

a energie, udržování kvalitních mezilidských vztahů, schopnost delegovat a sdílet zátěž, schopnost říct si včas o pomoc. Zjednodušeně se hovoří o trojnožce duševního zdraví. Je dobré, dokáže-li si člověk vyváženě rozdělit čas, kdy nespí, na čas věnovaný práci, čas věnovaný blízkým vztahům – jejich udržování a rozvoji, a na čas věnovaný koníčkům, zábavě, volnočasovým aktivitám.

Stres a syndrom vyhoření u lékařů – výsledky výzkumu

Problematikou stresu a syndromu vyhoření u zdravotníků se zabývala v zahraničí celá řada studií. I v ČR téma budí stále větší pozornost, je mu věnováno mnoho kongresů, například pravidelně pořádané konference České lékařské komory (ČLK) Duševní zdraví v medicíně. Na syndrom vyhoření lékařů byl zaměřen výzkum kolektivu profesorů Ptáčka a Rabocha v roce 2013. V roce 2021 byl podobný výzkum cílený na situaci v době covidové pandemie. V roce 2013 92 % českých lékařů odpovědělo, že je pro ně práce lékaře zdrojem dlouhodobého stresu. Jako stresory byly uváděny v sestupném pořadí časové zatížení, požadavky legislativy, nadměrné pracovní požadavky, kontakt s pacientem, nároky na znalosti, nejistota místa, konflikty s nadřízenými, se spolupracovníky a nárok na komunikační dovednosti. 70 % lékařů odpovědělo, že se spíše cítí být ohroženo syndromem vyhoření, 12 % že určitě (1, 2).

V roce 2024 byl výzkum zopakován výzkumným týmem psychiatrické kliniky 1. lékařské fakulty Univerzity Karlovy ve spolupráci s ČLK. Data o depresivní symptomatice byla sbírána pomocí dotazníku Beck Depression Inventory II. A data o vyhoření dotazníkem Shirom Melamed Burnout Measure. Výzkumu se zúčastnilo přes 1 000 (n = 1 020) participantů, z nich 65 % žen. 79 % respondentů se cítí být přetíženo administrativou související s profesí, 72 % byrokratickými úkony, 61 % samotným výkonem profese, 57 % administrativou nesouvisející s profesí, 57 % úkony nesouvisejícími s výkonem profese, 57 % státními předpisy, 56 % nedosatačným finančním ohodnocením, 52 % přílišným množstvím pracovních hodin, 33 % nedostatečným resempektem od pacientů. Na otázku, zda je pro ně výkon povolání zdrojem dlouhodobého

stresu, odpovědělo pozitivně 64 % respondentů. Tedy výrazně méně než v roce 2013. Na otázku, zda se respondent domnívá, že je ohrožen/a syndromem vyhoření, odpovědělo 33 % z nich že spíše ano (tedy také méně než v předchozím výzkumu), rozhodně ano 29 % (tedy výrazně více). Celkový rozdíl odpovědí může být způsoben i zvýšeným povědomím o syndromu vyhoření. Před 10 lety se výzkumníci mnohem častěji setkávali s tím, že někteří respondenti s pojmem nebyli seznámeni či o něm měli dosti povrchní povědomost. 86 % respondentů se domnívalo, že by jejich stresové zatížení mohlo snížit zmenšení administrativní zátěže, 82 % že delší dovolená, 74 % lepší právní ochrana, 73 % změna legislativy, 68 % snížení počtu pacientů, 68 % lepší finance, 63 % lepší organizace práce, 59 % lepší pracovní podmínky, 52 % zlepšení vzdělávání, 51 % lepší technické podmínky, 46 % zvýšení prestiže, 26 % zvýšení pravomocí. Co se týče lifestyleových faktorů, 84 % lékařů se domnívalo, že by jim pomohlo na snížení stresové zátěže více spánku, 82 % více cvičení/sportu, 68 % větší kontakt s rodinou/přáteli, 66 % poslouchání hudby, 58 % meditace či jiné metody snižování stresu, 16 % sociální izolace, 16 % medikace, 13 % konzumace nezdravého jídla, 9 % přejídání, 5 % kouření. Na dotaz, co děláte, když jste přetíženi, ve stresu, odpovědělo 85 % respondentů, že se snaží dělat něco jiného (televize, volnočasové aktivity, hobby...); 78 % přijímá realitu toho, co se stalo; 67 % se snaží plánovat si strategie, které popisují, co musím udělat; 67 % vyjadřuje své negativní emoce; 65 % se snaží být s přáteli; 51 % pracuje; 50 % si dělá z toho legraci; 39 % kritizuje sama sebe; 36 % dostává rady a pomoc od jiných; 22 % požije alkohol; 13 % bere léky na uklidnění (Pozn.: V podobných zahraničních studiích bývá i odpověď: užiji nelegální drogy. Můžeme jen spekulovat, zda čeští lékaři o takové možnosti nevědí, zda jde o tabu i v rovině vědecké publikace, či o pouhé opomenutí.). Na dotaz, zda by vyhledali odbornou pomoc, pokud by se cítili v duševní nepohodě, odpovědělo 28 % ano, 13 % zvažoval/a bych to, 32 % ne, ale zvažoval/a bych to, 27 % ne, ani bych to nezvažoval/a. Což je problematika zasluhující si další zkoumání. Jde o přetrvávající stigmatizaci psychiatrie/psychologie mezi zdravotnickými profesio-

nály? Roli asi hraje i pocit selhání, pokud si řeknu o pomoc. Na otázku, jak si udržujete duševní pohodu, odpovědělo 91 % respondentů, že trávením času s rodinou a přáteli; 90 % aktivitou a koníčky; 68 % cvičením; 67 % více spánku; 53 % lepším stravováním; 17 % terapií. Při dotazu na suicidalitu přiznalo 0,5 % dotázaných (8 respondentů), že se chtějí zabít; 0,5 % lékařů (7 respondentů) odpovědělo, že kdybych měl/a možnost, tak bych se zabil/a. 11 % odpovědělo, že o sebevraždě přemýšlí, ale neudělá ji; 88 % nepřemýšlí o zabití se. Skóre těžké deprese naplnilo 4,76 % respondentů v roce 2024 (4,57 % v roce 2021 a 2,6 % v roce 2014), středně těžké deprese 12,76 % v roce 2024 (9,63 % v roce 2021, 7,32 % v roce 2014), lehké deprese 18,25 % v roce 2024 (14,19 % roku 2021, 12,17 % za rok 2014), bez projevů deprese 64,23 % roku 2024 (71,58 % roku 2021, 77,91 % v roce 2014) (2).

Odpovědi byly zkoumány i po roztřídění na jednotlivé specializace. Zde jsou výsledky s nižší výpovědní hodnotou – z některých oborů v průzkumu figurovalo jen několik jednotlivců. Obecně platí, že větší riziko mají lékaři chirurgických oborů. Na rozdíl od běžné populace riziko vyhoření u lékařů s věkem spíše klesá. Snad díky větší zkušenosti, větším schopnostem využití strategií, jak stresu čelit (2).

Institucionální péče o duševní zdraví zaměstnanců

Lze si snadno představit, že lékař, který není v duševní pohodě, často nemůže dobře léčit. Proto si řada předních zdravotnických zařízení láme hlavu, jak syndromu vyhoření svých zaměstnanců předejít, případně jak mu čelit. Níže je uvedeno několik možných strategií, které jsou v této souvislosti testovány:

- 1) Podpora otevřené komunikace a destigmatizace duševních problémů. Ve Velké Británii několik nemocnic implementovalo tzv. Schwartz Centre Rounds, což jsou pravidelná setkání, kde mohou lékaři sdílet své zkušenosti a emoční zátěž. Tato setkání pomáhají vytvořit kulturu empatie a destigmatizovat duševní problémy v lékařském prostředí.
- 2) Nabídka flexibilních pracovních úvazků a modelů práce. Švédsko experimentovalo se zkrácenými pracovními týdny pro sniže-