častěji je nahrazena dlouhým informovaným souhlasem, který jsou pacienti povinni podepsat. Lékař se na druhou stranu potýká s možným odmítnutím operace ze strany pacienta, s dodržováním povinné mlčenlivosti i při náročných nebo komplikovaných zdravotních stavech. Navíc v chirurgii má lékař pouze jeden léčebný pokus, což vede k vyšší míře stresu. Také čelí vyššímu počtu stížností od pacientů. V neposlední řadě se můžeme setkat s konkurenční atmosférou na pracovišti, především pokud se jedná o výjimečný případ, protože všichni lékaři mají mnohem nižší šanci tyto operace ve své praxi vést (Pafko, 2011, in Ptáček & Bartůněk, et al.).

### 2.1.2 Interní obory

Vnitřní lékařství nebo též „interna“ je druhou velkou součástí lékařství, někdy nazývanou *medicina generalis*. Samotný název oboru nejspíše vznikl v Německu z *Innere Medizin* (Češka et al., 2015). Klener (2014, 50) definuje internu jako medicínu, která se „zabývá etiologií, patogenezí, klinickým obrazem, diagnostikou, terapií, a prevencí vnitřních chorob postihujících dospělou populaci.“

V **historii** začínala léčba o nemocné především v kláštrech, později ve špitálech a ústavech. První špitál v českých zemích založila svatá Anežka Česká v Praze Na Františku. Stejně jako rozvoji chirurgie, rovněž interně velkou měrou pomohlo založení Univerzity Karlovy a Všeobecné nemocnice v Praze. Až do konce 19. století se medicína věnovala především komplexní léčbě nemocí, zatímco z chirurgické části lékařství se jednalo pouze o operace samotné (Klener, 2014; Češka et al., 2015).

Velký posun pro internu znamenalo zavedení **perkuse** (vyšetření poklepem) a **auskultace** (vyšetření poslechem). Od 60. let 19. století začal vycházet Časopis lékařů českých, který patří k nejstarším kontinuálně vycházejícím na světě, a vznikl Spolek lékařů českých. Na konci 19. století byla sepsána první česká učebnice interny pro studenty medicíny. Mezi válkami začaly na pražských interních klinikách vznikat první podobory. 2. sv. v. zastavila rozvoj vnitřního lékařství, nicméně po válce jejímu posunu vpřed pomohly nově založené univerzity a lékařské fakulty. Zajímavostí je, že dnešní 2. LF UK původně vznikla jako Pediatrická lékařská fakulta, podobně dnešní 3. LF UK jako Lékařská fakulta hygienická. Kladly za cíl snížit novorozeneckou úmrtnost (2. LF UK) a zvýšit poválečnou životní úroveň obyvatel (3. LF UK). Později se transformovaly do podoby, v jaké lékařské fakulty známe nyní (Klener, 2014).

V dnešní době interna tvoří **základní interní kmen** v předatestační přípravě. Ačkoli se následně dělí na několik specializačních podoborů, Češka (et al., 2015) upozorňuje na její komplexnost a nutnost širokých znalostí pro diferenciální diagnostiku. Jak by se totiž mylně mohlo zdát podle názvu, vnitřní lékařství se nezaměřuje pouze na vnitřní orgány, ale na celistvý a jedinečný pohled na celého pacienta. Přístup italského lékaře Licata vystihuje důležitost komplexního přístupu: „*Specialista je zaměřen na orgán, popřípadě na konkrétní chorobu. Internista se soustřeďuje na nemocného*“ (Češka et al., 2015, 3).

Interní obory, podobně jako chirurgické, se dělí na **užší specializace**. Mezi ně patří: Diabetologie, Endokrinologie, Gastroenterologie, Geriatrie, Hematologie a transfúzní lékařství, Kardiologie, Klinická farmakologie, Nefrologie, Onkologie, Pneumologie a ftizeologie, a Revmatologie (MZ ČR, 2015).

Základem interního vyšetření se stala **anamnéza**. Samotný pojem pochází z řeckého *anamnesis*, v překladu znamenající vzpomínání. Jedná se o rozhovor s pacientem za účelem zjištění jeho zdravotního stavu od narození až po aktuální situaci. Ošetřující lékař by si měl pro pacienta vyhradit dostatek času bez přítomnosti další osob (kromě rodičů dětí a výjimečných situací). Díky potřebným informacím lékař může stanovit správnou diagnózu, léčbu i prognózu. Navíc prohlubuje důvěru ve vztahu lékař-pacient (Navrátil, 2017).

Anamnéza má jasně dané schéma, složeno z několika částí, na které se lékař ptá. Jedná se o minimální anamnézu, důležité a osobní údaje, nynější onemocnění, a dále osobní, lékovou, gynekologickou, sociální, rodinnou a pracovní anamnézu (Češka et al, 2015).

Samotná anamnéza však nestačí. Doplnuje ji obsáhlé **fyzikální vyšetření**, které se učí studenti v rámci interní propedeutiky. Komplexní informace o zdravotním stavu pacienta následně doplňují ještě **pomocná vyšetření a zobrazovací metody**, která by měla být vždy vhodně indikována, aby zbytečně nezatěžovala pacienta určitými riziky, např. radiační záření při RTG vyšetření (Češka et al., 2015).

## 2.2 Typy zdravotnických zařízení

Poskytování zdravotnických služeb, zahrnující také zdravotnická zařízení, upravuje zákon č. 372/2011 Sb. o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování. Rozlišujeme více druhů a forem zdravotní péče, podle její naléhavosti, účelu poskytování.

### 2.2.1 Druhy zdravotní péče

Zdravotnictví rozeznává několik druhů péče. Podle **naléhavosti intervence** se pohybuje v rozpětí od nutnosti poskytnout péči ihned nebo co nejdříve, až po možnost výkon naplánovat v časovém předstihu. Konkrétně tedy můžeme hovořit o neodkladné, akutní, nezbytné a plánované péči.

Z **hlediska posloupnosti** se jedná o péči primární, do níž patří praktičtí lékaři, gynekologové a stomatologové. Navazuje na ni sekundární péče, do které je pacient poslán a probíhá zpravidla ambulantně nebo při hospitalizaci. Terciární péče je poskytována na vysoce specializovaných pracovištích, připravených na úzce zaměřené intervence (Nováková, 2006).

Další rozdělení péče probíhá podle **účelu jejího poskytnutí**. Preventivní péče se snaží eliminovat rizikové faktory ovlivňující zdravotní stav člověka. Diagnostická péče se soustředí na zjištění informací o stavu pacienta, vedoucí ke správné diagnostice nemoci. Dispenzární péče sleduje pacienta ohroženého zhoršením zdravotního stavu. Léčba se zaměřuje na pozitivní změnu zdravotního stavu pacienta, zmírnění průběhu a možných důsledků onemocnění, a v neposlední řadě zabránění vzniku důsledků vedoucí k invaliditě. Posudková činnost posuzuje dopad určitého povolání na zdravotní stav jedince. Léčebně rehabilitační péče pomáhá pacientovi k obnovení jeho funkcí, stabilizaci zdravotního stavu. Ošetřovatelství se stará o uspokojení základních potřeb jedince. Cílem paliativní péče je zachování kvality života pacienta v co možná nejvyšší míře při nevléčitelné nemoci. A lékárenství pracuje s léčivy, ve všech fázích jejich příprav, uchování a distribuci (zákon č. 372/2011 Sb.).

### 2.2.2 Formy zdravotní péče

Rozlišujeme čtyři formy zdravotní péče. **Ambulantní** péče poskytuje intervenci, která svým rozsahem a nároky na pacienta nevyžaduje delší hospitalizaci. Rozděluje se dále na primární, specializovanou a stacionární. **Jednodenní** péče umožňuje pacientovi zůstat ve zdravotnickém zařízení do dvaceti čtyř hodin od ošetření nebo výkonu. **Lůžková** péče se soustřeďuje na pacienty, kteří potřebují dlouhodobější zdravotnickou péči. Podle své intenzity se může jednat o akutní lůžkovou péči intenzivní nebo standardní, následnou a dlouhodobou. Poslední forma může být poskytována **ve vlastním sociálním prostředí pacienta** (zákon č. 372/2011 Sb.).

### 2.2.3 Typy zdravotnických zařízení

Samotná zdravotnická zařízení lze rovněž rozdělit podle různých hledisek. Konkrétně se může jednat o hledisko **ziskovosti**. Dále se zařízení dělí **podle zřizovatele** na státní nebo nestátní (soukromé), což se často stává nejdůležitějším kritériem rozdělení. Až do 31. března 2012 bylo nestátní zdravotnické zařízení jedinou možností výkonu zdravotnické služby, nicméně od 1. dubna téhož roku se změnou zákona možnosti změnilly (Masarykova univerzita v Brně, osobní sdělení 2013). Nyní se „*poskytovatelem zdravotních služeb rozumí fyzická nebo právnická osoba, která má oprávnění k poskytování zdravotních služeb*“ (zákon č. 372/2011 Sb).

Mezi zařízení zřizovaná státem patří především fakultní nemocnice a některá specializovaná pracoviště. Fakultní nemocnice především propojují léčebný proces, akademickou sféru výzkumů a univerzitní výuku studentů lékařských fakult. Další zařízení spravují kraje a obce. Kromě nemocnic se jedná o léčebná centra, stacionáře, zdravotnickou záchrannou službu. Vedle státních a nestátních zařízení stojí zařízení soukromá, která vlastní fyzické nebo právnické osoby. Většinou se jedná o ambulance a léčebná centra. V menší míře jsou zastoupeny soukromé nemocnice, stacionáře, přeprava nemocných a raněných a další (Masarykova univerzita v Brně, osobní sdělení 2013).

Jiný úhel pohledu nabízí ještě **dělení chirurgických pracovišť**. Mezi základní pracoviště patří ambulance, lůžková oddělení, operační sály, kartotéky a vzdělávací prostory. Speciální pracoviště se skládají z ambulantní i lůžkové části. Do první zmiňované kategorie můžeme zařadit příjmové vyšetřovny, převazovny, poradny, ambulantní výkonové a operační sály, a kartotéky. Speciální lůžkové pracoviště tvoří oddělení všech chirurgických

oborů, které jsme přiblížili v kap. 2.1.1., a také jednotky intenzivní péče, zkráceně JIP (Kaška, osobní sdělení říjen 2020).

## 3 OSOBNOST LÉKAŘE

V následující kapitole se zaměříme na velmi podstatný aspekt lékařské profese – osobnost lékaře. Vzhledem k návaznosti na téma a cíl práce, považujeme za důležité se blíže podívat na věkové vymezení lékařů, kteří nastupují do praxe, a jaké jsou na mladé lékaře kladeny nároky. Přinášíme také shrnutí nejčastějších osobnostních charakteristik a požadovaných profesních kompetencí. V závěru kapitoly přidáváme část věnující se odolnosti lékaře, zvládnání náročných situací společně s prevencí syndromu vyhoření. Jsme si vědomi, že se jedná o lékaře i lékařky a pacienty i pacientky, pro přehlednost textu se přikloňujeme pouze k výrazům „lékař“ a „pacient“ nezávisle na pohlaví.

Lékař představuje v léčbě nemoci velmi důležitý prvek. Řečeno s nadsázkou, stává se nejčastějším lékem. Již samotný rozhovor s doktorem může pacienta uklidnit, dodat mu naději na vyléčení a podpořit jeho zájem se na léčbě spolupodílet. Následně vztah pacient-lékař hraje velmi důležitou roli v úspěšnosti a spokojenosti léčby obou zainteresovaných stran (Irmiš, 2014). Peabody (1927) vložil důležitost osobního přístupu lékaře k pacientovi do slov: *„Léčba choroby může být zcela neosobní, ale péče o pacienta musí být naprosto osobní.“*

### 3.1 Věkové vymezení lékaře nastupujícího do praxe

Občané ČR mohou oficiálně studovat a připravovat se na budoucí povolání do 26 let, kdy mohou využívat výhody spojené se statusem studenta. Po překročení této věkové hranice mohou ve studiu pokračovat, nicméně musí hradit studijní poplatek (Bureš, 2019). Vlastními slovy, studenti nejčastěji nastupují na lékařskou fakultu po maturitě (18–19 let), následně je čeká šestileté studium, takže většina dokončuje pregraduální přípravu v rozmezí mezi 25 a 26 lety, mnozí i později.

Vývojová psychologie označuje toto období **mladou dospělostí**. V literatuře můžeme najít několik věkových vymezení mladé dospělosti. Langmeier a Krejčířová (2006) ji definují mezi 20. a 25. rokem, Vágnerová (2007) se přiklání k širšímu věkovému rozpětí 20 až 35 let. Švancara (1974) období nazývá „mecítmou,“ odvozeno od „mezi desítkami.“ Whitbourne a Weinstock (1979, in Langmeier & Krejčířová, 2006) ve svém souhrnném díle



porovnaly výsledky sedmi různých studií. Zjistily, že většina studií shodně vymezuje mladou dospělost přibližně mezi 20. a 30. rokem života.

Co se týče pracovní sféry života, mladí dospělí **dokončují profesní přípravu** a nastupují do prvních zaměstnání. Změna s sebou přináší také nutnost přizpůsobit svůj dosavadní denní režim, zájmy, volný čas (Langmeier & Krejčířová, 2006). Obzvláště u začínajících lékařů hraje adaptace na dlouhé služby a úprava časového harmonogramu významný aspekt úspěšného vstupu do profesního života.

Dospělý jedinec již dokáže pracovat velmi efektivně. Požádá o radu, je schopen se podřídit i naopak vést ostatní. Zpravidla jedná uvážlivě a realisticky plánuje budoucnost podle vlastního rozhodnutí. Záleží mu na spokojenosti všech blízkých ve svém okolí a aktivně se na ní podílí. Bydlí většinou již samostatně, přestože společné spoluzití s rodiči do staršího věku se nyní stává čím dál větším trendem (Říčan, 2006). Tráví více času s kamarády. Přátel má oproti adolescenci méně, ale udržuje s nimi hlubší a kvalitnější vztahy. Navazuje nová přátelství a svůj život zpravidla přizpůsobuje rovněž svému partnerovi. Široká a spolehlivá **sociální síť** se významně podílí na utváření osobní identity a na hodnocení vlastních emocí. Respekt a uznání od lidí, na kterých nám záleží, se rovněž spolupodílí na zdravém vývoji sebepojetí. V průběhu 20. let prochází také **fází morálního pozitivismu**, v němž klade důraz na vlastní hodnoty, lidská práva, společenské a morální normy (Vágnerová, 2007).

Podle trajektorie sociálních motivů mladí dospělí upřednostňují spíše **získávání rozšiřujících znalostí** oproti emocím, ačkoli někdy současně na úkor emoční spokojenosti. Teprve později, s dostatkem zkušeností, se zaměřují více na emoční prožívání (Carstensen, Posupathi, Mayr & Nesselroade, 2000).

### **3.2 Očekávané znalosti a dovednosti, osobnostní charakteristiky lékaře při vstupu do zaměstnání**

Od lékařů společnost zpravidla očekává nejen velký objem **odborných medicínských znalostí** a **praktických dovedností**, ale rovněž komplexní a **profesionální přístup k pacientům**, na které se zaměříme v následující podkapitole.

### 3.2.1 Znalosti a dovednosti lékaře

Lékařské fakulty dnes připravují své studenty spíše po teoretické než praktické stránky jejich budoucího povolání a nástup do zaměstnání mnohdy pro mladé lékaře představuje velký stres z plnění požadavků, na které je vysoké školy nepřipravily dostatečně. Povolání lékaře představuje celý komplexní systém kompetencí pro úspěšné vykonávání medicínské praxe. Studenti přípravu lékařské kariéry ukončují se širokými znalostmi. Avšak jaké další dovednosti mladí doktoři potřebují umět při nástupu do zaměstnání?

Tradičně bývá lékař **spojován s velmi pozitivním obrazem obětavého odborníka**, připraveného pomáhat všude, všem a vždy. Pacienti očekávají, že se lékař umí rozhodovat rychle a především správně, naslouchat a chápat je, a také jim efektivně ulevovat od bolesti. Společnost si doktorů váží, avšak zároveň si mnohdy neuvědomuje, že lékaři jsou lidé jako všichni ostatní, kteří lékařskou praxi vykonávají jako svoji profesi (Vymětal, 2008). V možnostech lékaře není znát všechny vědomosti ze všech lékařských oborů, ačkoliv přesně to lidé od doktora mnohdy očekávají. Idealizovaná představa o schopnostech lékaře situaci neulehčuje a lékař se dostává do vnitřního konfliktu, zda by měl upřímně přiznat svoji neznalost nebo se ji snažit zamlčet (Křivohlavý, 2002).

Současně pacient svěřuje své tělo do péče lékaře, který nad ním přebírá dočasně kontrolu. Lékař musí najít rovnováhu mezi násilným vynucováním moci, autonomií pacienta a vhodně autoritativním přístupem, jež je v případě nespolupracujícího pacienta nezbytný. Bezmoc nad pacientem nebo nepředvídatelný průběh nemoci se vymyká z očekávání rychlého zlepšení ze strany lékaře. Pomalý progres často mylně přisuzuje nízké míře spolupráce, což subjektivně může vést k frustraci (Křížová, 2006).

Pacient zpravidla spolupracuje pouze ve chvílích, kdy vnímá sám sebe jako pacienta, proto i při zlepšení stavu by lékař měl pokračovat v motivaci k léčbě pacienta. Podle výzkumů (Vymětal, 2008; Cousin, 1994) až polovina pacientů totiž ambulantní léčbu nedodrží. Dalším z důvodů je také to, že nepřijímají zodpovědnost za léčbu, kterou přenechávají lékařům. Umět **podpořit a motivovat** pacienta tedy rovněž patří mezi důležité kompetence.

Nemocní lidé pocítují nejistotu, strach. Ocení proto **sociální podporu** ze strany lékaře a **vytvoření tzv. raportu**, neboli vzájemného psychického sblížení mezi pacientem a lékařem (Křivohlavý, 2002). Pro navázání bezpečného vztahu pacient-lékař je považováno za samozřejmost **održování lékařského tajemství a etických principů**, podobně jako

rychlé **odstranění symptomů nemoci, lidskost a profesionalita** (Sedláček, 2016). Rovněž z výsledků výzkumu s pacienty léčících se s astmatickým onemocněním vyplynulo, že nejdůležitější roli v léčbě nehraje samotná terapie. Pacienti považují za největší ukazatele spokojenosti **dostupnost a ordinační hodiny** lékaře. Zaměřují se především na kompetentnost, čas lékaře strávený s pacienty a jim věnované **množství skutečné pozornosti**. V neposlední řadě se chtějí stát spoluúčastníky léčby (Rubin, Zhao & Winders, 2018).

Je pravdou, že lékaři musejí najít **rovnováhu mezi přáním pacienta a aktuální situací**. Někteří pacienti (často v terminálním stádiu onemocnění) raději nechtějí znát plnou pravdu, někteří chtějí politování a jiní naopak vůbec. Všichni však shodně očekávají **lidský přístup**, který jim nezpůsobí další stres vedle nemoci samotné (Irmiš, 2014).

Nesmíme opomenout, že s vývojem medicíny i technologií se mění také pacienti. Díky snadno dostupným informacím přicházejí s určitým očekáváním diagnózy, standartu lékařské péče, a brzkého uzdravení. Pro pacienta i lékaře však následně může úspěch znamenat velmi rozdílný úhel pohledu (Ptáček & Bartůněk et al., 2015).

### **3.2.2 Osobnostní charakteristiky lékaře**

Profese lékaře se řadí mezi tzv. **pomáhající profese**, společně s dalšími pracovníky pracujícími ve zdravotnictví, psychologii, sociální sféře a pedagogice. Kromě získaných dovedností a znalostí patří mezi důležité nástroje jeho práce také samotná **osobnost lékaře** (Vávrová, 2012).

V dnešní době existuje více než 200 různých definic osobnosti a mnoho rozdílných pohledů, z nichž lze osobnost studovat. Obecně můžeme osobnost popsat jako „*souhrn, souvislost či propojení charakteru, temperamentu, schopností a také konstitučních vlastností člověka*“ (Cakirpaloglu, 2012, 16). Alport definuje osobnost jako individuální dynamický systém, který umožňuje jedinci se adaptovat v jeho prostředí (Thomas, 1997). Biologicky orientované teorie kladou důraz na konkrétní osobnostní profil založený na konstitučním základu, biosociální pohled zdůrazňuje význam společenské přitažlivosti, jiné přístupy podporují význam motivů, emocí (temperamentu), schopností, sebepojetí, roli morálky a charakteru nebo považují osobnost za základní charakteristiky utvářející chování (Blatný, 2010).

Jak tvrdí Vymětal (2008, 80), „*Neméně důležité je přijetí lékařské role a dosažení vnitřní identity s povoláním – teprve pak se z člověka s akademickým titulem stane opravdu lékař. Roli se učí a identitu získává spíše ke konci studia a po nastoupení do praxe. Z tohoto procesu se sice zkoušky neskládají, ale je samozřejmostí.*“ Již v antickém Řecku se od lékaře očekávalo, že své povolání vykonává nezištně pro svoji lásku k medicíně. Už tehdy patřil psychologický aspekt vedle klinických znalostí k nedílným součástem léčení. Z tohoto období si moderní medicína uchovala **Hippokratovu přísahu**, kterou lékaři skládají při ukončení pregraduálního studia a jejímž slibem se zavazují k respektování etických pravidel práce v medicíně (Markova et al., 1999; Hurwitz, 1997, in Křížová, 2006).

Téma **sociologie v medicíně** následně otevřel v 50. letech Talcott Parsons. Ve své knize *The Social System* vnímá moderní zdravotnictví jako součást společenského celku, vymezil roli lékaře a pacienta, rovněž jako sociologické pojetí nemoci. Lékaře považuje za instituci kontrolující stabilitu společnosti a legitimizující nemoc. Nejdůležitějšími osobnostními charakteristiky definuje funkční specifitu (odborná kompetence), emocionální neboli afektivní neutralitu, univerzalizmus (pomoc bez rozdílu každému, kdo ji potřebuje) a kolektivní orientaci (lékař jedná v nejlepší zájmu ostatních a řídí se povinností profesní mlčenlivosti) (Bártlová, 2006). Tato proměna očekávání společnosti mimo jiné pozvedla společenský status lékařské profese. Freidson (1988, in Křížová, 2006) upozorňuje, že profese na rozdíl od zaměstnání se vyznačuje vlastními etickými normami, požadavkem být ochotný se celoživotně vzdělávat, umět posoudit vlastní výkon a regulovat ho. Kromě specializovaných znalostí s sebou lékařská profese tedy nese velkou **odpovědnost a vlastní kontrolní mechanismy**.

Později se koncept osobnosti lékaře rozšířil. Kopřiva (2006) považuje za důležitý předpoklad k výkonu povolání **prosociálně orientovanou a vyzrálou osobnost**, s jasným životním cílem, schopností sebereflexe a bez neurotických či psychopatologických rysů. Lékař by si měl uvědomovat potřebu neustálého sebevzdělávání, supervize a realisticky vyhodnocovat možná rizika související s výkonem profese. V neposlední řadě patří k medicíně také etické principy, normy a hodnota lidského života, které by měl lékař následovat.

Co se týče jiných zemí, očekávání pacientů od lékařů se mírně odlišují. V USA k nejžádanějším osobnostním charakteristikám patří dostupnost, vlídnost, schopnost a autonomie. Podle studií v Oregonu a Izraeli dokonce pacienti oceňují kompetentního,

humanisticky orientovaného, dostupného a emocionálně podporujícího lékaře více než léčbu samotnou (Friedman, 2010, in Kouřilová, 2019).

Specificky k **osobnosti lékařů pracujících v chirurgických oborech** se váže několik stereotypů. Ve společnosti i mezi zdravotníky jsou chirurgům přisuzovány vlastnosti jako agrese, arogance, dominance, netrpělivost, bezcitnost, neosobní přístup, nepřátelská povaha (Warschkow, Steffen, Spillmann, Kolb, Lange & Tarantino, 2010). Tyto **negativní předsudky** však mnohdy nemají reálný základ, vznikaly v průběhu let z důvodu nedostatečné informovanosti veřejnosti, která ty předsudky roznáší. Nicméně Thomas (1997) z vlastní zkušenosti připouští, že tito lékaři zpravidla sdílí určité osobnostní rysy.

Několik výzkumů proto detailněji porovnálo osobnostní charakteristiky lékařů pracujících v rozličných lékařských oborech. Polský tým vědců podpořil Hollandovu teorii kongruence, podle níž se do výběru povolání promítají společné osobnostní rysy. Za využití modelu Big-Five výzkum prokázal, že studenti medicíny, kteří následně míří do oblasti chirurgie, převážně vykazují **vyšší úroveň extraverze, svědomitosti a otevřenosti ke změně**, a naopak **nižší míru vstřícnosti**. Zdá se, že tyto vlastnosti pomáhají zdravotníkům v chirurgii se rychle adaptovat na rozmanitost a změnu ve vysoce stimulujícím pracovním prostředí (Turska, Skrzypek, Wrońska & Kulik, 2017).

Podobné vlastnosti v minulosti potvrdil ve svém výzkumu Greenburg (et al., 1982), podle něhož se chirurgové vyznačují vysokou **sebedisciplínou, osobnostní konzistencí, motivovaností**, naopak pokoru a otevřenost vůči druhým považuje za nedostatečné. Současně upozorňuje na fakt, že studenti medicíny jsou k těmto charakteristikám vedeni, takže nelze jednoznačně určit tyto vlastnosti chirurgů jako osobnostní predispozice k výkonu povolání. Domnívá se tedy, že společnost lékařů a profesori na LF určují očekávané osobnostní rysy a chování studentů medicíny.

Warschkow (et al., 2010) porovnal osobnostní rysy lékařů chirurgických a interních oborů. Chirurgové byli častěji hodnoceni jako lidé orientováni spíše **na výkon než na sociální vztahy, vzrušivější, agresivnější a zároveň upřímnější**. Naopak obě specializace se shodovaly v určitých rysech v porovnání s průměrnou populací, nejzřetelněji ve větší prosociální orientaci. Současně vykazují sníženou míru emocionality, pravděpodobně jako prevence vysokému duševnímu vypětí.

Jung ve své typologii osobnosti definoval čtyři dimenze: extraverze-introverze, smysly-intuice, myšlení-cítění a usuzování-vnímání. Typologii osobnosti následně rozvedl

v medicíně Čakrt (2017). Rozlišuje tzv. **kognitivní styly**, které popisují jednání lékaře, a **temperamenty**, vystihující chování lidí v osobním životě (včetně v roli pacienta). Kognitivní styl uvádí preferovaný způsob získávání informací a jejich zpracování, rozhodování a řešení problémů. Uvědomění si vlastního kognitivního stylu může pomoci lékařům poznat vlastní styl práce a komunikace s ostatními, a také si vytvořit představu, jak je mohou vnímat ostatní. V medicíně celkově se můžeme nejčastěji setkat se stylem ST, neboli **smyslový styl s převahou myšlení**, který dominuje rovněž v chirurgických oborech. Lidé s tímto kognitivním stylem charakterizuje strukturovanost, přísnost a současně spravedlivý přístup ke všem, pořádek a jistota, což se projevuje spoléháním se především na objektivní data a metodicky ověřené postupy. Tito jedinci dokáží realisticky směřovat k úspěšnému cíli, pracovat rutinně i rychle jednat v neočekávaných situacích. Zároveň však v takových situacích mnohdy velmi znervózní a mohou přehlédnout detaily, také v mezilidských vztazích bývají méně vnímaví.

Kouřilová (2019) pomocí dotazníku NEO-FFI porovnal charakteristiky chirurgů, praktických lékařů a doktorů u Zdravotnické záchranné služby (ZZS). Výsledky výzkumu nenaznačují statisticky signifikantní rozdíl v míře přívětivosti ani neuroticismu. Praktičtí lékaři skórovali o něco málo výše v Otevřenosti vůči zkušenosti, což se rozchází s předchozími výzkumy. Naopak profesní zaměření neovlivnil míru svědomitosti, která se zdá společným předpokladem osobnosti všech lékařských oborů.

Jiné studie naopak prosazují názor, že rozhodnutí pro dráhu v chirurgickém oboru ovlivňují **spíše hodnoty než charakteristiky člověka**. Schwartz (1992, in Turska et al., 2017) je považuje za kognitivní vyjádření motivačních osobnostních cílů. Hodnoty významně přispívají k rozhodnutí, která člověk dělá, s charakteristikami se vzájemně ovlivňují a utvářejí celistvou osobnost (Roccas, 2002).

Pappasa (et al., 2016) se zaměřil na odlišnosti v psychologickém profilu řeckých lékařů z pěti oborů (chirurgie, anesteziologie, mikrobiologie, praktické a interní lékařství). Praktičtí doktoři vykazovali nižší míru deprese než ostatní. Překvapivě nejvýše skórovali na této škále internisté, což se příliš neshoduje s většinou výsledků předcházejících výzkumů. Autoři však nacházejí pravděpodobné vysvětlení v neuspokojivých pracovních podmínkách a neorganizovanosti řecké medicíny. Naopak chirurgové skórovali nejvýše na škále hostility v porovnání s ostatními obory.

### 3.2.3 Přístup orientovaný na pacienta

Mezilidský vztah lékař-pacient lze považovat za významný ukazatel úspěšnosti léčby a v medicíně hraje důležitou roli. Je to celý fenomén složený z dílčích konceptů, z nichž k nejdůležitějším patří komunikace, zapojení pacienta do rozhodovacího procesu a pacientova spokojenost. Vztah mezi lékařem a pacientem byl popsán z různých hledisek (Turabin, 2020).

Jedním z nejvíce diskutovaných témat se stal **přístup orientovaný na pacienta („Patient-centered care“)**. Koncept vznikl z psychoterapeutického přístupu orientovaného na klienta, který představil v 50. letech Carl R. Rogers. Později ho přejal psychoanalytik Michael Balint a implementoval do prostředí medicíny jako „přístup orientovaný na pacienta“ (Balint, 1998).

Institute of Medicine v Americe ho považuje za jeden z klíčových aspektů vysokého standardu péče. Odborníci ho definují jako přístup založený na hlubokém respektu k pacientovi, jakožto unikátní lidské bytosti, a na povinnosti starat se o něho podle jeho přání a požadavků (Epstein, 2011).

Model vytvořený Stewartem (2003) se opírá o šest základních pilířů: zkušenost s chorobou a onemocněním, porozumění pacientovi jako celistvé osobnosti (viz bio-psycho-sociální-spirituální model<sup>2</sup>), snaha naladit se na pacienta (např. přizpůsobit tempo a rychlost řeči), začlenit do léčby prevenci a podporu zdraví, posílit vztah pacient-lékař a ponechat si realistický náhled na léčbu.

Přístup orientovaný na pacienta, jinými slovy také **partnerský nebo nedirektivní**, vychází z důležitosti vztahu mezi lékařem a pacientem, založeném na vzájemné důvěře a spolupráci. Lékař by pacienta měl považovat za odborníka zodpovědného za jeho vlastní život a jeho zdravotní stav s ním konzultovat jako se sobě rovným. Do vztahu by se měla promítat úcta a respekt, solidarita, empatie, příležitost aktivně se do léčby zapojit, možnost klást otázky (Vymětal, 2008). Epstein (2011) a Cousin (1994) rovněž upozorňují na mechanizaci medicíny. Podporují názor, že rychlý technologický vývoj by měl pouze ulehčit lékařskou práci, pomoci pacientovi pochopit jeho zdravotní komplikace, nikoliv zastínit důležitost lidské komunikace nebo ji zcela nahradit.

---

<sup>2</sup> Bio-psycho-sociální-spirituální model vnímá člověka jako „jednotu těla, duše, vztahů a ducha. Znamená to, že v každém okamžiku naší existence jako lidské bytosti jsme tvořeni všemi zmíněnými, navzájem neoddělitelnými rovinami“ (Orel, 2019, 418).

Pro shrnutí základních principů přístupu lze použít akronym **CARES** - **C**ompassionate **c**ompetence (soucitná kompetence), **A**uthentic **a**ccessibility (autentická přístupnost), **R**eciprocal **r**espect (vzájemný respekt), **E**xpressive **e**mpathy (expresivní empatie), **S**traightforward **s**implicity (přímočará jednoduchost) (Kalra, & Kalra, 2010).

V porovnání s klasickým paternalistickým přístupem k léčbě se přístup zaměřený na pacienta více soustředí rovněž na **práci s celou rodinou**. Výsledkem je redukce nesprávných postupů a stížností ze strany pacienta, naopak zvýšení spokojenosti a emoční stability pacienta, adherence a ochoty ke spolupráci. Přístup orientovaný na pacienta může napomoci ke snížení vážnosti symptomů dodáním sebejistoty pacientovi a efektivní komunikací. V neposlední řadě zvyšuje spokojenost s prací na straně lékaře, což se významnou měrou odráží na jeho celkovém i duševním zdraví a předchází syndromu vyhoření. Hudon (et al., 2011) ve svém výzkumu potvrdil, že vyšší úroveň přístupu zaměřeného na pacienta souvisí s lepšími výsledky zdravotní péče.

### **3.3 Self-efficacy**

Povolání lékaře je neskutečně rozsáhlé a komplexní. S osobností lékaře souvisí mnoho konceptů a teorií. Nyní se seznámíme s teorií self-efficacy, podíváme se na vnímané vlastní kompetence v porovnání s očekávanou připraveností mladých lékařů nastupujících do praxe. V neposlední řadě přidáváme sociální a komunikační dovednosti, které se řadí mezi základní a nejdůležitější kompetence doktorů.

Self-efficacy můžeme chápat jako víru ve vlastní schopnosti a dovednosti při dosahování stanovených cílů, především v náročných situacích. Koncept self-efficacy sestavil psycholog Albert Bandura. Souvisí rovněž s dalšími koncepty, které stres a odolnost významně ovlivňují. Konkrétně se jedná o locus of control, self-esteem, resilience, seberegulace, sebemotivace, sebedůvěra (Ackerman, 2020). Každý ze zmíněných konceptů je velmi rozsáhlý, a proto je dále rozvádět nebudeme.

#### **3.3.1 Vnímané vlastní kompetence vs. připravenost k profesi ze studia**

Lékařská fakulta poskytuje studentům široké teoretické ukotvení pro budoucí povolání, ideálně by je měla vybavit i dalšími potřebnými dovednostmi. Avšak ne každý člověk má v sobě predispozice se doktorem stát, natož stát se dobrým doktorem. Celkový úspěch lékařské praxe závisí velmi i na vnímání a vlastní připravenosti každého absolventa LF.



Lékař musí nejen odvádět výbornou odbornou práci, avšak také zůstat otevřený pacientům, kreativně a neustále potřebě se dále vzdělávat (Linhartová, 2007).

Arbabi a kol. (2010) provedli výzkum zahrnující sto zdravotnických pracovníků (50 lékařů a 50 zdravotních sester). Výsledky výzkumu prokázaly, že **důraz kladený spíše na klinické dovednosti** než na sociální kompetence vede ke **snížení komunikačních dovedností lékařů**, což se projevuje například u sdělování (závažné) diagnózy. Stres z nadměrné psychické zátěže a z pocíťované nedostatečné kompetence vede k nejistotě a k vyhýbání se komunikaci s pacientem o jeho závažném zdravotním stavu a spíše k soustředění se na léčbu samotnou. Většina participantů výzkumu uvedla, že nezískali téměř žádné vzdělání pro sdělování negativních zpráv. 40 % lékařů (n = 20) hodnotilo svoji schopnost sdělovat špatné zprávy dobře a velmi dobře, naopak 22 % (n = 11) slabě nebo velmi slabě.

### 3.3.2 Sociální kompetence lékařů

Povolání lékaře patří z velké části k zaměstnáním s velkým sociálním přesahem. Interakce mezi lékařem a pacientem přesahuje pouhé klinické dovednosti. Vyžaduje respekt, leadership (umění vést), schopnost spolupracovat v týmu a další dovednosti mezilidské interakce. Zatímco při vysokoškolské výuce se **sociálním kompetencím** věnuje pouhé minimum času, v lékařské praxi představují jeden z klíčových komponent úspěšné práce (Ahn, 2014).

Epner a. Baile (2012) při komplexním přístupu k pacientovi považují za důležité zaměřit se na **kulturní kompetence**, jež se mohou velmi odlišovat v závislosti na každé kultuře. Mezikulturní přístup se soustředí na komunikační dovednosti, vědomí o společenských problémech a kulturní víru ve zdraví. Tyto aspekty lékařské praxe bychom mohli zároveň považovat za univerzální lidské rysy, potřeby a přesvědčení. Přístup orientovaný na pacienta spoléhá na identifikaci různorodých komunikačních stylů, preferencí při rozhodování, rodinné role, otázky genderu a sexuality, problémy nedůvěry, předsudků a rasismu. Zároveň Linhartová (2007) doporučuje u pacientů odlišných národností se rovnou zeptat na jiné kulturní normy vyšetření a komunikace. Otevřenost, upřímnost, empatie a dobré komunikační dovednosti tak představují bránu k porozumění pacientových potřeb, hodnot a preferencí.

**Chování lékaře** a přiměřeně symetrický vzájemný **vztah lékař-pacient** velmi ovlivňuje výslednou spolupráci neboli **komplianci**, (z angl. *compliance*) znamenající

vyhovění, splnění, dodržování (Vymětal, 2008). Lékař by ideálně měl postupovat stejně rychle jako pacient a přizpůsobit jeho tempu svoji práci. Důvěra v lékaře snižuje stres pacienta, což je pozitivním prediktorem spolupráce a lepších výsledků (Turabin, 2020).

Přívětivost, dostupnost, trpělivost patří mezi základní faktory ovlivňující úspěch léčby pacienta. **Emoční podpora** ze strany lékaře umožňuje pacientovi sdílet svůj strach z onemocnění. V bezpečném prostředí může bez obav vyjádřit své hodnoty i preference, a ptát se bez zábran z nejistoty reakce lékaře. Pacient by měl být poučen o jeho roli v procesu rozhodování a dostat možnost se ho aktivně účastnit, což vyžaduje také správné porozumění všem možnostem a následkům rozhodnutí (Bhutani, Bhutani & Kumar, 2013).

Pacient se zpravidla potýká s mnoha rozličnými emocemi. Během návštěvy lékaře by pacient měl dostat možnost je sdílet, a zároveň by doktor měl umět pacientovy emoce reflektovat a normalizovat. Učinit lze například větou „Hodně lidí se v této situaci cítí podobně“ (Tongue, Howard & Forese, 2005). S emocemi hodně pracuje **koncept krizové intervence**. Vodáčková (2007, 60) ji definuje jako „*odbornou metodu práce s klientem v situaci, kterou osobně prožívá jako zátěžovou, nepříznivou, ohrožující. Pomáhá přehlednit a strukturovat klientovo prožívání a zastavit ohrožující či jiné kontraproduktivní tendence v jeho chování.*“ Prvky krizové intervence lze využít i při komunikaci v medicíně. Lékař se může setkat s traumatizovaným pacientem v mnoha různých rovinách – v pozici pacienta, přímé či nepřímé oběti traumatu, svědka události, rodinného příslušníka, přátel. Lékaři dále mohou operovat těžká polytraumata, léčit pacienty v terminálním stádiu nemocí, ošetřovat lidi prožívající domácí násilí nebo pacienty po hromadných neštěstích. Vnímaná nedostatečná připravenost může vést k pracovnímu stresu, pocitům selhání a následně až k syndromu vyhoření, jemuž se více věnujeme v kap. 3.4 (Špatenková, 2011).

S emocemi souvisí rovněž schopnost empaticky naslouchat pacientovi. **Empatie** (z řeckého *empathia* – vcítění) se situací pacienta může lékaři pomoci pochopit motivy jeho chování a prožívání, zorientovat se v jeho obtížích. Díky rozvinuté empatii mohou lékaři správně očekávat budoucí chování pacienta, podpořit angažovanost pacienta a redukovat jeho úzkost. K empatii patří také schopnost neztratit subjektivní odstup a neztotožnit se s ním zcela (Vymětal, 2008).

Důležitost empatického přístupu lékaře k pacientovi potvrdil výzkum (Mariano, Neal & Chaitanya, 2015), který se zaměřil na spokojenost pacientů po první návštěvě u lékařů věnujících se chirurgii ruky. Výsledky ukázaly, že empatické chování velmi silně korelovalo

s celkovou spokojeností návštěvy pacienta, a stal se jejím nejsilnějším ukazatelem. V těchto případech naopak pacienti nepřikládali velký význam objednávací lhůtě, délce čekání ani samotného ošetření či přítomnosti dalšího zdravotnického personálu (např. stážisty). Výzkum opět prokázal, že mezilidský vztah lékař-pacient společně s komunikací výrazně zvyšují úspěšnost léčby a pro pacienty se stává stále důležitějším kritériem než léčba samotná.

### **3.3.3 Základní aspekty komunikace mezi lékařem a pacientem**

Komunikace patří mezi základní aspekty lékařské péče. Ačkoliv se tomu může těžko věřit, lékař za 40 let své praxe provede přibližně 250 000 rozhovorů, což představuje největší část náplně jeho práce. **Efektivní komunikací** si lékař ušetří čas, vytvoří si důvěru v práci s pacientem i s kolegy a zdravotnickým personálem, adherenci a duševní zdraví pacientů. Komunikační dovednosti podporují odborné dovednosti, množství správně určených diagnóz, sebejistotu a spokojenost v práci lékaře. Nezáleží tedy pouze na samotném obsahu zprávy, ale také na formě jejího sdělení (Čakrt, 2017; Ptáček & Bartůněk, et al., 2011).

Podle informací Ministerstva zdravotnictví ČR, 75 % stížností pacientů vzniká nevhodnou nebo nedostatečnou komunikací ze strany lékaře, nikoli neodborností zdravotníků (Bendová, 2008, Mrázek, 2008, in Králová et al., 2008). Podle jiných výzkumů komunikace lékařů zapříčiňuje až 90 % stížností (Kubíček & Hradilová, 2008, in Králová, 2008).

Obstojné komunikační dovednosti lékařů byly a stále jsou považovány za samozřejmé. Bohužel na jejich výuku se v minulém století nekladl příliš velký důraz a rozhovor se v praxi zpravidla zaměřoval na strohé údaje o pacientovi a jeho anamnéze (Čakrt, 2017). Posledních dvacet let se situace zlepšuje a studenti se začínají učit profesní komunikaci podobně jako jiné lékařské dovednosti. Do kurikula lékařských fakult byla zařazena výuka psychologie, na některých i se zaměřením na komunikaci s pacienty (Ptáček & Bartůněk, et al., 2011).

V USA například studenti medicíny musejí absolvovat zkoušku pro hodnocení klinických dovedností pohovorem se standardizovanými pacienty v určených národních testovacích centrech. Accreditation Council for Graduate Medical Education a American Board of Medical Specialties spojují hodnocení komunikačních dovedností s udělováním a udržením atestačních licencí lékařů (Tongue et al., 2005).

Přívětivá konverzace podporuje pozitivní emoce. **Motivační rozhovor** zvyšuje úroveň spolupráce a spokojenosti na straně pacienta. Motivačního rozhovoru může lékař docílit pokládáním otevřených otázek a naopak vyvarováním se otázek uzavřených a sugestivních. Užitečné je ponechat dostatek času na vyjasnění nejasností, schopnost aktivně naslouchat, parafrázovat a pravidelně shrnovat všechny vyřčené informace. Tyto dovednosti pomáhají pacientům v procesu rozhodování a nabízejí možnost spolupodílet se na své léčbě. Důvěrnějšímu vztahu lékař-pacient přispívá také vzájemná konstruktivní zpětná vazba a aktualizování léčebného protokolu podle potřeb a preferencí pacienta (Bhutani et al., 2013).

Dynamiku rozhovoru určují oba partneři, každý se svými cíli a očekáváními, s nimiž do interakce vstupuje. Nicméně výsledný směr rozhovoru zpravidla udává lékař (Turabin, 2020). Rozhovor probíhá **ve dvou rovinách – kognitivní a emoční**. Faktické informace jsou díky emocím obohaceny o hlubší význam, který pacient objektivním faktům přisuzuje (Beran, 2010). Pomocníkem i potencionálním ohrožením se může stát vliv tzv. indukce, kdy *„jeden člen rozhovoru vyvolá v druhém psychické děje, jež právě probíhají u něho samotného.“* Lékař může svým optimismem uklidnit pacienta, naopak pacient může své negativní emoce přenést na lékaře (Vymětal, 2008, 142). Důležité je proto všimnout si i vlastních emocí a dojmů, reflektovat je a porozumět jim (Beran, 2010).

Tongue et al. (2005) uvádějí velké množství praktických rad, jak předchozí teoretické poznatky aplikovat do lékařské praxe. Zdůrazňují důležitost prvního dojmu a **verbální i neverbální komunikace** s pacientem – upřímný zájem o pacienta, úsměv, přiměřený oční kontakt, tón hlasu a intonace. Doporučují vyvarovat se medicínským odborným výrazům, jimž pacient zpravidla stěží rozumí. Význam přikládají také krátkému představení (i v urgentních situacích), podání ruky, oslovení titulem nebo správné výslovnosti pacientova jména. Rovněž zmiňují další nástroj efektivní komunikace s pacientem – na konci rozhovoru ho vyzvat, aby do příští návštěvy aktivně pozoroval svůj zdravotní stav a jeho změny. V ideálním případě může lékař připravit pacienta na otázky, na něž se jej zeptá, což výrazně urychlí následující návštěvy.

Podle výzkumů pacient řekne až 80 % potřebných informací v první nebo dvou minutách konverzace. V dnešní praxi se však velmi často setkáváme s ukončením pacientova monologu po dvaceti až třiceti sekundách, a mnozí lékaři si tuto komunikační chybu ani neuvědomují. A překvapivě, při otevřené otázce zabere popsání potíží pacientovi pouze přibližně půl minuty (Čakrt, 2017).

Otevřená a upřímná komunikace mezi lékařem a pacientem je naprosto esenciální při **sdělování diagnózy**. Bohužel, mnohdy se stane, že pacient není o nepříznivé zprávě informován – včas, dostatečně, vhodným nebo etickým způsobem. Kompletní informace přitom předcházejí zbytečným obavám, zvyšují důvěru v lékaře a spolupráci s ním a v neposlední řadě podporují pozitivní emoční reakce. Podle výzkumů si přes 90 % pacientů přálo znát svoji diagnózu, prognózu i šanci na uzdravení nebo přežití (Baile, Buckman, Lenzi, Glober, Beale & Kudelka, 2000). Zároveň celkové chování pacienta velmi ovlivňuje závažnost onemocnění a zdravotní stav. Nicméně zpráva podána neadekvátním způsobem může výrazně ovlivnit psychický i fyzický stav pacienta (Tongue et al., 2005).

Úzkost a strach z nepřipravenosti na možnou reakci pacienta dostává lékaře do obtížných a stresových situací, jež mohou vést až ke snaze se sdělování diagnózy vyhybat. Komunikační dovednosti stále chybí většině zdravotníků, rovněž jako patřičné znalosti o práci s emocemi pacienta i svými (Mechúrová, 2020).

Někteří lékaři onemocnění bagatelizují, oznamují diagnózu příliš odlehčeně nebo naopak naprosto neempaticky, nebo se nevhodně vyjadřují o zdravotním stavu pacienta v jeho přítomnosti. Výzkumy dokonce potvrdily, že pacient může slyšet rozhovor doktorů i v určitých fázích narkózy (Irmiš, 2014). Nicméně v porovnání s minulým stoletím se praktiky ve sdělování negativních zpráv výrazně zlepšily, co se týče kvantity i kvality (Elger & Hrding, 2002).

Přestože většina lékařů nerada sděluje závažné diagnózy, tvoří součást jeho pracovní náplně a povinnost, které se nemůže zbavit. Zároveň znát svůj zdravotní stav patří dnes mezi základní práva pacientů v ČR. Při rozhovoru může být přítomen klinický psycholog, například pro práci s emocemi a krizovou intervencí (Arbabi et al., 2010; Drimlová, 2018).

Nyní se klade čím dál větší důraz na klidné prostředí pro rozhovor. Nerušený rozhovor je dalším důkazem úcty k pacientovi a respekt vůči jeho soukromí. Lékařům je doporučováno na pacienta nenaléhat, zbytečně nespěchat a vyhradit si potřebný čas na zodpovězení závěrečných otázek (Beran, 2010).

Jak upozorňuje Vymětal (2008), direktivní a autoritativní přístup lékařů mnohdy nepramení z nedostatku času, spíše z nevhodně naučených komunikačních dovedností. Rozhovor by měl obsahovat informace o následujícím průběhu léčby, všech úkonech a jejich stručné opodstatnění. Kompletními informacemi lze zamezit situaci, kdy by se pacient například chtěl zeptat na intimní otázky, ale stydí se nebo se obává tabuizace tématu.

Závěrem je důležitý informovaný souhlas a poučení pacienta o užívání léků (Linhartová, 2007).

Při **sdělování negativních a závažných zpráv** platí předchozí zásady komunikace ještě mnohonásobně více. I přes závažnost zprávy se prosazuje právo pacienta na kompletní a pravdivé informace, jako prevence nejistoty. Přiměřeně sdělená diagnóza nebo prognóza a pojmenování onemocnění konkrétními slovy se v západní Evropě považuje za lepší variantu než „milosrdná lež“. Lékař by měl udržovat v pacientovi naději, ne však přehnanou či neúměrnou onemocnění. Ujistění pacienta o jeho podpoře, provázení nemocí tvoří další opěrné body léčby. Stejný postup uplatňují lékaři ve Švýcarsku, UK nebo v Rakousku, naopak lékaři v USA sdělují negativní zprávy poměrně tvrdým způsobem, současně však se svolením pacienta pořizují záznam z rozhovoru, který si pacient může později kdykoli znovu přehrát (Beran, 2010; Linhartová, 2007).

Pacient by se měl zprávu dozvědět jako první a až ve chvíli, kdy je diagnóza definitivně potvrzena. Podobným způsobem by se měli o onemocnění dozvědět i nejbližší rodinní příslušníci, ideálně po souhlasu pacienta, ačkoliv tento postup není ve zdravotnické praxi vždy možný (Jankovský, 2018). Lékaři by neměli zapomínat na riziko zpřetrhaných rodinných vazeb nebo naopak přání pacienta ochránit před negativními informacemi své nejbližší. Nejlepší variantou je osobní setkání a rozhovor o zdravotním stavu pacienta, protože komunikace přes telefon může zapříčinit mnohá nedorozumění (Křížová, 2006).

Mnoho lékařů přiznává, že předání informace o úmrtí nebo o letálním onemocnění považují vůbec za jeden z nejtěžších úkolů. Meunier (et al., 2013) porovnal čtyři studie o psychických a tělesných projevech u lékařů při sdělování špatných zpráv. Všechny shodně potvrdily, že z fyziologického hlediska dochází ke zvýšení kardiovaskulární reakce. Současně Meunier upozornil, že shodné tělesné napětí neznamena pro všechny jedince stejnou psychickou a emoční zátěž. Úroveň fyziologického vzrušení souvisí s vnímanou vlastní kompetentností, motivací a intenzitou úsilí vloženého do úkolu, především u mladých lékařů nastupujících do praxe.

Sdělení závažné diagnózy představuje velmi komplexní situaci, která vytváří na lékaře vysoké nároky a vyžaduje mnoho komunikačních a nebo již dříve zmíněných dovedností. S nedostačujícími kompetencemi hrozí nedorozumění nebo nesprávné pochopení ze strany pacienta a až možný syndrom vyhoření ze strany lékaře (viz níže).

Baile (et al., 2000) proto navrhl model **SPIKES**, postup pro sdělování negativních zpráv. Každý ze šesti kroků tvoří nezbytnou součást úspěšného procesu jako celku:

- **S** – Setting up (příprava **S**ituace a **S**oukromí pro rozhovor)
- **P** – Assessing the patients' **P**erception (zjištění pacientova **P**ohledu na situaci)
- **I** – Obtaining patient's **I**nvitation (**I**ndividuální potřeba rozsahu informací ze strany pacienta)
- **K** – Giving **K**nowledge and information to the patient (Předání **K**onkrétní nepříznivé Informace)
- **E** – Addressing the patients' **E**motions with empathic responses (Reflexe **E**mocí pacienta)
- **S** – Strategy and **S**ummary (Shrnutí řečeného a návrh dalšího postupu léčby)

Lékař by si na sdělení závažné diagnózy měl vyhradit dostatek času před samotným rozhovorem pro zjištění všech důležitých informací a připravit se na setkání s pacientem. Důležité je být si vědom cíle, k němuž má rozhovor směřovat. Po setkání by si měl doktor najít čas pro krátký odpočinek, reflexi vlastních emocí, případně pro vlastní podporu od kolegů nebo supervizora (Baile et al., 2000; Mechúrová, 2020).

Mezi další náročné situace patří **péče o traumatizující pacienty**. Práci s oběťmi domácího násilí se věnuje kurz Právo žít. Během interaktivního kurzu se studenti medicíny i pracovníci v praxi seznámí s organizacemi, které se této problematice věnují. Dozví se o traumatu a jak k traumatizovanému pacientovi přistupovat. Neméně důležitou součástí je aktivní nácvik komunikace obecně i specificky v daných situacích, za pomoci norského animovaného filmu *Zuřivec* („Sinna Mann“). Kurz před sedmi lety založila MUDr. Stoklasová společně s Ferdinandus Orden 1561 ve spolupráci s IFMSA CZ a nyní se po několikaletém úsilí dostává do kurikul některých lékařských fakult (Stoklasová, nepublikované osobní sdělení 15. ledna 2021).

### 3.4 Odolnost lékaře

Zdravotnický personál je často vystaven velké psychické zátěži a tlaku, který je na některých pracovištích ještě více umocněn. Jedná se především o onkologická, neurologická, psychiatrická, interní oddělení, dále jednotky intenzivní péče (JIP) nebo hospice (Linhartová, 2007). Také chirurgie není výjimkou. Chirurgové byli zařazeni na seznam deseti nejvíce stresujících zaměstnání. Ve své práci se denně potkávají s bolestí, nemocí

i smrtí, pracují pod tlakem, s neúplnými informacemi a velkou právní odpovědností zároveň. Všechny tyto a další faktory výrazně ovlivňují jejich pracovní, rodinný i osobní život (Nešpor, 2019).

Poprvé se na **stres** zaměřil Cannon (Irmiš, 1996), který ho popsal jako fyziologické změny organismu, které ho připravují na boj nebo útěk. Později Selye reakci na nadměrnou nebo nezvyklou zátěž rozdělil do tří fází: poplach, rezistence a vyčerpání.

Jedná se o situace, kdy zátěž přesáhne všechny dostupné zvládací a adaptační mechanismy jedince. Riziko se netýká pouze nadlimitní zátěže, ale také nedostatečné simulace, jež může způsobovat stres (Paulík, 2017). Každý jedinec hodnotí a zvládá vystavení se stresovým podnětům (tzv. **stresorům**) odlišně, stejně jako pro každého mohou stresor představovat různé životní události. Obecně však stresory můžeme shrnout do kategorií fyzikální (pocházející z vnějšího prostředí), psychologické a sociální (Irmiš, 1996).

U lékařů se může vyskytnout mnoho stresorů různého původu a intenzity. Vysoké profesní požadavky, očekávání spolehlivosti, neúnavného nasazení a nezištného altruismu k pacientům s sebou nesou vysoké riziko beznaděje, chronických nebo psychosomatických onemocnění, vyčerpání až tzv. syndromu vyhoření (Schmidbauer, 2000).

**Vyčerpání** a syndrom vyhoření se mohou projevovat podobně, avšak liší se ve svých příčinách. Na vyčerpání se podílí dlouhotrvající zátěž – fyzická, emocionální nebo psychická. I přes subjektivně vnímané vysoké pracovní nasazení se daný člověk cítí patřičně nedoceněný. **Burnout syndrom** neboli **syndrom vyhoření** poprvé popsal Herbert Freudenberger a souvisí spíše s dlouhodobým nasazením pro ostatní. Představuje riziko především pro pracovníky pomáhajících profesí, jejichž hlavní pracovní náplní je kontakt a komunikace s lidmi a od nichž se očekává pozitivní přístup a kladné mezilidské vztahy. Projevuje se tělesnou únavou, emocionálním a mentálním vyčerpáním, které jsou způsobeny dlouhodobým vystavením se extrémně náročným emocionálním situacím a/nebo dlouhodobému stresu, selháním adaptačních procesů nebo vlastního sebepojetí (Pines & Aronson, 1988, in Křivohlavý, 2012; Pešek & Praško, 2016).

Mezi **tělesné symptomy** syndromu vyhoření se řadí chronické bolesti zad a hlavy, problémy se stravovacími návyky, insomnie. Abnormální únava neodeznívá ani po obvyklém odpočinku. Typicky se dostavuje pocit beznaděje a bezcennosti, podrážděnost, depresivní ladění, chybějící energie i pro běžné pracovní úkoly a problémy v mezilidských



vztazích. Projevují se negativní postoje k sobě i ostatním vedoucí až k izolaci, úzkosti a v neposlední řadě k dehumanizaci (Jankovský, 2018). Tito lidé popisují nemoc bez konkrétních fyzických příznaků. Dostavuje se úzkost a pesimistické ladění, lhostejnost, apatie, nezájem o druhé ani o jejich názory. Postrádají psychickou energii, kreativitu, nadšení a životní plány. Jakákoliv činnost se pro ně zdá přílišnou námahou (Křivohlavý, 2012).

Mezi **skupinu ohroženou syndromem vyhoření** patří jedinci kladoucí na sebe příliš vysoké pracovní a výkonnostní nároky, perfekcionisté, workoholici, lidé s osobností typu A, s vnějším zdrojem kontroly (tzv. externí locus of control), s nízkým sebevědomím a sebereflexí nebo naopak vysokou mírou empatie. Patří sem rovněž nadměrná touha po společenském uznání, nereálná očekávání od mezilidských vztahů, příliš ukvapené rozhodování a přílišné zveličování problémů. Náchylnější jsou jedinci žijící v dlouhodobě konfliktních vztazích, těžkých životních podmínkách nebo v neustálé časové tísní. Riziko vzrůstá u lidí, kteří neumí skutečně odpočívat a racionálně plánovat čas, nejsou dostatečně asertivní, více rozdávají, než dávají, starají se i ve svém soukromém životě o těžce nemocného člověka nebo sami bojují s nemocí (Honzák, 2015; Křivohlavý, 2012; Nešpor, 2019; Pešek & Praško, 2016).

**Z profesního hlediska** sem může zařadit pracovníky zažívající dlouhodobý neúspěch, konflikt svých vnitřních hodnot, zklamání, přílišné přetěžování, multitasking (praktikování více činností v jeden okamžik), mnoho náročných zásahů. Mezi rizikové faktory patří nepřátelské prostředí, extrémní kontrola, manipulace na pracovišti a také neadekvátní finanční ohodnocení. Dále se může jednat o frustraci z nejasného očekávání nebo nesmyslných požadavků, z neuspokojené potřeby uznání, ocenění a pozitivní zpětné vazby na svoji práci. V neposlední řadě hrají významnou roli také dlouhodobě neuspokojené fyziologické potřeby. Řadí se k nim nedostatek spánku způsobující extrémní únavu, negativní emoce, dehydratace, nízká hladina glukózy v krvi, nedostatek pohybu a čerstvého vzduchu (Honzák, 2015; Křivohlavý, 2012; Nešpor, 2019; Pešek & Praško, 2016).

Z čistě lékařského úhlu pohledu patří k **příčinám syndromu vyhoření** neustálé vysvětlování diagnózy a prognózy a opakované návštěvy u pacientů doma, pokud je lékaři vnímají bezúčelně a bez patřičných výsledků. Neúcta k lékařům, nedůvěra, nespolupráce, neochota a nedostatek respektu ze strany pacienta spolupodílet se na léčbě, společně s nedostatkem času a organizační zátěží se rovněž negativním způsobem podílejí na rozvoji chronického stresu. Podle výzkumu Turabina, až 60 % praktických lékařů vnímá chování

pacientů spíše jako vymáhání jejich práv než žádost o pomoc a uzdravení (Irmiš, 2014; Turabin, 2020).

Schmidbauer (2000) rozšiřuje téma o tzv. **syndrom pomocníka**, kdy se smyslem života stane pouhá pomoc ostatním. Lidé trpící tímto syndromem v pracovních i osobních vztazích jenom energii rozdávají, ovšem málo přijímají, což zapříčiňuje nedostatečně vzájemně vyvážené vztahy. Vyhýbají se intimitě i projevům agrese a vyhledávají spíše závislost ve vztahu. Vlastní potřeby musejí odložit stranou v zájmu pomoci druhým. Společnost i pacienti častou kladou na pracovníky vysoké nároky, kterým se pracovníci snaží dostat. Pomáhající profese s sebou nesou nejen vysoké požadavky na pracovní výkonnost, ale také na duševní zdraví, které je zároveň předpokladem pro výkon povolání. Paradoxně, ačkoli se lidé v těchto profesích starají o fyzické a psychické zdraví ostatních, jejich vlastní vyčerpání se příliš nepřijímá, což se může později projevit syndromem vyhoření.

Psychickou odolnost oslabuje také snížená fyzická odolnost člověka. **Imunitní systém** ovlivňuje mnoho faktorů. Cousin (1994) například upozorňuje na riziko vyčerpání adrenalinu jako jednu z příčin a propojenost negativních emocí s poklesem fyzického zdraví. Imunita odolnějších osob zpravidla klesá méně (Irmiš, 1996). Lékaři více než pracovníci mnoha jiných povolání trpí dlouhodobým vyčerpáním, únavou a přemáháním vlastních tělesných onemocnění, což často vede k užívání návykových látek, depresi, psychosomatickým a psychiatrickým onemocněním až možné sebevraždě (Schmidbauer, 2000).

Povolání lékaře patří mezi vůbec nejrizikovější. Podle výzkumů trpí syndromem vyhoření až polovina českých lékařů, 70 % se cítí syndromem vyhoření ohroženi, a dokonce až 90 % vnímá svoji práci jako stresující (Ptáček et al., 2011; Ptáček & Raboch, 2014, in Pešek & Praško, 2016). Burnout se následně negativně projevuje ve vysoké fluktuaci lékařů a sester mezi odděleními nebo úplným odchodem ze zdravotnictví (Křivohlavý, 2012).

### **3.5 Zvládání stresových a náročných situací**

Každý vnímá a prožívá životní události odlišně. Rovněž strategie zvládání stresových situací (tzv. **copingové strategie**) jsou velmi individuální. Obecně si však lze povšimnout tří významných faktorů u lidí odolných vůči stresu, které jsou ve vzájemné rovnováze.

Patří k nim **uspokojivá práce, pozitivní mezilidské vztahy a dostatek času pro sebe a vlastní zájmy** (Pešek & Praško, 2016).

O riziku syndromu vyhoření promluvila jako jedna z prvních anglická lékařka Cassidyová na konci minulého století, když se z vlastních zkušeností s prací v hospici podělila o několik rad, jak syndromu vyhoření předcházet (Cassidy, 1995, in Křivohlavý 2012). Doporučuje si najít klidné místo pro odpočinek o samotě a vyhradit si dostatek volného času, v pauzách se zaměřit na nepracovní rozhovory a na pracovišti budovat pozitivní kolegiální vztahy, jejichž součástí je vzájemná podpora a zpětná vazba. Za důležité považuje připomínat si, že úkolem zdravotníků je lidem pomáhat a nikoliv je změnit k lepšímu obrazu. Bezmoc a smutek patří k výkonu profese, za něž by se zdravotníci neměli stydět, naopak by je měli umět přijmout. Honzák (2015) navíc doplňuje, že lidé pracující v pomáhajících profesích by měli svoji práci považovat za řemeslo, nikoliv poslání. Rovněž by neměli zapomínat na vlastní fyzické i psychické potřeby a vlastní zdraví, stejně jako zdraví pacientů, o které se starají.

V rámci prevence syndromu vyhoření se může uplatňovat několik doporučení. **Sociální opora** hraje klíčovou roli v úspěšném zvládnání pracovní zátěže. Pevné pozitivní vzájemné mezilidské vztahy s členy rodiny, přáteli, kolegy i nadřízenými, sousedy a dalšími sociálními skupinami umožňují sdílet starosti i negativní pracovní zkušenosti a mobilizují zvládací mechanismy k efektivnímu zvládnutí zátěžové situace. Vzájemná podpora, důvěra, pocit bezpečí a jistoty patří ke klíčovým faktorům úspěšného zvládnutí krizových situací (Irmiš, 1996). Jedná se o kladné podněty psychologické i tělesné. Podpořit může milé slovo, pochvala, ocenění, uznání, jindy pohlazení nebo objetí (Honzák, 2015).

Významným faktorem je **atmosféra na pracovišti** – přiměřené úkoly, jasná očekávání, obohacení monotónní činnosti, flexibilita, vidina celkového výsledku, a nikoliv pouze dílčí části práce. Ze sociální oblasti výrazně pomáhají pozitivní pracovní vztahy, zpětná vazba, uznání od ostatních a možnost požádat o radu (Křivohlavý, 2012). K duševnímu klidu přispívá i samotné **pracovní prostředí**, jako je klid a zázemí (Nešpor, 2019). Pešek a Praško (2016) upozorňují na důležitost plánování času. Efektivní organizace času s mikropřestávkami motivuje k produktivní práci. Plán dne by měl zahrnovat alespoň 30 % produktivní práce a stejný čas bychom měli věnovat odpočinkovým aktivitám.

V dnešní době bohužel čím dál více času zabírají lékařům **administrativní záležitosti**. Stres působí nejen časová tíseň, ale také lékařská a právní legislativa (Pešek

& Praško, 2016). V některých zahraničních nemocnicích proto začali využívat odlišný systém. Lékařské zprávy a další dokumenty vypisuje sekretářka poté, co lékař nahraje věcný obsah sdělení na diktafon. Tato praxe velmi uleví lékařům od přetížení a umožní jim soustředit se čistě na medicínskou práci. Tento systém zatím funguje spíše v zahraničí, např. ve Slovinsku a dalších zemích (D. Kocmanová, nepublikované osobní sdělení 21. října 2019).

Dalším, často diskutovaným bodem prevence syndromu vyhoření je důsledná **duševní hygiena**, která pomáhá uvolnit napětí. Může probíhat formou relaxace, pravidelného cvičení, pobytu venku, dovolené. Současně je důležité si odpočinek skutečně neodpírat, nepovažovat za lenost a myslet na nutnost pravidelně dobíjet životní energii (Křivohlavý, 2012).

K aktivnímu odpočinku patří také pravidelný a dostatečně kvalitní nepřerušovaný spánek se správnou spánkovou hygienou, vyvážená strava a zdravý životní styl. V neposlední řadě pomáhá také autentická profesionální empatická účast, humor, upřímný smích a možnost těšit se na radostné chvíle (Linhartová, 2007; Nešpor, 2019).

Co se týče faktorů souvisejících s výkonem povolání, k prevenci syndromu vyhoření můžeme zařadit rovněž postupný nástup (nebo návrat) do práce, radost a spokojenost, zájem o další vzdělávání, dodržování pravidelného rytmu a střídání práce s odpočinkem (Míček, 1984).

## 4 DOSAVADNÍ VÝZKUMY O PŘIPRAVENOSTI LÉKAŘŮ K VÝKONU PROFESE

V závěrečné kapitole teoretické části práce shrneme vybrané dosavadní výzkumy vztahující se k tématu práce.

V roce 2003 se na Lékařské fakultě Univerzity Palackého zeptali studentů 5. ročníku na otázku: „*Co všechno očekává pacient od lékaře – podle Vás?*“ Téměř všichni respondenti se shodli na **odborných znalostech a kompetencích**, týkající se například správného určení diagnózy, profesionality, a dodržování povinné mlčenlivosti. Neméně důležitým bodem se stala **empatická komunikace** poskytující pacientovi podporu a naději. Mezi očekávání podle mínění studentů patří rovněž **odborné rady a pomoc** pacientům i kolegům také v jiných záležitostech, poskytování pravdivých informací. V neposlední řadě se studenti domnívali, že společnost od nich očekává nereálné nebo nesplnitelné lékařské zázraky (Králová, Zedková, Nakládalová & Potomková, 2005).

Stejná fakulta provedla v letech 2004–2008 výzkumné šetření v rámci projektu „Systém psychosociální prevence pro studenty všeobecného lékařství.“ Projekt se mimo jiné zaměřil na **obavy absolventů** při nástupu do zaměstnání. Šetření se skládalo z první sondy obav studentů, ze dvou fází dotazníku, focus groups a evaluace modulů psychosociální prevence. Prvotní sonda se soustředila na oblast pracovních vztahů a komunikace, výkon profese a osobní sféru. Z pracovní sféry studenti nejčastěji zmiňovali **vztahy na pracovišti a pracovní stres**. Z obav týkající se výkonu profese se nejvíce objevovalo **odborné selhání**, nedostačující praktické znalosti, zvládnání administrativy a komunikace s pacientem nebo rodinou. A z osobní sféry profese se jednalo o nízké **finanční ohodnocení, zvládnutí práce** s rodinou a strach o **ztrátu volného času**.

Z následného dotazníku o vlastní připravenosti a kompetencích vyplynulo, že nejvíce se obávají vlastního **zvládnání stresových situací**. V návaznosti na výsledky průzkumu fakulta zařadila do kurikula pilotní moduly **výuky psychosociální prevence**, kterých se v rámci volitelného předmětu zúčastnilo 84 studentů. Evaluace ukázala, že studenti moduly vnímají velmi přínosně a rozhodně by doporučili jejich zachování i pro následující ročníky mediků (Králová et al., 2008).

Mareš (2008, in Králová, 2008) shrnul **vývojové proměny mladých lékařů**. Mnoho doktorů při nástupu do praxe **ztrácí iluze o povolání** při střetu s realitou. Nemohou naplnit svá očekávání, nestačí jim dovednosti získané během pregraduální přípravy. Někteří nastupují do soutěživého prostředí nebo se setkávají se zkušenějšími kolegy, kteří jsou z mnohaleté praxe zklamaní, někdy až vyhořelí. Mladí lékaři mohou propadat bezmocnosti v interakci s pacienty stejně jako při léčbě neobvyklých medicínských případů. Navrhuje proto zahrnout **preventivní strategie** již do samotné výuky **studentů LF**. Především vést je k jedinečnému pohledu na každého pacienta, ke kolegiálnosti, k osvojování lékařských hodnot a také k rovnováze mezi profesním a osobním životem. Zároveň upozorňuje, že více než teoretické přednášky o zmíněných tématech je důležitější, aby medicíci dostali možnost vidět jejich aktivní prosazování na fakultě i klinikách.

Na kompetence lékařů se zaměřilo také několik mezinárodních výzkumů. Tým švýcarských odborníků přinesl výsledky studie o dopadu postgraduální přípravy na výuku komunikačních dovedností. Komunikace v medicíně patří mezi klíčové aspekty zdravotnické péče a nyní je zařazena téměř do všech kurikul LF po celém světě. Avšak je vyučována nedostatečně nebo není doceněn význam pokračujícího tréninku. **Pozorování a přímá zpětná vazba studentům** medicíny se setkávají s největším pozitivním ohlasem, přesto tento typ výuky mnohdy neprobíhá (nebo probíhá neúčinně) z důvodu nedostatečných učitelských dovedností profesorů na LF. Tým vyvinul intervenci zaměřenou na školení klinických supervizorů pro výuku komunikačních dovedností v praxi. Supervizoři se zúčastnili čtyř až pěti modulů v malých skupinách a dvou individuálních koučovacích setkání. Každý si vyzkoušel roli studenta, supervizora i pozorovatele, který následně hodnotil zpětnou vazbu supervizora. Studie rovněž pracovala s videonahrávkou a sebehodnotícím dotazníkem. Výsledky ukázaly, že supervizoři začali využívat efektivnější schopnosti poskytovat zpětnou vazbu. Avšak v porovnání s kontrolní skupinou nenastal signifikantní rozdíl ve schopnosti identifikovat špatné a dobré komunikační schopnosti. Zároveň supervizoři následně diskutovali mnohem interaktivněji se studenty témata týkající se komunikačních dovedností (Perron et al., 2014).

Meunier (et al., 2013) provedl studii, nakolik komunikační dovednosti přispívají k **oznámení negativní zprávy**, konkrétně k fyziologickému a psychickému stresu lékaře. Do výzkumu se zapojili belgičtí lékaři, pracující s onkologicky nemocnými pacienty. Náhodně byli rozděleni do skupin, v nichž se následně zúčastnili čtyřicetihodinového výcviku. Během simulovaných rozhovorů s pacientem, kdy mu oznamovali onkologickou

diagnózu a diskutovali o následující léčbě ve velmi komplexní a emočně náročné situaci, se měřilo lékařovo fyziologické vzrušení. Současně se rozhovor nahrával a jeho přepis vyhodnocoval pomocí LaComm programu. Kromě simulací účastníci hodnotili svoji self- efficacy v komunikaci na 5-ti bodové Likertově škále. Míra úzkosti byla hodnocena před i po rozhovoru pomocí STAI-Y a dotazníku. Účastníci také vyjádřili spokojenost se svým výkonem na vizuální analogové stupnici. Do závěrečného vyhodnocení studie byly zařazeny validní výsledky od účastníků výzkumu, kterým bylo v průměru 28 let, v lékařské praxi působili 3 roky. Výsledek prokázal významný rozdíl v subjektivně i objektivně měřených ukazatelích tréninku. Průměrná úroveň **srdeční frekvence** zůstala po tréninku účastníků zvýšena ve srovnání s netrénovanými lékaři, jejichž průměrná úroveň srdeční frekvence poklesla. Rovněž **množství kortizolu v krvi** stouplo. Autoři se shodují, že oba fyziologické ukazatele souvisí s trvalou kognitivní a emoční aktivací (začínající již před úkolem) lékařů a mohou být indikátorem jejich přípravy a zapojení adekvátně reagovat na úkol.

V USA proběhl výzkum, který se místo komunikačních dovedností zaměřil na **kompetence lékařů v krizových situacích**. Situace byly definovány ohrožením životních funkcí pacienta, nutným zásahem chirurga nebo zásahem provedeným za časově náročných nebo nepříznivých podmínek. Interview se soustředilo na vnímané sebevědomí, úzkost, fyziologický stres, typ osobnosti, učenlivost lékaře. Ptal se také na způsob, jakým se lékaři naučili zvládat stres a chirurgické dovednosti, specifické strategie používané k zvládnutí stresu nebo ke zlepšení výkonu situace a zjišťoval obecné názory na obor chirurgie. Studie se zúčastnilo 26 lékařů různých chirurgických oborů, z nichž 4 byly ženy a 22 mužů. Překvapivě, 96 % účastníků uvedlo, že se v krizových situacích cítí **dostatečně sebevědomí**, zvládají je úspěšně a nebojí se jich. Pro většinu respondentů tyto situace nebyly příliš stresující (62 %), polovina současně přiznala, že před těmito situacemi pociťuje **úzkost** a obávají se, že pacient během situace zemře nebo utrpí újmu. Většina souhlasila, že mnoho užitečných dovedností se naučili právě díky anebo v průběhu krizových situací. Závěrem byli účastníci tázáni, co by doporučili začínajícím kolegům. Mezi nejčastějšími odpověďmi se objevovaly kompetence, sebejistota, vyrovnanost a rozvaha, příprava a zkušenosti. Dále účastníci zmiňovali osobní emoční kontrolu nad pocity strachu, hněvu, paniky, frustrace nebo únavy; pracovat na pozitivních vztazích v pracovním týmu a vnímat situaci jako celek (Wiggins-Dohlvik et al., 2009).

V Austrálii proběhl výzkum o **vnímaných kompetencích a podpoře postgraduálního výcviku** v celé řadě preventivních a dalších interakčních dovedností. Dotazník vyplnilo 345 lékařů v posledním ročníku studia medicíny nebo působících v praxi v rozmezí od dvou do čtyř let. Zaměřoval se na čtyři oblasti komunikačních dovedností: preventivní, terapeutickou, edukativní a všeobecnou. Studie porovnávala hodnocení vlastních interakčních dovedností mezi praktickými lékaři, chirurgy a odbornými lékaři. Druhý okruh otázek představoval potencionální zájem o postgraduální trénink. Účastníci odpovídali na 4- bodové škále. Podle výsledků, ženy sebe posuzovaly kompetentněji v komunikaci o vyšetření mamografem a v léčbě psychických potíží. Muži se naopak vnímali lépe při oznamování negativní zprávy a v přípravě pacienta na lékařský zákrok či operaci. Ženy také častěji podporovaly prohloubení mezilidských dovedností, především týkající se včasného odhalení deprese a úzkostí, poskytnutí intervence v souvislosti s úmrtím pacienta a podpůrného poradenství. Co se týče lékařských oborů, pouze 4 % chirurgů vyjádřilo nedostatek dovedností v oznamování negativní zprávy, nicméně pozdější video dokumentace ukázala, že až v 90 % případů došlo k porušení směrnice postupu v této a podobných situacích. Obdobně praktičtí lékaři vnímali sami sebe poměrně kompetentně, nicméně praxe jejich tvrzení mnohdy nepotvrzovala. Chirurgové často uváděli nedostatek kompetencí v oblasti prevence a poradenství, avšak zároveň poměrně malý zájem o další vzdělávání (Girgis, Sanson-Fisher & Walsh, 2001).

Ghaderi (et al., 2020) porovnal, jaké charakteristiky odlišují **zkušené a začínající chirurgy** ve výkonu povolání. Jak poukázal ve své studii, psychomotorická zručnost a precizní koordinace nejsou jedinými předpoklady k úspěšnému výkonu praxe. Chirurgický výkon kombinuje operační a kognitivní dovednosti. Expertní výkon je zpravidla spojován s náročnými případy, které umožňují využít expertní znalosti a uplatnit je v praxi. Výzkumu se účastnilo jedenáct začínajících a devět zkušených lékařů, kteří prováděli laparoskopickou cholecystektomii (operační odstranění žlučníku). Následovalo interview s otevřenými sebereflexními otázkami. Analýza dat poukázala na několik zajímavých informací. Experti začínali popisovat předložený případ stručným počátečním hodnocením na základě jejich **komplexního pochopení situace**, zatímco začínající lékaři spíše shrnovali základní fakta o pacientově anamnéze. **Mentální obraz** požadovaného výkonu popisovali experti mnohem komplexněji, s možnými komplikacemi a jejich příčinami. Mnoho z nich rovněž přiznalo, že před zahájením operace provádí mentální zkoušku, jejíž nezbytnou součástí je také kritické hledisko bezpečnosti. Rozhodovací procesy mladých chirurgů byly založeny



na konkrétních krocích, zkušení lékaři naopak zvolili počáteční rutinní přístup ke všem případům bez ohledu na úroveň vnímané obtížnosti a spoléhali na svůj mentální obraz operace. Závěrem, obě skupiny považují **komunikaci s celým týmem** za jeden z klíčových faktorů. Začínající lékaři spíše konzultují operační postup, zatímco zkušení se častěji obrací na nelékařský personál s přípravou operačního sálu, potřebného vybavení a v neposlední řadě je seznamují se samotným případem.

# VÝZKUMNÁ ČÁST

# 5 OBLAST VÝZKUMU A VÝZKUMNÝ PROBLÉM

V empirické části diplomové práce navazujeme na teoretické poznatky o vzdělání, praxi a osobnosti začínajících lékařů chirurgických oborů. Dále navazujeme na výzkumy týkající se daného tématu na již provedené výzkumy týkající se daného tématu. V této kapitole se zaměříme na oblast výzkumu, stanovené cíle a výzkumné otázky.

Dosavadní výzkumy se ve větší míře soustředily spíše na záchranáře a další složky záchranného integrovaného systému nebo zdravotní sestry, u nichž se věnovaly problematice syndromu vyhoření, zvládání stresu a psychické zátěže. Domníváme se však, že lékaři nezažívají o nic menší pracovní stres. Mnoho provedených studií, které se soustředí na lékaře, porovnává chirurgické a interní obory, zabývá se rozdílnými požadavky na lékaře nebo komunikačními dovednostmi v krizových situacích. Výzkumů věnujících se vzdělávání mediků nebo zaměřených na praxi začínajících lékařů příliš není.

Naši **výzkumnou oblast** jsme proto zúžili na chirurgy v prvních dvou letech od nástupu do praxe. Domníváme se, že užitečnost výzkumu tkví právě v hlubším prozkoumání této problematiky a v konkrétních zjištěních, co by se mladí lékaři potřebovali naučit ještě v rámci studia nebo co by jim pomohlo dále rozvíjet jejich kompetence následně i v praxi. Naším záměrem je rozšířit poznatky z již předešlých výzkumů, které mohou být využity v lékařské praxi, v pregraduálním i postgraduálním vzdělávání lékařů. **Výzkumným** problémem jsme tedy stanovili psychologické aspekty lékařské profese, vzdělávání mediků a mladých lékařů v této oblasti.

## 5.1 Cíle výzkumu

Cílem výzkumu je *zmapovat vnímanou vlastní připravenost začínajících lékařů chirurgických oborů k výkonu profese*. Medicína na lékaře klade velkou zodpovědnost vůči pacientům, jejich zdraví a životům. Zajímalo nás, jak lékařská fakulta připravuje budoucí lékaře na požadavky a psychologické aspekty profese. Dále jsme se zaměřili na následné postgraduální vzdělávání i praxi a v neposlední řadě na osobnost mladých lékařů.

## 5.2 Výzkumné otázky

V návaznosti na cíl výzkumu jsme formulovali pět výzkumných otázek:

- VO1: *Jak mladí lékaři vnímají a hodnotí pregraduální přípravu na VŠ?*
- VO2: *Co by ze svého pohledu mladí lékaři zařadili nebo přidali do pregraduální přípravy?*
- VO3: *Jak mladí lékaři po nástupu na chirurgické oddělení vnímají psychologické aspekty vykonávání lékařské praxe?*
- VO4: *Jak mladí lékaři vnímají komunikaci s pacienty a dalšími lidmi při výkonu praxe?*
- VO5: *Co by mladým lékařům v praxi pomohlo snadněji a rychleji se vyrovnat s psychickou náročností povolání?*

## 6 METODOLOGICKÝ RÁMEC

V následující kapitole předkládáme metodologický rámec a výzkumné metody, které jsme vzhledem k výzkumnému cíli a otázkám použili. Uvádíme proces a metody tvorby dat, postup jejich zpracování a následné analýzy.

V souladu s charakteristikou výzkumu jsme pracovali s **kvalitativním přístupem**. Každý autor ho vnímá z odlišné perspektivy. Disman (1993, 285) ho považuje za „...*nenumerické šetření a interpretace sociální reality*.“ Miovský (2006, 16) ho definuje jako: „*princip nebo rámec, určující v závislosti na výzkumném problému výběr a způsob aplikace kvalitativních metod*.“

Kvalitativní přístup se především opírá o jedinečnost a neopakovatelnost psychologických jevů, které existují bez striktních pravidel a zákonitostí. Dalšími význačnými znaky jsou procesuálnost, dynamika, kontextuálnost a v neposlední řadě také reflexivita výzkumníka, který se spolupodílí na pochopení a výkladu psychologických fenoménů (Miovský, 2006).

Wooglar (1996) přidává holistický přístup, jednání člověka vnímá jako možnost vybírat z více možností. Kvalitativní výzkum rovněž umožňuje změny i v jeho průběhu, uplatňuje princip otevřenosti, čímž se každý výzkum stává jedinečným. Wooglar zároveň upozorňuje na riziko vlivu výzkumníka na interpretaci výsledků, jeho předsudků a zodpovědnosti vůči účastníkům výzkumu i celé společnosti.

Typem výzkumu jsou **případové studie**, které představují mladí lékaři charakterizováni kritérii popsány níže (viz kap. 6.6). „*Analýza jednotlivých případů nám v průběhu celého výzkumu umožňuje sledování, popisování a vysvětlování případu v jeho komplexnosti*“ (Marying, 1989, 1990, in Miovský, 2006, 94). Miller (2000, in Miovský, 2006) zdůrazňuje jedinečnou kombinaci sociálních a psychologických vlivů.

V našem výzkumu byly využity postupy výše uvedených autorů. Ve studii skutečně nacházíme vliv rozličných studijních zkušeností, lékařského oboru a pracoviště, společně s osobnostními charakteristikami, které vytváří jedinečnost každého mladého lékaře.

## 6.1 Metody tvorby dat

Pro tvorbu dat jsme využili výzkumnou metodu **polostrukturované interview** společně s pozorováním a analýzou demografických údajů, což zajistilo triangulaci dat. Díky interview jsme získali samotné odpovědi na otázky. Setkání s participanty umožnila vnímat také neverbální prvky komunikace, mimické projevy a vyjádření emocí. Rovněž sebereflexe tazatelky přispěla k dotvoření celkového průběhu rozhovorů. Osobní kontakt podpořil důvěrnější atmosféru mezi tazatelkou a participantem, jež se dále podílela na motivaci participanta ke sdílení vlastní zkušenosti.

Pro polostrukturované interview je klíčové tzv. **jádro interview**, což znamená „*minimum témat a otázek, které má tazatel za povinnost probrat.*“ Může se mírně odlišovat pořadí i znění otázek. K tomuto jádru jsou dále přidány doplňující otázky, které mohou záležet na aktuální situaci a časové dotaci pro rozhovor. Významnou roli hraje jedinečná zkušenost každého účastníka výzkumu. Současně by se tazatel měl snažit o jednotnost kontrolovatelných podmínek prostředí a interview (Miovský, 2006, 160).

V našem výzkumu jsme se zaměřili na připravenost začínajících lékařů, od jejich studia na lékařské fakultě až po současnou přípravu na kmenovou zkoušku v konkrétním medicinském oboru. Kompletní rozhovor se skládá z **33 otázek**, jejich přesné znění je přiloženo v příloze č. 2. Rozdělili jsme je do tří základních okruhů:

- studium medicíny,
- praxe lékaře,
- vlastní kompetentnost lékaře.

Při samotné realizaci interview jsme pořadí otázek v rámci tematického okruhu zpravidla mírně měnili. Někdy participanti odpověděli na danou otázku během rozhovoru dříve, takže jsme se k ní znovu nevraceli nebo se zeptali na doplňující informace k otázce. Kromě tematických okruhů jsme otázky rozdělili do dvou kategorií podle jejich významnosti pro práci. Jsme si vědomi časové vyčerpání lékařů, takže dané kategorie nám pomohly získat nejdůležitější informace i v krátkém časovém úseku v případě, že nám lékař nemohl věnovat více času. **Klíčové otázky** jsou důležité pro zodpovězení výzkumného cíle a otázek. *Otázky rozšiřující dané téma* jsme respondentům pokládali podle jejich časových možností, zkušeností a otevřenosti vůči tazatelce a rozhovoru samotnému.

Po sestavení otázek proběhl **předvýzkum** za účelem ověřit srozumitelnost, pořadí a návaznost pokládaných otázek. Rozhovor nám umožnil ujasnit si představu o časové náročnosti interview a ukázal funkčnost tří kategorií otázek podle jejich důležitosti pro výzkum. O rozhovor jsme požádali mladou lékařku, která v dané době působila v praxi sedm měsíců. Po konzultaci jsme sestavené interview vyhodnotili jako vhodné a některé otázky upřesnili směrem k psychologickým aspektům profese.

Rozhovor trval **průměrně 57 minut**, tři nejdelší 1 hodinu 5 minut, nejkratší 29 minut.

Rozhovory probíhaly v poměrně dlouhém časovém rozpětí, od srpna 2019 do ledna 2021. Konkrétně čtyři v roce 2019, dalších pět v roce následujícím a poslední v lednu tohoto roku. Důvodem byl zahraniční studijní pobyt autorky.

Samotná interview začínala neformální konverzací pro seznámení, navázání kontaktu, a navození otevřené přátelské atmosféry. Místo a čas jsme přizpůsobovali co nejvíce časovým možnostem lékařů. Setkali jsme se zpravidla v kavárně, nebo přímo v nemocnici. Pět rozhovorů proběhlo osobně a pět prostřednictvím videohovoru nebo telefonicky. Jsme si vědomi omezení, která telefonický rozhovor přináší. Především limituje možnost vnímat neverbální komunikaci a navázat oční kontakt, jak ve své publikaci uvádí Miovský (2006).

Proto jsme plánovali všechny rozhovory s participanty uskutečnit osobně, což aktuální pandemie Covid-19 však později neumožnila. Při rozhovoru online jsme nejčastěji využili platformu Skype a nechali účastníky rozhodnout, zda preferují hovor s kamerou nebo bez ní. S kamerou tedy proběhly tři z pěti interview. V případě, kdy tazatelka participanta neviděla, jsme kladli obzvláště velký důraz na možnost sdílení zkušeností podle přání a rozhodnutí participanta.

Celkově všechny rozhovory probíhaly ve velmi uvolněné atmosféře. Participanti sdíleli velmi otevřeně své zkušenosti ze studia medicíny a praxe, refletovali vlastní kompetentnost a připravenost k výkonu povolání. Velmi jsme ocenili rovněž hloubku sebereflexe a realistické návrhy pro zlepšení výuky i přípravy na kmenovou zkoušku. Někteří participanti se v závěru sami aktivně zajímali o podrobnější informace o výzkumu nebo se ptali na možnosti dalšího vzdělání pro lékaře v oblasti komunikace s pacientem a krizové intervence.

## 6.2 Metoda analýzy a průběh zpracování dat

Data jsme zpracovali pomocí **interpretativní fenomenologické analýzy**, dále IPA. Pro tuto metodu jsme se rozhodli pro její cíl pochopit životní zážitky každého participanta, což umožňuje vnímat zkušenost participanta a uchopit daný fenomén jako jedinečný celek (Smith, Flowers & Larkin, 2009).

IPA do výzkumu přinesl Jonathan A. Smith v 90. letech 20. století. Nejdříve se uplatňovala hlavně v psychologii zdraví, později se rozšířila také do sociální a klinické psychologie (Lyons & Coyle, 2007, Smith, 2011, in Koutná Kostínková & Čermák, 2013).

IPA vychází ze tří nejdůležitějších přístupů: **fenomenologie, hermeneutiky a idiografie**. Všechny tři zdroje propojuje do společného procesu s cílem porozumět konkrétní zkušenosti jiného člověka. V IPA představuje výzkumník rovněž důležitou komponentu, protože na základě interpretace zkušenosti participanta spoluvytváří její význam. Závěry výzkumu proto nelze zobecnit na celou populaci (Koutná Kostínková & Čermák, 2013).

IPA je založena na principu tzv. **dvojí hermeneutiky**, při níž probíhají dva procesy. Nejdříve participant posuzuje subjektivní význam svých zkušeností a následně výzkumník interpretuje pohled participanta na daný fenomén (Lyons & Coyle, 2007).

Za nejoptimálnější metodu tvorby dat, která následuje principy IPA, považujeme polostrukturované interview na základě výzkumného rámce. Podle Miovského (2006) nechává dostatečně otevřený prostor tazateli upravit nebo doplnit otázky v návaznosti na aktuálně se vynořující se témata během rozhovoru, která se pro participanta zdají být důležitá. Současně stále ponechává participantovi svobodu v důležitosti témata i hloubce sebereflexe a sdílení své zkušenosti s výzkumníkem (Smith et al., 2009).

Na základě doporučeného postupu (Miovský, 2006) prošel doslovný přepis rozhovorů **redukcí prvního řádu**. Pro následnou analýzu textu jsme přidali široké okraje, do nichž jsme později vpisovali prvotní poznámky - deskriptivní komentáře.

Samotnou analýzu dat jsme zahájili **vnitřním dialogem výzkumníka**, který umožnil reflektovat vlastní zkušenost s tématem výzkumu a zvědomit si prekoncepční vnímání tématu. V **první fázi** jsme rozhovory opakovaně četli za poslechu originálních audio nahrávek, díky kterému jsme se mohli soustředit také na neverbální a paraverbální prvky a vnímat jednotlivé případy z komplexního pohledu.



Podle doporučených postupů (Koutná Kostínková & Čermák, 2013) jsme ke všem zajímavým, podstatným a relevantním částem každého rozhovoru přiřazovali deskriptivní, lingvistické a konceptuální komentáře. V našem výzkumu se nejčastěji objevovaly **deskriptivní komentáře**, orientované na obsah výpovědí participantů. Vedle textu vlevo jsme zaznamenávali prvotní myšlenky, asociace a poznámky výzkumníka, vpravo se jednalo o ucelenější rodící se témata.

V následujícím kroku jsme poznámky sepsali v chronologickém pořadí do tabulky, nejdříve jednotlivě pro každého participanta. Následně jsme témata rozřadili do organizovaných nadřazených okruhů a kategorií. Zpravidla se jednalo o abstraktní a obecné pojmy, pouze výjimečně šlo o doslovné citace. Ojediněle jsme témata vyloučili ze zařazení do okruhů, pokud nesouvisela s výzkumným záměrem, pouze vyplynula při rozhovorech. Takových témat však bylo velmi málo.

V souladu se závěrečnou fází IPA (Smith et al., 2009, in Koutná Kostínková & Čermák, 2013) jsme sestavené seznamy okruhů a kategorií porovnali napříč všemi případy. Analyzovali jsme vzájemné vztahy, zkoumali nejčastěji se vyskytující a pro participanty subjektivně důležitá témata. Výsledný seznam okruhů a kategorií (viz kap. 7) se opírá o přímé citace participantů. Výpovědi participantů jsou rovněž základem pro interpretaci v závěrečné fázi analýzy dat.

### **6.3 Etické aspekty výzkumu**

Zájemci o účast ve výzkumu byli s etickými aspekty seznámeni již společně s dalšími informacemi týkající se studie ještě před jejich samotným přihlášením do výzkumu. Na začátku interview se dozvěděli více o záměru i cíli studie, byla jim zaručena anonymita zpracování a uchování dat, a nabídnuta možnost z výzkumu kdykoli odstoupit. Všichni účastníci podpisem potvrdili svoji dobrovolnou účast a souhlasili s pořízením audionahrávky rozhovoru.

Rozhovory jsme nahrávali na diktafon, následně nahrávky anonymizovaně přepsali a participantům vytvořili fiktivní jména. Získaná data jsme uložili na externí úložiště na bezpečném místě z dosahu nekompetentních osob. Data jsme použili pouze k účelům diplomové práce a po celou dobu k nim měli přístup pouze autoři výzkumu. Audionahrávky byly po dokončení analýz dat smazány.

Všichni participanti se do výzkumu přihlásili zcela dobrovolně, na základě jejich vlastního zájmu o téma a ochotě se na výzkumu spolupodílet. Neposkytli jsme žádnou externí motivaci v podobě finanční ani hmotné odměny. Nejsme si vědomi, že bychom svým postupem a jednáním participanty jakýmkoli způsobem ve výzkumu klamali nebo jim otázkami interview způsobili duševní újmu. Během výzkumu ani zpracování dat nedošlo k žádnému etickému pochybení.

## 6.4 Základní populace

Při výběru výzkumného problému a následně souboru jsme si byli vědomi, že medicína je velmi rozsáhlým oborem s širokým spektrem zkušeností, které lékaři v praxi získávají. Proto jsme se rozhodli zaměřit se pouze na chirurgické obory. Důvodem výběru této části lékařství byl náš předpoklad a očekávání, že tyto obory oproti oborům interním mohou obnášet více stresových situací, potřebu rychle se rozhodovat, dostatek praktických dovedností pro vedení operací.

V roce 2010 převažoval **počet internistů** (3800 lékařů) nad celkovým počtem doktorů chirurgických oborů (přibližně 2500 lékařů). Podle výzkumu dochází také dlouhodobě k poklesu podílu nejmladších lékařů do 34 let v celkovém rozložení lékařské populace. Tvořili pouhých necelých 20 % všech lékařů. Zajímavým výsledkem byla rovněž skutečnost, že ve věkové kategorii lékařů **do 29 let** pracovalo **dvakrát více žen než mužů**. Tento trend se zvedá i nadále. Pouze obory všeobecné chirurgie a ortopedie vykazují dlouhodobě opačný trend. V chirurgii ženy představují pouze 15 % a v ortopedii 8 % zastoupení (Dostálová, 2012).

**Základní populaci** výzkumu tedy tvoří absolventi lékařských fakult, kteří nepůsobí v praxi déle než dva roky. Podle statistik, obor všeobecné lékařství v českém jazyce každoročně absolvuje přibližně 1340 studentů z osmi lékařských fakult (Andreas, 2018). Dlouhá doba pro sběr dat nám umožnila do výzkumu zahrnout lékaře, kteří absolvovali lékařskou fakultu **mezi lety 2017 až 2020**, což představuje celkem přes 5 300 absolventů, kteří by se potencionálně mohli našeho výzkumu zúčastnit. Následně však musíme uvážit podíl lékařů v interních a chirurgických oborech, čímž naše finální základní populace čítá menší polovinu z celkového počtu absolventů LF.

## 6.5 Průběh sběru dat pro výzkum

V první vlně hledání účastníků do studie jsme využili **metodu samovýběru** pomocí inzerátů na sociálních sítích. V této fázi se účastníci přihlásili nejčastěji díky inzerátu ve skupinách absolventských ročníků, do nichž nám je pomohli rozšířit mladí lékaři. Členové studijních skupin na lékařských fakultách z minulých let tedy obohatili výběr výzkumného souboru o **metodu sněhové koule**. Byli jsme v kontaktu s pěti mladými lékaři, kteří sice sami nevyhovovali daným požadavkům, ale sdíleli inzerát na sociálních sítích relevantních skupin z vysoké školy.

V neposlední řadě nám velmi pomohla sestra autorky studující 6. ročník medicíny, která kontaktovala lékaře ochotné zapojit se do výzkumu a předala jim kontakt i bližší informace o výzkumu. Požádali jsme o předání kontaktu také známé, pokud by sami vhodné participanty znali.

Jsme si vědomi, že vnitřní motivace a aktivní zájem o výzkum ze strany participantů mohou ovlivnit jejich odpovědi a následně výsledky studie.

V následující fázi jsme vybírali účastníky do výzkumu také **prostým záměrným výběrem**. Během ní jsme cíleně oslovovali mladé lékaře, kteří splňovali kritéria výzkumu.

Pro zpracování dat metodou IPA se prostý záměrný výběr účastníků jeví jako nejvhodnější, protože umožňuje cíleně oslovit jedince, kteří vyhovují kritériím výzkumného souboru. Cílem IPA není výsledky zobecnit na celou populaci, ale detailně prozkoumat konkrétní zkušenost participantů. Zároveň umožňuje vnímat podobnosti i rozdíly mezi jednotlivými případy (Koutná Kostínková & Čermák, 2013; Miovský 2006). Předpokládali jsme 10 participantů, a tudíž metoda výběru participantů pro malé výzkumné soubory se ukázala jako nejvhodnější možnost.

Lékaře jsme oslovovali **písemnou formou**, jeden lékař se o výzkumu dozvěděl při **náhodném osobním setkání**. Díky inzerátu sdílenému přes sociální sítě se přihlásili čtyři doktoři. Dalších šest lékařů ve výzkumném souboru zapojilo na základě kontaktů z předchozí spolupráce se studentskou asociací **IFMSA** (International Federation of Medical Students' Associations).

Komunikace probíhala přes emailovou korespondenci nebo sociální sítě. Termín rozhovoru jsme přizpůsobovali časovým možnostem lékařů. Zejména rozhovory na podzim

loňského roku se často měnily a odkládaly podle aktuálního vývoje pandemické situace. Přesto se nám nakonec podařilo všechny naplánované rozhovory uskutečnit.

## 6.6 Popis výzkumného souboru

Při výběru výzkumné souboru jsme se soustředili, aby soubor zůstal homogenní podle stanovených kritérií:

- lékaři a lékařky ve věku 25–30 let,
- pracující v některém z chirurgických oborů,
- v prvních dvou letech od nástupu do praxe.

Současně jsme se snažili o co nejhlubší pochopení daného fenoménu v jeho celé šířce, kterou jednotlivá kritéria nabízejí. Vybírali jsme proto participanty, kteří vystudovali různé vysoké školy, pracovali na rozličných odděleních v nemocnicích odlišných úrovní a pocházeli z krajů napříč celou republikou. Díky tomu jsme mohli vnímat zkušenosti jednotlivých participantů z rozdílných úhlů pohledu.

Do výzkumu se zapojilo shodně **pět mužů a pět žen**. Dva účastníci pracovali v Královehradeckém kraji, a následně po jednom v Jihomoravském, Libereckém, Moravskoslezském, Olomouckém, Pardubickém, Plzeňském, Ústeckém a v Praze. Co se týče **nemocnic**, ve čtyřech případech se jednalo shodně o nemocnice fakultní a krajské, a ve dvou o okresní.

**Délka praxe**, po kterou participanti pracovali na daném oddělení v době rozhovoru, činila **průměrně 1 rok a 2 měsíce**. Nejkratší doba od nástupu do praxe představovala 1 měsíc a nejdelší 2 roky.

Rovněž **lékařské obory** byly zastoupeny v širokém spektru. Konkrétně třikrát gynekologicko-porodnické oddělení, dvakrát všeobecná chirurgie, a následně po jednom lékaři z cévní chirurgie, kliniky popálenin a plastické chirurgie, ORL, ortopedie a urologie.

Z pohledu pregraduální přípravy na vysoké škole byly zastoupeny téměř všechny **lékařské fakulty** v České republice. Na Univerzitě Karlově (UK) promovalo šest lékařů – po dvou na LF Hradec Králové a 3. LF UK a po jednom absolventovi z LF v Plzni a 1. LF UK. Dva lékaři absolvovali LF Masarykovy univerzity v Brně (MUNI) a následně po jednom LF Univerzity Palackého v Olomouci (UPOL) a LF Ostravské univerzity (OU).

Souhrn nejdůležitějších údajů o participantech přikládáme v tabulce. Pro přehlednost jsme participantům přiřadili fiktivní jména. Kvůli zachování anonymity neuvádíme nemocnici ani kraj, v níž pracovali.

Tab. 1: Charakteristika výzkumného souboru

<b>Charakteristika výzkumného souboru</b>			
<b>Jméno</b>	<b>Lékařská fakulta</b>	<b>Délka praxe v měsících</b>	<b>Lékařský obor</b>
Barbora	LF UK v Plzni	18	Gynekologicko-porodnické
Dagmar	LF UPOL	24	Urologie
Jaroslav	LF UK v HK	24	Cévní chirurgie
Lenka	LF OU	3	ORL
Pavel	LF MUNI	12	Gynekologicko-porodnické
Petr	LF MUNI	24	Klinika popálenin a plastické chirurgie
Simona	1. LF UK v Praze	3	Ortopedie
Tomáš	3. LF UK v Praze	1	Gynekologicko-porodnické
Václav	LF UK v HK	18	Všeobecná chirurgie
Zuzana	3. LF UK v Praze	12	Všeobecná chirurgie

Níže uvádíme seznam zkratk, s nimiž v textu dále pracujeme.

Tab. 2: Seznam zkratk univerzit

<b>Seznam uvedených zkratk</b>	
1. LF UK v Praze	1. Lékařská fakulta Univerzity Karlovy v Praze
3. LF UK v Praze	3. Lékařská fakulta Univerzity Karlovy v Praze
LF UK v HK	Lékařská fakulta Univerzity Karlovy v Hradci Králové
LF UK v Plzni	Lékařská fakulta Univerzity Karlovy v Plzni
LF MUNI	Lékařská fakulta Masarykovy univerzity v Brně
LF OU	Lékařská fakulta Ostravské univerzity
LF UPOL	Lékařská fakulta Univerzity Palackého v Olomouci

## 7 PREZENTACE VÝSLEDKŮ

V následující kapitole prezentujeme výsledky našeho výzkumu, doplněné o doslovné citace participantů. Kvůli obsáhlosti výpovědí je zpravidla neuvádíme celé, předcházející nebo následující části značíme třemi tečkami. Pro kompletnost přidáváme významné paraverbální jevy v závorkách psané kurzívou, jež dokreslují význam odpovědi.

Tematické okruhy získané interpretativní fenomenologickou analýzou představují názvy kapitol označených 7.1 až 7.5. Konkrétně se jedná o šest okruhů – Pregraduální příprava lékařů na VŠ, Nástup začínajících lékařů do praxe, Psychologické aspekty povolání a vnímaná vlastní kompetentnost, Komunikace s pacienty, Copingové strategie vyrovnávání se se stresem.

Každý okruh je tvořen čtyřmi až šesti kategoriemi, které tvoří podkapitoly (viz 7.1.1 až 7.5.4). **Subkategorie** jsou následně v textu vyznačeny tučnou kurzívou, *doslovné ukázky rozhovorů* psané v odřázkách kurzívou. Podtrženy jsou další důležité myšlenky.

Pro přehlednost uvádíme souhrnnou tabulku s tematickými okruhy a kategorie. Následně na začátku každé podkapitoly, resp. okruhu, podobné tabulky shrnují kategorie a subkategorie patřící k danému tematickému okruhu.

Tab. 3: Přehled základních okruhů a kategorií

<b>Vyhodnocení rozhovorů</b>	
<b>OKRUHY</b>	<b>KATEGORIE</b>
Pregraduální příprava lékařů na VŠ	Předměty s psychologickou tematikou Teoretická příprava Praktická cvičení Vnímání psychologie v medicíně Vyučující Navrhované úpravy pregraduální přípravy
Nástup začínajících lékařů do praxe	Očekávání od nastupujících lékařů Rozdíly mezi okresní a krajskou / fakultní nemocnicí Předatestační příprava Význam pracovního kolektivu Ženy v chirurgii Emoce a obavy při nástupu do práce
Psychologické aspekty povolání a vnímaná vlastní kompetentnost	Požadavky na lékaře Velká zodpovědnost za pacienty a tíha rozhodnutí Vnímaná připravenost k výkonu povolání Význam mimoškolních aktivit a zahraničních stáží Postgraduální vzdělávání
Komunikace s pacienty	Vnímaná připravenost z VŠ Zkušenosti s oznamováním negativní zprávy Co lékařům pomáhá v komunikaci s pacienty Osobnostní charakteristiky lékaře
Copingové strategie vyrovnávání se se stresem	Uspokojivá práce a význam pracoviště Duševní hygiena Osobnostní charakteristiky Systémová podpora

## 7.1 Pregraduální příprava lékařů na VŠ

Téma pregraduální přípravy na VŠ jsme rozdělili do šesti podkapitol podle šesti subkategorií – Předměty s psychologickou tematikou, Teoretická příprava, Praktická cvičení, Vnímání psychologie v medicíně, Vyučující, Navrhované úpravy pregraduální přípravy.

Tab. 4: Okruh 7.1 Pregraduální příprava lékařů na VŠ

Okruh 7.1 Pregraduální příprava lékařů na VŠ	
KATEGORIE	SUBKATEGORIE
Předměty s psychologickou tematikou	Povinné předměty Povinně volitelné předměty
Teoretická příprava	Předimenzovanost Převaha teoretické nad praktickou výukou Forma výuky Užitečnost výuky do praxe
Praktická cvičení	Praktické dovednosti Počet mediků ve skupině Čas lékařů na výuku mediků
Vnímání psychologie v medicíně	"Šedá myš" v medicíně Součást státnicových předmětů
Vyučující	Přístup vyučujících Praktika v nemocnici Kompetentnost vyučujících
Navrhované úpravy pregraduální přípravy	Tréninky soft skills Relevantnost předmětů Klíčové kompetence Vzdělávání mediků a mladých lékařů Realita v praxi Nácvik praktických dovedností Změna systému výuky a mindsetu vyučujících

### 7.1.1 Předměty s psychologickou tematikou

Kurikulum lékařských fakult zahrnuje prakticky pouze povinné předměty a studentům zpravidla nabízí malé spektrum povinně volitelných nebo volitelných předmětů. Předměty s psychologickou tematikou vyučované na lékařských fakultách se poměrně odlišovaly, co do obsahu i formy výuky.

Mezi *povinnými předměty* všichni respondenti shodně uváděli Psychologii a Psychiatrii, na většině VŠ se k nim přidávala také Etika. Respondenti z 3. LF UK a LF MUNI absolvovali navíc Komunikaci v praxi lékaře, na 3. LF UK se na vybraná témata zaměřili rovněž při Ošetrovatelství. Na LF UK HK se setkali s psychologií dvakrát – v rámci Psychologie medika ve 2. ročníku a v následujícím ročníku v Úvodu do psychologie. Na LF UPOL je psychologická problematika zařazena také do Sociálního lékařství.



Spektrum **povinně volitelných předmětů** se lišilo více a rovněž záleželo na osobním výběru každého respondenta. 3. LF UK nabízí seminář z paliativní medicíny a předmět zaměřující se na problematiku závislostí. Na LF MUNI se respondenti zúčastnili mindfulness kurzu, na LF UK Plzeň si studenti mohli zapsat předmět sexuologie, na LF UPOL se mohli seznámit s komunikací s umírajícím a na LF HK s vedením terapií. 1. LF UK tradičně nabízí studentům široké spektrum volitelných předmětů.

- „*Můžeme si zapsat nějaké voliteláky, ale minimálně, to je rarita*“ (Pavel).
- „*Líbila se mi variace těch voliteláků. Některé sice byly dost omezené počtem míst, ale jinak super*“ (Simona).

### 7.1.2 Teoretická příprava

Všichni respondenti vnímali teoretickou přípravu **předimenzovaně**. Kvantita informací převyšovala jejich kvalitu, což pramení v situaci, že studentům pod velkým množstvím detailů unikaly důležité základy.

- „*Učili jsme se obrovský obsah látky, ale ve výsledku si nepamatují ani ty základy. Třeba za týden se člověk má naučit celé oční, ale i všechny detaily a hrozně vzácné nemoci, pak mu unikne ten základ, který by si měl do praxe odnést, ať bude dělat jakýkoliv obor*“ (Simona).

Velké množství teoretických znalostí zároveň naprosto **převažovalo nad praktickou výukou**. V důsledku toho studentům medicíny nezbyvá dostatek času na osvojení praktických dovedností, které jim následně při vstupu do nemocnice chybí. Ve srovnání se všeobecnými sestrami nebo záchranáři se zdá, že studium je v tomto ohledu připravuje mnohem méně.

- „*Spoustu zbytečných přednášek s povinnou teorií, kterou člověk stejně líp nabífloval doma. A potom těch praktických dovedností tam opravdu moc nebylo*“ (Lenka).
- „*My si je potřebujeme osvojit. Takhle ve skutečnosti neovládáme vlastně žádnou z nich*“ (Pavel).
- „*Sestry mají téměř jenom čisté praxi. Už po škole ví veškerou práci, kterou budou dělat. My známe tisíce teorií, ze kterých si nepamatujeme vůbec nic. Bylo nám to k ničemu. A když jsme nastoupili, nevěděli jsme z praxe vůbec nic*“ (Barbora).

**Forma výuky** se odlišovala na jednotlivých LF i předmětech. Shodně se jednalo o teoretický základ na přednáškách nebo pouze týdenní intenzivní seminář. V některých

předmětech vyučující následně využili i další techniky jako videa, nácviky, diskuze. Respondenti oceňovali možnost se aktivně do výuky zapojovat a jejich zájem zvyšovala uplatnitelnost nabytých poznatků a dovedností v praxi. 3 respondenti zmiňovali možnost vidět nebo se zúčastnit skupinových terapií v rámci psychiatrie, konkrétně absolventi 3. LF UK, LF UK HK a LF UK v Plzni, což všichni tři hodnotili přínosně.

- „*Psychologie byla hodně o nácvicích. To bylo fakt super. Příjemné hodiny, i takové trochu sebezpoznavací, a dala nám nový náhled, jak se na problematiku koukat... Pro nás v praxi je úplně nejvíc k ničemu, když víme rozdělení psychologie, ale nevíme, jak k tomu pacientovi přistoupit*“ (Dagmar).
- „*Psychologie medika byla spíš o naší psychologii, abychom zvládli to studium, takže spíš takovou formou rozhovorů. A ty další formou přednášek nebo seminářů. Jediný, kdy jsme něco viděli, byly terapie na psychiatrii*“ (Jaroslav).
- „*A ty semináře z psychologie mě bavily. Probírali jsme různá zajímavá témata, psali eseje... Potom v psychiatrii byly přednášky, semináře s lékařem a praktika na uzavřeném oddělení. Dostali jsme svoje pacienty, byli s nimi fakt celý den. Účastnili jsme se i skupin... Fakt to bylo super. Hodně mě to zaujalo a bavilo*“ (Barbora).

3. LF UK oproti jiným LF zvolila odlišný výukový systém. Témata jsou zde vyučována v modulech, klade rovněž větší důraz na praktické nácviky, komunikaci s pacientem.

- „*Třeba v druháku je Struktura a funkce lidského těla, který spojuje anatomii, fyziologii, embryologii, histologii, biochemii a ještě něco. To znamená, že se o srdci člověk učí ze všech stran... ta zkouška je pak teda fakt vostrá, ale dobře to vzdělává. Dává to smysl, málo informací se opakuje ve smyslu toho základního opakování. Je to těžší na učení a lepší do praxe*“ (Tomáš).

Polovina respondentů rovněž uvedla, že při studiu LF významnou roli hrála **užitečnost výuky do praxe**. Nechtěli ztrácet čas s předměty, v nichž neviděli smysl. Naopak hlubší přesah informací a dovedností je motivoval věnovat problematice pozornost.

- „*Úvod do psychologie byl dobrý. Bohužel si z toho moc nepamatuji, ale líbilo se mi, že tam byly různé modelové situace a etický dilemata taky nakously. Konečně předmět, který vystoupil z té řady 'nabífluj si knížky,' ale už konečně přemýšlej nad tím, že přistupuješ k pacientovi a ne nemoci*“ (Václav).

### 7.1.3 Praktická cvičení

Praktická cvičení a několikatydenní praxe v nemocnici jsou povinnou součástí výuky mediků. Všech deset respondentů shodně uvedlo, že **praktické dovednosti** jsou velmi malé a do praxe nedostačující.

Příčina možná tkví ve velkém **počtu mediků ve skupině** na praktických cvičeních. Respondenti sdíleli své zkušenosti, kdy během praktik v nemocnici překáželi zdravotnickému personálu, lékaři se jim nevěnovali, připadali si zbyteční a výuka je reálně o praktické dovednosti neobohatila. Situace následně pramenila v pocit nekompetentnosti a nepřipravenosti na výkon povolání. Spoustu z nich vyprávělo své zážitky s nadsázkou, přesto jejich výpovědi reflektovaly frustraci ze současné situace při nástupu do práce, která při rozhovorech byla patrná.

- „*My jsme byli na skupinky, ale pořád nás bylo šest. Tak nás třeba rozdělili a po dvojicích jsme šli za pacienty. Doktor si zatím plnil svoji práci. Pak jsme si povyprávěli, co jsme tak jako zjistili. Prostě se nám nemůžou věnovat celou dobu*“ (Jaroslav).
- „*Medik stojí na chodbě nebo v lepším případě v ambulanci, a kouká. A překáží. Všem, všude, vždycky. Co jsme se naučili na stážích, je splývat se stěnou. To je jediný, co nám jde fakt dobře. A pak jsou všichni jen naštvaní. Sestry, kterým vadíš. Doktoři, protože Ti musí najít nějakou práci, nemají na Tebe náladu ani čas. A vlastně z té praxe nemáš vůbec nic*“ (Simona).

Lékaři jsou navíc časově přetíženi vlastními povinnostmi v nemocnici, kvůli čemuž trpí nedostatkem **času lékařů na výuku mediků**. Respondenti mohli zkušenost porovnat i z druhé strany, z pozice lékaře v praxi. Přiznali, že věnovat se medikům je časově velmi náročné. Zároveň potenciál praktik viděli v malých nemocnicích, kde by se medicí mohli zapojit do operací nebo péče o pacienty, protože tyto nemocnice zpravidla trpí nedostatkem lékařů. Nicméně komplikovaná situace se stáčí do kruhu.

- „*Je to hrozně těžký, a nevím, jestli je to vůbec reálný. Mediků přijde třeba deset nebo dvacet zároveň, a není možný všechno všem ukázat... Velké nemocnice mají sice hodně pacientů, zároveň ne každý je vhodný nebo ochotný, aby na něm medicí něco nacvičovali*“ (Barbora).
- „*Ted' to vidím. To není o tom, že bych se medikům nechtěl věnovat, já ten čas prostě reálně v práci nemám*“ (Pavel).

### 7.1.4 Vnímání psychologie v medicíně

Jsme si vědomi, že vnímání psychologie podle výpovědí respondentů může být mírně zkresleno. Někteří respondenti sami zmínili, že je psychologie zajímavá a považují ji za důležitou součást medicíny. Zároveň doplnili, že tento názor nepřevládá mezi všemi lékaři, naopak ji vnímají spíše jako „šedou myš.“ Dva participanti přiznali, že si názor na psychologii tvořili poměrně dlouhou dobu. Současně považují za důležité získat spíše užitečné znalosti do praxe a přehled zdrojů, z nichž mohou v budoucnosti čerpat, než všeobecné teoretické informace o psychologii jako vědní disciplíně.

- „*Jo, je to šedá myš no, pro pacienty a hlavně pro zdravotníky. Pro tvrdé ortopedy, jim je to většinou úplně na salámu. Jsou lidi, kteří neumí diagnózu sdělovat, nebo to berou jako housku na krámu. Já jsem se k tomu taky propracovával hodně dlouho, abych něco takového vůbec řešil*“ (Tomáš).
- „*... Přijde mi dobré se seznámit s tou psychologií, člověk by měl vědět, k čemu se může vrátit. Není důležité umět nějaké psychologické škatulky, ale spíš to povědomí a víc praktického*“ (Lenka).

Na třech fakultách jsou otázky týkající se psychologických aspektů medicíny zahrnuty rovněž do **státnicových předmětů** – konkrétně práva (1. LF UK), neurověd (3. LF UK), a tzv. „Trojboj“ – epidemiologie, sociální a soudní lékařství (LF UPOL).

### 7.1.5 Vyučující

Pohled studentů medicíny a následně lékařů na psychologické aspekty zdravotnické péče je výrazně ovlivněn **přístupem vyučujících**. Většina respondentů uvedla, že kromě předmětů týkajících se psychologie vyučující jiných oborů zpravidla touto tematikou nezabývali. Větší obohacení participantům přinesla **praktika v nemocnici**, kdy mohli pozorovat práci lékařů.

- „*Někteří to brali všechno dohromady jako celostní medicínu, že do ní patří i ta celková pohoda pacienta. Někteří spíš čistě odborně*“ (Jaroslav).
- „*Je normální, že nemocnice má tři psychology pro pacienty, ale žádného pro zaměstnance. Takže dost podobné ladění bude i k výuce těchto předmětů*“ (Tomáš).

Lékaři ve výzkumu popisovali své setkání s pozitivním i negativním příkladem chování lékařů k pacientovi. Tři respondenti rovněž vyjádřili pochopení pro vyučující, kteří podle nich dělali maximum v závislosti na postavení psychologie v medicíně, která bývá mnohdy stále přehlížena nebo nedoceňována.

- „Na chirurgii jsem byla několikrát svědkem, že jim to bylo jedno a nevyjadřovali se moc vybíravě. Ale jo, třeba zase na gyndě se doktoři snažili, aby byla zachována míra intimity té ženy...“ (Barbora).
- „Myslím, že v rámci výuky byl důraz poměrně velký. Skoro v každém předmětu byla i nějaká otázka na ten etický aspekt“ (Dagmar).

Polovina mladých lékařů zmínila, že důležitou roli v zájmu o předmět a aktivní zapojení pro ně hrálo, zda vnímali vyučující jako **kompetentní lidi z praxe**, kteří se s vyučovanou problematikou skutečně setkali.

- „Byl tam třeba tělocvikář, který si udělal PhD na nějakou medicínskou věc. A když člověku někdo nepřijde kompetentní, pak se k tomu taky takhle staví“ (Dagmar).

### 7.1.6 Navrhované úpravy pregraduální přípravy

Participantů přišlo s mnoha zajímavými postřehy a nápady, jak upravit pregraduální přípravu. Vycházeli z vlastních zkušeností, co jim na vysoké škole chybělo nebo co by změnili.

Čtyři lékaři navrhli do kurikula zařadit tzv. **tréninky soft skills** (neboli měkkých dovedností). Odkazovali se na 3. LF UK, kde tréninky soft skills několik semestrů pravidelně probíhaly. Rovněž zmiňovali velký potenciál tréninkové sekce pod IFMSA, která funguje jako jeden z projektů pro studenty medicíny.

- „Tohle mi hodně chybělo, proto jsem se stal trenérem v IFMSA. A při učení na zkoušku z psychologie jsem se rozhodl, že založím Open Trainings pro studenty. Zařadil bych něco tréninkové, klidně i jako volitelák. Něco jako na 3. LF, kde se to povedlo.“ (Petr).

V souvislosti se soft skills se objevila myšlenka, že by mohlo pomoci více propojovat souvislosti, diskutovat, formovat vlastní názory, prezentovat a umět je také obhájit.

- „Lékařská etika byla velmi dobře vedená, měli jsme přednášku s psychologkou z onkologie. Museli jsme formovat vlastní názory a prezentovat je před našimi kolegy, pokud jsme chtěli. To pro mě bylo velmi přínosné“ (Pavel).
- „Je potřeba umět diskutovat, schopnost debaty, uvažování, napadání z více úhlů. Učitel třeba podpořil něčí argument a zároveň trochu vyvrátil, a už to bylo super. Už jsme přemýšleli i nad jinými věcmi, než jak se jmenovala tahle arterie“ (Václav).

Dále zdůrazňovali rozložení předmětů do ročníků a jejich vzájemnou **relevantnost**. Mnoho participantů totiž při studiu zažilo situace, kdy se s některými předměty setkali příliš

brzo a nabyté znalosti nemohli aplikovat do praktických nácviků během cvičení nebo příliš brzo před kontaktem s pacientem v nemocnici. Současně přidali myšlenku zamyslet se nad osvojováním **klíčových kompetencí**, které považovali za důležité vyučovat v povinných, nikoliv volitelných předmětech.

- „*My jsme měli komunikaci a sebezkušenost moc brzo. Vlastně když jsme se učili anatomii a histologii, takže tohle nikdo ze studentů neřešil. A navíc dva roky před tím, než jsme se potkali s nějakým pacientem*“ (Pavel).
- „*Abych dosáhl těch vědomostí, které mám, tak jsem si musel sám dobrovolně vzít dva volitelné předměty. Klidně ať paliativka zůstane volitelná, ale Komunikace v praxi lékaře je úplně klíčový předmět. Učit se celou psychologií mi nedává smysl, ale nějakou krizovou intervencí bych tam zařadil*“ (Tomáš).

Dva lékaři přinesli nápad, jak podpořit autonomii, samostatnost a rozhodování studentů, v menších skupinách na praktikách. Další možnost vidí v propojení **vzdělávání mediků a mladých lékařů** na praktikách, což by mohlo zvýšit efektivitu praktik a současně by se sami lékaři dále vzdělávali. Pro smysluplný systém by však potřebovali znát osnovu systematické výuky.

- „*...sice jsme měli praktika u lůžka pacienta, ale bylo nás vždycky hodně. Nikdy jsme nevystupovali sami za sebe. Byl vždycky zvolený jedinec, který dělal to praktikum a pak vystupoval za celou skupinu. Takže jenom doufáš, že se někdo přihlásí dobrovolně, a nebudeš vybraná Ty...*“ (Zuzana).
- „*Praktika nemají žádnou strukturu, co bych měl medikům říct, s jakými znalostmi by měli odcházet. Kdyby nám atestovaný lékař předal sumu informací a vytvořil strukturu výuky, tak my bychom si ty vědomosti uměli taky mnohem líp osvojit a výrazně se zlepšit. Když někomu něco vysvětluješ, musíš to znát mnohem líp, než když to pasivně posloucháš...*“ (Pavel).

Participant dále reflektovali velmi odlišnou teorii vyučovanou na vysoké škole od střetu s **realitou v praxi**. Ocenili by proto větší přípravenost na život v nemocnici, propojenost teoretických poznatků s praxí a v neposlední řadě setkání se smrtí a již během studia, což by jim mohlo pomoci situace lépe zvládat po nástupu do praxe.

- „*Neumíš pracovat s tím programem, což Tě nikdo nemá jak naučit, protože existuje víc různých programů. Nebo prostě udělat psychologii záživnější, aby si z toho člověk*

reálně něco odnesl. Komunikace s pacientem je takové gró, co se člověk učí, až když nastoupí“ (Simona).

- „Přijde mi, že nás hrozně chrání před smrtí. Medik nikdy není u krizové situace... Takže to ani nemáme kde okoukat během studia“ (Václav).

Někteří účastníci uznali, že úroveň získaných zkušeností velmi závisí rovněž na proaktivitě každého studenta. Všichni doktoři ve výzkumu však shodně apelovali na větší důraz kladený na **nácvik praktických dovedností** a užitečné věci do praxe lékaře.

- „Když někdo nechce na praktiku být nebo se necpe dopředu, tak se prostě nenaučí šít. Je to hodně o studentech. Ale obecně, často hodně zbytečné přednášky, nestíháš to psát, tak je úplně zbytečné na ně chodit. Takže míň teorie a víc praxe“ (Lenka).
- „Třeba v psychiatrii jsme si stavěli ordinaci, kde má sedět lékař, ty věci jako hlídat si únikovou cestu atd. Hráli jsme skupinky a nějakým způsobem to trénovali“ (Tomáš).

Tři lékaři viděli potenciál ve **změně systému výuky a mindsetu vyučujících**. Domnívali se, že důraz na praktické dovednosti, otevřenost k otázkám a zpětná vazba na jejich nácviky ze strany profesorů by rovněž mohl významně přispět k zájmu studentů o studium teoretických znalostí, ale především k aktivnímu osvojení praktických dovedností. V neposlední řadě pozitivní motivace studentů do budoucí profese považují za klíčový aspekt pregraduální přípravy.

- „Pro mě je velmi důležitý feedback. Vyzkoušet si to a dostat na to zpětnou vazbu. Když si to jenom přečtu a pak praktikuju, aniž by mi někdo dal zpětnou vazbu, můžu si osvojit špatné nebo nedostatečné základy na celý život“ (Pavel).
- „Když přijde medik na stáž, tak chce co nejdřív vypadnout, aby se mohl věnovat studiu. Ale když pak nastoupí do práce, tak už to tak nefunguje“ (Zuzana).

## 7.2 Nástup začínajících lékařů do praxe

V druhé podkapitole Presentace výsledků se blíže podíváme na šest témat, která se vztahují k nástupu začínajících lékařů do praxe – Očekávání od nastupujících lékařů, Rozdíly mezi okresní a krajskou nebo fakultní nemocnicí, Předatestační příprava, Význam kolektivu, Ženy v chirurgii, Emoce a obavy při nástupu do práce.

Tab. 5: Okruh 7.2 Nástup začínajících lékařů do praxe

Okruh 7.2 Nástup začínajících lékařů do praxe	
KATEGORIE	SUBKATEGORIE
Očekávání od nastupujících lékařů	Základní znalosti konkrétního oboru Obecné dovednosti
Rozdíly mezi okresní a krajskou / fakultní nemocnicí	Fakultní nebo krajská nemocnice Okresní nemocnice
Předatestační příprava	Organizovanost přípravy Teoretické kurzy a přednášky Stáže Příprava na nemocniční úrovni Školitel
Význam pracovního kolektivu	Přístup primáře Kolektiv lékařů a zdravotnického personálu
Ženy v chirurgii	Větší průbojnost Fyzická náročnost
Emoce a obavy při nástupu do práce	Stres Nový denní režim Střet s realitou v práci Nový kolektiv Nemocniční systém a administrativa Pro-zaměstnanecký přístupem nemocnice

### 7.2.1 Očekávání od nastupujících lékařů

Naprostá většina participantů se shodla, že od mladých lékařů se vedle **základních znalostí konkrétního oboru** neočekává téměř nic, díky čemuž je poměrně snadné očekávání a požadavkům dostát:

- „Pacienti očekávají víc, než můžou. Lékaři jsou zvyklí, že naše praktické dovednosti jsou nulové, takže nás musí vést úplně od začátku. Předpokládá se, že budeme mít aspoň teoretické znalosti“ (Jaroslav).

Nicméně později se vynořilo několik témat, která se vedle vztahují spíše k **obecným dovednostem** než specificky k lékařské práci. Podle účastníků výzkumu se očekává „špinavá pracovní síla,“ kterou vnímali především ve psaní dekurzů, ranních vizit, v zajištění příjmů a žádanek pro pacienty. Mezi požadované dovednosti dále patří komunikace s pacienty, proaktivní přístup mladých lékařů, ochotu učit se, rychle se zorientovat v praxi a začít sloužit. Za důležité považují dále samostatnost, umět si poradit a zastoupit sesterskou práci.



- „Že bude aktivní a ze začátku se bude snažit pochytit co nejvíc v co nejkratším čase. Každému je jasné, že ten doktor většinu neví, ale většinou jsou ochotní pomoci. Takže ptát se, zajímat, vzdělávat se, zůstat třeba o něco dýl“ (Lenka).
- „Ted' jsem třeba byla jediná, kdo mohl za Covid pozitivním pacientem. Nebo když jsi na ambulanci a není tam sestra, taky musíš udělat všechno sama a dokázat si poradit. Tohle spoustu lidí neumí, ale očekává se to“ (Simona).

Tomáš shrnul pět nejdůležitějších věcí, co by nastupující lékař mohl udělat při nástupu do praxe: „Bod jedna: nic nepodělat. S tím souvisí pokora v tom, že je člověk nováček. Rozpoznat okamžik, kdy si má zavolat staršího a nepouštět se do nich, pokud na to nemá nebo nestačí...Naučit se komunikovat s pacientem, umět odebrat anamnézu a příjmy k hospitalizaci.“

## 7.2.2 Rozdíly mezi okresní a krajskou / fakultní nemocnicí

Významný faktor při nástupu do praxe představuje také typ zdravotnického zařízení. Respondenti ve výzkumu pocházeli z odlišných nemocnic, což nám umožnilo získat rovněž náhled na výhody i nevýhody práce ve velké nebo okresní nemocnici.

Mezi výhodami práce ve **fakultní nebo krajské nemocnici** participanti uváděli kolektiv. Konkrétně, stálý dohled, hodně kolegů a možností se ptát. Dále oceňovali více mladých doktorů na oddělení, kteří se vzájemně podporují. Dostatek doktorů poskytuje dostatek personálních kapacit na pokrytí péče o pacienty a současně čas na vzdělávání. Naopak negativně vnímali, že jejich nadřízení jsou jejich profesoři z LF a někteří s nimi jednájí jako se studenty.

- „Já být pacientem, tak určitě chci být na tomto pracovišti, kde vím, že i mladý doktor má nad sebou nonstop dohled. Já se pořád někoho ptám. Třeba jdu po chodbě a jen tak mezi řečí, co potřebuji vědět“ (Barbora).
- „Oddělení má teď asi dva lékaře nad stav, než nás tady musí být. Můžeme se o tu práci podělit a máme čas se vzdělávat i mezi sebou a pomáhat mladším kolegům. Což na okrese, kde chybí 4 doktoři, asi prostě nemůže fungovat“ (Tomáš).

V **okresní nemocnici** si mladí doktoři chválili rodinné prostředí na menším pracovišti, a naopak vnímali nutnou větší samostatnost.

- „My jsme hrozně rodinné pracoviště, máme 11 chirurgů, takže víme o sobě. Počty pacientů jsou menší, operativy je míň, teda kromě ambulancí, tam rozhodně ne. Sharing

*nějak funguje, o problémech se mluví na hlášení.... A většina zkušeností funguje face to face... Ale prostě jsi hozený do vody mnohem dřív“ (Václav).*

### 7.2.3 Předatestační příprava

Zkušenosti týkající se předatestační přípravy se velmi odlišovaly podle jednotlivých chirurgických oborů i nemocničních pracovišť.

Názory oslovených doktorů na průběh a celkovou **organizovanost přípravy** se velmi shodovaly. Lékaři z gynekologicko-porodnických oddělení si stěžovali na neorganizovanost, nejasné kompetence institucí, nejednotnou náročností závěrečných zkoušek. Další dva lékaři postrádali logickou formu a informace o závěrečné zkoušce. Jiní upozorňovali na časté a zásadní změny ve vyhlášce, nebo požadované výkony v logbooku vnímali nerrelevantně k praxi.

- *„Snad každý ministr vydal svoji vyhlášku, takže reálně každý můj kolega na oddělení je zařazen do jiného procesu přípravy. Existuje nějaká Plastika 9, 11, 12, 15, 17 a teď 19. A to jsou velké změny v typu a množství úkonů, kde máš vykonat stáže atd. Každá tato vyhláška má svoje vzdělávání, takže prostě šílený bordel pro všechny. A ten logbook taky nedává smysl. Výkonů, které se u nás dělají jednou za půl roku, máš mít deset, a co se dělá dvacetkrát za týden, stačí taky deset“ (Petr).*

V rámci přípravy musí doktoři absolvovat rovněž **teoretické kurzy a přednášky**. Výpovědi záležely na délce praxe. Lékaři, kteří nastoupili do práce před vypuknutím pandemie Covid-19, se stihli zúčastnit několika odborných seminářů. Zcela začínající doktoři však v tomto okamžiku možnosti vzdělávání nemají, protože kvůli pandemii byly zrušeny nebo pouze výjimečně proběhly online. Václav ocenil seminář pro chirurgy z daného kraje pro výměnu zkušeností.

K přípravě ke kmenové a atestační zkoušce patří také **stáže** na jiných odděleních. Participantů zmiňovali problematické uznávání stáží, protože některá pracoviště dostávají akreditaci k atestační přípravě zpětně nebo okresní nemocnice ji nemají vůbec. Současně daný lékař chybí na svém oddělení několik týdnů či měsíců.

Naopak kromě jednoho lékaře se všichni shodli, že **příprava na nemocniční úrovni funguje**, dostávají příležitosti u operací asistovat nebo později je vést. Důležitý aspekt přípravy hrají mladí kolegové, se kterými se mohou připravovat společně nebo se poradit s těmi, kteří ji nedávno absolvovali.

- „U nás se chce, abychom občas přišli s krátkou prezentací na ranním hlášení, třeba zajímavého případu z ambulance. A pak od mladých lékařů bez atestace probíráme atestační otázky, každý z nás má každý týden jednu. To je strašně super“ (Lenka).

V neposlední řadě se na předatestační přípravě podílí také **školitel**. Zde se zkušenosti doktorů odlišovaly. Pro mnoho participantů znamenal školitele pouze papírovou funkci. Pro tyto lékaře se stal nejdůležitější kolektiv starších lékařů, kteří je připravují.

- „Moje školitelka pracuje na úplně jiném oddělení. Na JIP, kam já nastoupit nemůžu. Vede mě super, co se týče chirurgie obecně. Ale na tom začátku neměla vlastně ani jak, když měla spoustu práce u sebe“ (Petr).
- „Můj školitel? Já ani nevím, kdo je, asi primář. Ve skutečnosti toho školitele vlastně nepotřebuji, vždyť já jsem tady školený líp než většina mých kamarádů jinde. Na cokoliv se zeptám staršího, odpoví mi a třeba mi i řeknou 'Tohle neřeš, nejdřív se nauč základy.' A vždycky za mnou přijde starší i na ambulanci“ (Václav).

Druhá polovina lékařů se se svým školitelem pravidelně setkávala, vzájemně si asistovali na operacích nebo konzultovali teoretickou přípravu. Jak účastníci ve výpovědích uváděli, často se jednalo o mladší školitele, ochotné učit začínající kolegy a otevřené k jejich otázkám. Navrhovali jiné doktory než primáře, kteří zpravidla nedisponují dostatkem času.

- „Je to hrozně fajn týpek, moderně myslící doktor a fér ke všem. Práci přerozděluje spravedlivým dílem mezi nás mladé“ (Zuzana).
- „Školitel musí být člověk ochotný Tě učit a reálně s Tebou nějakou dobu být, kterého se můžeš ptát. Ne že vybuchne, když se ho zeptáš na hovadinu. A musí mít na Tebe čas. Nemůže to být primář, který má stále jiné věci na starosti“ (Petr).

#### 7.2.4 Význam pracovního kolektivu

V návaznosti na předatestační přípravu participanté mluvili rovněž o důležitosti pracovního kolektivu, obzvláště při nástupu do práce. Většina ho dokonce považovala za vůbec nejdůležitější faktor spokojenosti v práci a prevence syndromu vyhoření (viz kap. 3.5.1).

- „Myslím, že nejhorší, co můžeš potkat, není, že něco neumíš, ale špatný kolektiv. Jak mezi lékaři, tak vzájemně i nelékařským personálem. U nás tým funguje fakt dobře a vím, že se na ty sestry můžu spolehnout, a opačně to víme stejně“ (Petr).

Podle názoru většiny participantů atmosféru na oddělení ovlivňuje především **přístup primáře**. Chování primáře poskytuje vzor chování pro ostatní pracovníky. Zájem o mladé lékaře, jejich podpora, snaha zapojit je do kolektivu a vzájemný respekt považují začínající doktoři za velmi důležitý.

- „Mám skvělého primáře a jeho zástupce. Jsou mladí, jejich názory a hlavně jak se nám věnují, to je úplně super. Za ty tři měsíce mi toho předali fakt hodně“ (Simona).

Kromě vedení oddělení ovlivňuje spokojenost v práci také celý **kolektiv lékařů a zdravotnického personálu**. Doktoři ve výzkumu nejvíce vyzdvihovali rady a pomoc od starších kolegů a rovněž od lékařů z jiných oborů.

- „Jo, to u nás funguje na jedničku. Nikdy se mi nestalo, že bych zůstala sama nebo mi nikdo nepomohl... A i mezioborově“ (Dagmar).

Naopak dva lékaři se setkali spíše s nekolegiální a soutěživou atmosférou ze strany starších doktorů, což oba stresuje.

- „Jako mladý jsi víc postradatelný na pracovišti, ale i ten systém nahrává, že je velmi jednoduché označit toho mladého lékaře za viníka. Není tam vůbec vytvořena atmosféra, že Tě podpoří, že si ho můžeš zavolat a požádat o pomoc. Spíš se na Tebe dívají jako 'Nevolejte mě a neobtěžujte mě.' Nemyslím, že by nám chtěli ublížit schválně, ale kryjí se i za cenu, že potopí toho mladého“ (Pavel).

### 7.2.5 Ženy v chirurgii

Zuzana a Dagmar vyprávěly o práci na odděleních všeobecné chirurgie a urologie z pohledu ženy jako lékařky. Shodly se, že dostávají spíše menší výkony a musí o ně **více bojovat** v porovnání s muži.

- „Počet operací máme všichni stejný. Ale kluci mají víc chirurgických výkonů, žlučníky a střeva. Holky dostáváme spíš mamologii, menší výkony – nádory, kýly. Ale jsme rády, že máme aspoň to.“

Zdůrazňovaly rovněž **fyzickou náročnost**, která je při operacích může limitovat a patří mezi důvody, proč se k velkým operacím dostávají obtížněji.

- „Střeva jsou největší výkon, takže chlapi si k sobě vždycky napíšu kluka. Operace trvá 3-5 hodin, a oni nechtějí, aby u toho holky fňukaly. Zároveň nás chtějí ušetřit téhle fakt náročné práce...“

V návaznosti na náročnost a odlišné postavení žen v chirurgii pocítovaly selhání sebe samé a náročné přijetí odlišné reality od očekávání.

- „Člověk je nastavený na to, že vždycky všechno musel zvládnout, zvládl už i tu medicínu. A najednou vidím, že asi prostě nezvládnou velké chirurgické operace. A to je pro mě strašná prohra...“

## 7.2.6 Emoce a obavy při nástupu do práce

Při vstupu do zaměstnání se mezi participanty objevovalo široké spektrum zkušeností. Často se projevoval **stres**, nervozita, nejistota z neznáma a nejasné představy, co mladé doktory první dny v práci čeká.

- „Hroznej stres. Doted' si pamatuji, když jsem přijížděl k té značce a odbočoval do nemocnice, tachykardie jako prase. Vlastně ani nevím, čeho bych se měl bát. Ale bál jsem se, že se něco po... Myslím, že by člověk i v té nejistotě měl být. Když si je člověk jistý, tak je míň otevřený jiným názorům, míň se ptá“ (Václav).

Potýkali se také s novým a neflexibilním **denním režimem**, diametrálně odlišným oproti studiu vysoké školy. V prvních měsících je limitovala také extrémně velká únava.

- „Obrovská změna životního stylu celkově. Na výšce jsem ještě studovala konzervatoř, ale přijde mi, že jsem si ten čas mohla nějak flexibilně zorganizovat. Když to teď v práci jsi od půl sedmé do tří a přes to prostě nejede vlak. Takže úplně si zvyknout na nový režim, vstávání každý den.“ (Lenka).

K novému životnímu stylu a pracovnímu režimu patřila také nutnost skloubit práci s osobním životem, což se zdá být dlouhý a náročný proces.

- „Kromě strašné únavy potřebuješ normálně fungovat – jít na nákup, na kafe, večer s kamarády na pivo, o víkendu navštívit babičku. Mít nějaký osobní život, vlastní koníčky, do toho se neustále připravovat do té práce...“ (Petr).

V neposlední řadě mohou změnu životního stylu výrazně ovlivnit a zkomplikovat také přidružené osobní okolnosti a komplikace. Někteří respondenti považovali za nejnáročnější **střet s realitou v práci** nebo se obávali nástupu do **nového kolektivu** a neznámé práce. Mezi další stresory patřil **nemocniční systém a administrativa**.

- „První měsíce byly jedny z nejhorších mého života, diametrálně odlišné od toho, co člověk zažil nebo čekal. Na kliniku sice připravený trochu je, ale úplně jinak, než to

*reálně funguje. Na škole jsem nechápala lidi, kteří nesvačí, to se mi nikdy nestalo. A v práci nestihneš kolikrát ani oběd, který jíš ve tři ze studeného kastlíku... “ (Dagmar).*

Nástup do práce však lze výrazně ulehčit a zpříjemnit **pro-zaměstnaneckým přístupem nemocnice**, který začínajícím lékařům může pomoci se v práci rychle zorientovat.

- *„Já jsem 31. přišel a všechno bylo hotové a nachystané. Tady fungovalo všechno super, od personálního, přes IT, po vydání oblečení... Nikde jinde jsem nezažil, aby všechny ty oddělení o člověku věděly... “ (Tomáš).*

### **7.3 Psychologické aspekty povolání a vnímaná vlastní kompetentnost**

Ve třetí kapitole výsledků se zaměříme na psychologické aspekty povolání a vnímanou vlastní kompetentnost mladých lékařů. Analýzou rozhovorů vzniklo pět subkategorií: Vysoké požadavky na lékaře, Velká zodpovědnost za pacienty a tíha rozhodnutí, Vnímaná připravenost k výkonu povolání, Význam mimoškolních aktivit a zahraničních stáží a Postgraduální vzdělávání.

Tab. 6: Okruh 7.3 Psychologické aspekty povolání a vnímaná vlastní kompetentnost

Okruh 7.3 Psychologické aspekty povolání a vnímaná vlastní kompetentnost	
KATEGORIE	SUBKATEGORIE
Vysoké požadavky na lékaře	Životní styl Očekávání ze strany ostatních a sebe samých Komplexnost zdravotní péče Odchod do zahraničí
Velká zodpovědnost za pacienty a tíha rozhodnutí	Strach ze zodpovědnosti Tíha rozhodnutí
Vnímaná připravenost k výkonu povolání	Pocit nepřipravenosti k výkonu povolání Strach z nezkušenosti
Význam mimoškolních aktivit a zahraničních stáží	Rozvoj měkkých dovedností Osobnostní charakteristiky Dobrovolné stáže na oddělení Užitečnost pro společnost Obohacení životopisu Kontakty v ČR i ve světě Výjezd do zahraničí Odreagování od medicíny
Postgraduální vzdělávání	Celoživotní vzdělávání Kurzy Motivace do vzdělávání

### 7.3.1 Požadavky na lékaře

Práce v nemocnici je oproti mnoha jiným povoláním poměrně specifická a přináší s sebou také odlišný *životní styl* pro lékaře i ostatní zdravotnický personál.

Respondenti často poukazovali na velkou únavu a následné chyby z nepozornosti, které mohou snadno udělat a mohou nést fatální následky. Významnou měrou se na únavě podílí služby po práci. V takovém případě doktoři pracují téměř nepřetržitě dva dny.

- „Doktoři zůstávají po práci na službě, které většinou nebývají jednoduché. Když víš, že telefon může zazvonit kdykoliv, to není kvalitní spánek... Když ráno jdeš znovu operovat, šance na chybu je opravdu mnohem větší...“ (Dagmar).

Stálý stres nezažívají pouze nastupující lékaři, ale zdá se, že většina doktorů se s ním v určité míře potýká po celou svoji kariéru. V důsledku chronického stresu se zhoršuje psychické i fyzické zdraví lékařů, což může vést až k syndromu vyhoření,

- „Pořád jsi ve stresu, první služba na ambulanci, první služba. Takové ty věci, ze kterých jsi vystresovaná už dopředu“ (Simona).

Dva participanti přidali vysoká **očekávání ze strany ostatních a sebe samých**.

- „Hrozně jsem i bál, protože jsem chtěl obstát v očích starších, aby si neřekli 'A ten bude jako sloužit, jo?' Hrozně dlouho trvalo, než jsem se z tohohle strachu oklepal“ (Václav).

Další aspekt nástupu do nemocnice se týkal **komplexnosti zdravotní péče**. Jak mladí lékaři zdůrazňovali, vzdělávací systém lékařských fakult je na propojenost informací nepřipravil nebo ne dostatečně, což při nástupu do práce považovali za poměrně limitující.

- „Na škole stačilo napsat test. Ale tady to naučením reálně nekončí, ale začíná. Musíš dát dohromady strašně moc aspektů. To není, že jedna a jedna se rovná dvě“ (Dagmar).

Dva lékaři poukázali na důvody mladých lékařů pro **odchod do zahraničí**, který je nyní v České republice poměrně často diskutován. Oba se shodli, že reálný důvod nevnímají pouze v nízkém finančním ohodnocení, ale v jiných aspektech – velké množství přesčasů, neúměrně dlouhé služby, práce přes limit kompetencí a chování k začínajícím lékařům.

- „Reálně není nedostatek lékařů. Tím, že ty úvazky nejsou, není nedostatek. Každý počítá s tím, že budeš dělat minimálně 80 hodin přesčasů. Reálně tak každý pracuje za 1,5 dalšího.... Musel by se dodržovat zákoník práce, který pro zdravotnictví prostě neexistuje. Já běžně sloužím 29 hod služby...“ (Petr).
- „My sice máme podepsaný papír, co můžeme dělat sami, jenže ve skutečnosti se od nás očekává, že budeme vykonávat mnohem víc, než máme podepsané, a než bychom tedy správně měli. Ale pokud by se stal průser, byla by to naše chyba“ (Pavel).

Oba lékaři si díky studentským stážím přivezli bohaté zkušenosti ze zahraničí, o které se podělili. Nejdůležitější význam pro ně hrál především stálý dozor nad začínajícími lékaři a respekt k mladým doktorům.

- „Třeba v Německu taky pracují podobně hodně hodin jako my. Ale naučí se toho mnohem víc. Absolventi první rok dělají všechno pod dozorem a ten doktor je tam reálně přítomný s Tebou a dívá se, co a jak děláš... A navíc věci, které si u nás dovolí k některým mladým lékařům, by si tam nedovolili“ (Pavel).



### 7.3.2 Zodpovědnost za pacienty a tíha rozhodnutí

Téma *strachu ze zodpovědnosti* protínala všechny rozhovory. Mnoho mladých lékařů se s těmito stresujícími faktory potýkala, především při samotném nástupu do praxe. Velká zodpovědnost společně s vysokou náročností a nízkým ohodnocením může patřit k důvodům, proč klesá motivace a chybí zdravotnický personál.

Polovina participantů se navíc obávala *tíhy rozhodnutí* nebo rovnováhy mezi samostatností a závažností situace, s čímž začínající lékaři velmi bojují.

- „*Hrozně mi pomohla stáž v Africe. Hlavně v tom, že jsem už čelil rozhodnutí... Prostě zkušenost nejen že se se rozhodnu, ale budu čelit i těm následkům*“ (Václav).

### 7.3.3 Vnímaná připravenost k výkonu povolání

Všichni lékaři ve výzkumu se shodli, že se cítí *nepřipraveni k výkonu povolání*. Nejčastěji zmiňovali každodenní úkony a chirurgické operace. Negativně vnímali čtyři lékaři nepřipravenost na velkou administrativu a práci v nemocničním systému, a v neposlední řadě na telefonování a práci s dětmi. Navrhovali proto nasimulovat jednoho pacienta systému, na kterém by se tyto praktické dovednosti mohli naučit.

- „*Co mi dala škola? Umím vyhledávat informace, obecné věci jako pojmenovat nástroje, ale pak se stejně učíš všechno znovu. Proč jsme na tu medicínu vůbec šli?*“ (Zuzana).
- „*Na telefonování Tě taky nikdo nepřipraví... A zvedat telefony je taky těžké, protože nikdy nevíš, co kdo po Tobě zrovna chce*“ (Lenka).

Neméně důležitým se zdál být *strach z nezkušenosti*: Dále se přidával strach z nedostatku znalostí a praktických dovedností pro práci bez dozoru atestovaného kolegy. Pocit nejistoty následně snižoval sebevědomí lékařů.

- „*Na ambulanci je člověk sám a není si jistej, protože tam dělá jiné spektrum věcí, než dělá normálně v práci. Takže se člověk bojí, aby nepokazil něco, u čeho ani neví, co může pokazit*“ (Jaroslav).
- „*Nemám pocit, že bych v tom oboru měl takové sebevědomí, abych to všechno zvládl sám. Prostě jsou věci, které se nenaučíš za tři měsíce. To chce trénink a praxi*“ (Pavel).

V neposlední řadě se mladí doktoři obávali krizových situací, rovněž jako nutnosti reagovat ihned a správně. Každý obor obnáší trochu odlišné spektrum krizových situací,

nicméně všude se zpravidla jedná o rychlé, nečekané nebo skryté změny způsobující velký stres pro mladé lékaře, kteří dané komplikace neznají.

- „...tvářit se před pacientem, že vím, i když vůbec nevím. Hlavně na ambulanci. Tam pacient přijde, řekne: 'Je mi to a to.' A Ty mu musíš pomoci HNED, nebo ho poslat na vyšetření, nebo aspoň něco říct. Prostě nevypadat úplně bezbranně“ (Lenka).

### 7.3.4 Význam mimoškolních aktivit a zahraničních stáží

Všichni participanti se během studia účastnili mimoškolních aktivit. Většina z nich sice nerozvíjela specificky chirurgické dovednosti, nicméně shodně vnímali jejich přínos do praxe obecně v **rozvoji měkkých dovedností** a utváření **osobnostních charakteristik**.

- „Budování vlastní firmy a lektorina mě formovaly, že jsem se musel vždycky vzdělávat. I v oblastech, které nebyly komunikační – management, PR, prodejní dovednosti... Na začátku jsme byli jenom dva, takže člověk musel dělat úplně všechno“ (Tomáš).

Lékaři zapojeni během studia na LF do sekce veřejného zdraví zlepšili své komunikační, organizační a prezentační dovednosti. Získali sebevědomí při vystupování na veřejnosti a zkušenosti při vedení kolektivů.

- „Organizoval jsem kurz chirurgického šití, MediCafé a adapták v rámci IFMSA... Organizační dovednosti a člověk se tak nějak naučil jednat s lidmi“ (Jaroslav).
- „Miliarda drobných osobnostních obohacení. Díky vedení kolektivů se člověk nebojí mluvit, chápe důležitost vedení jiného člověka. Takže pak víš, jak je důležitý, když někoho podpoříš třeba jen, když mu řekneš, že něco udělal dobře“ (Václav).
- „Myslím, že ty naše aktivity v IFMSA by pomohly těm zakřiknutějším a méně komunikativním medikům. Třeba do některých bych to v životě neřekla, nechápu, kde tu odvahu vzali, a myslím, že jim to hodně pomohlo“ (Barbora).

**Dobrovolné stáže na oddělení** nebo podobné aktivity ve zdravotnických zařízeních umožnily studentům medicíny se aktivně zapojit do chodu nemocnice, což jim pomohlo se lépe připravit na nástup do práce.

- „Dobrovolně jsem chodila na ortopedii v pátáku, kde jsem hlavně asistovala na sálech. A i když jsem měla dost kreditů, zapisovala jsem si voliteláky, které zněly zajímavě a mohly být pro mě přínosné v rámci oboru“ (Simona).

- „Dělala jsem asistentku přes telefon na soukromé plastické chirurgii... naučila jsem se uklidňovat pacienty a vysvětlit jim, proč to tak je. Takže mě pak nepřekvapilo, když jsem v nemocnici přišla na pokoj a pacient si stěžoval na nějaké komplikace“ (Zuzana).

Participantů rovněž oceňovali reálný dopad svojí práce a **užitečnost pro společnost**:

- „V rámci Veřejného zdraví to pro mě bylo dělat něco jiného, zároveň něco užitečného pro společnost, že vidíš reálný dopad svojí práce. A pak tréninky byly hodně přínosné pro mě i okolí“ (Petr).

V neposlední řadě vnímali zkušenosti jako **obohacení životopisu** nebo kariérní možnosti pro získání práce. Petr také vyprávěl o spolužácích, kteří díky zkušenostem z IFMSA pracují ve WHO v Ženevě.

- „Hlásilo se nás osm, místa byly dvě. A nehrálo roli, že jsem kluk, ale životopis. Dobrovolnické aktivity, členství ve spolcích atd., čím je člověk jiný od ostatních. MUDr. mají všichni, to je jen vstupenka do nemocnice“ (Tomáš).

Kromě zkušeností a osobnostního obohacení tři lékaři zdůraznili také **kontakty v ČR i ve světě**, které si díky dobrovolnickým aktivitám utvořili a z nichž mohou těžit v lékařské praxi.

- „IFMSA mi dala strašně moc kontaktů, které mi zůstaly aktivní i po stáži. I v rámci ČR, v každém krajském městě znám někoho v nemocnici, na koho se můžu obrátit“ (Petr).
- „Díky spoustě kamarádům jsem získal ohromný nádhled. Pochopil jsem, že můj malý ekosystémek není jediný, všude to nějak funguje a nikde to není růžový... Díky tomu jsem si našel můstky ke kamarádům, kteří to viděli podobně na základě náhledu na život a že jsme si podobní i trochu charakterově“ (Václav).

Většina lékařů uvedla **výjezd do zahraničí**, ať už díky měsíčním zahraničním stážím nebo studijnímu programu Erasmus+. Za největší obohacení považovali rozšíření obzorů, osobnostní růst a zkušenosti s medicínou v jiných kulturách.

- „Pro mě Afrika byla dost life-changing a dost mi ta zkušenost změnila mindset v tom, že jsem se poprvé setkal se smrtí. Tam nedávají staré lidi do nemocnice, smrt se nerovná 'doktor to po...'. Ne, prostě mu bylo 86 a už to nevyšlo“ (Václav).

Dagmar vyjela na půlroční studijní pobyt do Rakouska. Ocenila podporu od univerzity a snahu jí vyjít vstříc se sestavením rozvrhu. „Jsem ráda, že jsem se během

*školy stihla někam podívat. Sice třeba neumím moc ORL a oční, ale v mé praxi mi to tolik nevadí... Bylo prostě super vidět, jak se medicína dělá někde jinde jinak.“*

Lenka trochu netradičně při studiu medicíny vystudovala hudební konzervatoř, což vnímala jako **odreagování od medicíny**: „*Jsou to strašně odlišné věci, takže tou jednou si odpočineš od druhé. A i proto jsem si vybrala to ORL, protože to spolu tak trochu souvisí.*“

### 7.3.5 Postgraduální vzdělávání

Jak lékaři potvrdili, medicína vyžaduje **celoživotní vzdělávání**, které nikdy nekončí. Pro splnění atestační přípravy je nutné vedle povinných stáží úspěšně zvládnout teoretickou zkoušku, k jejímuž absolvování existují předepsané přednášky. Participantů jsme se však zeptali na jejich vlastní iniciativu a zájem o samostudium nad rámec povinné přípravy.

Téměř polovina lékařů přiznala, že studium po pracovní době a službě je náročné a volný čas raději využívají pro odpočinek.

- „*Po službě mám sice studijní volno, ale v reálu se to využívá spíš na to, aby člověk zregeneroval*“ (Jaroslav).

Mnoho účastníků výzkumu zmínilo komplikace zrušených kurzů a stáží na jiných odděleních vlivem světové pandemie.

- „*Třeba i doma, když je čas nebo když si udělám čas, snažím se aspoň něco načíst. Zatím jsem neměla moc možností se vzdělávat oficiálně, tak se vzdělávám jenom sama doma*“ (Lenka).

Simona se snaží co nejrychleji zaučit na oddělení, což nyní upřednostňuje před oficiálním vzděláváním: „*Ted' asi radši využiju ten čas na oddělení než jet na kurz. Možná večer nebo o víkendu, pokud bych neměla nic jiného v plánu, tak to ráda využiji.*“

Petr s prací studuje PhD: „*Výzkum probíhá reálně na pacientech u nás na oddělení, kde si porovnávám, jak se léčí pacienti.*“

Většina mladých lékařů by se ráda zúčastnila **kurzů**. Současně se musí přizpůsobit chodu oddělení. Zatím si nechtějí čerpat dovolenou, což dva doktoři přiznali, že je docela problematické, obzvláště pokud se kurz netýká specificky jejich oboru. Další komplikací je skutečnost, že si pracovní dobu musí nadpracovat, takže pracují intenzivněji, nikoliv méně.

- „Dá se, teď třeba jedu na kongres do Španělska. Ale musím si těch 192 hodin měsíčně nadpracovat. Reálně nepracuju tedy méně, ale jen intenzivněji. Ve výsledku si člověk vlastně neoddychne“ (Pavel).

Na druhou stranu dva participanti vyjádřili spokojenost s otevřeností primáře a pro další vzdělávání je uvolňuje. Některé nemocnice navíc postgraduální vzdělávání proplácí.

- „Doplnil jsem si kurz pro pokročilou pomoc v traumatologii, tam nás vlastně propustili ze zaměstnání. Asi kdyby byl nějaký další, který by mě zajímal a souvisel s prací, primář by mě pustil“ (Jaroslav).

Současně tito lékaři uváděli jako největší **motivaci do vzdělávání** přínos do praxe a osobní obohacení, aby se v povolání cítili jistěji.

- „Taková vnitřní potřeba, že se člověk dozví něco užitečného, co pak bude moct v praxi využít. Abych měla větší rozhled, ochránila sebe a pomohla pacientům“ (Simona).
- „Pro praxi je fajn vědět o trochu víc než ten bazál, pak to rozhodování je mnohem jednodušší a příjemnější opřít se o nějaké informace nebo kazuistiku“ (Dagmar).

## 7.4 Komunikace s pacienty

V kapitole o komunikaci s pacienty se blíže zaměříme na čtyři kategorie – Vnímaná připravenost z VŠ, Zkušenosti s oznamováním negativní zprávy, Co lékařům pomáhá v komunikaci s pacienty, Osobnostní charakteristiky.

Tab. 7: Okruh 7.4 Komunikace s pacienty

Okruh 7.4 Komunikace s pacienty	
KATEGORIE	SUBKATEGORIE
Vnímaná připravenost z VŠ	Pocit nepřipravenosti Malé zkušenosti
Zkušenosti s oznamováním negativní zprávy	Komunikaci s pacientem v chirurgii Komunikaci s pacientem v ambulanci Neznalost informací
Co lékařům pomáhá v komunikaci s pacienty	Změny ve vysokoškolské přípravě Sledovat práci zkušenějších kolegů nebo onkologů Konzultace se zkušeným doktorem Čas na přípravu
Osobnostní charakteristiky lékaře	Empatický přístup k pacientovi Celkový pohled lékaře na práci

### 7.4.1 Vnímaná připravenost z VŠ

Sedm dotázaných lékařů uvedlo, že se při vstupu do praxe *cítí nepřipraveni na komunikaci* s pacienty a jejich rodinami. Nejčastěji jim chyběly nácviky komunikace během studia a praktické dovednosti. Někteří účastníci na vysoké škole načtli hodně teoretických poznatků. Nicméně podle jejich zkušeností komunikaci nelze načíst, naopak vyžaduje dostatečné osvojení.

- „Řešili to formou, že si o tom přečteš tisíc věcí, ale cítím se hrozně nepřipraven. Hlavně na začátku to bylo fakt hrozný.... Knížky jsou hrozně super, ale když pak člověk sedí a kouká na toho pacienta face to face, tak pátrá, co kde aspoň načtel. Prakticky si nevzpomínám, že bychom měli nějaké nácviky“ (Václav).

Další participanti se potýkali s *malými zkušenostmi*. Mnoho začínajících doktorů rovněž bojovalo s nízkým sebevědomím, jež pocit nejistoty doprovázel.

- „Nikdy jsem vlastně ani neviděla někoho takové zprávy oznamovat. Takže jsem nevěděla, co od toho očekávat a jak to vezmou. Neuměla jsem si představit, jak budu jednat, jak to pacient vezme, jak bude reagovat na mě a jak já na něho“ (Simona).

V neposlední řadě se dva participanti na LF nedozvěděli žádné informace, jak s pacienty komunikovat. Poprvé se s tímto tématem setkali až po nástupu do nemocnice.

- „Nikdo nás nijak nepřipravil. Když to teď vidím zpětně, bylo by to dobrý no. Až teď na Covid oddělení jsem se dostala poprvé do kontaktu s příbuznými. Telefonická komunikace s rodinami, sdělování zdravotního stavu nebo potom úmrtí“ (Barbora).

### 7.4.2 Zkušenosti s oznamováním negativní zprávy

Kromě komunikace s pacienty obecně nás zajímaly rovněž zkušenosti s oznamováním specificky negativní zprávy. Dva participanti uvedli, že úmrtí sděluje výhradně atestovaný doktor nebo chirurg, který se o daného pacienta stará po celou dobu hospitalizace.

Další dva lékaři vnímali *komunikaci s pacientem v chirurgii* jako rychlou, a navíc ulehčenou o skutečnost, že většina pacientů už diagnózu zná po vyšetřeních na jiných odděleních. Naopak práce *v ambulanci* přináší mnoho nečekaných okamžiků, které vyžadují nutnost reagovat okamžitě a správně, čímž přináší mnoho stresových situací.

- „Máš 70 až 90 pacientů na ambulanci za den, nemáš šanci se nijak připravit... Otevřeš tu zprávu a tam bum – meta jater, prorostlé tumorem. Na to koukáš a pacient: 'Tak co, dobrý?' Nezavoláš nikoho staršího. Můžeš něco úprkového jako: 'Počkejte, zkonzultuji to s kolegou,' ale to pro něho budou asi dvě nejdelší minuty v životě...“ (Václav).

Odlišný problém představovala **neznalost informací**, co se týče obsahu sdělení, nebo specifické postupy konkrétního pracoviště. Objevovала se také nejistota, jak vybalancovat pravdu s nadějí.

### 7.4.3 Co lékařům pomáhá v komunikaci s pacienty?

Participantů přinesli mnoho zajímavých postřehů, co jim v komunikaci s pacienty pomáhá nebo co by naopak potřebovali. Mnoho z nich vidělo příležitost již v samotném studiu lékařské fakulty. Pohledem zpětně přemýšleli, co by **změnili ve vysokoškolské přípravě** nebo do ní zařadili. Všichni mladí lékaři přáli mít možnost trénovat komunikaci a především na ni získat také zpětnou vazbu od vyučujících. Dále by mohla pomoci výuka vedená kompetentními osobami. Někteří mladí lékaři by uvítali hlubší vzdělání, třeba v rámci předatestační přípravy.

- „... to už jsem se nikde nedočel, jak tu taktiku sdělování zpráv změnit. Když budu donekonečna dělat ty stejné chyby, tak to je těžký“ (Václav).
- „...kdyby nás na to ve škole připravili aspoň teoreticky, praxe by pak byla mnohem jednodušší. Jak volit slova atd. Hodně lidí jde na internu, kde se prostě komunikovat musí hodně, jak s pacientem, tak rodinou“ (Barbora).

Kromě úprav kurikula by někteří respondenti rádi dostali možnost **sledovat práci zkušenějších kolegů nebo onkologů**. Inspirace by jim pomohla získat celkový způsob přemýšlení při oznamování negativních zpráv.

- „Mně by hrozně pomohlo, kdybych mohl sledovat práci onkologa. Jak mám vůbec přistupovat k té zprávě samotné. Můžu jenom odkoukávat od kolegů... Je to rozdíl dostat do hlavy celý způsob přemýšlení... To není pět a pět se rovná deset“ (Václav).

Naopak někteří doktoři se podělili o tipy, co jim v komunikaci pomáhá. Nejvíce se jednalo o **konzultace se zkušeným doktorem**, jež jim pomohly vyjasnit celkovou strategii a konkrétní formulace vět. A rovněž dostatečný **čas na přípravu** a zjištění informací se participantům osvědčilo.

- „S předností jsem si ujasnil, jak konkrétně to oni oznamují, jaké používají obraty. Žádné eufemismy, všechno nadobro“ (Tomáš).

#### 7.4.4 Osobnostní charakteristiky lékaře

Polovina participantů přidala názor, že důležitý faktor tvoří rovněž osobnostní charakteristiky lékaře, jež nelze zcela změnit. Dva doktoři zmínili konkrétně **empatický přístup k pacientovi** a jeho pochopení. Zúčastnění lékaři se domnívají, že hraje významnou roli **celkový pohled lékaře na práci**, zda ho baví a naplňuje, což ovlivňuje péči a komunikaci s pacienty. Rovněž schopnost oddělit se od pacienta považovali dva participanté za užitečnou dovednost.

- „Řekla bych, že nemám úplně problém s komunikací, i s lékaři napříč odděleními... S těmi většími dětmi mě to i baví, snažit se jim zpříjemnit tu návštěvu u doktora“ (Lenka).

### 7.5 Copingové strategie vyrovnávání se se stresem

Podobně k teorii copingových strategií vyrovnávání se se stresem, rovněž odpovědi participantů v našem výzkumu bychom mohli shrnout do okruhů Uspokojivá práce a význam pracoviště, Duševní hygiena. Následně jsme se ještě zeptali specificky na Systémovou podporu v práci a přidali jsme Osobnostní charakteristiky.

Tab. 8: Okruh 7.5 Copingové strategie vyrovnávání se se stresem

Okruh 7.5 Copingové strategie vyrovnávání se se stresem	
KATEGORIE	SUBKATEGORIE
Uspokojivá práce a význam pracoviště	Spokojenost na pracovišti Radost z práce Odpočinek jako prevenci chyb a syndromu vyhoření
Duševní hygiena	Obecné zásady Sociální zázemí Time management
Osobnostní charakteristiky	Schopnost sebereflexe
Systémová podpora	V rámci studia LF Podpora na pracovišti Programy pro začínající pracovníky Supervize



### 7.5.1 Uspokojivá práce a význam pracoviště

Naprostu všichni respondenti se shodli, že za klíčový faktor spokojenosti v práci považují **spokojenost na pracovišti**. K němu výrazně přispívá dobrý a spolehlivý pracovní kolektiv, navíc ideálně pokud se kolegové stávají současně přáteli. Dále pomáhá organizovanost pracoviště a vedení oddělení.

- „*Vědomí, že tam jsou kolegové, kteří mi pomůžou. Nebo že můžu kdykoliv zavolat. Vždycky má někdo příslužbu, u mě většinou primář. Mám na něho i WhatsApp a i číslo na jeho manželku, kdyby to nebral (smích). Nebo kolegyně bydlí kousek, tak mi taky navrhla, že když tak doběhne*“ (Lenka).
- „*Organizované pracoviště a pracovníci, kteří fungují brutálně dobrým způsobem. Fakt makají a vždycky jsme pracovali společně. A geniální přednosta a primářka*“ (Tomáš).

Mezi copingové strategie patřila mezi participanty i **radost z práce**, výběr správného oboru a pocit užitečnosti. Dva lékaři oceňovali zpětnou vazbu na jejich práci, ať již přímo během operace nebo později, takže se mohli dozvědět, jak léčba jejich pacienta pokračovala s časovým odstupem.

- „*To, že mě práce hrozně baví. Nevadí mi sloužit, chodit navíc do ambulance. Mám pocit, že jsem užitečná, reálně něco v tom oboru dělám a můžu pacientovi pomoci*“ (Simona).
- „*Že se na to podívá jiný doktor a zhodnotí moji práci nebo mi třeba napíše druhý den zprávu, že pacient je v pohodě*“ (Zuzana).

Někteří začínající lékaři vyzdvihovali důležitost dostatečného **odpočinku jako prevenci chyb a syndromu vyhoření**, který však úzce souvisí s dodržováním zákoníku práce a dostatkem lékařů, což by podle nich snížilo množství přesčasů.

- „*Ted' na tom Covid se nám snaží rozepisovat směny tak, abychom byli oddychnutí, měli nějaký volný čas. Máme celý týden denní a pak zase celý týden noční*“ (Petr).

### 7.5.2 Duševní hygiena

Neméně důležitým aspektem mentálního zdraví jsou **obecné zásady** duševní hygieny a rovněž aktivní odpočinek pomáhal několika lékařům.

- „*Člověk se musí snažit aktivně využít ten volný čas. Takže asi co nejméně času trávit pasivním sledováním něčeho a pocit, že jsem ten čas prožil efektivně*“ (Pavel).

Důležitou součástí tvoří **sociální zázemí** - v rodině i mezi přáteli. Participanti často zmiňovali nutnost udržovat sociální kontakt mimo medicínu a možnost sdílení s přáteli.

- „Mít nějakou svoji sociální bublinu a být v ní normálním člověkem. Pár spolužáků bylo na okraji kolektivu sami proti světu... Na medicíně nemůžeš jít sám proti zdi. Takže udržovat svého normálního emočně-společenského ducha a žít jako člověk“ (Václav).

Pro dva participanty hrál význam **time management** pro efektivní plánování času a aktivit, stejně jako pro čas pro sebe.

- „Vyhradit si čas, že v sobotu si zajedu někam do přírody. Potkat se s kamarády. Jako ne, že mám celý život nalinkovaný, i nějaký nenaplánovaný čas je vlastně super“ (Petr).

### 7.5.3 Osobnostní charakteristiky

Někteří participanti prozradili, jak jim se stresem napomáhají jejich osobnostní charakteristiky. Někteří vyhledávali spíše stálou změnu v práci, jiní sebe považovali za flegmatika nebo naopak perfekcionista. Zatímco někteří jsou rádi ve společnosti, jiné participanty medicína změnila a po nástupu do praxe preferují spíše klid bez lidí.

- „Já jsem docela flegmatik, takže pak relaxuju doma, až tam dorazím“ (Jaroslav).
- „Zanevřela jsem na dovolené ve velkých městech, protože opravdu se prací změnil můj vztah k velkým masám lidí. Ted' potřebuji vypadnout na nějakou túru, zaplavat si sama bez lidí“ (Dagmar).

Podstatnou součástí praxe lékaře tvoří **schopnost sebereflexe**, nejen v souvislosti prevence syndromu vyhoření, ale práce v medicíně také celkově. Podílí se na schopnosti uvědomit si vlastní chyby i úspěchy v práci, což se zdá v lékařství jako klíčová dovednost.

- „...v práci mi přijde hrozně důležitý vidět nejen neúspěchy, ale uvědomovat si i ty úspěchy. A neočekávat od sebe víc, než bych měl“ (Václav).
- „Asi poznat sám sebe a vědět, co Ti pomůže, protože každému pomáhá něco jiného. Mně v tomhle dala asi nejvíc ta Training Division“ (Petr).

### 7.5.4 Systémová podpora

Během **studia LF** dva participanti absolvovali kurz mindfulness, který však nevnímali příliš užitečně. Další dva se dozvěděli základy duševní hygieny v rámci předmětů Ošetrovatelství a Sociální lékařství.

- „*Duševní hygiena několikrát zmíněna byla. Asi v tom sociálním lékařství, ale my jsme ho vnímali jako zneprátený ústav, který nám bere energii na to, co opravdu potřebujeme studovat. A pak v ošetřovatelství*“ (Dagmar).

Co se týče **systemové podpory na pracovišti** v rámci nemocnice, nikdo se o ni zatím aktivně nezajímal, pomoc nepotřeboval ani nevyhledal. Nicméně všichni lékaři se shodli, že chybí informace a ocenili by jejich proaktivní šíření. Dvě nemocnice psychologickou podporu pro zaměstnance vůbec nenabízí a v dalších dvou existuje spíše pro pacienty a nikoliv zaměstnance.

- „*Asi nějaký psycholog v nemocnici je, ale moc informací o tom nemáme*“ (Pavel).

Tomáš velmi pozitivně ohodnotil **programy pro začínající pracovníky** v nemocnici, které mu výrazně usnadnily nástup do praxe.

- „*Adaptační proces začíná každého prvního v měsíci Dnem pro nováčky. Vystřídají se lidi z různých oddělení, aby nástup do práce ulehčili... A plus program Lékařem nanečisto je asi 14ti denní běh, kdy člověk může strávit čas na klinice, která ho zajímá a kam by chtěl nastoupit.*“

Václav navrhl **supervize pro sdílení emocí a zkušeností začínajících lékařů**, které by mohly pomoci předejít syndromu vyhoření mladých doktorů.

- „*Kdybychom se sešli třeba po roce, i třeba s tím stejným studijním kruhem, a vyměnili si svoje zkušenosti na základě emocí z práce. Nést nějaký problém kolektivně je prostě lehčí. Vědět, že se se stejným problémem potýká víc lidí a slyšet to, je prostě bomba. Kdy ti doktoři nejčastěji hoří? No tihle nejmladší, kteří byli celou dobu v bavlnci a pak vlnou do toho brutálního prostředí s těmi ambicemi.*“

## 7.6 Odpovědi na výzkumné otázky

Pro náš výzkum jsme stanovili pět výzkumných otázek. V následující části prezentujeme odpovědi na ně vycházející z odpovědí zapojených participantů do výzkumu.

### **VO1: Jak mladí lékaři vnímají a hodnotí pregraduální přípravu na VŠ?**

Všichni mladí lékaři v našem výzkumu se shodli, že studium lékařské fakulty je vybavilo širokými a dostatečnými teoretickými znalostmi. Současně však nároky na zkoušky vnímali předimenzovaně. Teoretická příprava podle nich zahrnovala mnoho přílišných

detailů, kvůli čemuž studentům LF unikaly základní informace. Rovněž teorie se většinou odlišovala od praxe.

Praktické dovednosti participantů vnímají jako nepostačující a nedostatečně osvojené. Následně téměř všichni vyjádřili svůj pocit nekompetentnosti a nepřipravenosti na výkon povolání při vstupu do nemocnice.

V ohledu na formu výuky, nejčastěji se jedná o teoretický základ na přednáškách. Zapojení lékaři však více oceňují videa, aktivní nácviky nebo diskuze na cvičení. Možnost se aktivně do výuky zapojovat je pozitivně oceňována a zájem zvyšuje také uplatnitelnost nabytých poznatků a dovedností po studiu.

V neposlední řadě dotázaní absolventi vnímají postoj přednášejících nejen k samotnému oboru, ale rovněž k přístupu a komunikaci s pacientem všeobecně. Vyučující lékařských oborů se zpravidla touto tematikou nezabývali. Participantů popisovali spíše možnost sledovat vystupování lékařů v nemocnici.

#### ***VO2: Co by ze svého pohledu mladí lékaři zařadili nebo přidali do pregraduální přípravy?***

Oslovení začínající lékaři by nejvíce ocenili větší pocit připravenosti na každodenní činnosti. Při vstupu do zaměstnání nejvíce bojují s neznalostí nemocničního systému a administrativními úkoly. Rádi by do studia zařadili základní vzdělání nebo se účastnili přednášky od mladých lékařů z praxe, kteří by se s nimi podělili o zkušenosti s nástupem do nemocnice.

Teoretické poznatky o oboru vnímají jako neúčinné nebo zbytečné. Naopak prostor pro posun vidí především v nácvicích komunikace, které by do kurikula rádi zařadili nebo jejich časovou dotaci rozšířili. Nejvíce jim chybí základy krizové intervence pro řešení krizových situací, rovněž jako zpětná vazba od vyučujících, která by umožnila komunikaci nejen trénovat, ale především skutečně zlepšovat a zdokonalovat.

Téměř polovina participantů by uvítala tréninky soft skills pro zdokonalení tzv. měkkých dovedností. Tato myšlenka se nejčastěji objevovala v souvislosti s praktickým nácvikem komunikace, avšak také s tématy duševní hygieny, prezentačních dovedností, asertivity. Mladí lékaři by rádi propojili souvislosti, naučili se diskutovat, formulovat vlastní názory, prezentovat a umět je následně obhájit.

Participantů proto navrhovali praktická cvičení v nemocnici v menších skupinách, která by jim umožnila více příležitostí natrénovat samotnou péči o pacienta společně

s osvojením měkkých dovedností. Dále několik doktorů uvažovalo nad změnou rozložení předmětů do ročníků během studia lékařské fakulty, nad jejich vzájemnou relevantností a návazností. Konkrétně, aby témata etiky a komunikace byly vyučována společně s klinickými předměty, kdy se studenti reálně setkávají s pacienty na praktickém cvičení. V neposlední řadě participantů upozorňovali na výuku vedenou kompetentními lidmi z praxe, kteří by zvýšili zájem studentů o problematiku psychologie ve zdravotnictví.

### ***VO3: Jak mladí lékaři po nástupu na chirurgické oddělení vnímají psychologické aspekty vykonávání lékařské praxe?***

Téměř všichni lékaři ve výzkumu uvedli, že nástup do práce a střet s realitou pro ně znamenají velký stres. Komplexnost péče, nepřipravenost, nejistota a vysoká očekávání podněcují pocit nekompetentnosti a nízké sebevědomí. Začínající doktoři navíc bojují s velkou zodpovědností a tíhou rozhodnutí, s níž se mnoho z nich poprvé setkává až po studiu.

Nástup do nemocnice přináší výraznou změnu životního stylu. Oslovení lékaři popisují náročně hlavně každodenní pevný režim s mnohem menší flexibilitou oproti studiu VŠ. Po tříměsíční zkušební době se navíc přidávají noční a víkendové služby na ambulanci, což požaduje další adaptaci. Mnoho lékařů proto zažívá velkou únavu a nutnost rovněž přizpůsobit svůj životní styl náročným časovým požadavkům.

Participantů proto velmi vyzdvihují důležitost dobrého kolektivu a kolegiální přístup primáře. Někteří uváděli pracovní kolektiv jako vůbec nejdůležitější kritérium při výběru pracoviště a pro spokojenost v práci. Zdůrazňovali především otevřenost kolegů k jejich otázkám, ochotu atestovaných lékařů předávat zkušenosti a učit nové doktory. Současně dva lékaři zmínili také vlastní pokoru a respekt ke kolegům a důležitost sebereflexe pro správný odhad vlastních schopností a situací, kdy si staršího kolegu zavolat ke konzultaci.

Zároveň nastupující absolventi v naší studii vidí velký přínos mimoškolních aktivit, do nichž se zapojili během studia na VŠ. Nejčastěji se jedná o rozvoj měkkých dovedností, utváření osobnostních charakteristik, zkušenosti s organizací akcí i vedením lidí a větší sebevědomí při vystupování na veřejnosti. Dále získali kontakty na budoucí kolegy v České republice i ve světě. Zahraniční stáže a studijní pobyty jim rozšířily obzory a nabídly odlišný pohled na medicínu. V neposlední řadě aktivity nad rámec studia obohatily jejich životopisy, otevřely možnosti při hledání zaměstnání nebo dokonce pomohly práci získat.

#### ***VO4: Jak mladí lékaři vnímají komunikaci s pacienty a dalšími lidmi při výkonu praxe?***

Participantů uváděli, že se o komunikaci s pacienty dozvěděli spíše základní teoretické informace a praktické nácviky během studia téměř nezažili. Nedostatečné zkušenosti, chybějící informace o obsahu sdělení nebo o specifických postupech konkrétního oddělení následně vedou k nízkému sebevědomí a nejistotě v komunikaci. Všechny zmíněné faktory se mohou odrazit ve výsledném sdělení pacientovi, které může vyznít necitlivě.

Mezi další specifické aspekty komunikace s pacientem v chirurgii patří její rychlost a skutečnost, že většina pacientů na oddělení už diagnózu zná z předchozích vyšetření. Rozdílná situace však nastává v ambulancích, kde dochází k mnoha nečekaným okamžikům, vyžadujících nutnost reagovat okamžitě a správně.

Zkušenosti s oznamováním negativní zprávy přidali pouze někteří účastníci, protože na určitých pracovištích může zprávu sdělovat jedině atestovaný doktor. Nejnáročněji vnímají vybalancovat pravdu s nadějí na úspěšnou léčbu pacienta. Mezi nápady, co by začínajícím lékařům pomohlo se cítit sebejistěji, zmiňovali možnost sledovat práci zkušenějšího doktora, získat celý způsob přemýšlení a taktizování. Také dostatek času na přípravu, ověření informací předem a konzultace se zkušeným doktorem považovali za velmi účinné strategie.

#### ***VO5: Co by mladým lékařům v praxi pomohlo snadněji a rychleji se vyrovnat s psychickou náročností povolání?***

Důležitou roli ve zvládnutí stresu hraje familiárnost na pracovišti a přátelská atmosféra mezi kolegy, stejně jako radost z práce samotné. Vzájemná podpora a možnost požádat o radu zkušeného doktora podporuje jistotu a snižuje obavy z chyb na základě nedostatku zkušeností začínajících lékařů.

Dále by mohla pomoci systémová podpora. Některé nemocnice nabízejí intervence pro zaměstnance, některé nikoliv. Participantů navrhovali aktivní šíření informací o možnostech jejího využití. Jeden z lékařů se podělil o zkušenost s programem pro začínající pracovníky v nemocnici a další tuto myšlenku podpořil, že by určitý organizovaný adaptační proces ocenil. V rámci pracoviště účastníci hovořili také o důležitosti zpětné vazby na práci a na drobné úspěchy při výkonu povolání.

Nedílnou součástí prevence syndromu vyhoření je dostatečný odpočinek a duševní hygiena, o níž by se účastníci rovněž rádi dozvěděli více již během studia LF.

## 8 DISKUZE

V následující části diskutujeme nad výsledky, které jsme získali pomocí polostrukturovaných interview, a jež považujeme za nejdůležitější, přičemž se zaměříme na porovnání s již dříve realizovanými výzkumy zabývající se tématem připravenosti mladých lékařů. Zhodnotíme přínosy i limity naší práce, kterých jsme si vědomi. Závěrem se zamyslíme nad podněty pro další zkoumání. Vzhledem k malému počtu participantů, nelze získané výsledky zobecnit na celou základní populaci.

### *Výsledky a porovnání s dalšími výzkumy*

Podle svých výpovědí se participanti shodují, že v kurikulu lékařských fakult výrazně převažuje teoretická výuka nad praktickou a kvantita nutných znalostí nad jejich zapamatováním. Stejně jako ve výzkumu, který provedl Ghaderi (2020), studenti LF postrádají komplexní pochopení situace, propojování informací do širších celků.

Návazně někteří participanti přinesli nápad zařadit do výuky tréninky soft skills. Nejčastěji se jednalo o mladé lékaře, kteří sami jako trenéři působí nebo působili během studia. Z vlastní zkušenosti tedy mohli posoudit přínos měkkých dovedností do své lékařské praxe, který všichni hodnotili velmi pozitivně. Podobně jako v přechozích výzkumech (Charvát, 1968, in Křížová, 2006; Čákr 2017), i my vnímáme nutnost zaměřit se vedle medicínských znalostí na rozvoj afektivní složky s důrazem na témata týkající se duševní hygieny, prevence syndromu vyhoření, prezentačních dovedností.

Nejvíce by začínající lékaři ocenili především kvalitnější a praktičtější přípravu v komunikaci s pacienty. V souladu s předchozími výzkumy (Arbabi et al., 2010; Irmiš 2014), všichni participanti kromě absolventů 3. LF UK uvedli téměř žádné, pouze teoretické nebo jen velmi nízké vzdělání v komunikaci s pacientem. Pocit nedostatečných kompetencí způsobuje stres z nadměrné psychické zátěže, který dále vede k nejistotě a k vyhýbání se komunikaci s pacientem.

Trenéři soft skills navíc své výpovědi obohatili o přání dostávat při nácviku komunikačních dovedností zpětnou vazbu od vyučujících, čímž potvrzují závěry výzkumu Perrona (et al., 2014). Shodují se, že feedback by podpořil osvojení správných postupů a rovněž mohl zvýšit zájem studentů o psychologické aspekty medicíny. Participantů naší studie ještě navíc přidali význam výuky skrz praktické nácviky od kompetentních osob

z praxe. Několikrát zmínili také inspiraci od 3. LF UK, která se od ostatních lékařských fakult odlišuje nejen modulovou výukou, ale také důrazem na etiku, a právě rozvojem soft skills studentů.

Dále nás zajímaly zkušenosti při nástupu do praxe. Na otázku, co se podle participantů očekává od mladých lékařů, jsme obdrželi téměř shodné odpovědi. Podle nich se neočekává mnoho, maximálně teoretické znalosti z daného lékařského oboru, administrativní a „špinavá práce“ a v neposlední řadě ochota se rychle zaučit na oddělení a začlenit do služebního provozu. Tyto zkušenosti se rozcházejí s výsledky jiného výzkumu (Králová, Zedková, Nakládalová & Potomková, 2005), podle nichž nástup od praxe vyžaduje empatickou komunikaci pro podporu a naději pacientovi, odborné rady a pomoc pacientům i kolegům také v jiných záležitostech. Nicméně oba výzkumy se shodují na dostatečných teoretických znalostech a na skutečnosti, že společnost očekává nereálné lékařské zázraky.

Přestože malá očekávání od nastupujících lékařů snižují nároky na ně, všichni se potýkají s obavami při nástupu do nemocnice. Mezi největší stresory patří odborné selhání z nedostatku zkušeností, nedostačující praktické dovednosti, zvládnání administrativních úkolů, komunikace s pacienty a vztahy na pracovišti. Většina obav může pramenit z pocíťované nedostatečné přípravy a nekompetentnosti. Na rozdíl od výzkumu Králové (et al., 2008), participantů neuváděli nízké finanční ohodnocení ani zvládnutí práce s rodinou (pravděpodobně z důvodu, že nikdo v době rozhovoru vlastní rodinu nezakládal). Za nejnáročnější aspekt nástupu do práce považovali nový denní režim, odlišný od životního stylu na VŠ. Lékaři se potýkají s velkou únavou a nutností plánovat volný čas. Podle většiny výpovědí lze finančně vyžít, avšak za mnohem výraznější problém považují práci přes limit kompetencí a chybějící dozor, což vnímají jako jeden z nejdůležitějších faktorů odchodu mladých lékařů do zahraničí.

Překvapily nás velmi odlišné výsledky o kompetenci lékařů v krizových situacích v porovnání s americkým výzkumem (Wiggins-Dohlvik, Stewart, Babbitt, Gelfond, Zarzabal & Willis, 2009). Podle jeho výsledku se 96 % lékařů cítí dostatečně sebevědomí a kompetentní, zvládají situace úspěšně a nebojí se jich. Naopak v našem výzkumu nečekané komplikace patřily k nejčastějším obavám začínajících doktorů. Současně však participantů obou studií shodně uváděli úzkost a strach z nekompetentnosti.



Rovněž zkušenosti týkající se postgraduálního vzdělání se odlišují. Podle zahraničního výzkumu (Girgis, Sanson-Fisher & Walsh, 2001) pouze 4 % chirurgů považovali své dovednosti v oznamování negativní zprávy za nedostatečné, ale zároveň až v 90 % případů docházelo k porušení doporučených postupů. Často uváděli nízké kompetence v oblasti prevence a poradenství, avšak projevíli pouze minimální zájem o další vzdělávání. Oproti tomu téměř všichni účastníci našeho výzkumu se cítí nepřipraveni na oznamování negativních zpráv a někteří přímo projevíli zájem o kurzy krizové intervence. Celkově se snažili dále vzdělávat o tématech v medicíně, ať už v rámci přípravy na kmenovou zkoušku nebo i nad rámec přípravy.

Jako možnou příčinu rozdílu mezi českými a zahraničními výzkumy vidíme rozdílné vzdělání studentů LF, širší praktické dovednosti absolventů v zahraničí nebo jejich vyšší sebejistotu a sebevědomí díky kolegiálnějšímu přístupu vyučujících na VŠ a následně atestovaných lékařů v nemocnici.

Zajímavým pro nás bylo zastavení se u osobnostních charakteristik chirurgů. Podle předchozího výzkumu (Turska, Skrzypek, Wrońska & Kulik, 2017) jsou vnímáni s vyšší úrovní extravertze, svědomitosti a otevřenosti ke změně, a naopak nižší mírou vstřícnosti. Někteří naši participanti sami sebe vnímají podobně nebo dokonce stejně. Navíc však zmiňovali málo šancí k interakci s pacienty, jelikož v chirurgii se zpravidla jedná o krátkodobý kontakt. Domníváme se, že limitovaná komunikace s pacienty by mohla patřit důvodům pro negativní předsudky společnosti vůči chirurgům.

Samotné povolání vnímají mladí jako velmi stresové, které výrazně ovlivňuje celý život. Napříč studiemi popisují dlouhodobé vyčerpání, velkou únavu až přecházení vlastních fyziologických potřeb a tělesných onemocnění (Nešpor, 2019; Schmidbauer, 2000). Všichni se shodují, že prevence syndromu vyhoření je extrémně důležitá a současně je náročné udržet copingové strategie společně s dlouhými směňami a službami.

Tématu syndromu vyhoření zdravotnických pracovníků a lékařů se věnovalo mnoho výzkumů (Ghaderi et al, 2020, Honzák, 2015; Křivohlavý, 2012; Pešek & Praško, 2016). Náš výzkum potvrdil jejich výsledky, že mezi klíčové faktory prevence syndromu vyhoření patří bezpochyby sociální podpora. Lékaři nejčastěji zmiňovali přátelskou atmosféru na pracovišti, rodinné zázemí a udržování kontaktu s lidmi z nelékařského prostředí.

V návaznosti na studie Linhartové (2007) a Nešpora (2019) o doporučené vyvážené stravě, kvalitním spánku a zdravém životním stylu bohužel participanti popisovali naprosto

opačné zkušenosti. Potýkají se s nekvalitním spánkem během služeb, dlouhými přesčasy překračující několikanásobně zákoník práce, služby neumožňují dostatek odpočinku mezi pracovními dny. V návaznosti na náročnou práci někdo upřednostňuje spíše pasivní odpočinek doma, jiní naopak vyzdvihují aktivní odpočinek a efektivní trávení volného času.

Ve zkušenostech s nástupem do nemocnice lze spatřit určitou podobnost s předchozím výzkumem (Wiggins-Dohlvik, Stewart, Babbitt, Gelfond, Zarzabal & Willis, 2009). Rovněž naši účastníci studie považují za důležité vystoupit ze své komfortní zóny, pracovat na sebevědomí a sebe prezentaci, nebát se zeptat, umět komunikovat s pacienty i kolegy a dalším personálem, udržovat si nadšení do práce, vlastní sociální bublinu a svého normálního „emočně-společenského ducha.“

### ***Limity výzkumu***

Vzhledem k naší studii jsme zvolili kvalitativní výzkum. Daný typ výzkumu nám umožnil detailně prozkoumat zkušenosti mladých lékařů při nástupu do nemocnice a jejich vnímanou připravenost do praxe. S ohledem na cíl výzkumu považujeme výzkumný rámec za vhodný. Zároveň výzkumný rámec a malý počet účastníků neumožňuje zobecnit výsledky na celou populaci. Závěry výzkumu můžeme tedy spíše považovat za vhled do problematiky, jež by byla užitečná více prohloubit dalšími studii.

Při samotných interview jsme se snažili zajistit podobné podmínky pro všechny participanty. Preferovali jsme při rozhovoru osobní kontakt, což se nám bohužel vlivem celosvětové pandemie a návazným opatřením v nouzovém stavu u poloviny rozhovorů nepodařilo. Online hovory vnímáme jako méně osobní a obtížnější v navození atmosféry pro sdílení zkušeností. Nicméně se domníváme, že virtuální prostředí výrazně neovlivnilo výpovědi participantů, průměrná délka online interview byla pouze o minutu nižší než průměrná délka všech rozhovorů. Případnou menší sdílnost některých lékařů mohla způsobit spíše časová tíseň nebo jejich osobnostní charakteristiky.

Právě na osobnostní charakteristiky a ladění jsme se primárně nezaměřovali. Někteří účastníci výzkumu je při sebereflexi sami zmínili nebo se vynořily později při analýze rozhovorů. Jsme si vědomi, že v lékařské profesi hrají osobnostní charakteristiky rovněž velký význam a ovlivnily zkušenosti, které mladí lékaři v interview sdíleli.

Participantů také popisovali rozdílné nemocniční praktiky, s nimiž se během své praxe setkávají, nebo v době rozhovoru působili v praxi velmi krátce. Ne všichni měli možnost se setkat se všemi tématy, na která jsme se jich při interview ptali (například

oznamování negativní zprávy, noční a víkendové služby na ambulanci), což snížilo počet výpovědí pro následnou analýzu dat.

### ***Přínosy výzkumu a přesah do praxe***

Pozitivně vnímáme vyrovnaný poměr žen a mužů ve výzkumném vzorku. Rovněž délka praxe pokryla celý stanovený rozptyl mezi měsícem a dvěma lety. Současně jsme si vědomi, že časový odstup mohl zkreslit vzpomínky na samotný nástup do nemocnice.

Studie se rovněž zúčastnili absolventi z téměř všech lékařských fakult a napříč různými chirurgickými obory, díky čemuž obohatili výsledky o mnoho zajímavých zkušeností. Zároveň se jejich zážitky velmi odlišovaly v závislosti na oddělení a typu nemocničního zařízení, což patří mezi důvody, proč výsledky studie nelze zobecnit.

Mnoho předchozích výzkumů se zaměřilo na syndrom vyhoření u lékařů nebo pracovníků ve zdravotnictví. Snažili jsme se proto pohled na povolání lékaře obohatit o novou perspektivu. Na základě výsledků studie navrhuje zařadit do kurikula všech lékařských fakult tréninky soft skills se zaměřením na témata komunikace s pacienty a jejich příbuznými, duševní hygieny, prezentačních dovedností, time managementu a dalších, která by mohla zvýšit sebejistotu a zlepšit vystupování mladých lékařů.

Dalším podnětem je myšlenka zorganizovat workshopy pro vyučující předmětů týkající se psychologie a komunikace na lékařských fakultách. Vyučující by se mohli dozvědět tipy, jak připravit interaktivní výuku, jak poskytovat kvalitní zpětnou vazbu studentům, co z mnoha témat vybrat pro výuku.

Závěrem jsme se participantů zeptali, co by chtěli vzkázat studentům medicíny a začínajícím lékařům ze svého pohledu doktora v praxi. Ve výpovědích kladli důraz na vlastní proaktivitu – konkrétně snahu vidět během studia co nejvíce, najít si praxe v dobrém kolektivu, aktivně se zapojovat na praktických cvičeních, zapisovat si volitelné předměty nad rámec povinného počtu kreditů. Dále lékaři navrhovali podívat se v rámci dobrovolné stáže na oddělení, na které by následně studenti rádi nastoupili. Více než na množství teoretických znalostí a známkách ze zkoušek apelují na důsledné osvojení základů. Při pohledu na své studium by se méně stresovali zkouškami a snažili se více si užít studentský život. V neposlední řadě doporučují vyjet na zahraniční stáž, ideálně do rozvojových zemí, která umožní vidět život bez jistot, bolest a smrt v ryzí podobě.

Jednoznačným přínosem je tak řada doporučení pro praxi.

### *Náměty pro další zkoumání*

Jednou z možností se nabízí sledovat výše zmíněné návrhy změn v kurikulu lékařských fakult a jejich efektivitu pro studenty, resp. následně absolventy LF v praxi. Domníváme se, že zpětná vazba, evaluace předmětů a jejich dlouhodobý dopad nejen na vystupování lékařů, ale především na jejich vnímanou připravenost by mohl dále zkvalitnit výuku na lékařských fakultách. Podobně by se další studie mohly zaměřit na programy pro vyučující a sledovat jejich efektivitu ve výuce předmětů soustředících se na psychologickou tematiku.

Rozšířením konkrétně našeho výzkumu navrhujeme longitudinální studii. Neoptimálnější možnost vidíme v oslovení stejných participantů pro follow-up interview, který by nabídl užší pohled na adaptační proces z dlouhodobé perspektivy. Mohl by se zaměřit na otázky, co jim při vstupu do praxe nejvíce pomohlo, jak se vyrovnali s profesní zátěží, jaký vnímají progres ve své připravenosti do praxe.

## 9 ZÁVĚR

Diplomová práce se zabývá vnímanou vlastní připraveností začínajících lékařů chirurgických oborů k výkonu profese. Ve výzkumu nás zajímalo pět hlavních okruhů: Pregraduální příprava lékařů na VŠ, Nástup začínajících lékařů do praxe, Psychologické aspekty povolání a vnímaná vlastní kompetentnost, Komunikace s pacienty, Copingové strategie vyrovnávání se se stresem. V závěrečné části shrneme nejdůležitější výsledky studie.

Z výzkumu vyplynulo, že se téměř všichni oslovení mladí lékaři cítí nepřípravěni do praxe. Nejvíce by ocenili snížení požadavků na teoretické znalosti, které nyní považují za předimenzované se zbytečným důrazem na detaily. Specifické znalosti by raději zařadili spíše do kmenové a předatestační přípravy, zatímco ve výuce se soustředili na důležité základy a mnohem více na osvojení praktických dovedností využitelných v nemocnici. Podobně v předmětech týkající se psychologie by se zaměřili na poznatky užitečné v lékařské praxi spíše než na teorii psychologie jako vědy.

Poměrně velkou diskuzi otevřelo téma komunikace v lékařství. Většina dotázaných lékařů se cítí nejistě a nekompetentně, především při sdělování infaustní diagnózy nebo negativní zprávy. Zdá se, že velmi pomáhají mimoškolní aktivity, které se podílejí na zdokonalení tzv. soft skills (měkkých dovedností) a na budování sebevědomí při vystupování na veřejnosti. Tyto dovednosti lékaři mohou následně uplatnit při práci v nemocnici.

První, a zatím zřejmě jedinou, fakultou se stala 3. LF UK, kde tréninky organizované proběhly pod vedením MUDr. Mechúrové. Následně koordinovala konferenci Training Day, rovněž zaměřenou na měkké dovednosti. Podle pozitivních ohlasů studentů, absolventů a participantů výzkumu usuzujeme, že by studenty medicíny mohly obohatit právě o dovednosti, jež participanté popisovali jako nedostatečné.

Podobným kurzem je Právo žít, věnující se práci s oběťmi domácího násilí. Seznámí s organizacemi, které se této problematice věnují. Dozví se o traumatu a trénují komunikaci obecně i specificky v daných situacích.

Na základě výzkumů se zdá, že cesta k větší sebejistotě začínajících lékařů by mohla vést přes změny nejen v kurikulu LF, ale také ve stylu výuky a přístupu vyučujících. Lékaři

ve výzkumu nejčastěji navrhovali větší efektivitu praktických cvičení a výuku vedenou kompetentními vyučujícími. Důležitou roli hraje rovněž motivace lékařů na fakultě vyučovat. Více vyučujících by umožnilo vést praktická cvičení pro menší skupiny studentů, což by rozšířilo prostor pro interaktivní trénink a konstruktivní zpětnou vazbu. V návaznosti by mohla vzrůst motivace studentů se aktivně zapojovat do praktických nácviků.

Nástup do praxe popisují participanté jako velmi stresující s velkou nervozitou a nejistotou. Doprovází ho naprosto nový denní režim, únava, nutnost efektivně plánovat čas a dostatečně odpočívat. Mezi velké stresory se řadí rovněž krizové situace a nečekané komplikace, které vyžadují nutnost reagovat ihned a správně. Zúčastnění lékaři se cítí nepřipraveni na každodenní úkony a na komplexnost lékařské péče. Rezonujícím tématem se stávají obavy ze zodpovědnosti a tíhy rozhodnutí, s nimiž se mladí doktoři musí vyrovnat.

K nástupu do praxe se váže rovněž předatestační příprava. Podle zkušeností participantů až na výjimky bývá dobře zorganizovaná na konkrétních pracovištích. Avšak na republikové úrovni se zpravidla jedná o zmatený a neorganizovaný systém se stále se měnícími požadavky pro splnění kmenové nebo atestační zkoušky. Kromě nevyhovujícího postgraduálního vzdělání se oslovení mladí lékaři potýkají s prací přes své kompetence bez důsledného dozoru atestovaných kolegů a velkým počtem přesčasů. Zdá se, že právě tyto faktory zřejmě patří mezi nejčastější a nejvýznamnější důvody pro odchod mladých lékařů do zahraničí.

Významný vliv hrají copingové strategie pro vyrovnávání se se stresem. V práci se nejčastěji jedná o spolehlivý a přátelské kolektiv, otevřenost kolegů k otázkám a ochota pomoci v začátcích (především při službách), kolegiální přístup primáře, pozitivní zpětná vazba, radost z práce a v neposlední řadě kvalitní odpočinek jako prevence chyb z přepracování.

Tázání lékařů se shodují, že účinné techniky duševní hygieny jsou velmi individuální, nicméně celkově považují za užitečné osvojit si vyhovující strategie již během studia lékařské fakulty. Obecně doporučují si skutečně vyhradit čas pro sebe, sportovně nebo jinak aktivně odpočívat. Dále záleží na osobnostních charakteristikách a schopnosti sebereflexe.

Závěrem z rozhovorů vyplynulo, že systémová podpora pro zaměstnance nemocnic neexistuje nebo pokud ano, ocenili by její aktivnější propagaci. Začínajícím lékařům zapojeným do výzkumu by rovněž mohla pomoci supervize pro sdílení zkušeností a emocí při začátcích v nemocnici.

Domníváme se tedy, že především osobnostní rozvoj společně s důrazem na praktické dovednosti by mohl zvýšit vnímanou připravenost studentů lékařských fakult pro nástup do praxe.

# SOUHRN

Předkládaná diplomová práce se věnuje tématu vnímané vlastní připravenosti začínajících lékařů chirurgických oborů k výkonu profese. Předchozí výzkumy se zaměřily spíše na pracovníky integrovaného záchranného systému nebo zdravotní sestry, v naší studii jsme se proto soustředili specificky na psychickou náročnost, požadavky a připravenost mladých doktorů při vstupu do praxe, především z pohledu na psychologické aspekty povolání.

V teoretické části jsme čerpali z bohatých českých i zahraničních pramenů a předchozích výzkumů. Shrnujeme informace o vzdělávání mediků, konkrétně o studiu na lékařských fakultách, které budoucí lékaře připravují na výkon profese. Stále velmi výrazně převažuje výuka medicínských předmětů. Podle dosavadních studií se zdá, že cílený výcvik v interpersonálních dovednostech a práci s emocemi nepostačuje, ačkoli mnohé zahraniční výzkumy považují právě mezilidské a komunikační dovednosti za jedny z nejdůležitějších kompetencí lékařů. Zmiňujeme rovněž následnou předatestační přípravu a celoživotní vzdělávání doktorů.

Přibližujeme praxi lékařů, rozdělení oborů na chirurgické a interní obory. Každá oblast medicíny totiž přináší rozdílné pracovní prostředí a nároky na práci lékařů. Zatímco chirurgie je založena především na operacích, interní lékařství pracuje více s vyšetřovacími metodami a anamnézou pacienta na základě komplexního přístupu. Kontakt s pacientem je v chirurgii poměrně limitován, interna je z mnohem větší části založena na efektivní komunikaci s pacientem a dlouhodobé léčbě. Rovněž typ a úroveň nemocničního zařízení představuje nedílnou součást rozdílné zkušenosti s nástupem do praxe.

Dále pojednáváme o osobnosti lékaře. Většina studentů absoluuje lékařskou fakultu mezi 25 a 26 lety, mnozí však i později. Vývojová psychologie vymezuje toto období jako mladou dospělost. Pacienti zpravidla od lékařů očekávají profesionální přístup, dostatek odborných medicínských znalostí a praktických dovedností, což však často překračuje možnosti začínajících lékařů. Mezi pozitivně vnímané charakteristiky patří prosociálně orientovaná a vyzrálá osobnost s důrazem na etické principy a hodnotu lidského života. Chirurgové se zpravidla vyznačují vyšší úrovní extravertze, svědomitosti a otevřenosti ke změně. Rovněž sebedisciplína, osobnostní konzistence, motivovanost patří mezi klíčové vlastnosti. Naopak se zdají být orientováni spíše na výkon než na sociální vztahy, vzrušivější, agresivnější a zároveň upřímnější v porovnání s lékaři interních oborů. Velmi důležitou složkou pro zvládnání náročných situací je odolnost lékaře, self-efficacy



a copingové strategie. V závěrečné kapitole nastiňujeme výsledky dříve realizovaných výzkumů věnující se danému tématu.

V praktické části práce předkládáme vlastní realizovaný výzkum. Cílem výzkumu jsme si stanovili zmapovat vnímanou vlastní připravenost začínajících lékařů chirurgických oborů k výkonu profese, a následně položili pět výzkumných otázek:

*VO1: Jak mladí lékaři vnímají a hodnotí pregraduální přípravu na VŠ?*

*VO2: Co by ze svého pohledu mladí lékaři zařadili nebo přidali do pregraduální přípravy?*

*VO3: Jak mladí lékaři po nástupu na chirurgické oddělení vnímají psychologické aspekty vykonávání lékařské praxe?*

*VO4: Jak mladí lékaři vnímají komunikaci s pacienty a dalšími lidmi při výkonu praxe?*

*VO5: Co by mladým lékařům v praxi pomohlo snadněji a rychleji se vyrovnat s psychickou náročností povolání?*

V souladu s charakteristikou výzkumu jsme zvolili kvalitativní přístup, který v holistickém přístupu pracuje s jedinečnou zkušeností každého participanta. Pro tvorbu dat jsme vybrali metodu polostrukturovaného interview, které umožňuje rozhovor flexibilně adaptovat pro každého participanta a současně získat důležité informace pomocí klíčových otázek. Rozhovory jsme se souhlasem participantů nahrávali na diktafon, doslovně přepsali a upravili redukcí prvního řádu. Zpracování dat následně proběhlo pomocí interpretativní fenomenologické analýzy.

Výzkumný soubor tvořilo deset mladých lékařů ve věku 25–30 let. Participantů dále museli pracovat v některém z chirurgických oborů ne déle než dva roky od nástupu do nemocnice. Pro hledání vhodných participantů a jejich oslovení jsme využili metody samovýběru, sněhové koule a prostého záměrného výběru. Výzkumu se zúčastnilo pět mužů a pět žen téměř ze všech lékařských fakult, pracujících napříč různými kraji ČR, typů nemocničních zařízení a oddělení.

Při analýze dat vzniklo pět tematických okruhů - Pregraduální příprava lékařů na VŠ, Nástup začínajících lékařů do praxe, Psychologické aspekty povolání a vnímaná vlastní kompetentnost, Komunikace s pacienty, Copingové strategie vyrovnávání se se stresem.

Z výpovědí participantů jsme mohli pozorovat, že vysoká škola je vybavila teoretickými znalostmi, ale nedostatečnými praktickými dovednostmi. Dotázání mladí lékaři by ocenili více praktických nácviků během cvičení, ale rovněž rozvoj tzv. soft skills

(měkkých dovedností), především v oblastech komunikace s pacienty, duševní hygieny, prezentačních dovedností, time managementu. Důležitou roli hrají rovněž kompetentní vyučující motivováni do výuky.

Nástup do práce popisují participantů jako velmi stresující. Nejvíce bojují se změnou denního režimu a nutností se adaptovat k novému životnímu stylu. Často se potýkají s velkou zodpovědností za pacienty a tíhou rozhodnutí. K obavám patří také nejistota z nového pracovního kolektivu.

Téměř všichni oslovení lékaři se vnímají jako nedostatečně kompetentní a nepřipraveni k výkonu povolání při nástupu do práce. Nízká úroveň zkušeností, komplexnost péče, každodenní administrativa, vysoká očekávání podněcují nízké sebevědomí. Přínos považují v mimoškolních aktivitách během studia na VŠ. Oceňují rozvoj měkkých dovedností, utváření osobnostních charakteristik, zkušenosti s organizací akcí a větší sebevědomí při vystupování na veřejnosti. Zahraniční stáže a studijní pobyty jim přinesly odlišný pohled na medicínu ve světě.

Velká část participantů uvedla, že v komunikaci s pacienty a jejich příbuznými se cítí velmi nejistě. Pouze tážaní absolventi 3. LF UK si teoretické postupy prakticky trénovali během studia, na ostatních lékařských fakultách se lékaři zpravidla dozvěděli pouze obecné základy komunikace. Patrná nejistota při sdělování zpráv pacientovi zapříčiňuje stresové situace, nevhodné formulace až nevhodně podané zprávy. Rádi by proto komunikaci více trénovali a dostali na ni zpětnou vazbu, naučili se základy krizové intervence již během studia, což by jim umožnilo osvojit si správný způsob přemýšlení a taktizování. Také dostatek informací a času na přípravu společně s konzultací se zkušeným kolegou se zdají být velmi pozitivními faktory.

V prevenci proti syndromu vyhoření velmi pomáhá přátelská atmosféra na pracovišti, kolegiální přístup primáře a ochota atestovaných lékařů učit mladé. Dále je důležitá sociální podpora i mimo nemocniční kolektiv, kvalitní spánek, dostatečný aktivní odpočinek a osobní funkční strategie duševní hygieny.

Výsledky studie mohou být využity v lékařské praxi, v pregraduálním i postgraduálním vzdělávání lékařů.

# LITERATURA

- 1. Lékařská fakulta UK. (nedat). Obory specializace. Získáno 24. listopadu 2020, z lf1.cuni.cz: <https://www.lf1.cuni.cz/obory-specializacee>
- Ackerman, C. (19. října 2020). *What is Self-Efficacy Theory in Psychology?* Získáno 8. prosince 2020, z Positive Psychology: <https://positivepsychology.com/self-efficacy/>.
- Ahn, D. (Únor 2014). What is the social competency for doctors? *J Korean Med Assoc*, 57(2), 96-103.
- Andreas, P. (4. září 2018). *Počty mediků mohou růst, vláda rozhodla o 6,8 mld. pro fakulty.* Získáno 15. ledna 2021, z 2. lékařská fakulta Univerzity Karlovy: <https://www.lf2.cuni.cz/fakulta/clanky/zpravy-a-oznameni/pocty-mediku-mohou-rust-vlada-rozhodla-o-68-mld-pro-fakulty>.
- Arbabi, M., Roozdar, A., Taher, M., Shirzad, S., Arjmand, M., Mohammadi, M. R., & Roozdar, A. (2010). How to break bad news: Physicians' and nurses' attitudes. *Iranian Journal of Psychiatry*, 5(4), 128-133.
- Baile, W.F., Buckman, R., Lenzi, R., Glober, G., Beale, E.A., & Kudelka, A.P. (2000). SPIKES—A Six-Step Protocol for Delivering Bad News: Application to the Patient with Cancer. *The Oncologist*, 5, 302-311.
- Balint, M. (1998). *Lékař, jeho pacient a nemoc.* Praha: Grada Publishing.
- Bártlová, S. (2006). Příspěvek T. Parsonse k rozvoji sociologie medicíny a zdravotnictví. *Sociální práce*, 1/2006, 93-100.
- Bellande, B. J. (2005). The CME professional: Challenges and opportunities in reforming CME. *Journal of Continuing Education in the Health Professions*, 3, 203– 209.
- Beran, J. (2010). *Lékařská psychologie v praxi.* Praha: Grada Publishing.
- Bhutani, J., Bhutani, S., & Kumar, J. (Červen 2013). *Achieving patient centered care: Communication and cultural competence.* Získáno 1. října 2020, z Research Gate: [https://www.researchgate.net/publication/239942597\\_Achieving\\_patient\\_centered\\_care\\_Communication\\_and\\_cultural\\_competence](https://www.researchgate.net/publication/239942597_Achieving_patient_centered_care_Communication_and_cultural_competence).

- Blatný, M. (2010). *Psychologie osobnosti: hlavní témata, současné přístupy*. Praha: Grada Publishing.
- Bower, E. A., Girard, D. E., Wessel, K., Becker, T. M., & Choi, D. (2008). Barriers to innovation in continuing medical education. *Journal of Continuing Education in the Health Professions*, 28(3), 148–156.
- Bureš, M. (7. června 2019). *Kdy vám končí status studenta po vysoké škole?* Získáno 2. listopadu 2020, z student.finance.cz: <https://student.finance.cz/523958-konec-status-studenta-po-vysoke-skole/>
- Cakirpaloglu, P. (2012). *Úvod do psychologie osobnosti*. Praha: Grada Publishing.
- Calman, K. C. (1995). Certification in postgraduate medical education. *Medical Education*, 29, 100–102.
- Carstensen, L. L., Posupathi, M., Mayr, U., & Nesselroade, J. (2000). Emotional experience in everyday life across the adult life span. *Journal of Personality and Social Psychology*, 79, 644-655.
- Cousin, N. (1994). *Anatomie nemoce očima pacienta*. Praha: Pragma.
- Čákr, M. (2017). *Typologie osobnosti v medicíně: lékaři, sestry, pacienti*. Praha: Management Press.
- Češka, R. et al. (2015). *Interna*. Praha: Triton.
- Disman, M. (1993). *Jak se vyrábí sociologická znalost*. Praha: Karolinum.
- Dostálová, E. (2012). *Početní stav a věková struktura lékařů v českém zdravotnictví*. (Diplomová práce). Univerzita Karlova v Praze.
- Drimlová, E. (2018). *Kompetence lékařů ke sdělování závažné diagnózy*. (Diplomová práce). Univerzita Palackého v Olomouci.
- Dušková, M. (2009). *Úvod do chirurgie*. Praha: Univerzita Karlova.
- Elger, B., & Hrding, T. (2002). Should cancer patients be informed about their diagnosis and prognosis? Future doctors and lawyers differ. *Journal of Medical Ethics*, 28, 258-265.

- Epner, D. E., & Baile, W. F. (2012). Patient-centered care: the key to cultural competence. *Annals of Oncology*, 23(3), iii33–iii42.
- Epstein, R. M. (Březen/Duben 2011). The Values and Value of Patient-Centered. *Annals Of Family Medicine*, 9(2), 100-103.
- Ferko, A., Šubrt, Z., & Dědek, T. (2015). *Chirurgie v kostce 2., doplněné a přepracované vydání*. Praha: Grada Publishing.
- Ghaderi, I., Korovin, L., & Farrell, T. M. (2020). Preparation for Challenging Cases: What Differentiates Expert From Novice Surgeons? *Journal of Surgical Education*, 0(0), 1-12.
- Girgis, A., Sanson-Fisher, R. W., & Walsh, R. A. (2001). Preventive and Other Interactional Skills of General Practitioners, Surgeons, and Physicians: Perceived Competence and Endorsement of Postgraduate Training. *Preventive Medicine*, 32, 73- 81.
- Greenburg, A.G., McClure, D.K., & Penn, N.E. (1982). Personality traits of surgical house officers: faculty and resident views. *Surgery*, 92(2), 368-372.
- Honzák, R. (2015). *Jak žít a vyhnout se syndromu vyhoření*. Praha: Vyšehrad.
- Hudon, C., et al. (Březen 2011). Measuring Patients' Perceptions of Patient-Centered Care: A Systematic Review of Tools for Family Medicine. *Annals of Family Medicine*, 9(2), 155-164.
- Chandra, S., Mohammadnezhad, M., Ward, P. (2018). Trust and Communication in a Doctor-Patient Relationship: A Literature Review. *Journal of Healthcare Communication*, 3(3:36).
- Irmiš, F. (1996). *Nauč se zvládat stres*. Praha: Alternativa.
- Irmiš, F. (2014). *Stres mezi lékařem, pacientem a zdravou osobou: Příklady, příčiny, psychosomatika, etika*. Praha: Galén.
- Institut postgraduálního vzdělávání ve zdravotnictví. (2018). *Jak získat specializovanou odbornost*. Získáno 24. listopadu 2020, z [ipvz.cz: https://www.ipvz.cz/lekari-zubni-lekari-farmaceuti/ziskavani-specializace/jak-ziskat-specializovanou-zpusobilost](https://www.ipvz.cz/lekari-zubni-lekari-farmaceuti/ziskavani-specializace/jak-ziskat-specializovanou-zpusobilost).

- Jankovský, J. (2018). *Etika pro pomáhající profese*. Praha: Triton.
- Kalčíková, P. (2012). *Zásady aseptiky a antiseptiky na operačních sálech*. (Diplomová práce). Univerzita Karlova v Praze.
- Kalra, S., & Kalra, B. (2010). A Good diabetes counsellor 'Cares': Soft skills in diabetes counselling. *Internet J Health, 11*.
- Klener, P. (2014). *Vnitřní lékařství*. Praha: Galén.
- Kocourek, T. (12. ledna 2010). *Předatestační vzdělávání*. Získáno 9. února 2019, z Mladí lékaři: <http://www.mladilekari.com/2010/predatestacni-vzdelavani/>.
- Kopřiva, K. (2016). *Lidský vztah jako součást profese (Vydání osmé, v Portále sedmé)*. Praha: Portál.
- Kouřilová, A. (2019). *Osobnostní charakteristiky lékařů jednotlivých medicínských oborů*. (Diplomová práce). Masarykova univerzita v Brně.
- Koutná Kostínková, J., & Čermák, I. (2013). Interpretativní fenomenologická analýza. In Čermák, I., Řiháček, T., Hytych, R. et al. (2013). *Kvalitativní analýza textů: čtyři přístupy*. Brno: Masarykova univerzita.
- Králová, J., et al. (Ed). (2008). *Současné trendy ve vzdělávání budoucích lékařů: Sborník z konference*. Univerzita Palackého v Olomouci.
- Králová, J., Zedková, I., Nakládalová, M., & Potomková, J. (2005). Obavy studentů všeobecného lékařství z nástupu do zaměstnání. *Zdravotnictví v České republice, 4/2005*, 192-195.
- Krejčíková, J. (2005). *Systém celoživotního vzdělávání lékařů v České republice*. AULA. 13/2005, 3. Získáno 28. ledna 2018 z Centra pro studium vysokého školství: <https://www.csvs.cz/wp-content/uploads/2019/01/05-2005-3-system-celozivotniho.pdf>
- Křivohlavý, J. (2002). *Psychologie nemoci*. Praha: Grada Publishing.
- Křivohlavý, J. (2012). *Hořet, ale nevyhořet*. Kostelní Vydří: Karmelitánské nakladatelství.

- Křížová, E. (2006). *Proměny lékařské profese z pohledu sociologie*. Praha: Sociologické nakladatelství SLON.
- Langmeier, J., & Krejčířová, D. (2006). *Vývojová psychologie*. Praha: Grada Publishing.
- Linhartová, V. (2007). *Praktická komunikace v medicíně*. Praha: Grada Publishing.
- Lyons, E., & Coyle, A. (Ed). (2007). *Analysing Qualitative Data in Psychology*. London: SAGE Publications Ltd.
- Mariano, E. M., Neal, C. C., & Chaitanya, S. M. (2015). Physician Empathy as a Driver of Hand Surgery. *J Hand Surg Am*, 40, 1860-1867.
- Mechúrová, B. (8. listopadu 2020). *6 kroků pro sdělování závažných zpráv*. Získáno 20. listopadu 2020, z LinkedIn:  
<https://www.linkedin.com/pulse/sd%25C4%259Blov%25C3%25A1n%25C3%25AD-z%25C3%25A1va%25C5%25BEn%25C3%25BDch-zpr%25C3%25A1v-p%25C5%2599edstavuje-jednu-z-situac%25C3%25AD-mech%25C3%25BArov%25C3%25A1/?trackingId=ITLvJcCffdYcw09yNzhx4Q%3D%3D&fbclid=IwAR0Q0M9K4GS>
- Meunier, J. et al. (2013). The effect of communication skills training on residents' physiological arousal in a breaking bad news simulated task. *Patient Education and Counseling*, 93, 40-47.
- Míček, L. (1984). *Duševní hygiena*. Praha: Státní pedagogické nakladatelství.
- Miller, S. H. (2005). American board of medical specialties and repositioning for excellence in lifelong learning: Maintenance of certification. *Journal of Continuing Education in the Health Professions*, 25(3), 151–156.
- Miovský, M. (2006). *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. Praha: Grada Publishing.
- MZ ČR. (19. prosince 2009). *Lékaři*. Získáno 9. února 2009, z Lékaři: [http://www.mzcr.cz/Odbornik/dokumenty/lekari\\_2406\\_1740\\_3.html#](http://www.mzcr.cz/Odbornik/dokumenty/lekari_2406_1740_3.html#)

- MZ ČR. (2015). *Vzdělávací program v oboru Vnitřní lékařství*. Získáno 3. prosince 2020, z IPVZ: <https://www.ipvz.cz/seznam-souboru/2251-vp-vnitri-lekarstvi-cerven-2015.pdf>
- Navrátil, L. (2017). *Vnitřní lékařství pro nelékařské zdravotnické obory - 2., zcela přepracované a doplněné vydání*. Praha: Grada Publishing.
- Nešpor, K. (2019). *Přirozené způsoby zvládnání stresu*. Praha: Raabe.
- Nováková, L. (2006). *Proces reformy zdravotnictví v ČR v systému národního hospodářství*. (Diplomová práce). Masarykova univerzita v Brně.
- Orel, M. (2019). *Anatomie a fyziologie lidského těla pro humanitní obory*. Praha: Grada Publishing.
- Pappasa, P., Gouvab, M., Gourgoulianisc, K., Hatzogloud, Ch., & E. Kotrotsiou. (2016). Psychological profile of Greek doctors - differences among five specialties. *Psychology, Health & Medicine, 21*(4), 439–447.
- Paulík, K. (2017). *Psychologie lidské odolnosti*. Praha: Grada Publishing.
- Pafko, P. (2011). Etika a komunikace v medicíně. In Ptáček, R., Bartůněk, P. et al., *Etika a komunikace v medicíně* (95–104). Praha: Grada Publishing.
- Peabody, F. (1927). The care of the patient. *JAMA, 88*, 877-82.
- Perron, N. J. (14. dubna 2014). Impact of postgraduate training on communication skills teaching: a controlled study. *BMC Medical Education, 14*(80).
- Pešek, R., & Praško, J. (2016). *Syndrom vyhoření: jak se prací a pomáháním nezničit: pohledem kognitivně behaviorální terapie*. Praha: Pasparta.
- Ptáček, R., Bartůněk, P. et al. (2011). *Etika a komunikace v medicíně*. Praha: Grada Publishing.
- Ptáček, R., & Bartůněk, P. et al. (2015). *Lékař a pacient v moderní medicíně. Etické, právní, psychologické a klinické aspekty*. Praha: Grada Publishing.
- Roccas, S. (2002). The Big Five Personality Factors and Personal Values. *Personality and Social Psychology Bulletin, 28*(6):789-801.



- Rubin, B. K., Zhao, W., & Winders, T. A. (2018). Review: What do patients want from their asthma care doctors? *Paediatric Respiratory Reviews*, 27, 86-89.
- Říčan, P. (2006). *Cesta životem*. Praha: Portál.
- Sargeant, J., Bruce, D., & Campbell, C. M. (2013). Practicing Physicians' Needs for Assessment and Feedback as Part of Professional Development. *Journal of Continuing Education in the Health Professions*, 33(1), 54–62.
- Scoles, P.V., Hawkins, R.E., & LaDuca, A. (2003). Assessment of clinical skills in medical practice. *Journal of Continuing Education in the Health Professions*, 23(3), 182–190.
- Sedláček, J. (2016). *Pomáhat' je slastné: (vybrané kapitoly a riziká v pomáhající profesii zdravotníka)*. Brno: Masarykova univerzita.
- Schmidbauer, W. (2000). *Psychická úskalí pomáhajících profesí*. Praha: Portál.
- Smith, J. A., Flowers, P., & Larkin, M. (2009). *Interpretative phenomenological analysis: Theory, method and research*. London: SAGE Publications Ltd.
- Stewart, M. B. (2003). *Patient-Centred Medicine: Transforming the Clinical Method*. 2nd ed. United Kingdom: Radcliffe Medical Press.
- Šedo, J. (1. června 2017). *Vademecum: Specializační vzdělávání lékařů*. Mladí lékaři. Získáno 9. února 2019 z Mladí Lékaři: <http://www.mladilekari.com/2017/vademecum-specializacni-vzdelavani-lekaru/>.
- Šíchová, T. (2017). *Postgraduální vzdělávání lékařů v ČR: Mladí lékaři v zajištění formálních a neformálních institucí*. (Diplomová práce). Univerzita Karlova v Praze.
- Špatenková, N. (2011). *Krizová intervence pro praxi*. Praha: Grada Publishing.
- Šváb, J. et al. (2017). *Kapitoly z dějin chirurgie v českých zemích*. Praha: Karolinum.
- Švancara, J. (1974). *Diagnostika psychického vývoje*. Praha: Avicenum.
- Thomas, J. H. (1997). The surgical personality: fact or fiction. *American Journal Of Surgery*, 174(6), 573-7.
- Tongue, J. R., Howard, R. Epps, & Forese, L. L. (2005). Communication Skills for Patient-Centered Care. *Journal Of Bone & Joint Surgery*, 87-A(3).

- Turabin, J. (2020). Doctor-Patient Relationship: The Difficult Balance between Patient Psychology and Community Sociology. *Community Medicine and Health Education Research*, 1(1), 40-50.
- Turska, D., Skrzypek, M., Wrońska, I., & Kulik, T. B. (2017). Personality predictors of surgical specialties choice among students of nursing. *Current Issues in Personality Psychology*, 5(2), 123-131.
- Tvrdek, M. (2004). *Úvod do obecné chirurgie*. Praha: Karolinum.
- Uhl, H. S. M. (1986). The fundamental role of the hospital in continuing medical education. *Möbius: A Journal for Continuing Education Professionals in Health Sciences*, 6(1), 86–90.
- Vágnerová, M. (2007). *Vývojová psychologie II., Dospělost a stáří*. Praha: Karolinum.
- Vávrová, S. (2012). *Doprovázení v pomáhajících profesích*. Praha: Portál.
- Vodáčková, D. (2007). *Krizová intervence*. Praha: Portál.
- Vyhláška č. 185/2009 Sb., o oborech specializačního vzdělávání lékařů, zubních lékařů a farmaceutů a oborech certifikovaných kurzech.
- Vyhláška č. 221/2018 Sb., o vzdělávání v základních kmenech lékařů
- Vymětal, J. (2008). *Lékařská psychologie*. Praha: Portál.
- Warschkow, R., Steffen, T., Spillmann, M., Kolb, W., Lange, J., & Tarantino, I. (2010). Original Communication: A comparative cross-sectional study of personality traits in internists and surgeons. *Surgery*, 148(5), 901-907.
- Wiggins-Dohlvik, K., Stewart, R. M., Babbitt, R. J., Gelfond, J., Zarzabal, L. A., & Willis, R. E. (2009). Surgeons' performance during critical situations: competence, confidence, and composure. *The American Journal of Surgery*, 198(6), 817-823.
- Wooglar, S. (1996). Psychology, Qualitative methods and the ideas of science. In Richardson, T. E. (1996). *Handbook of Qualitative Research Methods for Psychology and Social Science*. Leicester: The British Psychological Society. 11-24.
- WFME. (2012). *WFME Global Standards for Quality Improvement*. Basic Medical Education. University of Copenhagen, Denmark. Získáno 15. března 2019 z WFME

Global Standards for Quality Improvement. Basic Medical Education.  
[https://www.um.es/documents/1935287/1936044/Revision\\_of\\_Standards\\_for\\_Basic\\_Medical\\_Education\\_FINAL\\_260912.pdf/5866f7af-f7fc-4f9a-a7e6-eb054b7795c3](https://www.um.es/documents/1935287/1936044/Revision_of_Standards_for_Basic_Medical_Education_FINAL_260912.pdf/5866f7af-f7fc-4f9a-a7e6-eb054b7795c3).

- Zákon č. 67/2017 Sb. o podmínkách získávání a uznávání odborné způsobilosti a specializované způsobilosti k výkonu zdravotnického povolání lékaře, zubního lékaře a farmaceuta, ve znění pozdějších předpisů.
- Zákon č. 95/2004 Sb. o podmínkách získávání a uznávání odborné způsobilosti a specializované způsobilosti k výkonu zdravotnického povolání lékaře, zubního lékaře a farmaceuta (lékařský zákon).
- Zákon č. 111/1998 Sb. o vysokých školách.
- Zákon č. 137 / 2016 Sb. o změně zákona o vysokých školách.
- Zákon č. 372/2011 Sb. o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (zákon o zdravotních službách).
- Zeman, M., & Krška, Z. et al. (2011). *Chirurgická propedeutika (Třetí, přepracované a doplněné vydání)*. Praha: Grada Publishing.

# ABSTRAKT DIPLOMOVÉ PRÁCE

**Název práce:** Vnímaná vlastní připravenost začínajících lékařů chirurgických oborů k výkonu profese

**Autor práce:** Bc. Veronika Kocmanová

**Vedoucí práce:** MUDr. PhDr. Miroslav Orel, Ph.D.

**Počet stran a znaků:** 115, 211 502 znaků

**Počet příloh:** 3

**Počet titulů použité literatury:** 110

## **Abstrakt (800–1200 znaků)**

Teoretická část diplomové práce shrnuje studium medicíny se zaměřením na oblast psychologie, lékařskou praxi i nároky na celoživotní vzdělávání, na osobnost a odolnost lékaře. Za cíl výzkumu jsme si stanovili zmapovat vnímanou vlastní připravenost začínajících lékařů chirurgických oborů k výkonu profese a v souladu s ním pět výzkumných otázek. Výzkumu se zúčastnilo pět lékařů a pět lékařek působící v chirurgickém oboru méně než dva roky. Data byla vytvořena metodou polostrukturovaného interview a zpracována interpretativní fenomenologickou analýzou. Z výsledků vyplynulo, že se dotázaní mladí lékaři cítí nejistě a do praxe nepřipraveni, především v otázkách praktických dovedností, každodenních činností v nemocnici a komunikace s pacienty. Nástup do nemocnice vnímají jako velmi stresující a náročný s nutnou adaptabilitou na nový životní styl, velkou únavou a službami. Ve zvládnání stresu hraje význam pracovní kolektiv, sociální podpora, kvalitní odpočinek i osobní duševní hygiena. V pregraduální přípravě by ocenili větší důraz na zkušenosti uplatnitelné v praxi, tréninky soft skills již během studia, interaktivnější výuku klinických i psychologických předmětů, která by mohla zvýšit jejich zájem.

**Klíčová slova:** vzdělávání lékařů, praxe lékaře, odolnost lékaře, vnímaná připravenost, komunikace v medicíně

## **ABSTRACT OF THESIS**

**Title:** Self-perceived readiness for practice of beginning surgeons

**Author:** Bc. Veronika Kocmanová

**Supervisor:** MUDr. PhDr. Miroslav Orel, Ph.D.

**Number of pages and characters:** 115, 211 502 characters

**Number of appendices:** 3

**Number of references:** 110

### **Abstract (800–1200 characters)**

The theoretical background of this thesis deals with the study of medicine that is focused on the psychological point of view, medical practice and lifelong learning of doctors. Other important factors of influence include the personality and resilience of doctors. The aim of the research is to identify the self-perceived readiness for practice of beginner medical surgeons. The research sample consists of ten physicians who have been working in the surgical field for less than two years. The data was obtained by semi-structured interview and processed using interpretative phenomenological analysis. The results showed that young doctors feel insecure and unprepared for practice, especially with regards to practical skills, daily routine activities and communication with patients. They perceive entering the hospital environment as very stressful. They have to adapt to a new lifestyle as well as deal with a fatigue and shift work. Surgeons' work team, social support, effective rest and personal mental health strategy were found to help in stress management. Doctors would appreciate greater emphasis made during their course of studies on practical experience, earlier soft skills training, and more interactive teaching of clinical and psychological subjects.

**Key words:** study of medicine, medical practice, resilience of doctors, self-perceived readiness, communication in medicine

# PŘÍLOHY

## SEZNAM PŘÍLOH

1. Informovaný souhlas
2. Otázky k rozhovoru
3. Ukázka transkriptu a kódování rozhovoru

## Příloha 1: Informovaný souhlas



Univerzita Palackého  
v Olomouci



KATEDRA  
PSYCHOLOGIE  
Filozofické fakulty UP

### Informovaný souhlas o účasti ve výzkumné části DP

Já, níže podepsaný/á, souhlasím s poskytnutím údajů a dat pro účel výzkumné části diplomové práce, realizovanou Bc. Veronikou Kocmanovou a pod odborným vedením MUDr. PhDr. Miroslava Orla, Ph.D. (dále DP) na téma Vnímaná vlastní připravenost začínajících lékařů chirurgických oborů k výkonu profese. Data mohou být použita v anonymní podobě (bez osobních údajů a údajů, které by vedly k mé identifikaci) v DP, při prezentaci na odborných konferencích nebo dalších odborných akcích akademické obce.

Jsem obeznámen/a s výzkumným záměrem zmapovat vnímanou vlastní připravenost začínajících lékařů chirurgických oborů k výkonu profese. Výsledky mohou být využitelné v lékařské praxi, v pregraduálním i postgraduálním vzdělávání lékařů.

Byly mi zodpovězeny všechny mé dotazy, měl/a jsem možnost diskutovat mé otázky a vznést připomínky. Výzkumu se účastním dobrovolně a jsem si vědom/a, že mám právo z výzkumu odstoupit kdykoli v jeho průběhu i po jeho skončení. Pokud bych se tak svobodně rozhodl/a, svoje rozhodnutí oznámím emailem na adresu: [veronika.kocmanova01@upol.cz](mailto:veronika.kocmanova01@upol.cz).

Moje kontaktní údaje:

Jméno: .....

Email: .....

Telefon: .....

Dne: ..... v: .....

Podpis: .....

## **Příloha 2: Otázky k rozhovoru**

### **STUDIUM MEDICÍNY**

1. **Jaké předměty s psychologickou tematikou na VŠ jste absolvoval/a? Jaké jste měli povinně a z jaké nabídky volitelných předmětů týkající se psychologie jste si mohli vybrat?**
2. *Jak hodiny lékařské psychologie probíhaly?*
3. **Jakého vzdělání týkající se komunikace s pacientem, příbuznými a dalšími lidmi se Vám dostalo? Učili jste se reagovat na konfliktní a náročné situace, popř. jak?**
4. **Nacvičovali jste prakticky sociální a komunikační dovednosti? Pokud ano, jak nácviky probíhaly?**
5. *Jak vnímáte postoj vyučujících k psychologickým aspektům profese?*
6. **Co byste změnili na pregraduální přípravě nebo do ní ještě zařadili?**
  - *Proč je to pro Vás důležité?*
  - *V čem vidíte možný přínos pro mladší budoucí lékaře?*

### **PRAXE LÉKAŘE**

7. **Jak vnímáte nástup do praxe?**
8. **Co se podle Vás očekává od lékaře nastupujícího do praxe?**
9. *Vnímáte sami sebe, že dostáváte očekávaným požadavkům?*
10. *Jak hodnotíte dosavadní průběh pretestační přípravy?*
11. **Máte v práci možnost využít systémovou péči? (podpora, supervize, prevence syndromu vyhoření...)**
12. **Cítíte potřebu nebo nutnost absolvovat další kurzy (popř. nad rámec atestace)? Čeho se kurzy týkají?**
  - *Jaká je Vaše motivace pro další sebevzdělávání?*
  - *Účastnil/a jste se mimoškolních aktivit rozšiřující Vaše kompetence již při studiu?*
  - *V čem vidíte nyní zpětně jejich přínos pro Vás, pro praxi?*

### **VLASTNÍ KOMPETENTNOST**

13. **V čem konkrétně vnímáte, že Vás VŠ připravila pro výkon praxe dostatečně? V čem se cítíte dostatečně kompetentní?**
14. **Co Vám naopak ze školy chybí?**



**15. Čeho se v praxi nejvíce obáváte?**

- *Co by Vám pomohlo strach snížit nebo odstranit?*

**16. Co je pro Vás v praxi nejnáročnější? Proč?**

**17. Jak se s profesní zátěží vyrovnáváte?**

- *Co vám nejvíce pomáhá? Co naopak považujete za neefektivní strategie?*
- *Dozvěděla/a jste se základní copingové strategie nebo duševní hygieny ve výuce na VŠ?*
- *Popř. odkud jste informace získal/a?*

**18. Jaké pocity zažíváte při komunikaci s pacienty? S příbuznými? S ošetřujícím personálem?**

**19. Už jste oznamoval/a pacientovi nebo jeho rodině negativní zprávu? (letální onemocnění, úmrtí atd.)**

- *Co Vám přišlo nejnáročnější? Proč?*
- *Připadaly Vám Vaše kompetence a dovednosti v danou chvíli dostatečné?*
- *Co by Vám pomohlo cítit se sebejistěji / více kompetentní?*

**20. Co byste doporučil/a začínajícím kolegům nebo studentům medicíny? Co byste doporučil/a vedení fakulty nebo nemocnice?**

**21. Chtěl/a byste zmínit něco na závěr?**

---

### Příloha 3: Ukázka transkriptu a kódování rozhovoru

<i>Prvotní poznámky</i>	<i>Text rozhovoru</i>	<i>Vynořující se témata</i>
<p>„Hrozný stres“</p> <p>Nervozita, nejistota</p> <p>Pokora k nevědomosti</p> <p>Pokora k jiným názorům</p> <p>Vysoké očekávání od sebe samého</p> <p>Strach ze selhání</p> <p>„Hrozně moc jsem do práce těšil“</p>	<p>7) <i>A jak celkově vnímáš nástup do praxe?</i>  Tý jo.... Hroznej stres. Doteď si pamatuju, když jsem přijížděl k té značce a odbočoval do nemocnice, tachykardie jako prase. Já vlastně ani nevím, čeho bych se měl obávat nebo čeho se většinou obává většina. Ale já jsem se bál, jestli se něco nepos... Nebo člověk je v obrovské nejistotě, a myslím, že by v té nejistotě i měl být. To řekl hezky jeden starší kamarád o nastupujícím doktorovi: „Nemyslí si, že ví, takže dobrý.“ Takže na začátku nějaká ta nevědomost a nejistota je hrozně dobrá, bych řekl. Když si je člověk jistý, tak je míň otevřený jiným názorům, míň se ptá, takže na začátku to byl hrozný džihád z tohoto důvodu.</p> <p>Asi jsem se i hrozně bál, protože jsem věděl, že chci obstát v očích těch starších, že nechci být za toho cucáka, u kterého protočí oči a řeknout si „No ty krásu, to bude na dlouhou cestu s ním. A tenhle bude sloužit, jo?“ A hrozně dlouho trvalo, než jsem se z tohohle strachu otřepal. Ale jinak nevím. Já jsem se třeba do práce hrozně moc těšil. Do ambulance, kterou teď teda sotva cítím, jsem se každý den fakt těšil, každé ráno s hroznou chutí. Teď samozřejmě taky, ale vím, že bych mnohem radši byl na tom sále než na ambulanci (<i>smích</i>). Jooo, je to podle mě hrozně individuální.</p>	<p>Nástup do práce</p>
	<p>U mě teda, bez jakékoliv arogance a nadsázky, byla obrovskou výhodou ta Afrika, protože ne</p>	<p>Zahraniční zkušenost</p>

<p><b>Tíha rozhodnutí</b></p> <p><b>Následek rozhodnutí</b></p>	<p>v tom, že bych se něco naučil. Nebo teda jasný, že něco okoukáš. Ale spíš už jsem čelil tomu, že <b>musíš udělat nějaké rozhodnutí. Pochopil jsem tíhu rozhodnutí.</b> A v té Africe to bylo o to horší, že kdybych řekl, že se pacient uzdraví, i kdyby se na hlavu postavil, tak všichni přikývnu „Hmm, to je pravda, to jsem taky slyšel. Tak si stoupli na hlavu.“ Ale to už je zase jiná kapitola, nicméně v tomhle ten nástup byl ohromně ulehčený. Zkušenost toho, <b>nejen že se rozhodnu,</b> co si objedná k večeři, <b>ale budu čelit i těm následkům.</b> Už jsem viděl, že co udělám, má na někoho dopad.</p>	<p><i>z rozvojových zemí</i></p>
<p><b>Stres z tíhy rozhodnutí</b></p> <p><b>Kolegialita a podpora od starších kolegů</b></p> <p><b>Sebevědomí</b></p> <p><b>Přijetí do kolektivu</b></p> <p><b>Vycházet dobře s kolegy</b></p>	<p>Teď vidím u jednoho svého kamaráda, že se potýká přesně s tímhle problémem. On je chytrý, <b>dělá dobrá rozhodnutí, ale než řekne ANO, to trvá tak dlouho. A i vidím, že z toho má ohromný stres, přestože chodí do práce fakt rád.</b></p> <p>Myslím, že tohle bude ten nejčastější struggle těch mladých lékařů, a hlavně chirurgů. Protože chirurgové mají obrovské spektrum výkonů, které dělají sami, hlavně na těch menších pracovištích. Naštěstí jsem měl tenhle struggle docela malý. I tím, že <b>jsem prostě věděl, že se můžu na cokoli zeptat kluků. A do dneška se můžu zeptat i třikrát staršího.</b></p> <p>Když mě podpoří, tak si řeknu „Dobrý, to už asi příště poznáš.“ To mi taky přidávalo na tom <b>sebevědomí.</b></p> <p>A pak člověk řeší víc takové ty úsměvné problémy, jako aby <b>zapadl do kolektivu, abych si nenaštval kolegy, sestry mě braly.</b> To je taky hrozně důležitý, já jsem se vlastně bál víc sester</p>	<p><i>Obavy při nástupu do práce</i></p> <p><i>Co mladým lékařům pomáhá vyrovnat se se stresem?</i></p> <p><i>Obavy při nástupu do práce</i></p>

	<p>než doktorů když jsem nastupoval. Prostě to jsou věci, které Ti dokáží znechutit den. A pak je úplně jedno, kolik čeho víš, ale bude do práce chodit s nechutí. Takže asi toho jsem bál</p>	
<p>Dílčí úspěchy zvyšující sebevědomí</p> <p>Individuální duševní hygiena</p> <p>„Nachytat už na škole“</p> <p>Efektivní sebereflexe</p> <p>Reálná očekávání od sebe samého</p>	<p>8) <i>A bylo třeba něco, co Ti pomáhalo Tvůj stres a strach snížit? Nebo měl jsi něco, jak ses s tou pracovní zátěží vyrovnával?</i>  Asi úspěchy, bych řekl. Ale takové úsměvné úspěchy. Jakože třeba člověk něco vyšetří, zeptá se někoho, jestli to vyřešil dobře, a zjistí, že jo. Takže takové ty berličky mi dodávaly sebevědomí... a dodávají do dneška. Jen s rozdílem, že se už neptám, jestli jsem tu ránu zažil dobře, tohle chytil dobře atd. Plus nějaká psychická hygiena, to je jasný. Ale to už máme každý individuální. Někdo má přítelkyni, někdo fotbal, hraní na hudební nástroj. Ale to si myslím, že už na medicíně si emočně zdravý člověk nachytá a má je nachytaný, co mu pomáhá, když vyjde ze školy. Ale v práci obecně asi malé dílčí úspěchy. Vidět nejen neúspěchy, ale je hrozně důležitý uvědomovat si úspěchy. To je třeba můj největší struggle, že teď v tuhle chvíli od sebe očekávám mnohem víc než bych měl. Čas od času si musím říct: „Hele, jsi rok a půl po škole, nemůžeš od sebe očekávat, že tohle zvládneš.“ Je to taková trochu zbabělá metoda, že to může svést trochu k tomu, co všechno můžeš podělat. To NE (smích). Ale všechno tohle by se hlavně mělo odehrávat mimo pacienta. Nikdy u pacienta nezkoušet vlastní sebevědomí. To by bylo blbý, že jo. To každý známe, když napíšeme test, tak to dodá</p>	<p>Copingové strategie a prevence syndromu vyhoření</p>

<p><i>Vidět výsledek práce</i></p>	<p>sebevědomí a elán do učení. I ten <b>dobry pocit z práce, co tomu člověk věnuje.</b></p>	
<p><i>Kladné vztahy s kolegy na pracovišti</i></p> <p><i>Znát své potřeby</i></p> <p><i>Možnost přizpůsobit si práci</i></p>	<p>Plus ještě jednu věc si dovolím. Hrozně mi pomáhalo, když jsem byl s někým zadobře, třeba jsem vyšel někomu vstříc nebo tak. Že jsem si udělal kamaráda v pracovním kolektivu. To pro mě bylo hrozně důležité.</p> <p>Ale zase to vychází z toho, že i na škole jsem byl zvyklý být s hrozně moc lidmi. Tak pak i v práci jsem potřeboval připodobnit ten svůj malý ekosystém k fakultě, kde jsem se cítil super. Nechci říct, že se mi to podařilo, <b>ale spíš že mi to bylo umožněno, díky čemu se cítím dobře i v práci.</b> Je to shit, čemu čelíme, ale prostě když je člověk v klidu, tak se s tím se dá porvat. Samozřejmě, že máš i dny, kdy odcházíš a říkáš si: „Tak už never more. A jdeš makat do lesa, kámo“ (<i>smích</i>).</p>	<p><i>Copingové strategie a prevence syndromu vyhoření</i></p>