

UNIVERZITA KARLOVA

Filozofická fakulta

Katedra psychologie



DIPLOMOVÁ PRÁCE

Bc. Klára Milfaitová

**Specifika pracovního stresu a syndromu vyhoření
u psychologů v klinické praxi**

**Specifics of work-related stress and burnout
syndrome in psychologists in clinical practice**

Vedoucí práce: RNDr. MUDr. Mgr. Monika Červinková, Ph.D.

Konzultantka práce: doc. Mgr. Kateřina Zábrodská, Ph.D.

Praha 2023

Poděkování

Především bych ráda poděkovala mé vedoucí diplomové práce RNDr. MUDr. Mgr. Monice Červinkové, Ph.D. a konzultantce doc. Mgr. Kateřině Zábrodské, Ph.D. za velmi milý a lidský přístup, obohacující podněty a čas, který mi v rámci konzultací diplomové práce věnovaly. Dále bych chtěla poděkovat své rodině, která mi při psaní stála oporou a poskytovala pomoc v těžkých chvílích. V neposlední řadě patří poděkování rovněž respondentům, kteří se účastnili výzkumného projektu.

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem diplomovou práci vypracovala samostatně, že jsem řádně citovala všechny použité prameny a literaturu a že práce nebyla využita v rámci jiného vysokoškolského studia či k získání jiného nebo stejného titulu.

V Praze dne 18. 6. 2023



Bc. Klára Milfaitová

Abstrakt

Tato diplomová práce se zabývá problematikou pracovních stresorů a syndromu vyhoření u psychologů působících v klinické praxi. Literárně-přehledová část se věnuje konceptům pracovního stresu, stresorům a syndromu vyhoření. Dále se zaměřuje na specifikaci pozice psychologa v klinické praxi v českém zdravotnictví a popisuje aktuální výzkumné poznatky týkající se tématu diplomové práce. Empirická část předkládá výzkumný projekt, jehož cílem je explorace pracovních stresorů a zkušeností se syndromem vyhoření u psychologů v klinické praxi. Celkem bylo provedeno 10 polostrukturovaných rozhovorů a na základě tematické analýzy byla vygenerována kategorizace nejčastěji se v rozhovorech objevujících stresorů. Dále se výzkumný projekt zaměřil na exploraci zkušeností se syndromem vyhoření a propojení s konkrétními stresory, jejichž vlivu respondenti stav vyhoření přisuzují. V závěru práce byly výsledky studie porovnány s dalšími zahraničními výzkumy a byla uvedena doporučení pro další možné výzkumné směřování i aplikace pro praxi. Výsledky výzkumu přispějí k lepšímu porozumění problematice pracovních stresorů a syndromu vyhoření u psychologů v klinické praxi, mohou sloužit k edukaci současných i budoucích pracovníků této pozice či pomoci ke zlepšení pracovních podmínek psychologů v českém zdravotnictví.

Klíčová slova:

pracovní stres; syndrom vyhoření; psychologové v klinické praxi

Abstract

This thesis deals with the issue of work stressors and burnout syndrome in psychologists working in clinical practice. The literature review section focuses on the concepts of job stress, stressors and burnout syndrome. It also focuses on the specification of the position of psychologists in clinical practice in the Czech health care system and describes current research findings related to the topic of the thesis. The empirical part presents a research project aimed at exploring work stressors and experiences with burnout syndrome among psychologists in clinical practice. A total of 10 semi-structured interviews were conducted and a categorisation of the most frequently occurring stressors in the interviews was generated based on thematic analysis. Furthermore, the research project focused on exploring experiences of burnout syndrome and linking it to specific stressors to which respondents attributed the burnout condition. The final section of the paper compared the results of the study with other international research and made recommendations for possible future research directions and applications for practice. The results of the research will contribute to a better understanding of the issue of work stressors and burnout syndrome in psychologists in clinical practice, may serve to educate current and future employees of this position or help to improve the working conditions of psychologists in the Czech health care.

Key words:

work-related stress; burnout syndrome; psychologists in clinical practice

Obsah

Úvod.....	9
I. Literárně přehledová část.....	10
1. Stres	10
1.1 Definice a hlavní přístupy zkoumání	10
1.2 Stres, stresory a zátěž.....	12
2. Pracovní stres	14
2.1 Modely pracovního stresu.....	15
2.2 Stresory - zdroje pracovního stresu a zátěže.....	19
2.3 Syndrom vyhoření.....	25
3. Profese psychologa v klinické praxi	29
3.1 Náplň práce, požadované odborné dovednosti a kompetence	30
3.2 Nároky na pregraduální a postgraduální vzdělávání.....	31
3.3. Srovnání klinické praxe v českém a zahraničním zdravotnictví.....	32
4. Pracovní stresory a syndrom vyhoření u psychologů v klinické praxi	35
4.1 Pracovní stresory u pracovníků sektoru duševního zdraví	35
4.2 Syndrom vyhoření v psychologických profesích.....	38
II. Empirická část.....	42
5. Cíl výzkumu a výzkumné otázky.....	42
6. Metodika	43
6.1 Výzkumný soubor.....	43
6.2 Měřicí nástroje	45
6.3 Procedura	45
6.4 Metody zpracování a analýzy dat	46

6.5	Etika výzkumu	47
7.	Výsledky	49
7.1	Vnímané pracovní stresory	51
7.1.1	Nedostatečná podpora ze strany instituce	52
7.1.2	Stresory spojené přímo s pacienty	57
7.1.3	Nejasná role psychologa ve zdravotnickém systému	60
7.1.4	Náročnost vzdělávání	63
7.1.5	Systemová zátěž	64
7.1.6	Osobní stresory	65
7.2	Syndrom vyhoření u psychologů v klinické praxi	70
7.2.1	Zkušenosti se syndromem vyhoření	71
7.2.2	Propojení syndromu vyhoření s pracovními stresory	74
8.	Diskuse	78
8.1	Limity a doporučení pro další výzkum	83
	Závěr	85
	Reference	86
	Seznam příloh	97

Seznam zkratk

APA – American Psychological Association

CDZ – Centrum duševního zdraví

ERI – Effort-reward imbalance

GAS – General adaptation syndrome

IT – Information technology

odd. – oddělení

PIR – Intern resident psychologist; systém postgraduálního vzdělávání ve Španělsku

R1-R10 – označení jednotlivých respondentů

UCAS – the Universities and Colleges Admissions Service

Úvod

Přítomnost pracovního stresu a syndromu vyhoření v sektoru duševního zdraví a v oblasti zdravotnictví jsou známými tématy. I přesto v českém prostředí zatím neexistuje výzkum, který by se těmito tématy zabýval u populace psychologů, kteří v rámci své práce pečují právě o duševní zdraví a působí v obou výše zmíněných rizikových odvětvích. Existují výzkumy zabývající se například vyhořením u zdravotnického personálu, jako jsou lékaři či zdravotní sestry, avšak zájem o pozice psychologů zůstává opomenut.

V České republice se v důsledku různorodých proměnných zvedá poptávka po psychologické péči, která je i vzhledem k nedostatku klinických psychologů neuspokojitelná. I z tohoto důvodu byla diplomová práce zaměřena právě na skupinu klinických psychologů a rovněž na psychology, kteří se k výkonu této profese připravují a momentálně absolvují předatestační přípravu, která je podmínkou pro vykonání atestační zkoušky a získání postu klinického psychologa. Zájem byl směřován na stresory, které psychologové ve své práci zažívají a které mohou působit potenciální zátěž. Dále se práce věnovala zkušenostem se syndromem vyhoření a jakým stresorům ho psychologové přisuzují. Cílem výzkumného projektu bylo tuto problematiku blíže explorovat a výsledky tak využít k pochopení pracovního prostředí a zkušeností psychologů v klinické praxi a potenciálnímu využití ke zlepšení pracovních podmínek či edukaci stávajících i budoucích pracovníků této pozice.

Literárně-přehledová část se věnuje definování pracovního stresu, stresorů a syndromu vyhoření. Dále popisuje specifika a nároky pracovní pozice psychologa v klinické praxi v českém zdravotnictví a přináší porovnání s definicí a nároky této pracovní pozice v zahraničních zemích. V neposlední řadě shrnuje dosavadní poznatky zahraničních výzkumů týkající se pracovního stresu a syndromu vyhoření u psychologů a dalších pracovníků oblasti duševního zdraví.

Výzkumná část představuje kvalitativní výzkum zaměřující se na exploraci pracovních stresorů vnímaných na pozici psychologa v klinické praxi v českém zdravotnictví, mapování zkušeností se syndromem vyhoření a v neposlední řadě se zaměřuje na vnímané subjektivní propojení konkrétních pracovních stresorů s vyhořením. Výzkumný projekt byl realizován pomocí 10 polostrukturovaných rozhovorů s psychology v klinické praxi – tj. 5 psychology ve zdravotnictví v předatestační přípravě a 5 klinickými psychology.

I. Literárně přehledová část

1. Stres

Tematika stresu je nyní součástí a předmětem zájmu různorodých vědeckých disciplín. Setkáváme se s ní primárně v sociálních vědách, medicíně, psychologii ale i v mnohých dalších vědních oborech, kterých se dotýká především díky své komplexnosti a přenositelnosti do každodenního života (Contrada & Baum, 2010). I přesto, že se jedná o koncept datující své prvopočátky, respektive datující první zmínky a pojmenování již na přelomu 14. a 15. století, je stále i nyní velmi aktuální a během let se jeho chápání a definice značně proměňovaly (Kebza, 2005). I přesto, že primárním zájmem této práce bude stres v pracovním prostředí, pro kontext a správné uchopení teoretického názvosloví je považováno za důležité zmínit nejdůležitější poznatky týkající se stresu samotného.

1.1 Definice a hlavní přístupy zkoumání

V českém jazyce je pojem přejat z anglického slova „stress“, původně však označení vychází z latinského „*stringere, strictum, stringo*“, což je synonymem pro pružnost a elasticitu. Křivohlavý (1994) přirovnává latinské označení k oprátce na krku oběšence a poukazuje na další význam tohoto výrazu, kterým je určité stažení, sevření. Laická veřejnost využívá pojmu stresu pro pojmenování něčeho nepříjemného, něčeho, v čem se necítí dobře a co je pro ně náročné. Jak ale nahlíží a definují stres odborníci? Definic stresu najdeme v literatuře velké množství, proto bude uvedeno hned několik vybraných:

Křivohlavý (1994) popisuje stres jako vnitřní stav jedince, který se aktuálně nachází v ohrožení nebo takové ohrožení předjímá. Součástí je i obava o nedostatek zdrojů, jež by umožnily situaci zvládnout a účinně se proti ní bránit. **Folkman (1984)** naopak popisuje stres jako vztah jednotlivce a prostředí, jež je jedincem vnímán jako ohrožující, náročný a rovněž ohrožující jeho subjektivní spokojenost. **Paulík (2017)** hovoří o nadměrné zátěži, která překračuje míru náročnosti, kterou je jedinec schopen zvládat a vyrovnat se s ní. Stres je tedy zátěž, která překračuje hranice subjektivní únosnosti. **Čírtková (2000)** popisuje diskrepanci mezi vnějšími nároky a vnitřními schopnostmi těmto nárokům čelit. **Orel (2009)** popisuje komplexní reakci tělesné i psychické stránky jedince na situaci, respektive na jednotlivé události (stresory), jež mají vliv na dosavadní rovnováhu.

Ať už se definice jakkoliv mísí, překrývají a každý odborník nahlíží problematiku stresu z jiného úhlu pohledu, společnými průsečíky teorií je to, že *stres značí určitou tenzi, tlak a intrapsychický stav potenciálně vyvolávající ohrožení organismu jedince*.

Pro lepší pochopení a kontext toho, co stres v dnešním pojetí znamená, budou uvedeny nejdůležitější teorie zrcadlící vývoj pojmu jako takového.

Fyziologický přístup zkoumání (I. P. Pavlov, W. B. Cannon, H. Selye)

Za prvotní nepřímé zkoumání stresu můžeme dle Křivohlavého (2004) považovat **I. P. Pavlovovy** experimenty se psy, které se primárně zaměřovaly na studium podmíněných a nepodmíněných reflexů pomocí podmíněných a nepodmíněných podnětů. I přesto, že Pavlov sám termín stres při svých experimentech nevyužíval, dle Křivohlavého (2004) spouštěl u psů stresovou reakci.

Experimenty se zvířaty později prováděl i **W. B. Cannon**. Ten již cíleně, na rozdíl od Pavlova, vystavoval kočky různorodým typům stresorů od kolísajících teplot po hlasitý štěkot psů a na základě reakcí, které u koček pozoroval, popsal model útěk nebo útok (fight or flight). K těmto základním reakcím, při nichž dochází k fyziologickému nabuzení (arousal) a následnému výběru jedné z reakcí, byla novějšími pohledy později doplněna třetí varianta ztuhnutí (freeze) (Cannon, 1939 v Kebza, 2005; Milosevic & McCabe, 2015). V dnešním chápání je Cannonova teorie považována za zjednodušenou a překonanou, avšak položila základy pro rozvoj a další následné zkoumání (Kebza, 2009).

Za klíčového výzkumníka fyziologického přístupu, který na Cannona navazoval, byl považován H. Selye. V některé literatuře je Selye dokonce nadneseně zmiňován jako „otec stresu“. Kanadský lékař **H. Selye** (2016) představil koncept obecně adaptačního syndromu, zkratkou GAS (z anglického general adaptation syndrome). Jedná se o popis fyziologických reakcí organismu na ohrožení. Adaptační syndrom je složen ze tří fází: *poplachová reakce*, která je charakteristická šokem, aktivací sympatiku a výdejem velkého množství energie, *stadium rezistence*, ve kterém dochází k adaptaci na stres a celkovému zklidnění. Pokud však stres působí dlouhodobě a organismus se nedokáže adaptovat, nastává *stadium vyčerpání*. Selye nejprve chápal stres jako nespecifickou reakci organismu, která vždy vedla k aktivaci GAS. Tento pohled je dnes již velmi zjednodušený a nové poznatky se kloní k variantě, že odpověď organismu je naopak vždy specifická a závislá na mnoha dalších subjektivních vlivech ať už externích či interních (Paulík, 2017).

Psychologický přístup zkoumání (R. S. Lazarus)

Z psychologického pohledu je fyziologický přístup velmi ochuzený o individuální stránku jedince, který stres prožívá. **R. S. Lazarus** nahlížel na stres z hlediska kognitivního subjektivního zpracování. Přichází s myšlenkou, že stres není možné hodnotit objektivně, a že do stresové reakce vždy vstupuje subjektivita jedince, na kterého stres působí. Lazarus (1984) definuje stres jako „*vztah mezi jedincem a prostředím, který je zhodnocen jako vytěžující či přesahující jedincovy zdroje, a který ohrožuje jedincovu pohodu či blahobyt*“. To, jak na jedince stresová situace zapůsobí tedy nezávisí pouze na konkrétním stresoru, ale i na kognitivním zpracování a tím, jak jedinec situaci vyhodnotí, respektive za jak moc stresující a ohrožující ji považuje. Lazarus na základě svých zkoumání formuloval transakční teorii stresu (Lazarus & Folkman, 1984).

Fyziologické i psychologické pohledy na stres jsou již dnes neoddelitelně spojeny a současné výzkumy vnímají danou problematiku holisticky.

1.2 Stres, stresory a zátěž

Pro účely této práce je považováno za důležité vymezení a odlišení pojmů stres, stresor a zátěž. V konverzaci běžného života a z pohledu laické veřejnosti se tyto pojmy často spojují v jeden. Pro lepší porozumění problematice je však stěžejní chápat klíčové rozdíly, které mezi sebou pojmy mají. Častým jevem je totiž zaměňování i v odborné literatuře a následné zmatení v rámci bazálního názvosloví.

Zatímco **stres je vnitřní stav organismu, stresory jsou činitelé** (ať už intrapsychické či extrapsychické) **způsobující stres**. **Stresor** může na jedince působit samostatně nebo ve skupině dalších stresorů. Bartůňková (2010) rozděluje stresory na fyzikální, biologické, chemické, psychosociální a společenské. Nekonečný (1994) hovoří také o míře a velikosti jednotlivých stresorů a zdůrazňuje existenci mikro-stresorů, jež nezatěžují organismus v takové míře jako makro-stresory, které mohou mít na homeostázu a život jedince výrazný vliv. Dle síly a velikosti stresory rovněž dělí Křivohlavý (2003), který dodává, že mikro-stresory jako je nuda či špatná nálada způsobují hypostres a makro-stresory, jež si můžeme představit jako úmrtí v rodině, rozvod, ztrátu blízké osoby, způsobují hyperstres, který je pro organismus potenciálně škodlivý sám o sobě na rozdíl od hypostresu, jež představuje hrozbu primárně při kumulaci.

Dalším z využívaných pojmů je také **zátěž**. Jak se liší stres a stresory již bylo vysvětleno výše. Jak ale do problematiky zapadá zátěž? Například Paulík (2017) využívá tento pojem prakticky simultánně jako pojem stres, což může působit matoucím dojmem. Kebza (2005) naopak popisuje zátěž jako tlak, který na jedince působí ve zvladatelné míře, stres již nikoliv. Stres dle tohoto pojetí překračuje únosnou míru zátěže pro daného jedince a bude tak pojímán i v rámci této práce.

2. Pracovní stres

V první kapitole byl definován pojem stres, rovněž byly představeny nejdůležitější historické přístupy zkoumání a odděleny pojmy stres, stresor a zátěž. Následující kapitola bude věnována pracovnímu stresu a jeho specifikům.

Pracovní stres, v angličtině značený zkratkou WRS (*work-related stress*) nebo rovněž (*occupational stress*), je dnes společně s úzkostmi a depresemi jedním z hlavních problémů, se kterými se v rámci duševního zdraví zaměstnanci i zaměstnavatelé potýkají. Jedná se o stres, který jedinec zažívá v souvislosti se svou pracovní náplní, s výkonem svého povolání (Colligan & Higgins, 2005). Pracovní stres je častou příčinou pracovních absencí, neproduktivity, ale i syndromu vyhoření. Kanadský výzkum (Cromton, 2011) uvádí, že 3,7 milionu zaměstnanců referuje na vysokou míru stresu během každého všedního dne. Takto silná reference pracovního stresu a nepohoda zaměstnanců se může odrážet například v delší pracovní absenci, což způsobuje problémy nejen psychologické, avšak i ekonomické a systémové. Špatné duševní zdraví může zapříčinit dokonce delší pracovní absenci než nemoci primárně fyziologického charakteru (Dewe & Cooper, 2017).

Quick et al. (1997) definovali pracovní stres v kontextu organizací jako oblast, která se zabývá tím, jak úspěšně se zaměstnanci přizpůsobují pracovnímu prostředí. Určitá úroveň stresu je přítomná na jakékoli pracovní pozici a v životě obecně. Důležité však zůstává, zda je pro jedince úroveň únosná či už působí destruktivně a narušuje homeostázu. Menší míra stresu může být v pracovním prostředí rovněž přínosná a slouží spíše k aktivaci a mobilizaci sil. Taková aktivace pak může zaměstnance vybudit k lepším výkonům či většímu množství zvládnuté práce. V takovémto případě mluvíme o *eustresu*, jež Quick et. al. (2003) spojují s pozitivními důsledky pro zdraví jedince a Nelson & Simmons (2011) dokonce naznačují propojení s elánem, pozitivní náladou a nadšením. Za škodlivý považujeme naopak *distres*, jež na jedince působí negativně a spíše omezuje jeho možnosti fungování. Rovněž však záleží na subjektivním vnímání daného stresoru samotným jedincem a to, za jak ohrožující stresor považuje. Individuální odolnost, kognitivní zpracování a osobnost jedince tak může modifikovat interakci se stresorem a reakci organismu (Lazarus & Folkman, 1984). To, že je určitá míra stresu prospěšná, popsali jako první Yerkes a Dodson (1908). Hovořili o tom, že vliv stresu na výkon a jeho optimální míra se liší dle úkonu a jedince, na kterého působí. Jakmile je míra stresu/aktivace nízká, nedochází k dostatečné stimulaci a výkonu. Naopak jakmile je míra příliš vysoká, dochází k frustraci a snížení adekvátní, vztaženo na pracovní prostředí očekávané, výkonosti.

Primárním zaměřením této práce je však distres, který má negativní vliv a může způsobovat odchylku od zdravého fyziologického, psychologického a afektivního fungování jedince (Quick et. al., 2013) a snižovat tak well-being zaměstnance.

2.1 Modely pracovního stresu

Pro pochopení možností vzniku pracovního stresu a komplexní pohled na danou problematiku budou v této kapitole představeny hlavní modely pracovního stresu a jejich následné porovnání. Díky těmto modelům můžeme reflektovat vývoj pojmání pracovního stresu a identifikovat klíčové otázky jak pro výzkum, tak pro následnou praxi.

Kognitivně-behaviorální pohled (R. S. Lazarus)

V dřívější části práce byl věnován prostor transakční teorii (Lazarus & Folkman, 1984). Tento pohled je využíván i v rámci modelů pro pracovní prostředí. Zkušenost s konfrontací se stresorem je individuální a záleží na kognitivním zpracování daného zaměstnance. Není to proto pouze stresor sám o sobě i přesto, že existují stresory a životní události náročnějšího charakteru, jež mohou způsobit větší zásah oproti ostatním (Holmes & Rahe 1967). Stejně tak se ale hovoří o takzvané kumulaci menších stresujících faktorů, které mohou v konečném důsledku vyústit i ve větší stresovou reakci než jedna komplexní a náročná událost potažmo stresor (Harkness & Hayden, 2020). Tato teorie by dopomáhala k vysvětlení skutečnosti, proč jsou reakce různých zaměstnanců na stejné pracovní situace či nároky odlišné. Z jakého důvodu působí například určitý pracovní nárok na jednoho zaměstnance motivačně a na druhého spíše negativně. Do této interakce vstupují samozřejmě další intervenující proměnné, avšak pohled zdůrazňuje důležitost vlastního individuálního zpracování.

Model demand-control (R. A. Karasek)

Tento model se primárně zaměřuje na pracovní nároky/požadavky a na míru kontroly, kterou zaměstnanec nad pracovním procesem má. Kontrolu si můžeme představit jako zaměstnancovy zdroje pro úspěšné vykonávání pracovní náplně. Zdrojem může být úroveň schopností a dovedností, kompetence, ale i možnost autonomie a jistoty v rozhodování. Stres vzniká, pokud jsou nároky vysoké a kontrola nízká. Primární myšlenkou Karasekova modelu je, že kontrola tlumí zátěž pracovních nároků a rovněž může zvýšit pracovní spokojenost. Kontrola a s ní plynoucí stabilita tak může zaměstnancům poskytnout oporu, možnost se zapojit do náročnějších úkolů a učit se novým dovednostem. Kontrola tedy modifikuje, zda budou vysoké nároky na zaměstnance působit jako stres nebo jako akcelérátor pracovního výkonu (Karasek,

1979). Demand-control je jedním z nejčastěji studovaných modelů na poli pracovního stresu. Výsledky výzkumů však nejsou konzistentní. Jako důvod autoři uvádí využití různorodých proměnných, nedostatečný longitudinální výzkum a fakt, že model nebere v potaz individuální charakteristiky zaměstnanců (Kain & Jex, 2010).

Michigan model of work stress (J. S. House)

Michiganský model naopak ve své teorii individualitu zaměstnanců zapojuje a poukazuje na fakt, že osobnostní proměnné a vnímání pracovního prostředí včetně podpory nadřízeného a vlastní role, ovlivňuje behaviorální, kognitivní i afektivní dopady přítomného pracovního stresu (House, 1981). Tento model byl rovněž vytvořen jako podklad pro zkoumání vztahů mezi pracovním stresem, sociální podporou a zdravím. Dnes slouží jako základ pro komplexní porozumění a prevenci vlivu pracovního stresu na zdraví zaměstnanců (Israel et. al., 1996). Na Michiganský model je vyvinuto více variací. Nejdůležitější a v každé variantě přítomné je však zaměření na vztah mezi pracovním stresem, sociální podporou a vlivem na zdraví jedince.

Model effort-reward imbalance – ERI (J. Siegrist)

J. Siegrist ve své teorii představuje model nerovnováhy mezi vynaloženým úsilím a odměnou, kterou za ní zaměstnanec obdrží. Rovněž tak kombinuje vliv interních a externích faktorů na vznik a působení pracovního stresu. Model je založen na principu sociální reciprocity, kdy je důležité, aby zaměstnanec za své úsilí obdržel adekvátní odměnu. Odměna zahrnuje finanční ohodnocení, kariérní příležitosti jako je pracovní jistota či povýšení a v neposlední řadě ocenění. Situace, kdy není reciprocity dostatečná, vyvolává negativní emoce a stresové reakce s dlouhodobými účinky na zdraví zaměstnance. Siegrist dále identifikuje jedince, u kterých se očekává zvýšená náchylnost k těmto stresovým reakcím. Jedná se o jedince, kteří reagují na náročné situace touhou mít vše pod kontrolou a nadměrnou angažovaností (Siegrist, 1996). Model tedy můžeme definovat pomocí tří hypotéz:

- 1) Úsilí a odměna (externí faktory) + nadměrná angažovanost (interní faktor) mají přímý vliv na zdraví jedince.
- 2) Interakce úsilí a odměny (respektive nerovnováha – vysoké úsilí, nízká odměna) má větší vliv na zdraví jedince, než pokud byl vliv sledován separátně u úsilí či odměny bez zaměření na jejich interakci.

- 3) Nadměrná angažovanost moderuje efekt nerovnováhy úsilí-odměna na zdraví; vyšší vliv nerovnováhy na jedince se očekává u lidí s vyšší mírou pracovní angažovanosti (Siegrist & Li, 2016).

Ve studiích byl prokázán vliv nadměrné angažovanosti na řadu fyziologických aspektů, jako je vysoký krevní tlak, nespavost či zvýšené riziko únavy (Gilbert-Ouimet et al., 2012; Ota et al., 2009; Sembajwe et al., 2012). Vliv modelu ERI byl však prokázán i na řadu psychologických aspektů, jako je například pozitivní souvislost s emočním vyčerpáním a následným negativním vlivem na pracovní výkon či zvýšeným rizikem depresivní symptomatiky (Feuerhahn et al., 2012; Yu et al., 2013).

Person-environment fit (J. R. Edwards)

Tento model se zaměřuje na důležitost kompatibility jedince a prostředí. Stres tedy může vznikat, pokud se neshodnou nároky a potřeby ze strany zaměstnance a zaměstnavatele (Edwards, 1996). Person-environment fit je možné ilustrovat na třech základních principech, ze kterých teorie vychází.

- 1) Jedinec a prostředí společně předpovídají pracovní spokojenost lépe než každá komponenta zvlášť.
- 2) Největší spokojenost = fit, se předpokládá, pokud jsou osobní atributy jedince (např. potřeby, hodnoty, schopnosti) a atributy prostředí (např. zdroje, požadavky, hodnoty) kompatibilní, bez ohledu na úroveň těchto atributů (ty dělí teorie na nízké, střední a vysoké dle nároků zaměstnance).
- 3) Nesrovnalosti mezi osobnostními a environmentálními atributy snižují fit neohledě na jejich náročnost. To znamená, že jedinci s nízkými, středními i vysokými atributy budou reagovat srovnatelně negativně na prožívaný nedostatek a situaci, kdy prostředí nabízí více či méně než jedinec požaduje (van Vianen, 2018).

Nižší míra kompatibility jedince a pracovního prostředí proto může být riziková pro potenciální míru pracovního stresu nezávisle na atribuční míře obou komponent této teorie.

Effort-recovery model (T. F. Meijman & G. Mulder)

Tento model pojímá stres jako součást pracovního procesu. Stres tak působí jako určitý aktivizátor, který slouží k mobilizaci organismu a sil v závislosti na dosažení cíle či právě

pracovního úkolu. Stresová reakce však po dosažení cíle pomine a pro nastolení homeostázy by ideálně mělo dojít ke klidovému stavu v němž přichází znovuobnovení vynaložené energie. Pokud se tak neděje například z důvodů práce přesčas či zpracovávání pracovní problematiky i v osobním volnu, nedochází k uvolnění a přetrvává tenzní stav (Meijman & Mulder, 1998). Tato teorie je dnes vzhledem k vzrůstajícím nárokům pracovního prostředí velmi aktuální primárně pro zkoumání situací, kdy nedochází k znovuobnovení vydané energie. V novodobých moderních organizacích čelí zaměstnanci vyšším nárokům a pracovnímu vytížení, vyšším požadavkům na kvalifikaci, pracovní flexibilitu i výkonnost. K naplnění těchto náročných požadavků a udržení vlastního zdraví proto častokrát nestačí být motivovaný, kompetentní či adekvátně vzdělaný a dochází tak k výše zmíněnému navýšení pracovní doby, tj. menšímu prostoru pro znovuobnovení vynaložené energie (Sonnentag & Fritz, 2015). Obnova vynaložené energie je na poli výzkumu pracovní psychologie považována za důležitý faktor, který vysvětluje, proč jsou někteří zaměstnanci schopni čelit náročným pracovním požadavkům ve zdraví, s motivací i engagementem, a jiní nikoliv (Sonnentag et al., 2010).

Job demands-resources (A. B. Bakker & E. Demerouti)

Specifické rizikové faktory přispívající k působení pracovního stresu můžeme najít na každé pracovní pozici. Job demands-resources teorie je klasifikuje do dvou základních kategorií – pracovní nároky a pracovní zdroje. Pracovní nároky mohou být charakteru fyzického, psychického, sociálního, ale i organizačního a vytváří na zaměstnance určitý požadavek spojený s mírou vynaloženého úsilí a dovedností. I přesto, že tyto nároky nemusí být nutně stresující a negativně chápáné samy o sobě, mohou se ve stresory proměnit ve chvíli, kdy například nedochází k obnově osobních zdrojů a práce vyžaduje velké úsilí, z něhož se zaměstnanec nestačí dostatečně zotavit. Naopak pracovní zdroje jsou aspekty stimulující osobní a pracovní růst, možnost učení a jsou funkční v dosahování pracovních cílů. Dále také kompenzují zaměstnancovi náklady, které musel v pracovním procesu vynaložit (Bakker & Demerouti, 2007).

Uvedené modely pracovního stresu nám poskytují teoretickou oporu pro výzkumnou i obecnou praxi. Autoři se v mnohém shodují i přesto, že využívají například jinou terminologii, doplňují se, ale i rozcházejí a skýtají tak rozsáhlé pole pro chápání pracovního stresu, ze kterého můžeme dále vycházet. Model Lazaruse zdůrazňuje důležitost individuálního zpracování přicházejících stresorů, stejně tak osobnostní proměnné vyzdvihuje Michiganský model, který však získává kritiku, že není díky své komplexnosti přístupný empirickému zkoumání.

Karáskova teorie naopak individualitu opomíjí a vyzdvihuje interakci požadavků a kontroly. Modely effort-reward imbalance, effort-recovery a job demands-resources se zaměřují na určitou rovnováhu v pracovním prostředí, ať už se jedná o vyváženost vynaloženého úsilí s odměnou, vyváženost zátěže a odpočinku či požadavků a zdrojů zaměstnance. A v neposlední řadě model person-environment fit dává důraz na kompatibilitu pracovního prostředí a jedince.

Důležitost individuality a osobního zpracování přicházejících stresorů či potenciálně stresujících podmínek v pracovním prostředí se jeví jako klíčové napříč modely. Zachycení významu, který jim jednotlivci přisuzují považují Dewe et. al. (2012) za důležité pro další zkoumání a zachycení vnitřní bohatosti vnímání i zpracování stresujících zážitků. Je tedy otázka, jestli je možné tuto bohatost zachytit pouze kvantitativním typem měření nebo je snad vhodné využít spíše kvalitativních metod – technik zaměřených na člověka, narativních přístupů a jiných kreativních metod, které by poskytly hlubší vhled do problematiky pracovních stresorů, jejich vnímání a zpracování ale následně i do zvládnání a podpory psychického zdraví na pracovišti obecně.

2.2 Stresory - zdroje pracovního stresu a zátěže

Jednotlivé stresory potenciálně způsobující stresovou reakci organismu mohou vycházet z různorodých komponent vážících se na pracovní proces. Teoreticky je možné stresory oddělovat na jednotlivé a komplexní, avšak v reálném prostředí jsou tyto kategorie provázané a prolínají se jedna v druhou.

Obecně můžeme nejčastěji se objevující stresory zařadit do těchto kategorií:

- tělesné (bazální-hlad, žízeň, bolest)
- biochemické (návykové látky jako je kofein, alkohol, tabák)
- fyzikální (nepříjemné vlivy prostředí jako je teplota, hluk, míra osvětlení)
- kognitivní (myšlenkové procesy, vnímání, těkavá pozornost, fantazie)
- emocionální (obavy, strach, nejistota, výkyvy nálad)
- komplexní (kombinace výše uvedených stresorů v jednom celku/jedné události, konfliktu, aj.) (Sotolářová, 2007)

Stock (2010) rozděluje stresory na tři základní kategorie:

- fyzické (práce v zátěžovém prostředí, fungování ve směnném provozu, hluk, pachy na pracovišti, vydýchané prostředí, ad.)
- psychické (vytíženost zaměstnance, kladené nároky na výkon, časový pres, ad.)

- sociální (vztažené primárně na pracovní kolektiv, jeho fungování, vztahy na pracovišti, dynamika týmu, konflikty)

Křivohlavý (2009) řadí mezi nejčastější pracovní stresory:

- obecně nastavené pracovní podmínky
- nadměrné pracovní přetížení
- stres související s časovým tlakem
- nejasné stanovení pravomocí a zodpovědnosti
- vyčerpávající snaha o budování kariéry
- kontakt s druhými lidmi (role častého kontaktu s druhými se odráží i v náchylnosti na roli stresu a syndromu vyhoření u pomáhajících profesí) (Maslach et al., 2001)

Kociánová (2010) uvádí další pracovní stresory, jež se mohou objevit následovně:

- fyzický diskomfort
- specifika pracovního prostředí
- intenzita práce a časový tlak
- práce ve směnném provozu
- pracovní tempo, které je vnucené, zaměstnanec s ním nesouzní
- monotonie práce
- vlivy narušující soustředěnost
- sociální interakce
- osobní rizika
- riziko ohrožení vlastního zdraví či zdraví druhého

Pracovní stresory budou následně kategoricky rozděleny dle Barlinga, Kelloway & Frone (2005).

Pracovní role

Role, jež jsou jednotlivcům přisuzovány, můžeme dělit do dvou typů – životní a pracovní. V pracovním prostředí může jednatel zastávat roli nadřízeného, podřízeného, spolupracovníka, supervizora, zákazníka, koordinátora a mnoho dalších. Z této pozice, kterou v pracovním prostředí sehráváme vyvstávají interní i externí očekávání. Jako stresor může působit, pokud jsou role nejasně stanovené, konfliktní, ale i pokud jsou očekávání nadsazená, zahlcující či nejasně komunikovaná (Ahmad et al., 2021; Palomino & Frezatti, 2016). Vliv

rovněž sehrává individuální vnímání recipienta. Mezi další potenciální stresory lze zahrnout extenzi pracovní role, při níž se k současné náplni přidávají další požadavky rozšiřující současná očekávání. Rovněž se můžeme setkat se stanovením bazálních principů pracovní pozice, kdy má pracovník možnost svou náplň naopak modifikovat dle svých potřeb a možností. Tento způsob se ukazuje jako účinný pro zvyšování pracovní spokojenosti a adaptace pracovní náplně k vlastní spokojenosti (Barling et al., 2005).

Pracovní doba

Jako potenciální stresor může působit i pracovní doba v případě, že nekoresponduje s individuálními potřebami jedince. Do této kategorie lze zařadit hodinu, ve kterou práce začíná, jakou dobu trvá, ale i dny v týdnu do nichž zasahuje – zda zahrnuje víkendy nebo svátky. Můžeme se setkat s prací ve směnném provozu, přesčasy, různě velkými pracovními úvazky, s možností pracovní náplň vykonávat v kompresi – využití menšího počtu pracovních dnů s prodloužením denní pracovní doby, flexibilní pracovní dobou či prací měřitelnou dle stanovených úkonů nikoliv dle hodinového vkladu (Almondes & Araújo, 2009; Frese & Semmer, 1986; Poissonnet & Veron, 2000).

Pracovní spravedlnost

V kontextu potenciálních stresorů nelze nahlížet spravedlnost jako objektivní jev. Stresorem může být situace, pozice či kontext, který zaměstnanec jako nespravedlivý vnímá bez ohledu na objektivní skutečnost. U této konkrétní kategorie lze tedy rovněž odkazovat na dříve zmíněnou teorii Lazaruse & Folkmana (1984). Dle výzkumů můžeme pracovní spravedlnost dělit na tři podskupiny: distributivní spravedlnost, procesní spravedlnost a spravedlnost interakční. Distributivní spravedlnost se týká spravedlivého oceňování výsledků práce v porovnání s ostatními zaměstnanci. Rovněž se jedná o pomyslné zvažování vlastních vkladů (vzdělání, délky praxe, kvality odvedené práce, aj.) a následného ocenění (benefitů, finančního ohodnocení, aj.) v porovnání s ostatními. Zaměstnanci jsou na toto srovnávání citlivější, pokud nabývají pocitu, že získávají méně než dotyčný, s kým se porovnávají (Sweeney, McFarlin, & Inderrieden, 1990). Procesní spravedlnost, jak již vychází z názvu je pro zaměstnance důležitá při vnímání spravedlivého postupu/procesu, jež vede k určitému výsledku. I přesto, že by výsledek například nebyl uspokojující, zaměstnanci budou reagovat příznivěji, pokud budou přesvědčeni o spravedlivosti postupů, které k výsledku vedly. Interakční spravedlnost je zaměřena na interpersonální transakce. Distributivní spravedlnost je více strukturální a hierarchická. Interakční spravedlnost poukazuje na fakt, že zaměstnanci jako

další komponentu vnímají způsob, jakým s nimi další pracovníci jednají nehledě na jejich hierarchickou pozici. Důležité je zde důstojné jednání a adekvátní poskytování potřebných informací - funkční komunikace (Barling et al., 2005; Zhang et al., 2014).

Špatný leadership

Většina stresorů je více či méně závislá na dalších proměnných konkrétního pracoviště. S rolí nadřízeného, manažera, s hierarchicky výše postavenou osobou se však v pracovním prostředí setkává téměř každý. Výjimkou jsou poté lidé pracující mimo organizace, soukromníci. Na neefektivní leadership se váží problémy jako je pracovní přetížení zaměstnanců, stresory týkající se rolí (konfliktní role, nejasnost, interference), obavy ohledně kariéry, plánování pracovních úkonů, interpersonální vztahy na pracovišti či náplň práce a její kontrola. Špatný leadership můžeme potenciálně dělit na zneužívající a pasivní. Zneužívající leadership představuje leadera v roli, kdy může docházet k ponižování zaměstnanců, ke konfliktům, nátlaku, přímým či nepřímým výhrůzkám týkajícím se například výpovědi či snížení platu/prémii, k agresivnímu či pasivně agresivnímu chování a dalším. Pasivní leadership naopak popisuje leadera jako neaktivního, neřešícího problémy bez vyzvání či hrozby dopadů situace, vyhýbajícího se požadavkům a nárokům své pracovní pozice. Oba zmíněné leadership styly mohou na zaměstnance působit jako stresory potenciálně zhoršující jejich psychické zdraví. Naopak dobrý, úspěšný leader se ukazuje jako pozitivní moderátor pracovních stresorů svých zaměstnanců (Barling et al., 2005; Zhang et al., 2014).

Rozkol mezi rodinnou-pracovní rolí

Konflikt mezi pracovní a rodinnou rolí vzniká pro jedince v případě, kdy jsou nároky pracovní a rodinné role v určitém ohledu vzájemně neslučitelné. Je stále častější, že v rámci rodiny pracují oba dospělí, přičemž tento model prakticky zvyšuje množství denně odvedené práce složené jak z povinností plynoucích z domácnosti, tak z pracovního prostředí, které poskytuje finanční prostředky. Mnoho zaměstnanců se potýká s tím, jakým způsobem obě role skloubit, avšak faktem je, že s tíží nároků obou pólů je efektivita jedné či druhé oblasti ochuzena. Může docházet k interferenci rodinné role ze strany pracovní, ale i naopak. Konflikt mezi rodinou a prací je důležitým stresorem, který má následně vliv na fyzické i mentální zdraví (Ioannidi et al., 2016).

Agrese na pracovišti

Jedná se o chování jedince či skupiny, které záměrně psychicky případně fyzicky poškozují další zaměstnance v kontextu pracovního prostředí. Zaměstnanci se mohou setkat s agresí interní, v rámci personálu, kolegů, nadřízených, podřízených a jiných spolupracovníků, ale i s agresí externí pramenící například od zákazníků, pacientů či klientů. Agresivní chování na pracovišti se může projevovat antisociálním chováním, citovým zneužíváním, neslušností, násilím, šikanou, naschvály či psychickou agresí jako jsou nadávky nebo křik. Agrese se může vyskytovat ve fyzické i psychické formě a rozlišovat můžeme i stupně, ve kterých se objevuje, jako jsou agresivní výhrůžky či samotný akt (Barling et al., 2009).

Fyzické aspekty pracovního prostředí

Jako potenciální stresory mohou působit také fyzické elementy pracovního prostředí. Jedná se například o prostorovou organizaci, výhled z pracovny, architektonické detaily prostředí, míra uzavřenosti prostoru, osvětlení, klimatizace, možnost ventilace, teplota, kvalita vzduchu, míra hluku, dostupnost nutných komponent potřebných k práci (notebooky, telefony, kopírovací zařízení aj.). Mezi fyzické aspekty prostředí můžeme zařadit i bezpečnost na pracovišti. Bezpečí na pracovišti se dá primárně měřit pomocí pracovních podmínek, fyzického bezpečí a zodpovědnosti za bezpečí ostatních. K fyzickému bezpečí však neodmyslitelně patří i bezpečí psychologické s nímž souvisí schopnost zvládat různorodé role, konflikty a případné nároky plynoucí z různorodých pracovních pozic (Barling et al., 2005; Doverspike & Blumental, 2001; Stock, 2010).

Ekonomické stresory

Finanční ohodnocení a tím zajištění ekonomické stability a životních jistot jedince, případně jeho rodiny, je mimo jiné komponenty (smysl, poslání, zájem aj.) jednou z primárních motivací pro zapojení do pracovního procesu obecně. Ekonomickými stresory tedy může být finanční ohodnocení, které se neslučuje s potřebami zaměstnance, vnímaná neadekvátnost ohodnocení pracovní pozice, strach o snížení dosavadního příjmu a pokud ke snížení skutečně dojde, vyrovnání se s ním. Dále obavy z možné výpovědi a stresory spojené s výpadkem finančních prostředků (Voydanoff, 1990). Na sílu ekonomických stresorů a jejich dopad poukazuje například propojení ekonomické recese a zvýšení depresí či sebevražd (Coope et al., 2015).

Vliv technologií

V novodobé moderní společnosti, jež akceleruje technologický rozvoj stále rychleji, je již mnohdy nepředstavitelná práce, do níž by technologie jakýmkoliv způsobem, více či méně, nezasahovaly. I přes bezesporné benefity, které s sebou technologie přináší však mohou rovněž působit jako další potenciální stresor. Klinický psycholog Craig Brod začal již v roce 1984 využívat termín „technostres“, jež popisoval jako označení pro nemoc moderní doby, která je způsobena neschopností se vyrovnávat s moderními technologiemi zdravým způsobem (Ayyagari et al., 2011). Technostres je v největším měřítku přítomný v kancelářských pracích, avšak nejen zde. Technologie vytváří na zaměstnance tlak na častější dostupnost, umožňují neustálé propojení i mimo pracovní dobu, vytváří podmínky pro pracovní přetížení a očekávání, že by zaměstnanci měli pracovat rychleji a déle. Zaměstnanci se díky technologiím mohou navíc cítit více kontrolováni a paradoxně omezeni. S využíváním systémů jsou rovněž spojeny i technické problémy vázané na neporozumění, potřebu IT podpory či fyziologické problémy vázané na umělé osvětlení, zvuky ale například i statickou pozici při využívání počítačů (Åborg & Billing, 2003; Nisafani et al., 2020; Sandblad et al., 2003).

Pracovně-právní vztahy

Pracovně-právními vztahy rozumíme vztahy mezi vedením/zaměstnavatelem a podřízenými/zaměstnanci. Klíčovým faktorem funkčních pracovně-právních vztahů v zaměstnání je zaměstnancem vnímaná kontrola a sociální podpora zaměstnavatele. Vnímanou kontrolou je rozuměna možnost podílení se na organizaci práce, pracovního prostředí, pracovní náplně, možnost participovat a ovlivňovat, disponovat určitou mírou kontroly nad vlastní pracovní pozicí. Rovněž je důležitý pocit, že má zaměstnancovo slovo a názor váhu. Jako stresor poté může působit nenaplnění těchto podpůrných faktorů a vyústění například v podobě stávek, vyjednávání či odborových aktivit. Dalšími stresory může být konflikt mezi vedením a zaměstnanci, snaha o změny, nespravedlnost, nevyslyšení potřeb, způsob kooperace, míra důvěry, podezíravost, nedorozumění a další stresory vázané na pracovně-právní vztahy mezi vedením/zaměstnavatelem a podřízenými/zaměstnanci (Barling et al., 2005; Heaney et al., 1993).

Organizační politika

Každé pracoviště disponuje určitou hierarchií a s ní spojenou mocí, jež je využívána v prospěch a zisky společnosti či jedince. Jedná se tak o různorodé chování, ovlivňování

s účelem vidiny benefitů a růstu. Určitá míra politiky je v sociálních interakcích a pracovním prostředí nevyhnutelná, avšak někteří jedinci jsou politicky schopnější než jiní a dokáží politiky a své pozice na pracovišti využít. Tato schopnost a zkušenost poté modifikuje, zda zaměstnanci vnímají organizační politiku negativně či pozitivně a jaká je míra jejich pracovní spokojenosti (Atshan et al., 2022). Jako stresor poté může působit samotné vnímání organizační politiky, pokud zaměstnanci pocítují tlak na zapojení do „politikaření“, aby dosáhli svých cílů, může se objevovat využívání taktik směřujících k povýšení, favoritizování a úlevy pro jiné zaměstnance, naschvály nebo například neférová akceptace odměny za práci jiného zaměstnance, aj. (Chang et al., 2009).

Obtěžování a diskriminace

Jednou z dalších kategorií potenciálních stresorů je obtěžování a diskriminace. Primárně se jedná o jakékoliv obtěžování (fyzické či psychické, sexuálního i nesexuálního charakteru), nevhodné chování nekorespondující s pracovním prostředím narušující komfort zaměstnance. Diskriminací je poté rozuměno odlišné chování k zaměstnanci na základě jeho fyziologických, biologických a sociálních charakteristik jako je například gender, rasa, příslušnost k náboženství, víra či sexuální orientace. Jedná se o komplexně odlišný přístup, šance k povýšení, tradiční pojetí genderových rolí, členění nevhodným poznámkám a devalvace pracovních záležitostí na základě těchto individuálních faktorů (Einarsen et al., 2020; Kim et al., 2020; Triana et al., 2019).

V této kapitole byl uveden výčet a kategorizace hned několika dělení pracovních stresorů od různorodých autorů. Koncepce se různí, mnohdy překrývají případně doplňují či nazývají podobné jinými názvy. Jednalo se však primárně o co nejširší výčet stresorů, které se mohou na pracovišti objevit a působit zátěžově pro daného zaměstnance. Cílem kapitoly bylo komplexní shrnutí a přehled, ze kterého bude vycházeno v následujících částech práce. Je nutné podotknout, že přítomnost stresoru ještě neznamená automatickou stresovou reakci a prozatím neznáme ani neumíme měřit specifickou odezvu organismu na specifický stresor. Stresová reakce je komplexní individuální odpověď organismu na subjektivně silné stresory. K pracovním stresorům se v běžném životě navíc přidávají stresory osobního života a neoddělitelně působí na jedince a jeho well-being.

2.3 Syndrom vyhoření

Dlouhodobé působení stresorů, jejich intenzita, míra prožívaného stresu a jejich společný vliv na jedince může pro zaměstnance vyústit v syndrom vyhoření. Pojem jako první

popsal v roce 1974 americký psychoanalytik Herbert Freudenberger na základě výzkumu dobrovolníků zdravotní kliniky. Jedná se o stav vznikající na základě dlouhodobější kumulace pracovního stresu a různorodých stresorů zmíněných v předchozí kapitole. Za primární projevy lze považovat emocionální vyčerpání, depersonalizaci, cynismus a neefektivitu pracovního výkonu. Emocionální vyčerpání se vyznačuje pocity apatie, lhostejnosti k běžným pracovním úkonům. Ztrácí se motivace, nasazení, chybí nadšení, zmenšuje se vklad a vnitřní investice do pracovního procesu. Na emocionální vyčerpání poté nasedá depersonalizace a cynismus, kdy se vytrácí zaměstnancova vazba k práci a objevuje se negativní postoj jak k pracovní náplni, tak k samotnému pracovišti. V neposlední řadě se také objevuje neefektivita a snížení pracovní produktivity, které mohou být doprovázeny nezájmem či naopak pocity selhávání. Značnou roli zde také hraje ztráta naděje a přechod do určitého stavu rezignace, ztráta smyslu z vykonávané činnosti (Bridgeman et al., 2018). Christina Maslach popisuje syndrom vyhoření jako negativní zkušenost jedince zahrnující emoce, motivy, přístup a očekávání, distres, problémy, dysfunkci a diskomfort s negativními následky. Hovoří rovněž o třech základních dimenzích – zahlcující vyčerpání, odpojení od práce (nedostatek úspěchů, pocit neefektivity) a cynismus (Maslach & Leiter, 2017).

Syndrom vyhoření je velkou zátěží a ztrátou jak pro jedince, tak pro zaměstnavatele. Snižuje pracovní efektivitu, spokojenost, má negativní vliv na somatické i duševní zdraví a celkový well-being.

Fáze syndromu vyhoření

Neexistuje jediné dělení specifických fází syndromu vyhoření. V praktické rovině se fáze mísí, prolínají, někdy může docházet k různorodým obměnám jednotlivých cyklů či proměnám pořadí. Pro teoretické ukotvení a představu toho, jak se pohled na tento cyklus vyvíjel během let však budou uvedeny chronologicky tři modely, které syndrom vyhoření a jeho průběh popisují.

Edelwich & Brodsky (1980) rozdělují cyklus na čtyři fáze:

1. Idealistické nadšení
2. Stagnace
3. Frustrace
4. Apatie

V prvotní fázi je přístup zaměstnance entusiastický, v práci funguje s velkým nasazením a je plný ideálů. Neumí však nakládat se svou energií, jejíž výdej přeceňuje. Poté se dostává do fáze stagnace, kde mizí prvotní nadšení a elán. Zaměstnanec se na práci dívá jinou optikou, přehodnocuje ideály a hodnoty, zaměřuje se na v první fázi nedůležité aspekty práce, jako je například mzdové ohodnocení. V popředí již není entusiasmus z práce jako takové. Ve třetí fázi přichází frustrace, pochybnosti, kumuluje se případná nespokojenost a zklamání, střet představ s realitou. Dochází ke zpochybňování smysluplnosti práce jako takové i vlastního pracovního výkonu. V poslední fázi cyklu je zaměstnanec apatický, rezignovaný, bez většího zájmu. Postrádá vnitřní motivaci, cítí se beznadějně, může začít volit vyhýbavé chování, mění se celkový přístup k práci a její vnímání.

Dle Thomase Poschkampa (2013) lze fáze syndromu vyhoření dělit následovně:

1. Nadšení
2. Šokující praxe
3. Zahlcení, únava
4. Vyčerpání, skleslost
5. Existenciální beznaděj

V úvodní fázi je zaměstnanec nadšený pracovní pozicí, má mnohdy nerealistická a nadnesená očekávání, což může potenciálně spustit celý cyklus. Následuje setkání s realitou, která neodpovídá původním idejím a dochází k nepříjemnému rozkolu či zahořklosti. Postupně klesá pracovní výkon, zaměstnanec je zahlcený, pociťuje únavu, klesá prvotní motivace, zaměstnanec je zatížen pracovním stresem. Zátěž působí na emoční vyčerpání, které se promítá do pracovního i osobního života a způsobuje komplexní inhibici. V poslední fázi se objevují psychosomatické obtíže, zaměstnanec se může sociálně izolovat, přichází otázky smysluplnosti.

Christina Maslach (2022) popisuje:

1. Nadšení, „engagement“
2. Neefektivní práci
3. Přetížení
4. Odpojení, „disengagement“
5. Vyhoření

Prvotní fáze v pojetí Cristiny Maslach je shodná s dalšími autory. Následuje neefektivní práce, kdy se pod vlivem nadšení pracovník věnuje nadměrnému množství aktivit bez ohledu na své kapacity, následně dochází k přetížení sil a postupnému odpojování, disociaci. Poslední fází je samotné vyhoření.

I přesto, že se jednotlivé koncepce odlišují, nikterak výrazně se nevyklučují a primární pohled potažmo bazální obsah fází zůstává v průběhu let stejný a koherentní s poznatky novodobých výzkumů.

Náchylné populace

Primární zkoumání syndromu vyhoření bylo směřováno na zaměstnance v humanitním a pedagogickém sektoru s předpokladem, že péče o druhé, intenzivní interakce nebo výzvy pedagogických rolí působí dlouhodobě jako velmi zátěžové a tito zaměstnanci se tak nacházejí ve větším ohrožení. Tento trend můžeme pozorovat stále, avšak zaměření se již rozšířilo na mnohé další profese (např. na manažery, zdravotníky aj.) (Maslach et al., 2001). Výzkum Zapf et. al. (2001) poukázal na to, že požadavek na odhalování či naopak potlačování emocí a nároky na využívání empatie v pracovním prostředí souvisí se syndromem vyhoření více než ostatní pracovní stresory jako je přetížení, konflikty rolí a další stresory výše vyjmenované. Syndrom vyhoření často postihuje odborníky pracující v emočně zatíženém a interpersonálním prostředí, obecně se jedná o skupinu pomáhajících profesí. Riziko se často objevuje u pracovníků v oblasti sociální, zdravotnické a v neposlední řadě v oblasti duševního zdraví, jež je jakýmsi propojením výše uvedených (Volpe et al., 2014). I z důvodu předpokladu rizika syndromu vyhoření u odborníků pracujících v oblasti duševního zdraví je tato diplomová práce zaměřena na odbornost psychologů v klinické praxi. Americká psychologická asociace sama uvádí riziko syndromu vyhoření u psychologů spojené s charakteristikami pracovní role. Jedná se o charakteristiky jako je odpovědnost za ostatní, omezená kontrola výsledků vlastní práce, vysoká míra angažovanosti či omezené pracovní zdroje (APA Services, 2008).

3. Profese psychologa v klinické praxi

Dle národní databáze soustavy povolání spravované ministerstvem práce a sociálních věcí ČR může psycholog v klinické praxi působit na dvou oficiálních pozicích – psycholog ve zdravotnictví a klinický psycholog. Jedná se o regulovaná nelékařská zdravotnická povolání. V rámci psychologie se jedná o jedinou zákonně definovanou odbornost, ve které jsou přesně vymezeny její kompetence a nároky na pregraduální i postgraduální vzdělávání. Klinický psycholog a psycholog ve zdravotnictví jsou odborníky na duševní nemoci a duševní zdraví pracující ve zdravotnickém systému. Jejich péče je díky tomu hrazená z veřejného zdravotního pojištění. Primárním rozdílem mezi těmito pozicemi je, že psycholog ve zdravotnictví musí pracovat pod supervizí klinického psychologa, avšak náplň práce se v mnohém značně podobá. Klinickým psychologem se pracovník stává po úspěšném složení atestační zkoušky a splní tím podmínky k získání specializované způsobilosti pro obor klinické psychologie (Ministerstvo zdravotnictví České republiky, 2021).

Národní zdravotní informační portál (2023) profese psychologa ve zdravotnictví a klinického psychologa definuje následovně:

„Psycholog ve zdravotnictví provádí bez indikace lékaře činnosti v rámci preventivní, diagnostické, léčebné, neodkladné, léčebně rehabilitační a dispenzární péče v oboru klinická psychologie pod odborným dohledem klinického psychologa.“

„Klinický psycholog provádí psychodiagnostická a psychoterapeutická vyšetření při léčbě duševních poruch a onemocnění, při rehabilitaci a při přípravě pacienta na lékařské zákroky.“

Psychologové v klinické praxi jsou však rovněž odborníky se znalostmi z obecné psychologie, vývojové psychologie, psychologie osobnosti, psychopatologie, neuropsychologie, psychologie zdraví a dalších disciplín, jejichž znalosti integrují a využívají ve své pracovní profesi (Ministerstvo zdravotnictví České republiky, 2021). V některých následujících částech této práce bude pojednáváno simultánně o profesích psychologa ve zdravotnictví a klinického psychologa, budou proto pro účely práce uváděny pod pojmem „psycholog/psychologové v klinické praxi“, pokud nebude specificky pojednáváno o jedné z těchto profesí.

3.1 Náplň práce, požadované odborné dovednosti a kompetence

Mezi požadované odborné dovednosti a pracovní náplň psychologů ve zdravotnictví patří: psychologická diagnostika, psychoterapie a socioterapie, krizová péče akutních stavů a traumat, školení zdravotnických pracovníků, rehabilitace, resocializace a reedukace psychických funkcí, zajištění prevence a péče dalším zdravotnickým pracovníkům, poradenství týkající se péče o psychosomatický stav pacientů, konziliární, dispenzární a posudková činnost v oblasti psychologie, poskytování informací v souladu s odbornou způsobilostí a vedení příslušné dokumentace v oblasti psychologie (Národní soustava povolání, 2017).

Mezi požadované odborné dovednosti a pracovní náplň klinických psychologů patří stejně jako u psychologů ve zdravotnictví: provádění psychologických vyšetření a psychodiagnostiky, posudková činnost v oblasti lékařství, poskytování prevence, edukace a poradenství o zdravém způsobu života a životním stylu, aplikace psychologických prostředků k léčení duševních poruch a onemocnění, provádění psychoterapie a socioterapie, rehabilitace, reedukace a resocializace psychických funkcí. Dále pak provádění odborné konziliární, posudkové a dispenzární činnosti, poskytování neodkladné péče propuklých akutních psychických krizí a traumat, školení zdravotnických pracovníků v oblasti psychologie zdraví a nemoci, podílení se na prevenci psychologických problémů zdravotnického personálu a vedení příslušné dokumentace v oblasti psychologie. Mezi další odborné dovednosti, které již nejsou náplní práce psychologů ve zdravotnictví, patří vyhodnocování účinnosti zvolených léčebných postupů a metod, spolupráce při řešení výzkumných úkolů ve zdravotnictví v oblasti psychologie, zajišťování výchovy a dalšího vzdělávání specialistů při specializační přípravě v oboru či vedení odborných týmů v oblasti psychologie. Jako odborné znalosti klinických psychologů uvádí Ministerstvo zdravotnictví (2021) „*procesy resocializace a sociální terapie, psychiatrie, psychiatrické ošetřovatelství, psychoterapie, zásady vedení pracovního kolektivu*“.

Vyžadované měkké kompetence, anglicky označované jako soft-skills, jsou vymezovány stejně jak pro psychology ve zdravotnictví, tak pro klinické psychology. Jedná se o schopnost celoživotního vzdělávání, předpoklady pro zvládání stresu a zátěže, schopnost efektivní komunikace, kooperace, objevování a orientace v informacích, výkonnost, samostatnost a řešení problému. Z obecných dovedností je potřebná počítačová způsobilost, právní povědomí a primárně jazyková způsobilost v češtině (Národní soustava povolání, 2017; Ministerstvo zdravotnictví České republiky, 2021).

3.2 Nároky na pregraduální a postgraduální vzdělávání

Psychologové v klinické praxi jsou absolventi standartně pětiletého magisterského studia jednooborové psychologie. Pro vstup do českého zdravotnictví musí absolvovat akreditovaný kvalifikační kurz psychologa ve zdravotnictví v délce jednoho roku a následně nastoupit do předatestační přípravy. Podmínkou pro započítání předatestační přípravy je minimálně poloviční úvazek ve zdravotnictví. Cílem je získání nutného teoretického a praktického zázemí pro schopnost samostatné práce jak v ambulantním, tak lůžkovém prostředí. Během minimální délky předatestačního vzdělávání, která je nyní v řádu pěti let, je psycholog povinen absolvovat povinnou praxi pod dohledem školitele, účastnit se vzdělávacích aktivit, kurzů a seminářů. Předatestační příprava je dělena na základní kmen a specializační vzdělávání - z obou se pro ukončení následně skládá zkouška. Během průběžného plnění jsou veškeré aktivity, praxe a vzdělávání zaznamenávány do logbooku v podobě kreditů. Rovněž je podmínkou vzdělávání nástup do akreditovaného psychoterapeutického výcviku libovolného směru (Ministerstvo zdravotnictví České republiky, 2021). Po zdárném splnění atestace může klinický psycholog pracovat v jakémkoliv zdravotnickém zařízení – v ambulantní péči, lůžkové péči i ve stacionárních službách. Speciálním typem zařízení jsou rovněž centra duševního zdraví, kde pracuje multidisciplinární tým pečující o pacienta, respektive klienta jak ambulantně, tak v terénu. Náplň práce bývá různorodá a závislá na konkrétním pracovišti a populaci, se kterou psycholog pracuje, a na kterou se postupně specializuje (např. psychiatrická klinika, neuro-kognitivní centra, problematika poruch autistického spektra, centra pro poruchy příjmu potravy a mnoho dalších).

Pokud nutné vzdělání shrneme, pro výkon práce psychologa v klinické praxi jsou nastaveny relativně vysoké požadavky. Samotné studium magisterské psychologie trvá minimálně pět let, poté je nutností splnit roční kurz psychologa ve zdravotnictví. Kurz je možné zahájit i během magisterského studia, avšak kapacity jsou velmi omezené. Pro zájemce je tak nyní obtížné se do kurzu kvůli velkému zájmu vůbec přihlásit. Díky neúspěšnému či odloženému zápisu může vznikat prodleva mezi dokončením studia a nástupem do zdravotnického zařízení potažmo započítáním atestační přípravy. Prodleva tak působí jako další extenze celkové doby vzdělávání, ale může také přispívat k odtoku zájemců o klinickou praxi do jiných oblastí psychologie, ve kterých nejsou nároky takto vysoké. V nynější době, kdy je klinických a dětských klinických psychologů nedostatek, je toto opravdu problémem. Dle Asociace klinických psychologů působí v Česku přibližně 1550 odborníků, ideální by byl dvojnásobek (Česká televize, 2023). Nároky na vzdělávání těchto odborníků jsou navíc vysoké

nejen z hlediska času, ale i z hlediska financování. Psychologové si sami hradí kurz psychologa ve zdravotnictví a v něm povinné hodiny praxí, ale poté i pro práci nutný psychoterapeutický výcvik. Někteří zaměstnavatelé nabízí na výcvik a vzdělávání příspěvky či kompletní proplacení, avšak nejedná se o pravidlo. Příspěvky jsou také častokrát opatřeny smluvní dohodou o setrvání na daném pracovišti po dobu výcviku či déle, což vytváří pro psychologa dlouhodobý závazek. Další specializační vzdělávání (uvedeny minimální časové délky pro absolvování) – klinická psychologie v trvání pěti let, návazná dětská klinická psychologie celkově v trvání sedmi let a nově od roku 2020 i specializace v psychoterapii v trvání dvou let znamenají pro psychologa další vklad a prodloužení přípravy k samostatné práci (Ministerstvo zdravotnictví České republiky, 2021).

3.3. Srovnání klinické praxe v českém a zahraničním zdravotnictví

V České republice se dělí psychologie na klinickou, dětskou klinickou a ne-klinickou sféru. Pro vstup do ne-klinické sféry psychologie je vyžadováno pětileté studium jednooborového magisterského programu po jehož splnění je absolvent právoplatným psychologem, který se může věnovat různorodým oblastem od pedagogické až po například sportovní psychologii. Není však možné působit ve zdravotnictví a poskytovat tak služby hrazené zdravotní pojišťovnou. Pozice psychologa pracujícího v klinické sféře je podmíněna dalšími požadavky zmíněnými v kapitole 3.2. V Evropských zemích nepanuje pro vymezení klinické profese shoda. Některé země nechávají vzdělání zcela neregulované, některé naopak přesně definují požadavky i pracovní náplň. Heterogenita národních regulací klinické praxe je ovlivněná politickou scénou, edukačními aspekty, ale i organizací zdravotnictví. Česká republika vstoupila v roce 1999 do takzvaného Boloňského procesu. Jedná se o uskupení evropských zemí, které si klade za cíl internalizaci vyššího vzdělání skrze Evropu. Cílem je harmonizovat obsah studia a studijní procesy napříč Evropou za účelem snadnější mezikulturní komunikace a výměny poznatků (Laireiter & Weise, 2019). I z tohoto důvodu budou v této práci pro srovnání uvedeny požadavky a podoba vzdělávání odborníků klinické praxe.

Mezi evropské země se specifickými regulacemi pro profesi klinického psychologa patří Kypr, Česká republika, Rakousko, Malta, Slovensko, Maďarsko, Slovinsko, Nizozemsko, Velká Británie, Island, Irsko a Španělsko (European Commission, 2016). I přesto se však příprava, kompetence, definice a zázemí klinických psychologů velmi liší. V některých zemích jako je právě Česká republika, Rakousko či Maďarsko je klinický psycholog samostatnou profesí. V jiných zemích jako je například Malta, Velká Británie nebo Španělsko se jedná o klinickou specializaci v psychologii zdraví. Rozdílná je i definice a chápání předmětu klinické

psychologie jako takové. V Německu reprezentuje klinická psychologie akademicko-vědeckou oblast, jejíž aplikací v praxi je psychoterapie, což je diametrálně odlišné od českého pojetí, kde je klinická psychologie aplikovanou praktickou oblastí s přesně definovanými pracovními kompetencemi (Hofmann, 2017).

Velmi rozličným aspektem je rovněž vzdělání. Ve většině evropských zemí je vyžadováno univerzitní vzdělání bakalářské či magisterské a následné postgraduální vzdělávání, jehož délka osciluje mezi dvěma až dvanácti lety (Laireiter & Weise, 2019). Mezi země s rychleji dosažitelným edukačním rámcem patří například Norsko, kde klinický trénink začíná již během studia. Důvodem může být fakt, že Norsko definuje pouze profesi klinického psychologa a legislativně neošetřuje další odnože, jako je psycholog zdraví či psychoterapeut (například Finsko operuje přesně naopak, nedefinuje profesi klinického psychologa, ale psychoterapeuta a psychologa zdraví ano) (EuroPsy, 2023; Psykonet, 2023). I z tohoto důvodu může být systém jednodušší a vzdělání dosažitelnější než v České republice. Následně poté Rakousko, ve kterém trvá postgraduální příprava mezi osmnácti měsíci a dvěma lety. Zemí s volnější legislativou je rovněž Švédsko, ve kterém je možné působit jako licencovaný psycholog po absolvování pětiletého odborného vzdělávání, které zahrnuje jak teoretickou, tak praktickou přípravu, a po jednoleté práci pod supervizí. Po splnění těchto podmínek se absolvent stává licencovaným psychologem, jehož péče je hrazená ze zdravotního pojištění a je tak dostupná všem občanům.

I vzhledem k možnostem specializované vysokoškolské přípravy, kde univerzity nabízejí studium přímo klinické psychologie a dalších specializovaných oborů, což v České republice neexistuje, je vstup do zdravotnického systému kratší (Laireiter & Weise, 2019; Norrman Harling et al., 2020). V Británii je systém takový, že se psychologem může stát absolvent psychologického vzdělání, které je akreditované britskou psychologickou společností. Prvotní stupeň vzdělávání podobající se českému bakaláři trvá v rozmezí tři až čtyř let. Rovněž je možné požádat o rekvalifikační postgraduální kurz v případě jiného vystudovaného oboru. Po absolvování kurzu či akreditovaného psychologického vzdělání si studenti vybírají specializaci (školní, forenzní, pracovní, sportovní psychologie či psychologie zdraví), která se rovná českému magisterskému programu. V případě klinického zaměření je možné studovat jednoletý magisterský program, avšak k právoplatnému výkonu tohoto zaměstnání je nutné jít navíc cestou postgraduálního studia v klinické psychologii, nejčastěji na doktorské úrovni, v trvání minimálně tří let. Během studia je možné pracovat pod supervizí registrovaného klinického psychologa. Celkově je však vzdělávací cesta k profesi klinického

psychologa v trvání pěti, šesti let (National Careers Service, 2023; National Health Service, 2023; UCAS, 2023). Ve Španělsku je pro výkon klinické praxe nutné absolvovat placené čtyřleté postgraduální vzdělání s názvem PIR. Jedná se o program kombinující teoretickou a praktickou výuku, systém supervidovaných stáží, které postupně podporují autonomii účastníka v různých oblastech zdravotnického systému. Podmínkou pro vstup do tohoto typu vzdělávání je titul z psychologie, filozofie či jiných sociálních oborů ekvivalentním k českému bakalářskému vzdělání a úspěšné splnění testu. Každoročně se do klinického vzdělávání ve Španělsku hlásí přes tisíce uchazečů, přičemž dostupných rezidenčních míst, které vyhláší ministerstvo zdravotnictví, je mnohonásobně méně (v roce 2020 bylo obsazováno přibližně 189 míst). Jedině s tímto typem vzdělání však může absolvent pracovat jak v soukromém, tak veřejném sektoru (Prado-Abril et al., 2019).

Nejnáročnější a nejkomplexnější programy pro vzdělávání v klinické psychologii jsou společně se Španělskem ve Slovinsku, Nizozemí, Maďarsku a České republice (European Commission, 2016). Tyto požadavky na vzdělání mohou potenciálně působit jako další stresor pro psychology působící v klinické praxi. Tomu, jaké zátěžové faktory mohou psychologové ve své práci zažívat a k čemu mohou potenciálně vést, bude věnována následující kapitola.

4. Pracovní stresory a syndrom vyhoření u psychologů v klinické praxi

Stejně tak jako se liší práce a vzdělání psychoterapeuta, psychologa či psychologa v klinické praxi i přesto, že se některé kompetence, požadavky a náplň pracovní pozice mohou překrývat, liší se i stresory, jež jsou na konkrétní profesi vázané a k detailnímu zmapování je nelze zkoumat společně. I přesto se literatura a výzkumy často zaměřují na problematiku stresu, stresorů, copingových strategií či vyhoření v rámci širších skupin profesionálů. Tím je rozuměno globální zkoumání stresu a s ním spojených komponent u lidí pracujících v pomáhajících profesích, profesích zaměřených na duševní zdraví či u zdravotních pracovníků obecně. V případě většího zúžení se výzkumy zabývají například problematikou stresu u psychoterapeutů. I přesto, že je tato skupina již více specifická než například skupina pracovníků oblasti duševního zdraví, psychoterapeutickou práci může vykonávat více různých profesí jako jsou lékaři, psychologové, kliničtí psychologové, sociální pracovníci a další humanitně či zdravotnický vzdělaní pracovníci. Zaměření je proto velmi široké a není tak dostatečně možné specificky a detailně identifikovat stresory jednotlivých profesí (Cushway & Tyler, 1996; González-Siles et al., 2022; Turgoose & Maddox, 2017). I z této důvodu je cílem této práce kvalitativní zaměření na skupinu psychologů působících v klinické praxi, jež je zde vydělena od ostatních profesí, s nimiž byla naopak v předchozích výzkumech mnohdy spojována. Vzhledem k nedostatku výzkumů soustředících se specificky na klinické profesionály budou dále uvedeny dosavadní poznatky zaměřující se i na pracovníky oblasti duševního zdraví, psychology a psychoterapeuty.

4.1 Pracovní stresory u pracovníků sektoru duševního zdraví

S profesí psychologa jsou spojeny časté a rychle se měnící požadavky na pracovní roli, nároky na zvládnání důvěrných a mnohdy intimních nerecipročních vztahů s klienty, izolace v pracovním kontextu, nároky profesní odpovědnosti. Dále pak náročnost a charakteristiky role, které činí psychology náchylné k syndromu vyhoření, zranitelnost vůči sekundární traumatizaci na základě vlastního empatického vkladu do práce s traumatizovaným klientem, nutnost se přizpůsobovat neustále se měnícím standardům profese jako jsou různorodé vnější zákonné, státní či jiné zásahy do praxe a vzrůstající požadavky vedené dokumentace. Dále existenciální stresory spojené s otázkou vlastního podnikání a praxe, vzájemný střet osobních a pracovních stresorů, ale i zneužití psychologa jako terapeutického nástroje (APA Services, 2008).

Je nutné poznačit rozdílnost mezi stresory, jež působí na již atestované klinické psychology a stresory, které jsou specifictější pro psychology v předatestační přípravě. Pakenham & Stafford-Brown (2012) poukazují na výzkumná data z nichž vychází, že

psychologové v přípravě jsou k prožívanému stresu skutečně náchylní. Může se jednat o stresory jako jsou prvotní zkušenosti (například terapie s různými typy klientů), časové omezení, dlouhá pracovní doba či neustálé přepínání mezi rolemi. Psycholog v klinické přípravě je stále studentem navštěvujícím vzdělávání, psychologem, terapeutem, někdy i výzkumným pracovníkem či samotným tutorem pro mladší kolegy či jiné posluchače. Navíc čelí stresorům spojeným s hodnocením a sledováním samotného přípravného procesu, stresorům v souvislosti s osobnostními charakteristikami, jako jsou vlastní nároky či očekávání, charakteristikami pracovní praxe a jejími výzvami, jako jsou například etické aspekty práce či nejednoznačnost. Pica (1998) popisuje v rámci nejednoznačnosti takzvanou toleranci k neuchopitelnému, která může v odbornících vyvolávat konflikt, ambivalenci, paradox i úzkost, ale zdá se být nezbytná pro odborníky terapeutických a poradenských profesí. V praxi se může jednat o etická dilemata s pacienty, ale i řešení diagnostických nejasností. Zvláště obtížné toto téma může být pro psychology s vysokými nároky na vlastní self považující za nutné znát odpovědi na všechny otázky. Skovholt & Ronnestad (2003) popisují jako stresor pro psychology v přípravě střet s realitou a rozpad oslnivých očekávání klinické praxe týkající se jak práce samotné, tak lektorů, ke kterým začínající psychologové vzhlíží. Obecně na vyšší míru stresu referovali psychologové v přípravě více než kvalifikovaní klinici v britském výzkumu profesionálů, jejichž vzorek čítal respondenty od 25-61 let (Cushway & Tyler, 1994).

Některé stresory, jako je například zpochybňování profesionálních schopností, však mohou být společné jak pro psychology v přípravě, tak pro již kvalifikované psychology. U klinických psychologů se dále objevují stresory jako je konflikt rolí mezi pracovním a domácím prostředím, organizační struktura a procesy, vztahy a konflikty s dalšími profesionály a kolegy, nedostatek pracovních zdrojů, nadměrné pracovní požadavky, přepracování a v neposlední řadě samotné problémy či konflikty přímo s pacienty potažmo klienty. Jako velmi zatěžující se jeví například sebevražedné, agresivní a násilné chování klientů. Stresorem velké síly může být rovněž zpochybňování vlastní profesionality, jež se objevuje u klinických psychologů, u začínajících psychologů, ale i psychoterapeutů. Profesionální pochybnosti mohou být napojeny na distres klientů a následné pochybnosti o efektivitě dočasné práce (Cushway & Tyler, 1996).

Dalším stresorem, který může být přítomen v rámci všech profesí oblasti duševního zdraví, je únava ze soucitu. Jedná se o termín využívaný k popisu negativních efektů, které má práce v psychicky stresujícím prostředí na schopnost jedince soucítit s druhými. Jedná se o empatickou zátěž a vyčerpání vycházející z dlouhodobější práce, ve které dochází ke snaze redukovat distres klienta. Mezi symptomy může patřit nejen emocionální vyčerpání a únava,

ale i problémy se spánkem, dopad na kognitivní funkce či horší pracovní výkonnost (Sorenson et al., 2016; Turgoose & Maddox, 2017). Vzhledem k definici, která zahrnuje emoční vyčerpání a jeho negativní efekty na profesionála, je možné přemýšlet nad propojením se syndromem vyhoření. Nejedná se však o simultánní termíny. Syndrom vyhoření je definován spíše jako psychické vyčerpání, objevující se například při vysoké pracovní zátěži, vznikající v důsledku kumulace stresorů a prožívání dlouhodobého stresu. Vyčerpání je propojeno s pocity beznaděje, snížením pocitu pracovního uspokojení, obtížemi s efektivním vykonáváním pracovní náplně a cynismem (Maslach & Leiter, 2017). U vyhoření je kladen důraz na organizační, environmentální stresory, u únavy ze soucitu se jedná spíše o emocionální procesy uvnitř jedince v důsledku vyčerpávající interakce s druhým člověkem (Turgoose & Maddox, 2017). V kvalitativním výzkumu Harling et al. (2020) uvedli zkušenost s únavou ze soucitu všichni zúčastnění kliničtí psychologové ze Švédska. K únavě přispívalo velké množství pacientů, složité případy či vysoká očekávání, která jsou na psychology kladeny. Naopak mezi protektivní faktory patřila podpora kolegů, empatický nadřizený nebo například naplňující mimopracovní aktivity.

Jako stresor může dále působit velké množství odpracovaných hodin či administrativa zvyšující se s počtem pacientů, které má psycholog v péči. Samostatnou kategorií jsou pacienti a jejich negativní, případně obtížné chování (destruktivita vůči sobě či druhým, manipulativní jednání, apod.), ale i vztah odborníka směrem k pacientům. Jako stresor může například působit nadměrná angažovanost psychologa. Ve výzkumu Rupert & Morgan (2005) se jako více angažovaní jeví psychologové působící v soukromých praxích. Referovali na větší emoční vklad směrem ke klientům manifestující se častějším přemýšlením nad klienty i mimo pracovní dobu, v případě potřeby svolností pro častější kontakt po telefonu a silnějším pocitem zodpovědnosti. V tomto výzkumu vyšší angažovanost souvisela s větší mírou emočního vyčerpání a depersonalizace, což jsou, jak již bylo zmíněno v předchozích kapitolách, primární projevy syndromu vyhoření. I přes možný vyčerpávající emoční vklad ale může angažovanost a závazek ke klientům zvyšovat efektivitu terapeutické práce a pocit vlastního úspěchu odborníka.

Dalším stresorem může být proměnlivost a nestabilita práce. Možnosti rapidních rychlých změn, které se u pracovníků oblasti duševního zdraví mohou objevit, se ukázaly například za propuknutí covidové pandemie, která měla negativní populační vliv na psychické zdraví a well-being obecně (O'Connor et al., 2021). Singh et al. (2023) identifikovali ve své kvalitativní studii zaměřené na zkušenosti odborníků duševního zdraví v covidové pandemii tři

hlavní témata, jež byla pro odborníky důležitá. Jednalo se o tranzici práce z fyzického do online prostředí, adaptaci na změny a well-being a v neposlední řadě nejistou profesionální podporu v nejistých dobách pandemie.

Jako další potenciální stresory mohou rovněž působit jakékoliv zátěžové faktory spojené s pracovním prostředím obecně (tělesné, biochemické, fyzikální, kognitivní, emocionální, sociální, komplexní a další) zmíněné v kapitole 2.2.

4.2 Syndrom vyhoření v psychologických profesích

Vyhoření jakožto důsledek dlouhodobě působících stresorů a následného stresu je multifaktoriálně podmíněný jev, jež nelze předvídat pouze na základě faktorů souvisejících s prací. Nicméně pracovní prostředí a náplň práce jako taková jsou velmi významnými proměnnými, které mohou tento stav ovlivňovat a přispět velkou měrou k jeho vzniku. Výzkumy poukazují na to, že pracovníci v oblastech duševního zdraví častěji reportují vyhoření a únavu ze soucitu (O'Connor et al., 2018; Singh & Hassard, 2021).

Rupert a Kent (2007) ve svém výzkumu poukázali na to, že menší známky vyhoření vykazují psychologové, kteří považují za důležité typy chování „*career-sustained*“. Tento typ chování byl rovněž propojen s celkovou pracovní spokojeností (Stevanovic & Rupert, 2004). Nižší míru syndromu vyhoření rovněž vykazovali psychologové nezávislí, fungující ve vlastní praxi oproti zaměstnancům větších organizací. Tento jev se dá vysvětlovat větší kontrolou nad pracovními povinnostmi, menším množstvím byrokracie a pravděpodobným setkáváním se se stabilizovanějšími pacienty (Hellman & Morrison, 1987; Raquepaw & Miller, 1989; Vredenburgh, Carlozzi, & Stein, 1999). V dalším výzkumu syndromu vyhoření byli účastníci rozděleni do tří skupin – psychologové v soukromé individuální praxi, psychologové v soukromé praxi, která sdružuje více odborníků a psychologové působící v organizacích, jako jsou psychiatrické kliniky či nemocnice obecně, ambulantní kliniky a poradenská centra. Tento výzkum potvrdil menší míru vyhoření v soukromé praxi obecně. Zajímavým jevem však bylo, že vyšší míra emocionálního vyhoření v nesoukromém sektoru byla sledována u žen, muži naopak referovali vyšší míru vyhoření v soukromé kolektivní praxi. Zajímavé bylo i propojení s věkem obecně, kdy profesně starší psychologové referovali na menší míru vyčerpání a vnímání depersonalizace klientů (Rupert & Morgan, 2005). Právě depersonalizační dimenze syndromu vyhoření představuje pro psychology riziko emocionálního odstupů či odloučení od klientů (Maslach and Jackson, 1981). Vyhoření tak nemá negativní dopady jen na samotného psychologa, ale sekundárně působí i na jeho klienty a pacienty skrze zhoršené profesionální

fungování a snížené pracovní kompetence (Rupert et al., 2015). Dle Maslach (2003) se jedinec stáhne ze své profesionální role, není puzen odvádět co nejlepší výkony a jeho primárním cílem v práci se stává pouhé přežití. Výsledky výzkumů však nejsou ohledně vlivu prostředí a typu praxe na syndrom vyhoření konzistentní. Některé výzkumy uvádějí, že práce v soukromé praxi může snižovat pocity generalizovaného vnímání stresu, emoční vyčerpání i depersonalizaci a naopak zvýšit pocity osobního naplnění. V některých studiích se naopak signifikantní efekt prostředí na syndrom vyhoření neprokázal (Di Benedetto & Swadling, 2014; Rupert et al., 2009; Rupert & Morgan, 2005).

S vývojem doby a změnami ve zdravotnické praxi se však dá usuzovat i na změny stresorů jež působily dříve, v době realizace výše zmíněných výzkumů. Můžeme mluvit o vyšším pracovním vytížení, jež je spojené s destigmatizací duševního zdraví a s podporou vyhledání odborné pomoci, o stávajících etických otázkách, úpravě legislativy, změny regulí a státních vyhlášek, které mohou mít vliv na profesní autonomii psychologů. Vyšší pracovní vytížení však nesouvisí pouze s destigmatizací, ale i s neočekávanými globálními problémy jako je covidová pandemie, konflikt Ukrajiny a Ruska a mnoho dalších událostí, jejichž vliv se podepsal na psychickém zdraví populace a přispěl tak k vyšší poptávce po psychologické péči (Singh et al., 2023).

Metaanalýza z roku 2018 uvádí emoční vyčerpání jako nejčastější příčinu syndromu vyhoření u psychologů napříč specializačními oblastmi psychologické práce (McCormack et al., 2018). Psychologové také uvádějí největší míru emočního vyčerpání v porovnání s dalšími odborníky oblasti duševního zdraví (Dreison et al., 2018). Emoční vyčerpání je tak pro psychology rizikovější než depersonalizace či pokles osobního naplnění. Zajímavé rovněž je, že se emoční vyčerpání pojí s úmyslem opustit současnou pracovní pozici více než samotná přítomnost a míra pracovního stresu. Výskyt emočního vyčerpání je přičítán rovněž celkovému počtu odpracovaných hodin, zátěži administrativní práce, přílišné angažovanosti ve vztahu ke klientům nebo naopak negativnímu chování vůči klientům (McCormack et al., 2018).

Dalším rizikovým faktorem je pracovní zátěž, a to nejen objektivní, ale i subjektivně vnímaná, což odpovídá transakční teorii Lazaruse (1984). Z objektivní zátěže je to celkový počet odpracovaných hodin, vysoké pracovní nároky a tempo, nedostatek autonomie, ale i obavy z většího množství klinické práce, než kterou je reálně kvalitně vykonat. Vyšší množství odpracovaných hodin následně může souviset i s pracovně-rodinným konfliktem (Garcia et al., 2016; Rupert & Kent, 2007; Rupert & Morgan, 2005; Steel et al., 2015). Pracovní zátěž má

však vliv nejen na emoční vyčerpání, ale i na ostatní dimenze vyhoření. Studie Ballenger-Browning et al. (2011) například uvádí snížený pocit osobního naplnění u psychologů se zvýšeným počtem pacientů týdně. Ke snížení osobního naplnění může stejně tak přispívat větší čas strávený administrativní prací a obecně nepsychologickými aktivitami, které jsou spíše doplňkovou a okrajovou náplní práce (Rupert & Kent, 2007; Sim et al., 2016).

U veškerých potenciálních stresorů, jež mohou přispívat, ať už k dlouhodobému stresu potažmo syndromu vyhoření, je nutné zvážit moderující faktory, jako je osobnost psychologa a typologie klientů. Diagnostika pacientů s poruchou osobnosti se může vázat na pocity depersonalizace, pacienti s tendencí či záměrem k malingeringu zase vyvolávají pocity cynismu. Negativní chování pacientů jako je agresivní, výhružné jednání, suicidální gesta a proklamace, testování limitů či psychotické chování vyžadují větší míru emoční energie, což může vést k emočnímu vyčerpání (Ballenger-Browning et al., 2011; Garcia et al., 2016; Rupert et al., 2015). Pokud se jedná o personu psychologa, roli mohou hrát zkušenosti, věk, pohlaví i osobnost konkrétního odborníka. Například psychologové starší referují na syndrom vyhoření méně. Jedním z možných vysvětlení je, že profesně starší profesionálové již umí šetřit svou emoční energii, aby nedošlo k jejímu vyčerpání. Naopak protektivním faktorem depersonalizace může být věk obecně, nezávislý na letech praxe. Před cynismem tak nechrání pracovní, ale spíše životní zkušenosti (McCormack et al., 2018; Steel et al., 2015). Vliv pohlaví na syndrom vyhoření není jednoznačný. Ukazuje se však, že ženy referují na vyšší míru emočního vyčerpání zvláště v kombinaci s faktory pracovního prostředí, osobními zdroji a osobním přesvědčením. Muži referují na vyšší míru depersonalizace (Emery et al., 2009; Rupert & Kent, 2007). Riziko syndromu vyhoření se dle výše zmíněných informací psychologů velmi dotýká. Důležitou roli při jeho vzniku hraje vliv samotného pracovního prostředí, osobních charakteristik a zdrojů ke zvládnutí zátěže (McCormack et al., 2018).

V rámci poslední kapitoly byly popsány dosavadní poznatky o pracovních stresorech a syndromu vyhoření u psychologů, ale i dalších profesionálů pracujících v oblasti péče o duševní zdraví. Veškerý výčet výzkumů je však zahraniční a v České republice se problematice pracovního stresu a syndromu vyhoření u psychologů pozornost nevěnuje. Studie se zaměřením na zdravotnický personál existují, týkají se však lékařů, zdravotních sester, záchranářů či radiologických asistentů. Rovněž neexistují výzkumy na dané téma ani mimo zdravotnickou oblast. Nárůst poptávky po psychologické péči zvláště hrazené zdravotními pojišťovnami stoupá, poptávka je tak násobně vyšší než kapacity psychologů v klinické praxi. Zájem o klinické psychology, jejich pracovní podmínky a duševní zdraví považují za klíčový. Zátěž

pracovního prostředí a potenciální syndrom vyhoření totiž neovlivňují pouze psychology, ale i jejich zaměstnavatele a zároveň pacienty. Jedná se tak nejen o zátěž psychologickou, ale i ekonomickou a systémovou. Znalost pracovních stresorů by mohla sloužit k doporučením pro zaměstnavatele a modifikaci neefektivního zátěžového pracovního prostředí. Zkvalitnění pracovních podmínek by tak mohlo vést k zefektivnění pracovního výkonu, ale i většímu množství profesionálů, kteří se rozhodnou vydat cestou klinické psychologie nebo například zamezit odlivu klinických psychologů do soukromých praxí či z oblasti klinické psychologie obecně.

II. Empirická část

5. Cíl výzkumu a výzkumné otázky

Primárním cílem výzkumu bylo prostřednictvím polostrukturovaných rozhovorů zmapovat, jaké pracovní stresory vnímají psychologové v klinické praxi. Specifické bylo zaměření na zátěžové aspekty spojené s danou profesí i jejími nároky a následná explorace přítomnosti stresorů, jež se na poli pracovní psychologie ukazují pro zaměstnance jako zatěžující obecně. Výzkum se věnoval i tomu, jakým způsobem tyto zátěžové aspekty psychology a jejich práci v klinických praxích ovlivňují. Následně se výzkum zaměřil na subjektivní vnímání syndromu vyhoření, vlastní zkušenosti, ale i propojení s konkrétními identifikovanými stresory. Rovněž byl zájem soustředěn na to, jak syndrom vyhoření ovlivňuje psychology a jejich práci.

Vzhledem k tomu, že v České republice prozatím neexistují práce na dané téma, výzkum měl primárně explorační charakter. Hlavním cílem bylo zmapovat, s jakými pracovními stresory se psychologové v klinické praxi setkávají, co vnímají ve své profesi jako zátěžové a jak stresory ovlivňují jejich práci. Dále pak jakou mají zkušenost se syndromem vyhoření, případně čemu ji přisuzují a s jakými stresory jej subjektivně propojují. V zahraničním prostředí studie na dané téma existují, avšak vzhledem k odlišnostem ve zdravotnickém i edukačním systému jednotlivých zemí, tj. odlišným pracovním podmínkám i samotným nárokům na odborníky pracující v klinických pozicích, byl v rámci této práce zvolen kvalitativní design výzkumu.

Ve studii byly položeny následující výzkumné otázky:

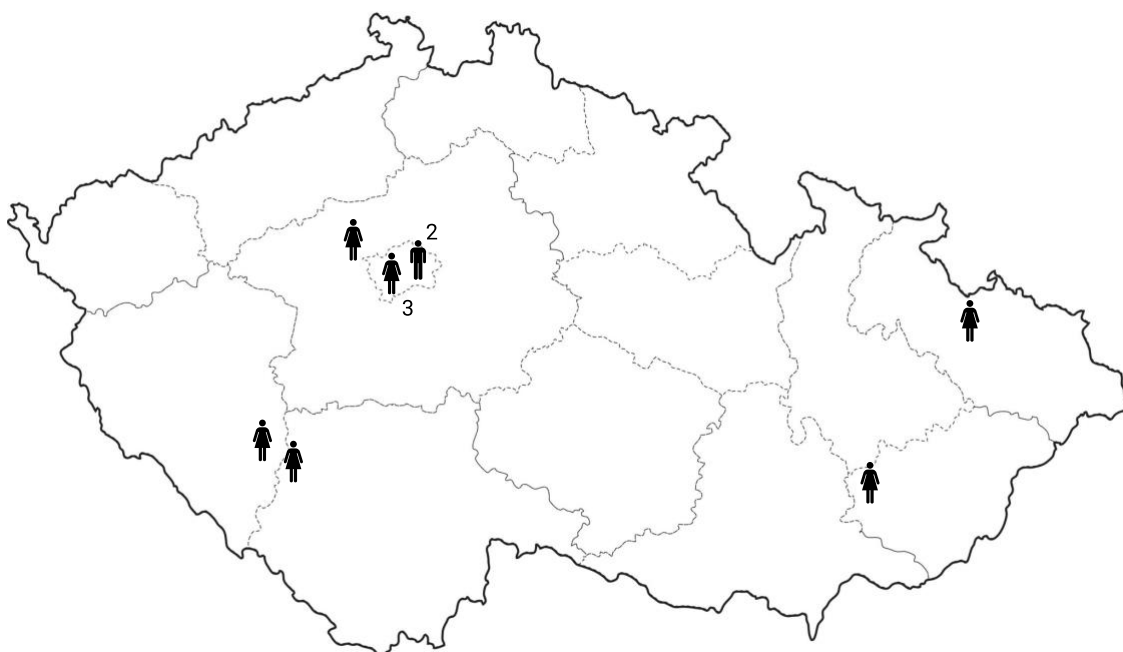
- VO 1) Jaké pracovní stresory vnímají psychologové v klinické práci?
- VO 2) Jak ovlivňují pracovní stresory psychology v klinické praxi?
- VO 3) Jakou zkušenost mají psychologové v klinické praxi se syndromem vyhoření a jak je případně ovlivňoval?
- VO 4) S jakými pracovními stresory spojují psychologové v klinické praxi své zkušenosti se syndromem vyhoření?

6. Metodika

6.1 Výzkumný soubor

Výzkumný vzorek byl finálně složen z 10 respondentů v zastoupení 8 žen a 2 mužů. Velikost výzkumného vzorku byla zvolena na základě doporučení autorů tematické analýzy, jež byla využita ke kvalitativnímu zpracování dat (Braun & Clarke, 2013). Věkové rozpětí respondentů nebylo nikterak omezeno a pohybovalo se v rámci předdefinovaných kategorií 25-30 let až 65+let ($M = 33$, $SD = 14,49$ let). Kritériem výběru pro účast v daném výzkumu byl aktuální pracovní úvazek ve státním zdravotnickém zařízení na území ČR na pozici psychologa ve zdravotnictví či na pozici klinického psychologa se započatou či dokončenou atestační přípravou. Výsledný vzorek byl složen z 5 psychologů ve zdravotnictví a z 5 klinických psychologů. Z výzkumu byly ještě před samotným interview vyčleněny participantky v současnosti na mateřské dovolené z důvodu aktuálnosti a nezkrácenosti zkušeností ze zdravotnického prostředí.

Demografické údaje - mapa bydliště respondentů



Poznámka. Místa aktuálního bydliště respondentů, pohlaví znázorněné pomocí piktogramů. V případě vyšší četnosti zastoupení počet znázorněn číslovkou.

Tabulka č. 1.*Charakteristika respondentů*

Kód	Pohlaví	Věkové rozmezí	Délka působení v klinické praxi	Současné zaměstnání ve státním sektoru	Psycholog ve zdravotnictví/ Klinický psycholog	Úvazek
R1	žena	25-30	2 roky	Psychiatrická nemocnice	Psycholog ve zdravotnictví	celý
R2	žena	25-30	3 roky	Psychiatrická nemocnice	Psycholog ve zdravotnictví	celý
R3	žena	25-30	3 roky	Psychiatrická nemocnice	Psycholog ve zdravotnictví	částečný
R4	muž	30-35	4 roky	Fakultní nemocnice	Psycholog ve zdravotnictví	částečný
R5	žena	45-50	7 let	Fakultní nemocnice	Psycholog ve zdravotnictví	částečný
R6	žena	35-40	7 let	Psychiatrické odd., CDZ	Klinický psycholog	částečný
R7	žena	30-35	8 let	Psychiatrická nemocnice	Klinický psycholog	částečný
R8	muž	35-40	8 let	Psychiatrická nemocnice	Klinický psycholog	částečný
R9	žena	35-40	14 let	Psychiatrická nemocnice	Klinický psycholog	částečný
R10	žena	65+	52 let	Psychiatrická nemocnice	Klinický psycholog	částečný

6.2 Měřicí nástroje

Pro účely tohoto výzkumu bylo konstruováno polostrukturované interview (viz. příloha č. 1). Interview se skládalo z 16 ti primárních otázek rozčleněných do tří tematických okruhů:

- 1) Charakteristika pracovního prostředí
- 2) Pracovní stres, stresory
- 3) Syndrom vyhoření a propojení s konkrétními stresory

Vzhledem ke kvalitativní povaze výzkumu bylo důležité zmapovat prostředí, ve kterém respondent pracuje, jakou náplň má jeho pracovní pozice, z jakých úkonů se skládá jeho pracovní den nebo jak vypadá současný pracovní tým. Na tyto otázky se zaměřoval první tematický okruh. Za důležité bylo považováno využití hloubkového rozhovoru a lepší pochopení současné pracovní situace konkrétního respondenta pro efektivnější analýzu dat a zodpovězení výzkumných otázek. Druhý okruh zahrnoval otázky na subjektivní definici pracovního stresu a stresorů s cílem zjistit, co konkrétně pro participanty tyto pojmy znamenají a jak je chápou. Dále bylo zjišťováno, za jak stresující považují svou pracovní pozici, jaké stresory shledávají v práci psychologa v klinické praxi, ale i co vnímají jako nejnáročnější či co nejnáročnějšího ve své práci zažili. Na základě teoretické části této práce byly rovněž vygenerovány tematické oblasti týkající se pracovního prostředí, ve kterých se mohou objevovat potenciální stresory. Respondenti byli požádáni, aby se zamysleli nad skutečností, zda v rámci těchto oblastí identifikují některé stresory, které se pojí právě s jejich profesí. Třetí kategorie se zaměřovala na syndrom vyhoření a jeho propojení s konkrétními pracovními stresory. Respondenti byli stejně jako v druhém okruhu požádáni o vlastní definici syndromu vyhoření. Dále reflektovali vlastní zkušenost, jakou měla podobu a jak si jí vysvětlují v kontextu jednotlivých pracovních stresorů.

Interview bylo dále doplněné o otázky týkající se zdrojů a možných copingových strategií i doporučení jak stresory a náročnost psychologické profese v klinické praxi zvládat. Tyto otázky měly primárně protektivní a doplňující opodstatnění.

6.3 Procedura

Rekrutování respondentů probíhalo ve třech vlnách v časovém rozmezí únor 2023 až květen 2023. V první vlně došlo k oslovení skrze kontakty na kolegy pracující v klinické sféře. Důležitost byla však kladena na absenci jakékoliv osobní známosti s výzkumníkem. V druhé vlně proběhlo oslovení dalších potenciálních zájemců skrze sociální sítě (facebooková stránka Česká psychologie, profesní sociální síť LinkedIn) a skrze emailové adresy jednotlivých

státních zdravotnických zařízení. Oslovení bylo doplněno o grafický leták (příloha č. 2). Vzhledem k relativně nízkému zájmu potenciálních respondentů proběhl nábor i napotřetí. Nyní se však jednalo o konkrétní oslovování prostřednictvím sociální sítě LinkedIn s nabídkou účasti na výzkumu. Nižší odezva na generalizované emaily a výzvy může být vysvětlena potenciálním zahlcením pracovníků, přílišnou obecností centrálních emailů, rizikem, že se z obecných emailů výzva nedostane přímo do rukou konkrétních pracovníků, aj. V rámci přímého oslovování byla rovněž získána zpětná vazba poukazující právě na výše zmíněnou zahlcenost, plnou pracovní kapacitu a absenci volného času. S vybranými respondenty byly následně v průběhu března až května 2023 provedeny polostrukturované rozhovory. Před samotným rozhovorem byl účastníkům k vyplnění zaslán dotazník reflektující demografické údaje (místo bydliště), současnou pracovní pozici, pracovní úvazek, délku psychologické práce ve zdravotnictví a rok úspěšného splnění atestační zkoušky či délku předatestační přípravy. Dotazník měl informační, ale i pre-screeningový charakter, kdy sloužil k vyřazení kandidátů nesplňující kritéria daného výzkumu. Účastníci rovněž obdrželi k pročetí a případným poznámkám informovaný souhlas (viz. příloha 3), který bylo možné podepsat elektronicky či fyzicky na místě setkání v den realizace rozhovoru. Následovala domluva ohledně termínu setkání a způsobu realizace. Účastníci si mohli zvolit, zda chtějí rozhovor realizovat online formou (na platformě Google Meets či Zoom) nebo osobně. Před samotným interview byly účastníkům představeny cíle výzkumu a zopakovány informace, které se taktéž nacházely v informovaném souhlasu ohledně anonymizace a zpracování dat. Účastníkům, kteří projeví zájem byla rovněž nabídnuta varianta náhledu následně využitých úryvků rozhovoru ještě před samotným publikováním práce z důvodu ochrany identifikace. Rozhovory byly nahrávány na diktafon a následně uloženy na zaheslovaném disku. Nejkratší interview trvalo 40 minut, nejdelší 2,5 hodiny. Po dokončení rozhovoru byla účastníkům nabídnuta možnost reflexe pokládaných otázek a možnost zaslání finální diplomové práce. Účast na výzkumu nebyla finančně ani jinak honorována.

6.4 Metody zpracování a analýzy dat

Nahrávky rozhovorů byly vždy doslovně přepsány. Přepisy probíhaly průběžně mezi jednotlivými rozhovory v časovém rozmezí březen – květen 2023. Nejprve byly vyhledávány a testovány programy na přepis hlasového projevu. Jako nejvíce efektivní se prokázala varianta transkriptu hlasového diktování Word. Rozhovory byly vždy přepsány skrze tento program a následně kontrolovány a upravovány výzkumníkem. Zvažovaná byla rovněž i pomoc studentů

nižších ročníku Psychologie na FF UK, avšak díky citlivosti a důležitosti anonymizace dat nebyla využita.

Data byla následně zpracovávána pomocí tematické analýzy dat. Jedná se o kvalitativní metodu, která slouží k analýze, identifikaci a reportování témat obsažených v získaných datech. Analýza zahrnuje systematické procesy kódování s cílem rozvoje hlavních témat. Samotné kódování je založené na hledání opakujících se vzorců napříč rozhovory, zahrnuje konstantní porovnávání dat a důraz na utváření významových celků tvořených z analyzovaného textu (Braun & Clarke, 2006).

Ještě před počátkem kódování dat proběhla reflexe výzkumníka ohledně vlastního možného zásahu do interpretací, vlastních očekávání a možného potenciálního zkreslení výsledků. Pro analýzu byla využita placená verze programu Atlas.ti. Jedná se o počítačově podporovaný software vyvinutý pro kvalitativní analýzu dat. V první fázi probíhalo důkladné seznámení s daty v podobě vícenásobného důkladného pročitání textů. V druhé fázi následovalo prvotní kódování dat a vyhledávání základních segmentů, které lze vzhledem k výzkumným otázkám identifikovat. Následovalo procházení a třídění kódů, vyhledávání duplikátů či kódů se stejným významem, avšak jiným pojmenováním a následné shlukování či vyřazování. Třetí fáze byla zaměřena na prvotní generování témat pomocí slučování kódů. Probíhala abstrakce a přerozdělování. Ve čtvrté fázi proběhl vývoj a samotná revize témat. Jednalo se o podobný proces, který byl aplikován na revizi a slučování kódů, avšak již na abstraktnější rovině dat. Ve finální fázi proběhlo definování a konečné pojmenování témat. Veškeré tematické celky byly interpretovány na základě teoretických poznatků dané problematiky a celkových výsledků všech rozhovorů. Následovalo sepsání výsledků a doplnění o ukázky ze získaných dat pro ilustraci popisovaného tématu.

6.5 Etika výzkumu

V rámci výzkumu byly dodrženy základní etické principy. Před rekrutováním respondentů byl na základě pokynů Komise pro etiku FF UK vytvořen informovaný souhlas (viz. příloha č. 3), který byl před samotnými rozhovory distribuován mezi respondenty. V rámci souhlasu byl představen samotný výzkum i jeho cíle. Dále byl uveden způsob realizace a předpokládaná délka trvání samotných rozhovorů. Účastníci byli informováni o anonymizaci dat, nahrávání rozhovorů i o délce a způsobu uložení získaných dat. Účast na výzkumu byla dobrovolná, nehonorovaná a účastník měl právo z výzkumu kdykoliv odstoupit bez udání důvodu. Vzhledem k citlivosti dat bylo účastníkům rovněž vyhrazeno právo požádat o smazání

nahrávky rozhovoru i před uplynutím předem stanovené doby uchovávání výzkumných dat. Respondenti absolvující online interview zaslali elektronicky podepsaný souhlas skrze emailovou adresu či soukromou komunikaci, respondenti absolvující interview osobně podepsali informovaný souhlas na místě setkání před zahájením rozhovoru.

Respondenti dostali před zahájením rozhovoru možnost se doptat na jakékoliv otázky či sdělit případné obavy z výzkumu. Cílem bylo ujasnění veškerých informací týkajících se daného výzkumu a ošetření komfortu a bezpečí účastníků.

Rozhovory byly následně nahrány na zaheslovaný disk. Všem účastníkům byl přidělen kód, jímž byl identifikován samotný rozhovor, jeho přepis, ale i informace o účastníkovi. Skutečná identita respondentů byla známa pouze výzkumníkovi a samotná anonymizovaná data byla využita pouze k vědecko-výzkumným účelům.

7. Výsledky

V následující části budou předloženy výsledky výzkumné práce chronologicky dle pořadí položených výzkumných otázek.

První výzkumná otázka se zaměřovala na explorování pracovních stresorů, které psychologové v klinické praxi zažívají. Definice stresu, stresorů a souvisejících témat byly uvedeny v teoretické části práce. Vzhledem ke skutečnosti, že i v teoretickém pojetí nepanuje přímá shoda v definicích a respondenti mohou pojmy vnímat různě, byla položena otázka, jak subjektivně vnímají stres a stresory, co pro ně tyto pojmy znamenají. I přesto, že jsou termíny stres a stresor v teoretickém ukotvení odlišeny a znamenají něco jiného – stres reakci organismu a stresor vnější či vnitřní zátěž působící na jedince, která může či nemusí spustit stresovou reakci, v praktické rovině rozhovoru respondenti pojmy propojovali a referovali o nich společně. Nedefinovali samostatně stres a stresor, ale hovořili o jedné problematice. Tento trend se poté promítal celými rozhovory. V rámci vědeckých, teoretických účelů považují za důležité termíny oddělovat, avšak v praktické rovině jsou neoddělitelné. Respondenti popisovali stres a stresory s negativní konotací jako něco nepříjemného, zátěž či nadlimitní zátěž, překážku, která je obtěžující. Jednalo se o něco, co je vyvede z rovnováhy, v dlouhodobém měřítku něco, co překračuje jejich hranice a může se projevovat jak psychickým, tak somatickým defektem. Níže jsou pro ilustraci uvedeny citace jednotlivých respondentů (společně s přiděleným kódem), které budou využívány i v následujících částech práce.

„Stres pro mě je nějaká nadlimitní zátěž nebo zátěž, která vím, že řekněme má tendenci hodně působit na moje hranice.“ (R6)

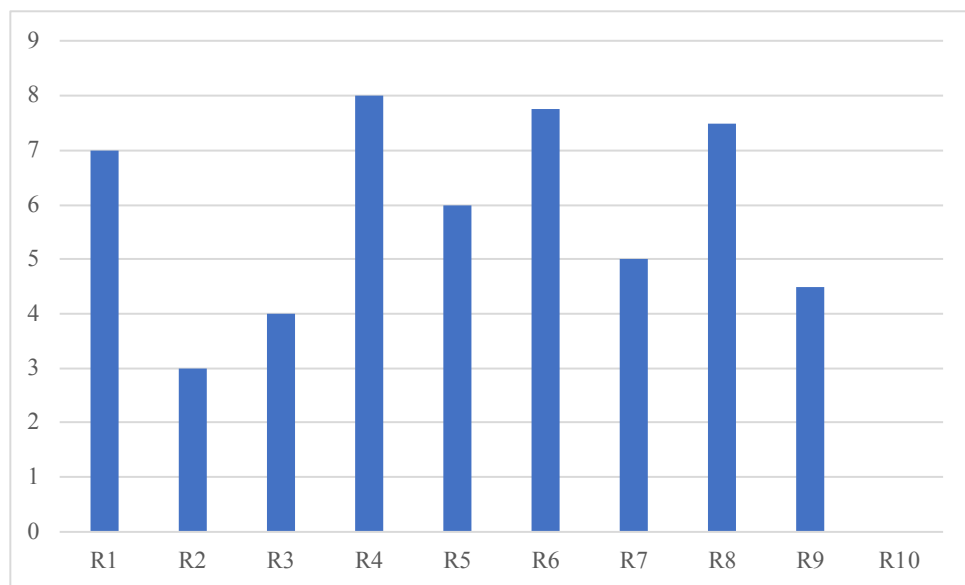
„Jak bych dokázala říct, co jsou pro mě ty stresory.. Přemýšlím, jak se definují nebo jak to na sobě poznám. Jako něco, co mě vyvede nějak z rovnováhy.“ (R9)

„Nějaká psychická zátěž, která mě obtěžuje. Když už je toho stresu moc, tak nějak je to pro mě vyčerpávající, únavné, zatěžující a cítím nějakou jako potřebuju z toho to nějak ventilovat, z toho utéct nebo odejít. Někdy je to spojené s bolestí hlavy.“ (R8)

„Je to určitá překážka, která vyžaduje nějaký naše úsilí. To, co považuji za potom nadměrný stres, to většinou já poznám tak, že mně se třeba udělá opar, a to už zjistím, že někde mě něco tlačí a já to nevidím nebo dělám, že to nevidím.“ (R7)

Respondenti stres na pracovní pozici psychologa v klinické praxi hodnotili velmi variabilně. Odlišovali se mírou referovaného stresu, ale rovněž popisovali různorodost stresu na různých pracovištích, ve kterých působili. Někteří respondenti rovněž podotýkali, že i současná pracovní pozice se může přítomností stresu lišit den ode dne vzhledem k rychlosti změn a povahou samotné práce. Pokud respondent uvedl například variaci mezi hodnotou 6-8, byl do grafu zanesen vždy průměr.

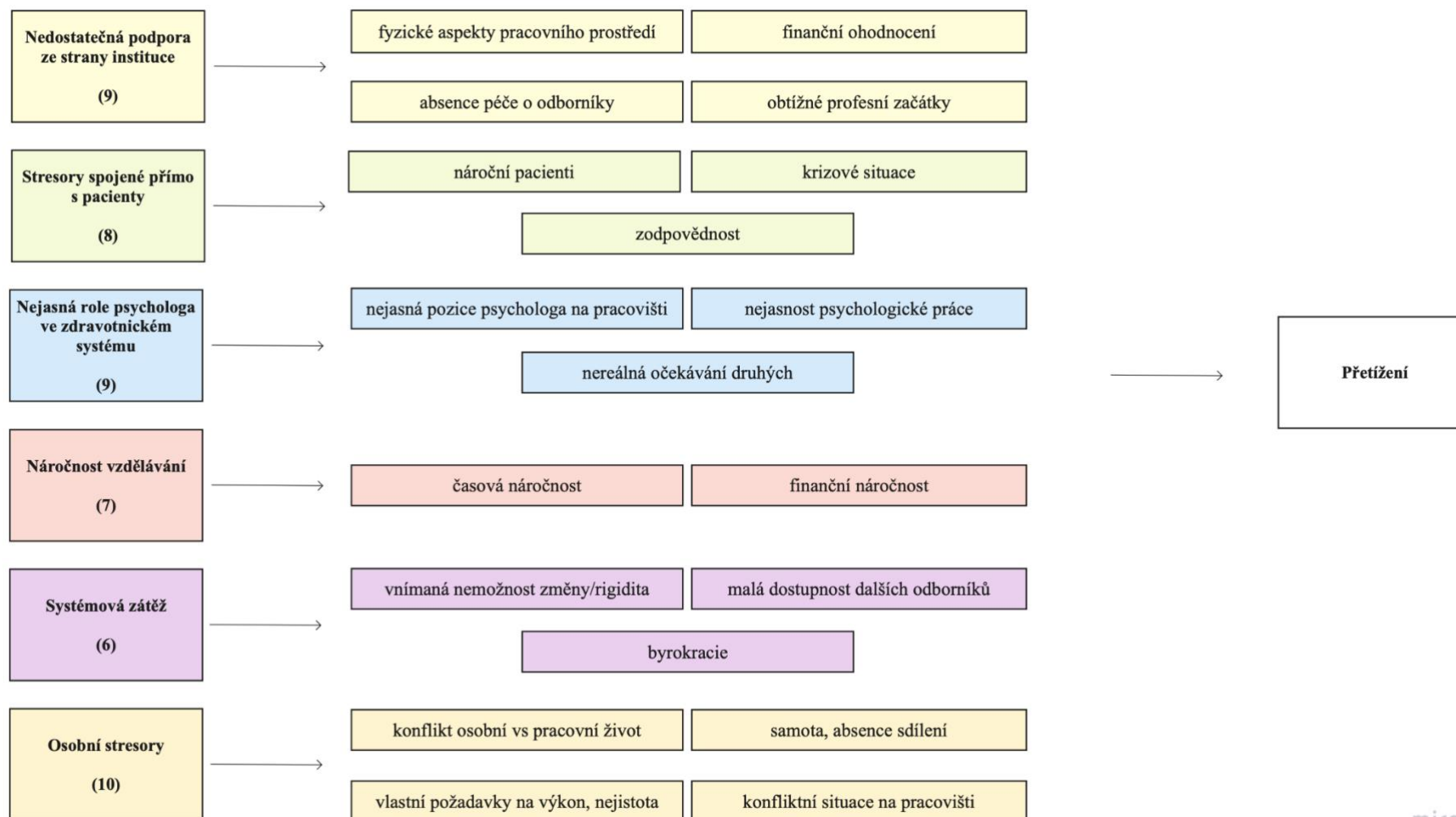
Vnímaná míra stresu na současné pracovní pozici



Graf č.1. Odpovědi na otázku: *Za jak stresující považujete svou současnou pracovní pozici?*

Respondenti rovněž reflektovali míru stresu na svých dřívějších pracovištích. 6 respondentů uvedlo vyšší míru stresu na pracovištích, které již opustili, další 3 respondenti současnou pozici považují za srovnatelnou. R10 uvedla, že na současnou pracovní pozici nenachází nic stresujícího a během života pracovní pozici neměnila.

7.1 Vnímané pracovní stresory



miro

Diagram č. 1 – hlavní identifikované kategorie a subkategorie vnímaných pracovních stresorů, v závorce počet respondentů, kteří na kategorii referovali

Pomocí tematické analýzy dat bylo z rozhovorů extrahováno šest hlavních kategorií stresorů, jež respondenti zmiňovali nejčastěji – nedostatečná podpora ze strany instituce, stresory spojené přímo s pacienty, nejasná role psychologa ve zdravotnickém systému, náročnost vzdělávání, systémová zátěž a osobní stresory. V levé straně diagramu je popsán název kategorie a počet respondentů, kteří se o tématu v rozhovoru zmiňovali. Dále v diagramu následuje vizualizace subtémat, ze kterých byla daná kategorie při analýze složena. Subkategorie budou blíže popsány a doloženy přímými citacemi respondentů v následující části práce. Veškeré stresory tak následně přispívají k přetížení, na něž referovalo 9 z 10 participantů tohoto výzkumu. Následná část práce se tak věnuje první a druhé výzkumné otázce, tj. jaké pracovní stresory vnímají psychologové v klinické práci a jak je stresory ovlivňují.

7.1.1 Nedostatečná podpora ze strany instituce

V rámci této kategorie budou popsány stresory plynoucí z nedostatečné podpory ze strany zaměstnavatele. Kategorie je následně dělena na podtémata: **fyzické aspekty pracovního prostředí, finanční ohodnocení, absence péče o odborníky a obtížné profesní začátky.**

Velmi často zmiňovaným stresem byly **fyzické aspekty pracovního prostředí**. Na tento aspekt referovali respondenti primárně ze svých zkušeností v nemocničním prostředí a v psychiatrických léčebnách, v ambulantním prostředí se tato problematika vyskytuje zdatně méně. Jedná se o charakteristiky samotné budovy, jejich stáří, málo prostoru jak pro psychology, tak pacienty. Psychologové vnímali jako stresující například absenci důstojného prostředí pro výkon své práce. Tuto skutečnost reflektuje absence stálého pracovního místa, pracovny, kde mohou mít soukromí jak na práci s pacienty, tak na individuální práci a zpracovávání následných vyšetření, zápisů či dokumentace. Potýkali se rovněž s plánováním, kde mohou nerušeně provádět psychologické konzultace, ale i s vybavením samotných pracoven jako jsou základní potřeby k práci či psychodiagnostické metody. Nevhodné podmínky a nedostačující zázemí tak zdržují a odvádějí pozornost od samotné psychologické práce.

„Vím, že spoustu kolegyně ve fakultce to mělo, že vlastně neměly kancl nebo sdílely s dalšíma x lidma, takže neměly kde psát zprávy, kam si ty lidi vodit na pohovory.“ (R1)

„A potom samozřejmě ty podmínky toho pracoviště, ty změny těch místností, to naprostý nezázemí, ty nevhodný podmínky pro tu práci s těmi pacienty.“ (R5)

„Když si ráno na poradě domluvíme, že budu mluvit s tolika a tolika pacienty, ale vlastně není kde s nimi třeba mluvit. A tak jsem se dostal do místnosti, kde je prostě zima, kde nejsou žádné okna a tam se měly dělat jako pohovory, tak to je stresor. To jako vím, že to mi třeba vadilo. Když pomínu to, že je to jako nedůstojné podle mě tak, tak mi přijde, že soustředit se víc na to, že je člověku zima než na to, o čem se bavíme, že to není to, co bychom měli dělat na psychiatrii.“ (R8)

„A na to, že to zázemí není nijak zářný – musím si nosit svoje tužky, propisky, věci, pomůcky.“ (R6)

„Metody chybí, psychologický oddělení nemá dobré metody pořízený.“ (R5)

Mnoho pracovišť primárně psychiatrických bývá rovněž rozmístěno v odlehlých částech republiky. Pro výkon práce tak musí psychologové dlouho dojíždět případně se za pracovním místem stěhovat. Primární motivací je předatestační příprava a získání místa na akreditovaném pracovišti. Další dojíždění psychologové absolvují v rámci předatestační přípravy samotné, kdy je nutné se přepravovat na povinné semináře v rámci vzdělávání. Jedná se tak o velké časové penzum, které je na úkor vlastního času a sil do samotné přepravy vloženo. Dojíždění tak může mít vliv na únavu, pozornost i kvalitu odvedené práce.

„Když jsem tam pracovala, tak jsem dojížděla na sedmou z Prahy, takže to byl celkem stres, jak to stihnout.. Zda to budu stíhat a pak jsem byla permanentně nevyspalá.“ (R9)

„Protože i to vzdělávání probíhá různě po republice na něco jezdíte do Prahy na něco jezdíte na Vysočinu na něco jezdíte do Brna i ty cesty zaberou nějaký čas, takže ve výsledku ten volný čas máte minimální.“ (R1)

„Že tam musím dojíždět tím autem, a že kdybych si našla někde nějaký místo, nějakou ambulanci blíž..“ (R7)

Dalším zmiňovaným stresorem je nízké **finanční ohodnocení**. Psychologové nastupují do zdravotnického systému s tabulkovým platem, který se poté zvyšuje úměrně s odpracovaným obdobím. Další finanční posun nastává po složení atestační zkoušky a změny pozice z psychologa ve zdravotnictví na psychologa klinického. Finanční ohodnocení však dle slov respondentů neodpovídá vynaloženému úsilí a charakteru dané pracovní pozice. Je vnímáno jako neadekvátní i například v porovnání s lékaři, se kterými primárně v rámci psychiatrických pracovišť psychologové úzce spolupracují či s kolegy v soukromé sféře.

Rovněž si psychologové častokrát na vlastní náklady hradí již výše zmíněné cestovné, vzdělávací aktivity jako jsou psychoterapeutické výcviky či předatestační semináře. Důsledkem finanční nerovnováhy může být frustrace, pocit neadekvátního zisku vzhledem k vynaloženým silám i absence smyslu a následný odliv psychologů ze státní zdravotnické sféry do soukromých sektorů či nestátních zdravotnických zařízení. 6 respondentů zmiňovalo, že z důvodu nízkého finančního ohodnocení mají rovněž úvazek právě mimo státní zařízení.

„Bohužel, jsou tam tabulkové platy, jak říkám, mě živí živnost. V klinické sféře jsem primárně, kvůli vzdělávání a kvůli přípravě, teda ne nutně primárně, ale řekněme, že ten plat, který dostávám zdaleka neodpovídá tomu, co do toho vložím a kolik do toho investuju.“ (R4)

„Já si myslím, že to je hodně podfinancovaný, vlastně celá psychologie. Jo, ale stejně, i tak když srovnám svůj plat, tak zas třeba s terapeutem mimo zdravotnictví, kterej dělá na sebe hned, tak ty rozdíly jsou třeba 20 tisíc, což mi přijde dost vzhledem k tomu, že máme dost nákladný vzdělávání, že v rámci třeba nemocnice, mají psychologové nejdražší vzdělávání, dražší než chirurgové než neurochirurgové, že vlastně to vzdělávání je fakt nákladný a je to převážně kvůli těm terapeutickým výcvikům, samozřejmě.“ (R2)

„Pro mne jako stresující je, že mám dojem, že ta náročnost té naší práce je minimálně v tom jako státním sektoru jako naprosto podhodnocena, nedostatečně ohodnocena. A myslím si, že to pro mě do určité doby, když jsem v tom byl jako naplno, byl stresor že jsem měl dojem, že nemůžu jako být dostatečně schopný třeba zabezpečit rodinu.“ (R8)

„Když nemáte smlouvu s nemocnicí tak v podstatě veškeré svoje příjmy, který máte navíc tak utratíte za to vzdělávání nebo za cestu nebo za to, že tam spíte, že tam někde jíte.“ (R1)

„Že to jen pro peníze nejde dělat, tam je prostě nemáte...“ (R5)

S finančním ohodnocením úzce souvisí i subkategorie vnímané **absence péče o odborníky**. V rozhovorech se projevovala například referencí na nedostatečnou možnost supervize, jejíž důležitost je vzhledem k povaze práce zásadní. Respondenti si tak v případě potřeby častokrát musí supervizi hradit opět sami vlastními financemi. Nejedná se však pouze o supervizi, ale o jakoukoliv možnost vnímané reciproční péče. Péče, ze které mohou odborníci pracující v zátěži opět znovu těžit, aby své zdroje pouze nevydávali, ale i získávali zpět v jakékoliv formě benefitů.

„Paradoxně o co těžší prostředí, každá sociální služba má supervizi, ale zdravotnický služby, který jsou prostě že vám páchají lidi sebevraždu na oddělení a vy jste pomalu přítom.. a není tam jakoby supervize. Jo, to je podle mě třeba fatální a myslím si, že i díky tomu je část personálu vyhořelý. Asi nemají tu péči.“ (R6)

„To, jak jsem říkal, to setkání s tím lidským utrpením je zátěž sama o sobě. Tak pojdme s tou zátěží nějak pohnout, pojdme ulevit těm lidem, tomu personálu. No že si myslím, že nejdůležitější je, že my nemáme žádné přístroje nebo nějaké lůžka to, my nepotřebujeme. Potřebujeme jako mít ty lidi, kteří jsou vlastně v pohodě sami se sebou a jako aby byli v klidu a aby byli vzdělaní, zkušené, aby byli v klidu. Protože jestliže na psychiatrii je důležité mít někoho, kdo s těmi lidmi dokáže být, pomoc nějak, tak potřebuju ty lidi nějak ošetřit, aby jim tam bylo dobře a jestli to udělám penězi nebo tím, že jim poskytnu dobré finanční zázemí nebo vzdělávání nebo supervize nebo prostě jestli se bude jezdit na pracovní cesty do zahraničí nebo něco .. to je jedno.“ (R8)

„Nikdo vás za ručičku moc dlouho nevodí. Myslím, že by bylo fajn, kdyby se té péči nějak víc věnovali.“ (R3)

Důsledkem nedostatečné péče ze strany instituce může být vyhoření personálu, na něž respondenti rovněž referovali. Jako stresor může působit práce v prostředí, ve kterém ostatní spolupracovníci ztratili smysl, do práce dochází ze setrvačnosti nebo ztratili v průběhu let zájem jak o práci, tak pacienty, který je pro psychologickou práci klíčový. Vyhoření zdravotnického personálu poté negativně ovlivňuje jak zaměstnance, tak pacienty.

„A ta náročnost pro mě byla v tom, že jsem byl jako v týmu, ve kterém jsem měl dojem, jako že je částečně už velmi vyhořelý. Že už jsem dlouho na jednom oddělení, kdy mám pocit, že jsem jako v týmu jediný, komu záleží na změně jak u pacientů, tak jako na tom, aby tam nějak vlastně to oddělení šlapalo, fungovalo.“ (R8)

„No mám pocit, že spousta lidí tam je vyhořelých popravdě jako jo. Je to fakt takový čistě zdravotnický a málokdo sdílí nadšení pro některý myšlenky.“ (R6)

„A když jsem mluvila s těma sestrama, tak bylo vidět, že jim chybí nějaká psychologická podpora a chybí jim možnost to ventilovat to v čem jsou. Bylo vidět, přesně se mnou řešili vyhoření, my už to nezvládáme, tady na nás řvou rodiče, doktoři na nás mají nějaký požadavky..“ (R5)

Na subkategorii absence péče o odborníky navazují i **obtížné profesní začátky**, na něž referovali primárně respondenti v předatestační přípravě, ale retrospektivním pohledem i kliničtí psychologové. Respondenti jako stresující vnímali nedostatečnou podporu v kontrastu s velkou zodpovědností, kterou s sebou pozice psychologa ve zdravotnickém systému přináší. Náročná může být právě absence supervize, mentora či nedostatečná dostupnost kolegů i nadřízených, se kterými je možné práci konzultovat a vnímat oporu. Obtížné profesní začátky tak mohou souviset s mírou nejistoty a velkými osobními nároky. V počátcích kariéry psychologové čelí mnohosti profesních nároků včetně obsáhlého vzdělávání, nutnosti rychlé adaptace a vlastní snahy obstát. Rovněž je na počátcích přítomno nadšení a vyvíjena velká snaha na splnění požadované práce i prokázání vlastních schopností. Důsledkem tak mohou být pocity nejistoty, obavy o správnosti profesních postupů a vlivu na pacienty.

„A pak takové to jako v úvodní fázi po škole zvlášť. Mám dojem, jako že náročnost je v tom, že teď se to trošku mění, ale když já jsem vlastně nastupoval, tak nebyly žádné guideliny nebo nějaký jako nastavení v tom, aby ten nováček měl nějakého jako buddyho nebo nějakého seniora, za kterým může přijít a poradit se o něčem. Nebo zeptat se, jestli takhle je to okej nebo nějak intervidovat.“ (R8)

„No a ty začátky. Vlastně tu nezkušenost, že přijdete někam, kde vlastně nevíte, jak to funguje a co je správně, ale nikdo vám to zároveň neříká, jako to nechci házet vinu na někoho jinýho, ale nevím, jak to zformulovat, aby to tak neznělo jo, že vlastně tam není ten průvodce, kterej by vás víc jako školil, aby vás vedl v tom začátku, když je to prostředí takhle jako dynamický jo, že tam je vlastně jakoby víc věcí a víc by vám pomohl se v tom systému orientovat. No, takže fakt vlastně jako největší stresor vnímám v tom, že tam nějak člověk jako sám bojuje nějakou obrovskou rybou, kterou nemůže přeprat a potřeboval by k tomu ty další zkušenější kolegy jo, že vlastně tam nejsou ty klinici, kteří by vás prováděli a řekli vám - hele...na tohle si dej bacha, tady si to rozděl.“ (R2)

Nedostatečná péče ze strany instituce a veškeré aspekty z ní plynoucí tak zapříčiňuje, že respondenti nemají vhodné pracovní podmínky, nejsou za práci dostatečně ohodnoceni a nepocítují celkovou podporu zaměstnavatele. Všechny tyto aspekty ovlivňují časovou náročnost, kvalitu práce ale i motivaci k ní a chuť v takovémto systému setrávat.

7.1.2 Stresory spojené přímo s pacienty

Tato kategorie je propojená se stresem plynoucím z přímého kontaktu s pacienty. Je rozdělena do podkategorií **nároční pacienti, zodpovědnost a krizové situace**. Toto téma se rovněž dotýká vlastních profesních nároků a požadavků na výkon, nejistot i emočního vkladu.

Respondenti referovali na stresory plynoucí přímo z kontaktu s **náročnými pacienty**. Zmiňovali jak nárůst poptávky po psychologické péči, tak tíži jednotlivých příběhů a množství témat. Například R6 popisovala situaci následovně: *„A to souvisí asi s celosvětovou problematikou, že je strašný nával. Strašný nával klientů. Hodně moc mladistvých. V hodně těžkých stavech, který jsou fakt jako život ohrožující často.“*

Psychologové přichází do denního kontaktu s těžkými životními příběhy, lidským utrpením a vnímání náročnosti pacientů je velmi subjektivní. Roli zde může hrát zkušenost, zodpovědnost, nejistota, osobnost psychologa, rezonance s vlastním životním příběhem, konflikt vlastního postoje s chováním pacienta či strach. Přesto však více respondentů uvádělo podobné příklady pacientů, kteří pro ně mohou být nároční. Jedná se o pacienty se sebevražednými sklony, pacienty, u kterých psychologové nevnímají pokrok a například se na oddělení stále vrací nebo pacienty, kteří mohou být ohrožující jak pro sebe, tak pro okolí potenciálně pro psychologa samotného. Rovněž se může jednat o pacienty v tak obtížné životní či zdravotní situaci, že mohou vyvolávat pocity bezmoci a frustrace. Stresorem je zde absence kontroly a nutné smíření s určitou bezvýchodností situace. Dalším aspektem jsou pak omezené možnosti pomoci a následné vyčerpání na základě emočního vkladu, který do terapeutického vztahu a práce psycholog vnáší. Dva respondenti rovněž jako stresor zmiňovali pacienty, s nimiž nemají žádnou zkušenost.

„A pak, když se to týká nějakých suicidálních pacientů..to myslím, že je tam jako velká nejistota. Když třeba nejsou na uzavřeném oddělení, ale kdo vlastně mluví o těch suicidálních myšlenkách a pak jdou třeba někam na propustku nebo tak.“ (R8)

„Třeba to, co je pro mě psychicky vyčerpávající, třeba když ten člověk je na tom tak blbě, že mu jakoby vlastně nemůžete pomoci nebo respektive...vždycky mu nějak pomáháte ale máte pocit bezmoci, že mu jako nemůžete pomoci a nemáte kde brát, ani vy.“ (R5)

„Což byl jeden stresor, moc jsem tam neviděla, krom toho, že tam bylo akutní oddělení, tam se vracely takové ty chronické případy, schizofrenie nebo organické nebo podobně jako

lidé, s kterými jsem nemohla nic moc jako terapeuticky dělat. A pak jsem u těch lidí neviděla pokrok nebo se tam vraceli.“ (R9)

„Já už jsem bohužel byla i nucená zachytit, zaznamenat osobně třeba i u víc psychopatických pacientů, že to někdy je ohrožující do osobního života.“ (R6)

„Někde tamhle bydlí na chajdě, nemají co jíst, nejsou příliš motivovaný, psychopatologie, kam se podíváte plus spoustu traumat, tak tam je to jako když na vás hodí deku.“ (R6)

„Jako nějak jako dětské pacienti, kteří nějak naráží na ty podmínky té rodiny. Ty, co jsou hodně mladí a mám dojem, jako že vlastně nemají moc vliv na to, jak ta rodina s nimi zachází. A jenom jsou táhnutí těmi všemi okolnostmi a vlastně těžké pro mě je jako ten pocit bezmoci.“ (R8)

Dalším zmiňovaným stresorem byla vnímaná **zodpovědnost** za pacienta a jeho zdraví. Psycholog zaujímá v životech pacientů zásadní roli. Disponuje možností udělit diagnózu a přímo tak ovlivňuje jejich život, zároveň může jako stresor působit její sdělení. Udržuje terapeutický vztah a mnohdy se tak stává důležitým podpůrným bodem. Psychologové vkládají do pacientů svou energii a mají s nimi bližší vztah než například ošetřující lékaři. I z tohoto důvodu se u nich častěji mohou projevovat obavy o život a budoucí fungování pacienta. V psychologické práci není garantovaná stoprocentní úspěšnost, proto musí psycholog neustále vyhodnocovat vhodnost intervencí a čelit obavám pojícím se s vlastní profesní nejistotou pracovního postupu.

„Měla jsem velký obavy ho pustit domů. Jo, že vlastně jsme se ho snažili opracovat a tak, ale měla jsem fakt jako velký strach, že se ten pacient zabije.“ (R2)

„Pak jsou ty stresové situace, který jsou náročný, vlastně jako je to fakt nějaké těžké příběhy. Ty lidi jsou traumatizovaný a teď se s tím nějak musíte popasovat i nějakýma vlastníma obavama, třeba o toho klienta, jako jestli víte, co s tím? Jestli ho neretraumatizujete, když do toho teď půjdete. Jestli už je připravenější, tak to může být stresující.“ (R1)

„Ona vlastně není schopná nějaký jakýkoliv funkční sociální opory, já se cítím být její jedinou sociální oporou, respektive necítím, ono to tak prostě je. Protože to je fakt případ, hodně těžké případ, takže tam s ní mám velký soucit a mám o ní strach a zároveň se tam

dotýkám svého dna. V těch lidech, který sami ty zdroje fakt nemají a vy se třeba stanete jediným zdrojem, to je vyčerpávající.“ (R5)

„Jednou se mi klientka pokusila o sebevraždu a bylo to tak, že ona ke mně chodila dlouho na terapii a já jsem pak jednou musela rušit, protože jsem měla zánět močových cest a rušila jsem to myslím ráno a ona měla přijít odpoledne, já jsem to rušila ráno, ještě jsem s ní mluvila, ona říkala jasně, jasně. A druhý den mi volali jako z akutního...oni ji přivezli někam na JIPku a že se pokusila o sebevraždu, tak to bylo asi jako nejsilnější, to sem měla jako hrozný pocity viny a dlouho jsem to řešila jako i supervizí.“ (R7)

„Strašně nad tím jakoby sedím a přemýšlím, jako jestli tomu pacientovi pomůžu, nebo neuškodím, zda by se to nedalo napsat nějak jinak, nebo zda jsem to nějak správně odhadla a hezky to napsala tak, že se u toho dokážu na hodně dlouho zaseknout.“ (R9)

„Protože si uvědomuju, že když mu dám něco vážnějšího, tak to bude mít už v papírech, pak se to s ním prostě táhne a zase když to podcením, tak taky to má důsledky.“ (R6)

Dále respondenti referovali na **krizové situace**, se kterými se během své práce setkávají a které pro ně mohou být náročné. Jedná se primárně o nestandardní zátěžové události, které jsou nečekané, vyžadují rychlé přizpůsobení a zásah. Respondenti zmiňovali například úmrtí pacienta na pracovišti, či úmrtí pacienta, který byl například součástí terapeutické skupiny. Psychologové poté musí ošetřit ostatní pacienty, ale i sami sebe a vyrovnat se s takovou událostí. Dále sem patří rychlé změny a události na odděleních a nutnost velmi flexibilně reagovat, které vytváří tlak a pocity nejistoty.

„Když nastane nějaká krizovější situace, co se tam stalo třeba. Když jedna naše pacientka našeho stacionáře zemřela, ale mimo stacionář, ale v době docházky. Takže to bylo, že jsme museli té celé skupině poskytnout nějakou krizovou intervenci. A to bylo asi takové nejnáročnější, co jsem, co jsem zažila.“ (R9)

„Pro mě bylo hodně těžký, když mi umřela ta klientka, to se mnou hodně otrásl, ale to bylo spíš, že já jsem to nějak neuměla přijmout.“ (R5)

„Ten proces je hodně rychlejší, je to hrozně dynamický. Člověk neví, co ho čeká, s čím může počítat, jakou práci bude mít, co se ten den semele.“ (R2)

„Na těch odděleních, kde opravdu třeba se ze dne na den něco děje, nebo s těma pacientama trávíte čas hodně v kuse intenzivně, tak tam to bylo ještě víc stresový.“ (R7)

7.1.3 Nejasná role psychologa ve zdravotnickém systému

Následující kategorie reflektuje nejasnou pozici psychologa ve zdravotnickém systému. Psycholog je nelékařským zdravotním pracovníkem. Pozice psychologa ve zdravotnictví se začala rozvíjet v šedesátých letech dvacátého století, avšak na mnohých nepsychiatrických pracovištích byla velmi dlouho považována za marginální. Teprve po revoluci v roce 1989 se začala pozice více rozvíjet i mimo psychiatricky zaměřená pracoviště. I vzhledem k tomuto historickému kontextu, a ne příliš rychle se adaptujícímu systému setrvávají některé nesrovnalosti ať už v rámci zdravotnických týmů, pacientů či vnímání důležitosti a místa psychologa v českém zdravotnictví. Tato kategorie je následně dělena na podskupiny **nejasná pozice psychologa na pracovišti, nejasnost psychologické práce a nereálná očekávání druhých**.

Nejasná pozice psychologa na pracovišti se může lišit dle charakteristiky daného prostředí. Například na psychiatriích či v krizových centrech je pozice zavedená daleko lépe než ve všeobecných nemocnicích. Respondenti i přesto referovali na určitou nejasnost a hierarchickou strukturu, kterou pocítují. V rámci nejasnosti pozice respondenti zmiňovali jistou neukotvenost, která může způsobovat zmatenost ve zdravotnickém týmu, ale i u pacientů. Stává se, že na některých odděleních není psychologická práce zavedená a psycholog si musí obhajovat vlastní pozici a místo na pracovišti nebo není dostatečně jasné, v jaké hierarchické rovině pozice stojí. V rámci hierarchie na pracovišti finální slovo v rámci péče o pacienty náleží vždy ošetřujícímu lékaři a i přesto, že je primárně na psychiatriích přístup psycholog-psychiatr partnerský, stále je pozice psychologa v pomyslném žebříčku níže. Problém může nastat například při diagnostických neshodách, kdy konečnou diagnózu vždy stanovuje lékař i v případě, že se názorově s psychologem rozchází.

„Na psychiatrii někdy jako trošku bojuju s tím, kde se vlastně na jaký rovině nacházím. Jak je ta hierarchie taková.. a to se odvíjí už od počátku, kdy vlastně neexistuje tabulka, jaký zdravotní oblečení správně klinický psycholog v nemocnici má mít. Takže mi nejdřív dali pro sestry, potom primář řekl to nejde, pro lékaře ale oni řekli to nejde, my nemáme psychologa zařazeného mezi lékaře. Jste taková jako něco mezi sestrou a lékařem. A nevíte, čemu jste blíž. A někdy prostě je to takový jako fluidní a v různých příležitostech vám buďto tu kompetenci přidávají nebo ubírají podle toho, jak se to hodí.“ (R6)

„Ale i to je vlastně stres, hlavně když začínáte, mluvíte s někým, kdo dělal psychiatrii já nevím, plácnu 30 let. Vlastně jako co my s téma našima obrázkama se jim do toho snažíme

kecat. Myslím si, že to hodně variuje oddělení od oddělení, že tady nebyl psycholog úplně zavedená pozice a měla jsem pocit, že je to takový spíš doplněk, někdo, kdo dělá nějaké neurologické screeningové testy nebo něco takového, ale vlastně na některých primariátech jste jeden psycholog, který obíhá hodně oddělení a vlastně dělá takové drobnosti. Vlastně v tom denním procesu s vámi moc nepočítají a přijdete tam jako na návštěvu a tam vás berou spíš doplnkově.“ (R1)

Mám teďka ty dva pohledy. Tak na psychiatrických klinikách je to rovnocenný parťák. Jo, to je taková součást týmu, která tam musí být. Tam mám pocit, že jsou ty kordy víc vyrovnaný. Víc ty lidi rozumí tomu, proč tam ten psycholog má být...ale celkově v tom zdravotnictví, nevnímám to rovnocenně, tak často jsou tam ty lidi, co to vnímají jako doplněk, něco jako mezi sestřičkou, ale ne doktor a vlastně takovej člověk je tam jako navíc. Je víc z té struktury toho oddělení, je tak mimo, protože nikdo moc neví, kam ho posadit, kam vlastně jako patří.“ (R2)

„Ta pozice je složitá, protože tam vlaje. Vy jste v pozici lékaře, ale nejste lékař, takže musíte držet respekt k těm lékařům, že oni jsou ti, kteří rozhodují, ale zároveň občas potřebujete na něco upozornit, takže si musíte hledat cesty, jak na ně a s kým komunikovat a jak. Stane se vám, že někoho naštvete ani nevíte jenom tím, že jste se rozhodla jít za nějakým pacientem.“ (R5)

Na nejasnost pracovní pozice poté navazuje **nejasnost psychologické práce**. Zatímco pozice se dotýkala spíše vlastního místa, síly slova a ukotvení na pracovišti, daná subkategorie se týká spíše charakteristiky a náplně práce jako takové a jejího chápání. Psychologové se pohybují v týmu složeném z dalších profesí jako jsou lékaři či sestry. Potýkají se s neznalostí obsahu své práce ze strany dalších kolegů, což následně může ztěžovat spolupráci napříč profesními specializacemi. Rovněž je zde stále přítomná stigmatizace a obavy pacientů. Na tento jev referovali primárně respondenti se zkušeností z všeobecných nemocnic.

„Že tam, co jsem vnímala někdy, a to bylo spíš obecně u psychologických vyšetření, že někdy ti lékaři nemají úplně představu, co se tím dá jakoby zjistit.“ (R9)

„Vzpomínám si, že když jsem začínal, tím že jsem tam byl první psycholog, kterého tam měli fyzicky, jednak to byla trochu i výzva, jak těm lidem vysvětlit co já vlastně dělám a jak jim tam můžu pomoci.“ (R4)

„Psycholog, já tomu říkám, že trochu v tom systému vlaje v tom zdravotnictví, protože my jsme pro ně nesrozumitelný, pro doktory. Co vlastně děláme a k čemu jsme a obzvlášť pro sestry to je ještě horší. Takže tam je to tak, že vy musíte, tak jako vlastně...vy jim trochu šlapete na kuří oka, furt se vás jako trochu bojí, já jsem třeba konkrétně na tudle kliniku nastoupila jako první psycholog, takže jsem tam pro ně byla jako úplně neznámý člověk, půlka nechápala, proč tam vlastně mám být. Sestry mají pocit, že vy vlastně neděláte nic víc než oni, protože oni s těma lidma taky mluví. V tomto smyslu je to stresové prostředí.“ (R5)

„Občas tam byly obavy ze stigmatizace, to bylo nedávno, když jsem byl na konzíliu - že vás za mnou poslali, protože nejsem normální, že tam budu mít šplouchá mi na maják. A další věc, že si mě pletou s psychiatrem.“ (R4)

„Jo, to mě jakoby vadí a to, že ty lékaři jako úplně nerozumí, že psychodiagnostické vyšetření není rentgen.“ (R6)

Dalším stresujícím aspektem jsou **nereálná očekávání** ze stran ostatních členů týmu a ze strany pacientů. Na psychology je vyvíjen tlak v rámci požadavků vyšetření, které souvisí s nejasností psychologické práce pro nepsychologické profese. Nereálným očekáváním čelí rovněž ze stran pacientů, kteří mají od psychologické péče rovněž své představy, mnohdy nesouznící s realitou.

„Ale když cítím z nich takové očekávání od té terapie, že mají nějaké představy, jak to má vypadat nebo jak mi to někdy verbalizují, jak by si to představovali.“ (R9)

„Že tam, co jsem vnímala někdy, a to bylo spíš u těch obecně u psychologických vyšetření, že někdy ti lékaři nemají úplně představu, co se tím dá jakoby zjistit, že mají nadměrné očekávání od toho.“ (R9)

„Ted'ka oni všichni přicházejí s tím, že tak a ted'ka jako očekávají od té terapie ty lidi často jako nějaký zázraky. Od psychiatra teda očekávají tu zázračnou pilulku a ode mě jako že během pár setkání s terapií udělám s jejich životem něco velkého a ted'ka vnímám jejich naléhavost.“ (R6)

To mi vadí, že ty lékaři jako úplně nerozumí, že psychodiagnostické vyšetření není rentgen. Když on třeba řekne: jo, tam, stačí tam jednou zadej Rorschacha a vyšetří ještě toho a toho. Jo, a to že před tím Rorschachem musí být nějaký navození, nějaký rozhovor, pak že se to musí nějak vyhodnotit, že to není prostě půl hod'ka a hotovo a můžu jít takhle vyšetřovat x lidí

za den, to už nevidí nebo: no, tak mi jenom řekni předběžný závěr dneska. Říkám hele, já jsem zadala prostě 6 testů, já to musím doma seskupit, vyhodnotit, pak ti řeknu něco jo.. že to berou trošku jako jsou ty somatický vyšetření. V tom je to trošku takový náročný a ten čas doma mě opravdu jako trošku štve.“ (R6)

7.1.4 Náročnost vzdělávání

Jako další silný stresor uváděli respondenti náročné vzdělávání, které se týká primárně předatestační přípravy, ale i nutného kontinuálního vzdělání obecně. Je nutné dodat, že na druhou stranu byl reflektován i přínos a jistota, které vzdělávání pro praxi přináší, avšak jeho forma a požadavky jsou právě to, co participanti uváděli jako stresor. Vzdělávání a jeho formální podoba s sebou přináší množství investovaného času, vlastních financí i požadavků, které respondenti vnímají jako nesmyslné, v některých případech kvalitou neodpovídající. Rovněž se jedná o další povinný aspekt psychologické práce, která společně s dalšími faktory přispívá k značnému přetížení. Náročnost vzdělávání může vést k frustraci, bezmoci a pocitu, že je provedená práce stále hodnocena a nemá takovou kredibilitu jako po absolvované atestaci. Vzdělávání rovněž vzhledem ke své časové náročnosti může způsobovat konflikt mezi osobním a pracovním životem a negativně ovlivňovat prostor pro odpočinek ve volném čase.

„Tak náročné je určitě to vzdělávání. Jako ta předatestační příprava mě přijde brutálně náročná a dlouhá a sešněrovaná tolika pravidly, že to je jako samo o sobě vyčerpávající.“ (R8)

„A teď jsem zažívala to ježdění do Prahy na ty povinný atestační semináře. Všechno děláte ve své dovolený, máte miniaturní plat. Přitom celý ten systém přípravy stojí na tom, že má šiléný pravidla, vy do toho musíte dát hrozně peněz vlastních, musíte do toho dát hrozně moc vlastního času dalšího.“ (R5)

„Je to neuvěřitelný stresor, protože je tam spousta jako úkolů, postupů a už vás to jako otravuje, je to prostě jako dlouhý. A myslím si, že byly období, kdy opravdu prostě ta práce a ta příprava vyžadovala víc času a já jsem měla velký problém kombinovat péči o domácnost, trávit čas s partnerem a bejt nějak s kamarádama, vídat se s rodinou a ještě pracovat. Mně to přišlo, že to nejde narvat do toho pracovního týdne.“ (R7)

„Když do toho začnete investovat, tak do toho investujete hrozně moc peněz hrozně moc času a potom mi přijde, že mám menší kontrolu nad tím, co můžu dělat, vlastně kolikrát přijdu a jsem tak vyčerpáná z toho všeho, že tu jedinou neděli, kterou mám v měsíci třeba proležím, protože na víc nemám energii a potom samozřejmě nějaké moje koníčky trpí.“ (R1)

7.1.5 Systémová zátěž

České zdravotnictví je složitou strukturou zahrnující mnoho zainteresovaných stran a subjektů, disponující množstvím pravidel. Z této struktury poté vyplívají stresory související s **vnímanou nemožností změny/rigiditou, malou dostupností dalších odborníků a byrokracií.**

Respondenti referovali na stresory spojené s **vnímanou nemožností změny** či **rigidním systémem** českého zdravotnictví. Ochota ke změnám je malá a prosazení odlišných postupů či přístupů bývá obtížné. Respondenti ve své praxi naráží na neochotu dalšího personálu, vedení, ale i nastavení systému, který udává pracovní náplň či nastavuje regule a postupy. Častokrát pak dochází ke konfliktu vlastního názoru a představě o práci s realitou a externími požadavky.

„Celé to oddělení běží tak jako automaticky už mnohé roky.. pokud jsem měl dojem, že tam chci přinést aspoň třeba první dva roky nějakou změnu, tak ne všechny byly přijímány nějak jako flexibilně nebo tak, jako že by i ostatní kolegové chtěli tu změnu.“ (R8)

„Ty velký kolosy se posouvaj prostě pomalu, já mám pocit, že jsme pořád v tý psychiatrický péči ne jako sto let pozadu, třeba jenom padesát, ale je to jako znát.“ (R6)

„Co já jsem zažila, to bylo fakt hrozný, protože jakmile jste přemýšlela o věcech a jakmile jste chtěla o nich diskutovat, tak jste furt narážela, furt na něco.“ (R5)

„Jo, že člověk vlastně není spokojenej s tím, že třeba naráží na ten systém, už kam vlastně přes ty struktury systémový nemůže jít. Ale zároveň ví, že by to bylo potřeba dělat jinak, tím myslím třeba i nějakou časovou dotaci vlastně. Já jsem narážela vlastně na nějakou svoji potřebu, jak to dělat tu práci, jak mi dává smysl tu psychoterapii dělat anebo i vyšetření. Skrz to, jak si myslím, že by to mělo bejt vlastně dobře a skrz ten systém, že vlastně jako jsem věděla, že narážím v tom, že to potřebuju dělat jinak, ale nemůžu.“ (R2)

Respondenti rovněž uváděli **malou dostupnost dalších odborníků**. Postrádali síť specializované péče, kam mohou pacienty odkazovat v případě vlastního přetížení či v procesu hledání následné péče, ale pociťovali i nedostatek personálu na samotných pracovištích. Dochází tak k nátlaku na množství poskytované péče, ale i pociťované frustraci z nemožnosti pacienty odesílat k dalším profesionálům. Rovněž R5 uváděla jako nepříjemnou zkušenost zapojení do nepsychologické práce na úkor své primární pracovní náplně vzhledem k nedostatku dalšího personálu na daném pracovišti.

„Ale pak vám přijde občas takovej mail osobní s příběhem, nebo cejtíte z toho tu akutnost a tam něký úmrtí v rodině, vážný onemocnění v rodině a vy byste jako hrozně ráda do toho nějak vstoupila a pomohla, nebo alespoň zprostředkovat tu pomoc jo, domluvila někoho, kdo může a já se v poslední době setkávám s tím, že to nejde. Já nemám kapacity, ale už ani nemám koho, jako doporučovat.“ (R7)

„My jim potom nemáme jak poskytnout tu péči dál, protože neseženeme klinického psychologa, se kterým by to oni mohli řešit.“ (R1)

„A pro mě taky zátěžové bylo v tomto zařízení, protože jsem chtěla dělat psychologickou práci a tam se psychologové zneužívají na práci jiného personálu, takže po vás chtěli, abyste doprovázeli pacienty na aktivity nebo do divadla nebo s nima jenom chodila na procházky.“ (R5)

Další zátěží je **byrokracie**, její množství a časové penzum, jež musí respondenti věnovat zápisům na úkor klientů případně na úkor vlastního času.

„Jako tam je strašně tý byrokracie. Já vlastně přes ten den si to musím udělat tak, abych stihla tu jejich zakázku a doma to pak sepisuju a to tam vložím do systému.“ (R6)

„Administrativa v těch velkých nemocnicích je šílená, vždycky, když vidím pacienta, tak to musím někam zapsat, dát k tomu razítko, musí k tomu být zápis, zápis musí časově naléhat na to, co zapsali přede mnou lidi a že nemůžu vytisknout zápis o dvě hodiny později a pokud jo, musím to tam nějak upravit a přepsat v tom dekurzu, někdy si děláme legraci, že papíry mají přednost v nemocnici před pacientama, protože vlastně kontroly z ministerstva zdravotnictví, když přijdou, oni nejdou za pacienty, aby se jich ptaly jak se o ně staráme, ale oni se jdou podívat na ty papíry, jestli jsou všechny v pořádku a pokutují nás za to, pokud nemáme dobře zapsané zápisy, nezajímají se o to, jestli ten pacient je spokojený není spokojený, co děláme navíc.“(R1)

7.1.6 Osobní stresory

Poslední vygenerovanou kategorií jsou osobní stresory. Jedná se o **konflikt osobního a pracovního života, vlastní nejistotu a pochybnosti, absenci sdílení/samotu a konflikty na pracovišti.**

Konflikt osobního a pracovního života je důsledkem hned několika aspektů. Subkategorie je v rámci této práce definována jako stav, ve kterém pracovní profese zaujímá takovou pozici, že prostupuje i do osobního prostoru jak v časové, tak emoční rovině.

V rámci časové roviny respondenti ve svých odpovědích zmiňovali časté přetížení. Pracovních požadavků i pacientů je velké množství a personálu naopak málo. Požadované množství práce tak nekoresponduje s individuální kapacitou, kdy je práce více než je možné za daný den zvládnout a požadavky na výkon v pracovní době jsou takřka nereálné.

„Takže těch hodin, co strávím tou prací je fakt hodně, a co se týče té náplně práce, psychodiagnostika, pokud to úplně nevládnete znamená, že pracujete doma ve svém volném čase, protože nelze udělat komplexní psychologický vyšetření, tak abyste to stihli v pracovní době v rámci těch kódů, který kódujete. Takže tohle je velkej problém a jedna z velkej zátěží psychologů.“ (R5)

Vysoké pracovní tempo a přetížení tak rovněž zapříčiňují, že si psychologové v rámci své svědomitosti a péče o pacienty práci odnáší domů a pracují přesčas bez nároku na odměnu. Respondenti popisovali, že je pro ně důležité být v rámci své fyzické přítomnosti na pracovišti dostupnými pro pacienty, věnovat se práci, kterou považují za důležitější v danou chvíli. Upřednostnění péče o pacienty si poté vybírá daň v rámci přesčasů pro psaní psychologických zpráv.

„Horší je, že pak nastává spousta hodin jakoby po práci, které já nemám zaplacený, kdy píšu vyšetření, vyhodnocuju metody, protože v rámci toho jednoho dne nemůžu to ještě půlku dne sepsat, tam toho musím co nejvíc jakoby administrovat. A to, co mě tam jako stresuje, je ten čas, který tomu musím věnovat doma na úkor rodiny.“ (R6)

„Dělala jsem tam, jak šroub, dělala jsem tam diagnostiku hodně, věčně po nocích doma.“ (R5)

„A dostatek času na tu administrativu, protože já jsem měla vždycky pocit, že to můžu udělat pak jo, že vlastně tu zprávu můžu dopsat doma anebo něco, že to tady teďka hoří něco mnohem víc.“ (R2)

V rámci snahy o zvládnutí co největšího množství zadané práce i v rámci nastavení chodu jednotlivých institucí pak chybí dostatečný prostor pro odpočinek.

„Je to spojený s tím pobytem v té nemocnici, kde to na sebe hodně navazuje, ty aktivity jo, že vlastně mezi některými prostě není moc prostor si oddechnout, odskočit. Pak tam toho bylo tolik, že nebyl moc prostor na to se o tom vlastně jako s nikým bavit a nebyl moc prostor na to si tak nějak odfrknout.“ (R8)

„Jsem přijela sem v sedm do práce a v sedm večer jsem odjížděla jo, vlastně pak už jsem přestala chodit na oběd, protože jsem nestíhala, protože toho bylo hrozně moc.“ (R2)

V rámci roviny emoční zmiňovali respondenti přemýšlení nad pacienty, nutnost hlídání vlastních hranic nebo například emoční vklad.

„Někdy mám pocit, že je toho na mě jakoby moc, že se to na mě valí, že se nedokážu soustředit na jednu věc a dělám spoustu věcí nějak najednou a kdy mám pocit, že musím nad tím přemýšlet ve svém volném čase, nedokážu je dostat z hlavy.“ (R9)

„Čili já jsem v tom fakt s nimi jsem na ně naladěná. Já to s nimi nějak odprožívám a když jich mám jako takhle víc a teďka fakt jsou to často jako, že vnímám takovou tu bezmoc, to že z toho není cesty úplně ven žádným směrem moc. A těch lidí je čím dál tím víc těch fakt těžkých. Nevím, jestli je to prostě dobou nebo nevím..Jo a teďka přijdu domů a tam je malý dítě, který chce taky tu plnou pozornost a taky všechno říct. A teď v té zahlcenosti toho všechno a jenom přijímat, vnímat a bejt tam, bejt plnou pozorností, bejt emočně, to chtějí i ty klienti i moje rodina, že to je jako náročnější.“ (R6)

„Ne vždycky to jde, někdy si nenosit klienty a pacienty domů.“ (R4)

Respondenti dále zmiňovali **samotu psychologické práce a malou možnost sdílení** s dalšími kolegy. Ve všeobecných nemocnicích se respondenti s dalšími kolegy na pravidelné bázi spíše nesetkávají, v ambulancích chybí kontakt a konzultace rovněž. Na psychiatrických odděleních bývá dostupnost dalších psychologů větší, avšak vzhledem k pracovnímu přetížení, velké poptávce péče i internímu personálnímu nastavení na jednotlivých odděleních může být setkávání značně omezené. Snižuje se tak možnost například rychlé konzultace či prosté sdílení a na pracovní zátěž tak zůstává psycholog sám.

„Jak mi jako chybí někdo do týmu, s kým bych na ní (pozn. pacientka) spolupracovala, protože jenom o ní mluvit je málo, protože ona je natolik těžká, že opravdu potřebuju jako komplexnější péči.“ (R5)

„Jedna z nevýhod pracoviště je podle mě ta, že nemám možnost se s kolegy setkat mimo supervizi. Každý z nás je na tom svém oddělení, každý z nás má jinou pracovní dobu. Ale, že bychom měli nějaké zázemí třeba jako lékaři, že mají svoje pokoje, tak to bohužel ne.“ (R4)

„Potřebovala bych větší týmovou spolupráci těch lidí v tom týmu, protože na té ambulanci je nás taky x, ale vlastně se jako strašně málokdy setkáváme a člověk potom má pocit, že je na tom trošku jako sám.“ (R7)

„A v té psychodiagnostice prostě tam jak je to hodně prvozáchytů, hodně takových těch akutních a nejasných věcí. Někdy mě trošku stresuje ta odpovědnost velká a to, že to třeba nemám úplně s kým probrat. Nebo jako horko těžko hledám někoho, s kým bych třeba nějaký náročnější vyšetření, kdy si nejsem stoprocentně jistá jako zkonzultovala.“ (R6)

V rámci osobních stresorů zmiňovali respondenti také **vlastní požadavky na výkon a profesní nejistotu**. Jedná se o vlastní očekávání a osobní nároky, nejistotu spojenou s vnímanou kompetencí a s úspěchem práce. Stresorem může být absence subjektivního progresu terapeutické práce, pocit, že se práce nedaří dle plánu či obavy z možného pochybení.

„Někdy s těmi lidmi mám pocit, že když je mám v terapii dlouhodobě se dostaneme na nějakou dobu do slepé uličky nebo nevím už jak dál.“ (R9)

„Stres ze selhání jo, že vlastně to, co dělám, neudělám dobře. Nebo že něco podcením nebo že něco neuvidím.“ (R1)

„Tak s tím se potýkám jako téměř v každém případě se svými nároky na výkon. Vlastně, aha, možná narážíme na mou potřebu výkonu a ne na to, že klient něco teďka nechce nebo něco takového. Možná jsem mu v něčem nějak utekl nebo na něho mám přílišný nárok kvůli svým nárokům nebo kvůli sobě. Takže je to jednoznačně stresor, protože se to nějak zrcadlí v tom vztahu, že já tam přináším jako potřebu „už to máme mít dávno vyřešené“. A klient prostě z mého pohledu je úplně na začátku, přitom ze svého pohledu udělal obrovský kus cesty.“ (R8)

Někteří respondenti rovněž zmiňovali **konfliktní situace na pracovišti**. Tyto situace by rovněž mohly být zařazeny v rámci kategorií, které se vztahují k profesním týmům. Jedná se však spíše o osobní spory, které mohou a nemusí být akcelerovány pracovní pozicí, kterou osoba, s kterou přijde psycholog do konfliktu disponuje a které přímo zasahují do psychologické práce. Tato kategorie se tudíž pohybuje na pomezí hierarchické struktury

zdravotnictví, profesních týmů a osobních stresorů. Respondenti referovali na osobní spory s vedoucím personálem, pletichaření, neférové jednání či přístup a jednání z pozice moci.

„Takže z pozice toho, že já jsem byl vlastně s těma pacientama každý den v tom týdnu, tak jsem vnímal, že jako to rozhodnutí, které tam primář přinesl bez nějaké konzultace, prostě ze svého rozhodnutí ovlivňovalo tu moji práci s těmi pacienty.“ (R8)

„Snažíte se s těma lidma vytvořit nějaký tvar, něco s nima dělat a do toho vám tam vpadne tahle primářka, do té místnosti, a začne tam řvát, jakto, že tam nějaký lidi nejsou na té skupině, úplně vám zboří všechno a takovýhle klima.. takže neustálý stresory.“ (R5)

„Že mám pocit, že se s náma jako nemluví férově.“ (R7)

„Přišli, sedli jsme a ten pan primář mi řekl, že zdržují doktora v práci. Takže to byly spíš postoje toho vedoucího pracovníka, ne fajn. To jsem chodila do práce se staženým žaludkem, to jsem si říkala, že si vypěstuji žaludeční neurózu.“ (R10)

V rámci rozhovorů byly rovněž identifikované takzvané volné kódy. Jedná se o stresory, jež byly zmiňovány zřídka, a proto nebyly zařazeny do výše zmíněné kategorizace. Jedná se o: sexuální narážky ze strany lékařů (2), shazování autority ze stran lékařů (2), nepředávání informací (2) a chybějící docenění práce (2).

Veškeré výše popsané stresory poté přispívají ke komplexnímu přetížení, které respondenti zaměstnaní ve státních zařízeních pociťují. Jedná se tedy o stresory spojené s nedostatečnou podporou instituce, stresory spojené přímo s pacienty, nejasnou roli psychologa ve zdravotnickém systému, náročnost vzdělávání, systémovou zátěž a osobní stresory. Kategorizace byla vygenerována na základě rozhovorů pro lepší utřídění a vizualizaci stresorů, se kterými se respondenti ve své praxi setkávají. Důležité je však zmínit, že se jedná o stresory, jež mohou svou podstatou patřit i do více než jedné kategorie a vzájemně spolu souvisí. Dlouhodobé přetížení může poté přispívat k syndromu vyhoření, jemuž se věnuje následující kapitola.

7.2 Syndrom vyhoření u psychologů v klinické praxi

Další dvě výzkumné otázky se zaměřily na to, jaké zkušenosti mají psychologové v klinické praxi se syndromem vyhoření, jak je případně ovlivňoval a jakým stresorům jej přisuzují. Respondenti byli opět požádáni, aby popsali, co pro ně znamená syndrom vyhoření a jak ho subjektivně vnímají. Pro ilustraci jsou níže přiloženy některé z odpovědí:

„Takovou jako nechut' prostě chodit do té práce jako nechut' nebo nepoznávání se v tom, jako že..tak, jak jsem říkal, že mám rád, jako být takový aktivní nebo přinášet nové podněty a impulzy..nějak jakože to prostě vůbec nemám, že jsem takový jako vyhořelý, takový prázdný. Jakože je mi to trošku jako jedno. Takový nezáměřím vlastně o toho člověka, taková pasivita v tom zájmu o ty lidi asi.“ (R8)

„Já si to definuji tak, že ta práce člověku už víc bere, než dává. Že se tam najednou přestáváte těšit a čím dál tím častěji vás napadá, že kdyby ten člověk nedorazil na schůzku, tak vám to nevadí ba dokonce si to třeba můžete přát. To, když vám může běžet hlavou „já už nechci nic slyšet“, když vám povídá ty příběhy. To, že jako stoupá nějaký vyčerpání, psychická i fyzická únava, no.“ (R6)

„Já si myslím, že to je, já bych to na sobě poznala tak, že mi už nezáleží na těch pacientech, že už mi nezáleží na tom, co dělám v té práci a že bych přestala přemýšlet nad tím, jak moc je to pomocné versus, jak moc to může být třeba do budoucna ubližující. Jo, že vlastně pro mě je to to, že přestanu přemýšlet a dělám mechanicky jenom svoji práci a už nepřemýšlím, o tom, jaký to má dopad na to psychické zdraví toho pacienta.“ (R1)

„Tak syndrom vyhoření, pro mě osobně je to něco, co začíná takovým tím typickým nastavením, zachráním svět, budu svoji práci dělat co nejlépe, dám do toho všechno a postupně, když ten svět zachraňujete nebo ho chcete zachránit, tak si uvědomíte, že vás to nějak vtáhlo, nemáte zdroje, ale nejen, že svět nezachráníte, ale často skončíte někde úplně na dně bez zdrojů. Zjistíte, že pacienty nebo klienty nevnímáte jako lidi, ale jako objekty. Když uvedu příklad, když máte ráno vstát do práce, koukáte do stropu a cítíte se úplně znechucená. Takže, když bych to měl říct nějak odborně, tak jednak na začátku nějaká přehnaná motivace a potom možná naše dehumanizace pacientů i klientů, nechut' k práci, odpor k práci, nedostatečné zdroje, nedostatečná sebedopora.“ (R4)

7.2.1 Zkušenosti se syndromem vyhoření

Zkušenosti s vyhořením popisovali 4 respondenti, 5 respondentů referovalo na částečné vyhoření či stav velkého vyčerpání, který by dle oficiálních definic ještě vyhořením nenazvali, avšak cítili silný pocit jeho blízkosti. 1 respondentka uvedla, že se syndromem vyhoření zkušenosti nemá. Participanti zároveň popisovali, jak jejich zkušenost vypadala a jak se u nich syndrom vyhoření či stav velkého vyčerpání projevoval. I přesto, že se respondenti lišili v úsudku, zda by svou zkušenost nazvali či nenazvali vyhořením, referovali na podobné projevy popisovaného stavu viz. tabulka č. 2. Rovněž je nutné zmínit, že syndrom vyhoření sestává z více fází, ve kterých se jedinec může nacházet. Pro účely této práce budou i z tohoto důvodu dále zkušenosti participantů souhrnně označovány pojmem „vyhoření“.

Tabulka č. 2

Vnímané projevy vyhoření	N
Únava, vyčerpání	8
Ztráta dřívější energie, nadšení a radosti z práce	6
Profesní nejistota	5
Absence smysluplnosti	4
Ztráta zájmu o pacienty	4
Ztráta zájmu o práci, menší angažovanost	3
Vliv na osobní život	3
Fungování na autopilota	3
Obava chodit do práce	2
Sebe-devalvace	2
Vliv na psychický stav	2
Podrážděnost	1
Odpor, opoziční chování	1
Pocit prázdnoty, nenaplnění	1
Představa, že pracuji na něčem, co vytyčil někdo jiný	1
Vliv na kvalitu odvedené práce	1

Poznámka. V levém sloupci vyznačen projev, v pravém sloupci počet respondentů, kteří jej popisovali.

Nejčastěji zmiňovaným projevem byla únava a vyčerpání sil. R6 například uvedla: „*Že jsem byla extrémně vyčerpaná, samozřejmě se to projevuje i na mojí imunitě teda jo a nějaký jako nemocnosti.*“ R7: „*To už jsem měla pocit, že ani nedojdu jako domů, že mám strašně těžký nohy a že vůbec nebudu schopná dojít domů*“. Dále ztráta dřívější energie, nadšení a radosti z práce. Respondenti uváděli změnu ve svojí aktivitě, snaze a původním zápalu pro práci. R8

uvedl: „Vypadalo to tak, že já jsem vlastně do práce chodil s tím jako s nějakým donucením, že mě tam vlastně nebavilo tolik být no a těžko jsem hledal energii.“

Dále respondenti referovali na profesní nejistotu, kdy docházelo k obavám ohledně vlastních schopností a pracovního úspěchu, pocitu selhávání nebo například větší potřebě ujištění od dalších kolegů. R3 popisuje nejistotu následovně: *a nějaká obava, nějaká nechuť a vlastně jako velké stres ze selhání jo, že vlastně to, co dělám, neudělám dobře, nebo že něco podcením, nebo že něco nevidím.*“ Dále 4 respondenti uváděli absenci pocitu smysluplnosti práce. R4: *„Vzbudíte se, koukáte do stropu, takový pocit jakoby pocit prázdnoty, pocit nenaplnění. A místama pocit, jestli vůbec to, co děláte dává smysl.“*

Rovněž byly zmiňovány somatické projevy. Respondenti referovali na úzké propojení psychického a fyzického přetížení. Jednalo se o fyzické úrazy, sníženou imunitu a větší náchylnost k onemocněním, ale i propojení s dalšími nemocemi u nichž nelze s jistotou říci, zda byly přímo navázané na syndrom vyhoření či nikoliv. R3 popisuje tělesné problémy, které souvisely s pracovním přetížením: *„Postsomatický symptomy jsem viděla jako v mnohem horším spánku a měla jsem únavový zlomeniny na nohou, se mi dělaly... takže tak nějak jakože dojíždí vlastně to tělo do nějakýho úplnýho výpadku. Že vlastně už nestačí ta psychika, ale už jako se zapojuje i to tělo.“*

Dále respondenti popisovali ztrátu zájmu jak o práci, tak o pacienty, který je dle R6 pro psychologickou práci klíčový. Ztrátu zájmu respondenti spojovali s lhostejností, menším emočním napojením či neschopností poslouchat další těžké příběhy. R6: *„Ale moment, kdy jsem si to uvědomila, když mě i u klientů, který fakt mám lidsky hrozně ráda, ale když mě už i u nich občas napadalo bože, já už to nechci slyšet. A v tu chvíli jsem říkala ty jo, co se děje? Co se se mnou děje, že vždyť tu klientku mám ráda a prostě lidsky se za ní těším, dá se říct, ale když už jsem si říkala, že už je to jakoby moc. Čím dál tím častěji mi v hlavě zněl ten hlas „panebože, já už nechci slyšet vůbec nic víc“. Žádný další těžkosti, žádný další prostě jakoby bahno toho života a toho světa.“* Rovněž zaznívalo fungování na autopilota, kdy danou práci jedinec vykonává automaticky. R8 popisuje situaci na náročném oddělení: *„Měl jsem dojem, že mě to jako nasálo, to oddělení, a pak mě to vyfluslo ve čtyři.“*

Vyhoření rovněž ovlivňovalo osobní život, na který nezbyvala energie, opadal zájem o dříve oblíbené aktivity a volný čas byl vyplněn únavou. R9 uvádí nedostatečnou hranici mezi osobním a pracovním životem: *„A v podstatě se to odráželo i na tom životě i mimo práci, jsem si nad tím vším tak jako nějak přemýšlela. Byla jsem z práce unavená a nějak jsem zanedbávala*

i jiné věci mimopracovní, takže jsem si to vyřešila jakoby změnou tý práce, což pomohlo, protože jsem neměla volný čas. Neustále jsem se tomu věnovala, doma dopisovala ty vyšetření, přemýšlela nad tím, že jsou tam těžké situace, na které nedokážu přestat myslet.“

Mezi další projevy patřila obava chodit do práce charakterizovaná strachem, co se v ní bude opět odehrávat, čemu bude muset psycholog čelit ať už v rámci personálu či pacientů. R3: *„Tak u sebe jsem to pozorovala vlastně nějakou i obavou chodit do práce, že jsem měla fakt strach z toho, co se tam všechno semele, co se zase všechno bude dít, u čeho všeho budu muset být.“* Dále přítomnost sebe-devalvace, devalvace svých schopností, rovněž smyslu práce a vlastní vhodnosti pro danou profesi. R4 uvádí: *„V případě terapie jsem měl občas pocit, že i když mám svoje lidi svoje pacienty rád, tak jsem měl pocit, že ta moje terapeutická snaha jsou kecy. Takže nějaká sebe-devalvace, sebashazování, pocit, že to není dostatečné, pocit, že co z toho vlastně budu mít já, co z toho bude mít ten člověk.“* Dále dva respondenti uvedli vliv vyhoření na zhoršení psychického stavu. R7: *A potom jakýkoli moje mimopracovní vyžití, jo a ten můj psychickéj stav. Nechtěla jsem jako s nikým mluvit, takovýhle stavy jsem jako zažívala. Myslím si, že jsem měla takovou jako lehkou depresi v tu dobu.“*

Mezi další projevy, které byly uvedeny vždy pouze jedním z respondentů, patřila podrážděnost, odpor a opoziční chování vůči personálu v rámci projevu nespokojenosti a nesouhlasu, pocit prázdnoty a nenaplnění, představa, že pracuji na něčem, co vytyčil někdo jiný a vnímaný vliv na kvalitu odvedené práce.

7.2.2 Propojení syndromu vyhoření s pracovními stresory

Respondentům byla následně položena otázka, jakým pracovním stresorům své vyhoření či stav vyčerpání, který popisovali přisuzují. Respondentce, která nepopisovala s vyhořením ani vyčerpáním žádnou zkušenost (*R10*) byla položena otázka, co by dle jejího názoru mohlo ovlivnit, že by se do takového stavu dostala. *R10* zmínila: „*pocit, že se psychologovi nedaří, že je v prostředí, které se mu nelíbí, má vedoucího, který ho nerespektuje, neakceptuje*“. Ostatní respondenti, kteří nějakou zkušenost s vyhořením uváděli, odpovídali následovně:

Tabulka č. 3

Subjektivní důvody vyhoření	N
Nedostatečná práce s vlastními hranicemi	5
Počáteční nadšení a rychlý start	4
Více práce, než se dá stihnout/tlak na výkon	4
Náročnost klientů	4
Fyzické pracovní podmínky	4
Absence supervizora, mentora	4
Absence kontaktu s dalšími kolegy, samota	3
Potřeba obstát, nároky na sebe	3
Atmosféra na pracovišti, konflikty v týmu	3
Velká poptávka psychologické péče	2
Rigidní systém	2
Předatestační příprava	2
Pocit nedocení nadřízeným	1
Nepředvídatelnost práce	1
Nesourodé informace od nadřízených/vedení	1

Poznámka. V levém sloupci vyznačen důvod, v pravém sloupci počet respondentů, kteří jej popisovali.

V rámci kategorizace vytvořené pro účely této práce respondenti nejčastěji zmiňovali stresory spojené s nedostatečnou podporou ze strany instituce, stresory spojené přímo s pacienty, systémovou zátěží, náročností vzdělávání, osobními stresory a s obecným přetížením, které ve své profesi vnímají.

5 respondentů referovalo na nedostatečné stanovení a hlídání vlastních hranic. Respondenti popisovali přecenění vlastních kapacit, velkou snahu pomoci a nerealistické nároky na objem práce jež se dá zvládnout. Popisovali malé ústupky, kdy zůstávali v práci déle, obětovali pauzy nebo přinášeli pracovní povinnosti domů. K vyhoření tak přispívala nedostatečná práce s hranicemi, které si respondenti nenastavili sami pro sebe ale ani v rámci

instituce. Docházelo tak k nedodržování pracovní doby, přestávek a ignorování vlastní kapacity. Respondenti rovněž referovali na vliv obtížných profesních začátků, které se pojily s nadšením a rychlým kariérním startem. R8 popisuje začátky následovně: „že jsem jako neodhadl, že jsem se tomu hodně vydával. Byl jsem takový jako.. to začátečnické nadšení, že jsem nedoutnal, ale příliš hořel. Vlastně aniž bych zvažoval, že ta práce je běh na dlouhou trať, to není jako nějaký sprint, ale že to je maratón. A pokud to budu chtít dělat dlouhodobě, pokud chci, aby mě to jako bavilo dlouhodobě, abych v tom nějak vydržel a bylo to smysluplné pro klienty i pro mě, tak že je potřeba nějak zvolnit tempo.“

Respondenti přisuzovali rovněž vliv přetížení a množství práce, která se v pracovní době nedala stihnout, pokud ji chtěli dělat kvalitně. I přesto byl kladen ze strany instituce velký tlak na výkon. R3 popisuje: „Přetížení.. já jsem nastupovala v covidu, takže tý práce bylo ihned moc...jsem jako nastoupila a bylo toho všude moc, a naopak byl furt větší nárok, že se nestihá.“

K vyhoření rovněž přispívala náročnost klientů, se kterými respondenti pracovali. Práci s obtížnými pacienty popisovali jako vyčerpávající, zvláště pokud v danou chvíli nedisponovali dostatečným množstvím vlastních zdrojů. V rámci stresorů vázaných na přímou práci s pacienty zmiňovaly 2 respondentky velkou poptávku psychologické péče, naléhavost klientů a nedostatečnou síť dalších kolegů, na které lze pacienty odkázat, kde jim péči obstarat v případě vlastních naplněných kapacit či neadekvátního pracoviště pro konkrétního pacienta. R9 zmiňovala frustraci z neviditelnosti pokroku případně opakovaného návratu pacientů do péče. Dále fyzické pracovní podmínky týkající se primárně absence vlastního prostoru, bezpečí a klidu na práci. R1 popisovala svou zkušenost následovně: „Myslím si, že určitou roli hraje to, že člověk nemá tu kancelář sám pro sebe, ono se to zdá jako taková možná blbost, ale to že nemáte ten prostor a třeba jste tam s tím člověkem se kterým zrovna něco řešíte a vy s ním jste i v té kanceláři a potom se s ním potřebujete dohodnout a vy víte, že to teď neklape a nějak to nejde, tak pak jste neustále v tom napětí, vlastně nemáte kam od toho zdrhnout v práci a potom, když se to sečte tak je to velmi těžké, protože ten bezpečný prostor sám pro sebe, když nemáte tak nemáte, kde tu energii čerpat.“

4 respondenti dále popisovali vliv absence supervizora, mentora, seniornějšího kolegy, s kterým by mohli konzultovat, radit se v začátcích a cítit podporu. Ocenili by rady někoho zkušenějšího ať už ohledně práce samotné, ale i její organizace, výše zmíněného nastavení hranic i orientace v systému. R3: „Vlastně tu nezkušenost, jo, že přijдете někde, kde vlastně nevíte, jak to funguje a co je správně, ale nikdo vám to zároveň neříká, jako to nechci házet

jako vinu na někoho jiného, ale nevim, jak to zformulovat, aby to tak neznělo.. že vlastně tam není ten průvodce, kterej by vás víc jako školil, aby vás vedl v tom začátku, když je to prostředí takhle jako dynamický jo, že tam je vlastně víc věcí a víc by vám pomohl se v tom systému orientovat.“

U 3 respondentů se objevovaly v souvislosti s vyhořením stresory, jako je absence sdílení s dalšími kolegy, absence společného zázemí a pocit samoty, potřeba obstát, vlastní nároky i atmosféra na pracovišti a konflikty v týmu. 2 respondenti popisovali vliv rigidního systému a pocitu nemožnosti změny, realizace vlastních nápadů. R8: *„Trochu jsem tlačil na pilu v tom, takže jsem pořád něco nového vymýšlel a narážel jsem na ty bariéry, které samozřejmě byly dány tím, že lidé v tom systému už byly delší dobu a třeba dřív na něco naráželi a už prostě neměli tu chuť, tu energii, ten zápal na to to dělat jinak a už ani neměli chuť na to jako z toho vystoupit. Jo nebo možnosti nebo je neviděli ty možnosti. No a byli v té roli, kdy jako tohle nějak mohli ovlivnit u mě, jestli to, co já přináším, jestli se to zrealizuje nebo ne a nějak to jako zazdili. Takže já jsem ještě, když to úplně zjednoduším, tak jsem chrlil nové věci, co by se mi líbilo, aby se děly. Příliš jsem jich chrlil a příliš málo jich bylo jako vlastně přijímáno.“*

Význam byl respondenty přisuzován i předatestačnímu vzdělávání. R5 uváděla, že se cítí neustále posuzována, že vnímá určité mocensství ze stran školitelů i výše postavených pracovníků. Referovala na z jejího pohledu nesmyslné požadavky ohledně času i financí i neodpovídající kvalitu některých vzdělávacích aktivit. Frustrující je rovněž plnit požadavky, s kterými vnitřně nesouhlasí, ale nemá v rámci klinického směřování možnost výběru.

Mezi dalšími tématy, která byly ve spojitosti s vyhořením zmíněna již v nízké frekvenci, se objevovalo nedocenení nadřízeného, nepředvídatelnost práce a nesourodé informace od nadřízených/vedení. Nesourodost informací popisovala R5 následovně: *„Ta frustrace je v těch tlakách, který jsou na vás ze všech stran, že vám furt někdo říká, jak máte něco dělat, ale pak vám někdo jiný říká něco jiného a vy nesmíte říct, že vám někdo jiný říká něco jiného, taky jsem na to takhle narazila, že mi říkali něco jiného a pak se to otočí proti vám.“*

V rámci subjektivních důvodů vyhoření respondenti referovali na interní i externí stresory. Mezi interní patřily nedostatečná práce s vlastními hranicemi, počáteční nadšení spojené s rychlým startem a potřeba obstát/vlastní nároky. Jedná se o stresory, které mohou respondenti ovlivnit více než stresory externí. U modifikace externích stresorů naopak leží těžiště vlivu na stranách zaměstnavatelů, institucí a systému obecně. Odlišnou kategorií je poté stres spojený s prací s náročnou klientelou, který vytváří nárok jak na efektivní strategie

zvládání na straně respondentů, tak na manažerské uspořádání ze strany zaměstnavatelů a systému k prevenci přetížení psychologů a zmírnění zátěže spojené s náročnými klienty.

Z výzkumu vyplývá, že 4 respondenti referovali na přímou zkušenost se syndromem vyhoření a 5 respondentů popisovalo zkušenosti s částečným vyhořením nebo stavem velkého vyčerpání. I přesto, že se respondenti lišili v úsudku, zda by svou zkušenost nazvali či nenazvali vyhořením, referovali na podobné projevy viz. tabulka č. 2. Nejčastěji se setkávali s únavou a vyčerpáním (8 respondentů), ztrátou dřívější energie, nadšení a radosti z práce (6 respondentů), absencí smysluplnosti a ztrátou zájmu o pacienty (4 respondenti). Rovněž se v analýze objevovala souvislost s určitými pracovními stresory, jimž respondenti přisuzovali vliv na částečné či úplné vyhoření. Nejčastěji respondenti vnímali souvislost s nejasným stanovením hranic (5 respondentů), počátečním nadšením a rychlým startem (4 respondenti), množstvím práce, která se v pracovní době nedá stihnout a tlakem na výkon (4 respondenti), náročností klientů (4 respondenti), fyzickými pracovními podmínkami (4 respondenti) a absencí supervizora, mentora (4 respondenti).

8. Diskuse

Cílem výzkumu byla explorace pracovních stresorů u psychologů v klinické praxi, mapování zkušeností těchto pracovníků se syndromem vyhoření a vnímaného propojení s pracovními stresory. V České republice nebyl doposud realizován podobný výzkum zaměřující se na danou problematiku. Cílové skupině, tj. psychologům v klinické praxi se věnovali např. Brožková (2017) v bakalářské práci zaměřené na prožívání profesních začátků psychologů ve zdravotnictví, Slováčková (2016) zkoumala vzdělávací potřeby začínajících psychologů ve zdravotnictví, spíše však z andragogického hlediska, Matúch (2015) se věnoval tematické práci a praxe klinického psychologa na somatickém oddělení nemocnice. Výzkumy věnující se problematice pracovního stresu a vyhoření však u psychologů v klinické praxi chybí.

Výsledky našeho výzkumu poukazují a identifikují značnou variabilitu stresorů, které se na pozici psychologů v klinické praxi mohou objevovat. V rámci analýzy bylo vygenerováno 6 hlavních kategorií (nedostatečná podpora ze strany instituce, stresory spojené přímo s pacienty, nejasná pozice psychologa ve zdravotnictví, náročnost vzdělávání, systémová zátěž, osobní stresory), které byly složeny z 19 ti respondenty nejčastěji zmiňovaných stresorů. Dále byly popsány zkušenosti se syndromem vyhoření, na nějž přímo referovali 4 respondenti, 5 dalších respondentů zmiňovalo částečné vyhoření či „skoro-vyhoření“. Mezi popisované projevy vyhoření patřily: únava, vyčerpání, ztráta dřívější energie, nadšení a radosti z práce, profesní nejistota, absence smysluplnosti, ztráta zájmu o pacienty a práci, menší angažovanost, vliv na osobní život, fungování na autopilota, obava chodit do práce, sebe-devalvace, vliv na psychický stav, podrážděnost, odpor, opoziční chování a pocit prázdnoty, nenaplnění. Respondenti poté vyhoření přisuzovali následujícím stresorům: nedostatečná práce s vlastními hranicemi, počáteční nadšení a rychlý start, více práce, než se dá stihnout/tlak na výkon, náročnost klientů, fyzické pracovní podmínky, absence supervizora, mentora, absence kontaktu s dalšími kolegy, samota, potřeba obstát, nároky na sebe, atmosféra na pracovišti, konflikty v týmu, velká poptávka psychologické péče, rigidní systém, předatestační příprava, pocit nedocení nadřízeným, nepředvídatelnost práce a nesourodé informace od nadřízených/vedení.

Identifikované stresory

Kategorie stresorů s názvem nedostatečná podpora ze strany instituce se dotýkala fyzických aspektů pracovního prostředí, neadekvátního finančního ohodnocení, absence péče

o odborníky a těžkých profesních začátků. Respondenti nepociťovali dostatečné zázemí pro svoji práci a vnímali absenci opory ze strany zaměstnavatele. Stresory ukazující se v našem výzkumu jsou v souladu s výsledky studie Cushway & Tyler (1994), která se zaměřovala na britské klinické psychology pracující ve státním sektoru. Britský výzkum poukazyval na nedostatek zdrojů (blíže nespecifikováno), pocit nízkého finančního ohodnocení a nízké vnímání podpory ze strany instituce. Nereferoval však přímo na fyzická specifika pracovišť, ve kterých psychologové působili, narozdíl od tohoto výzkumu v němž na problematiku poukazovalo 9 z 10 respondentů. Zajímavé je, že spolu výsledky výzkumů natolik korespondují i přes značné stáří britské studie, kdy by bylo možné usuzovat na potenciální zlepšení pracovních podmínek. Dalším stresorem byly obtížné profesní začátky. Pakenham & Stafford-Brown (2012) poukazují na skutečnost, že začínající psychologové jsou vůči stresu více náchylní. Cushway & Tyler (1994) ve spojitosti s počátky kariéry referují na pocity neadekvátnosti dovedností. Respondenti našeho výzkumu tento jev jako stresor přímo neudávali. Objevovala se spíše témata kontrastu zodpovědnosti versus kompetence avšak nebylo explicitně řečeno, že by vnímali jako stresující svou nedostatečnou dovednost, která je běžnou praxí v profesních začátcích.

Dalším stresorem byla práce s náročnými pacienty. Paralelu lze nalézt u autorů Sorenson et al. (2016) a Turgoose & Maddox (2017), kteří popisují únavu ze soucitu. Jedná se o empatickou zátěž vycházející z dlouhodobější práce, ve které dochází ke snaze redukovat distres klienta. Respondenti našeho výzkumu nepopisovali explicitně únavu ze soucitu, avšak vztahovali se k zátěži pacientů, k zátěži jejich příběhů a vnímané bezvýchodnosti jejich situace či vlastní bezradnosti. Někteří respondenti také práci s náročnými pacienty zmiňovali jako důvod vyhoření. APA Services (2008) rovněž uvádí možnost sekundární traumatizace terapeuta skrze traumatizaci klienta. Respondenti tohoto výzkumu popisovali konkrétní příklady pro ně náročných pacientů, které se slučují s výsledky výzkumu Cushway & Tyler (1996) v rámci vnímané zátěže ze strany sebevražedných a agresivních pacientů. Navíc ještě uváděli pacienty s absencí pokroku či pacienty, s kterými nemají zkušenosti. Jako další stresor se ukazovaly krizové situace na pracovišti. O'Connor et al. (2021) označují za stresující proměnlivost, nestabilitu práce a nutnost rychle reagovat právě v nečekaných náročných situacích.

Respondenti dále mluvili o zodpovědnosti, kterou v souvislosti s pacienty pociťují. Tento výsledek je v zajímavém kontrastu s výzkumem Rupert & Morgan (2005), kteří popisují větší zodpovědnost, angažovanost směrem ke klientům primárně u psychologů pracujících v soukromé praxi. Je však důležité zmínit, že náš výzkum neposkytuje srovnání mezi

psychology v soukromé a státní sféře a vzhledem k povaze kvalitativního výzkumu se výsledky nedají takto zobecnit.

V rámci tohoto výzkumu se specifickým stresorem zdála být nejasná role psychologa ve zdravotnickém systému. Respondenti uváděli nejasnou roli na pracovišti a nejasnost psychologické práce, která nebyla patrná v dalších zahraničních výzkumech. Respondenti vnímali jako stresor neznalost náplně psychologické práce a fluidní, nejasnou pozici na pracovišti. Je proto možné, že v České republice stále není pozice psychologa ve zdravotnictví dostatečně ukotvená a chybí povědomí o psychologické práci jak u dalšího zdravotnického personálu, tak u pacientů. Dále jako stresor uváděli respondenti nereálná očekávání druhých týkající se jak dalšího personálu, vedení, tak pacientů. Vysoká očekávání od psychologů uváděli ve svém výzkumu rovněž Harling et al. (2020).

Dalším výrazným stresorem byla náročnost předatestačního vzdělávání a její časové i finanční požadavky. Náročnost nastavených kritérií na vzdělávání je rovněž patrná z porovnání požadavků pozice psychologa v České republice a zahraničí. Česká republika patří ke státům s nejnáročnější přípravou na výkon povolání klinického psychologa viz. kapitola 3.3. Tento stresor se rovněž v zahraničních studiích neobjevoval.

Jako náročná byla rovněž vnímaná nemožnost změny a rigidita systému. Cushway & Tyler (1996) uvádí v této spojitosti stres související s organizační strukturou a pevně nastavenými procesy. Dále byla stresorem malá dostupnost dalších odborníků, jež se neukazovala v zahraničních výzkumech. Respondenti vnímali malé množství odborníků jak na samotných pracovištích, tak nedostatečnou dostupnost psychologů ve zdravotnictví obecně. Tento výsledek koresponduje s nedostatečným počtem klinických psychologů v České republice a nemá tak vliv pouze na neuspokojitelnou poptávku ze stran pacientů, ale působí i na psychology, kteří jsou množstvím práce zahlceni a nemají kam své pacienty v dohledné době odkazovat. Samozřejmě je možné pacienty zasílat ke kolegům ze soukromého sektoru, avšak ne každý má možnost si péči hradit ze svých příjmů. I z důvodů nemožnosti získání následné péče se mohou pacienti znovu vracet do hospitalizací a udržovat tak systém i psychology zatížené. Ve spojitosti s nedostatkem psychologů ve zdravotnictví – ať už klinických či v předatestační přípravě vyvstává otázka, jaké jsou pro nedostatek důvody. Již v rámci teoretické části této práce byly popsány požadavky na samotný vstup psychologů do zdravotnictví. Následuje další finančně i časově náročné vzdělávání a praxe za potenciální přítomnosti různorodých stresorů rovněž identifikovaných v empirické části této práce. Tyto

aspekty mohou mít vliv na množství psychologů, kteří si práci v klinické praxi zvolí, případně kteří v ní v rámci státního sektoru setrvají.

Jako další stresor popisovali respondenti byrokracii, na kterou rovněž referovali britští kliničtí psychologové (Cushway & Tyler, 1994). V neposlední řadě respondenti zmiňovali osobní stresory. Konflikt osobního a pracovního života, vlastní nejistotu a pochybnosti i konflikty na pracovišti popisovali ve svém výzkumu opět Cushway & Tyler (1996). Respondenti hovořili i o absenci sdílení a samoty psychologické práce. Samotu a izolaci v pracovním kontextu zmiňuje i APA Services (2008).

Zkušenosti se syndromem vyhoření

Další část práce se věnovala zkušenostem se syndromem vyhoření, které přímo popsali 4 participanti, 5 referovalo na částečné či „skoro-vyhoření“. Pouze jedna respondentka uvedla, že s vyhořením žádné zkušenosti nemá. Respondenti, kteří nenazvali popisovaný stav, do kterého se dostali vyhořením se však v následném popisu shodovali se zkušenostmi respondentů, kteří popisovali, že vyhoření zažili. Vredenburgh, Carlozzi, & Stein (1999), Hellman & Morrison (1987), Raquepaw & Miller (1989) popisují rozdíl ve vyhoření mezi psychology ve státní a soukromé sféře. Poukazují na častější vyhoření u psychologů ve státních zařízeních a jako důvod uvádí větší kontrolu nad pracovními povinnostmi, menší množství byrokracie a pravděpodobné setkávání se se stabilizovanějšími pacienty. Výsledky naší studie jsou s tímto tvrzením ve shodě vzhledem k identifikovaným pracovním stresorům a reflektovaným důvodům vyhoření. Většina participantů skutečně uváděla nějakou zkušenost s vyhořením právě v souvislosti s prací ve státním sektoru. Další zajímavou skutečností bylo, že pouze 2 respondentky měly celý úvazek ve státním zdravotnickém zařízení. Zbytek respondentů měl úvazek pouze částečný, 7 respondentů kombinovaný s dalšími pracovními pozicemi v jiných zařízeních či soukromých praxích. Tuto skutečnost respondenti reflektovali nedostatečným množstvím financí ve státním sektoru, různorodostí pacientů, ale i schopností si nastavit přívětivé podmínky, které u zaměstnavatele neregistrují. Respondenti rovněž opouštěli pracoviště, ve kterých k vyhoření docházelo, či zkracovali pracovní úvazky. Rupert et al. (2015) popisovali jako důsledek vyhoření snížení pracovní kompetence. Na tento jev přímo referovala pouze jedna respondentka, dalších 5 respondentů popisovalo vnímanou nejistotu ve svém pracovním výkonu spíše než objektivní zhoršení. Roli v této neshodě však může hrát i absence objektivního posouzení výkonu či slepá místa introspekce. Výzkum McCormack et al. (2018) uvádí jako nejčastější příčinu syndromu vyhoření emoční vyčerpání.

Výskyt emočního vyčerpání je přičítán rovněž celkovému počtu odpracovaných hodin, zátěži administrativní práce a přílišné angažovanosti ve vztahu ke klientům. V souladu s tímto tvrzením by byla výsledná reference respondentů v rámci důvodů vyhoření na nedostatečnou práci s vlastními hranicemi, velké množství práce a tlak na výkon, náročnost klientů a velká poptávka péče. Studie Ballenger-Browning et al. (2011) uvádí propojení sníženého pocitu osobního naplnění, jež se v našem výzkumu ukazovalo jako důsledek vyhoření (v rámci referencí na absenci smyslu), u psychologů se zvýšeným počtem pacientů týdně, na nějž respondenti rovněž referovali v rámci přetížení a velkého množství požadované práce. Ke snížení osobního naplnění může stejně tak přispívat čas strávený byrokracií a obecně nep psychologickými aktivitami, které jsou spíše doplňkovou náplní pracovní pozice (Rupert & Kent, 2007; Sim et al., 2016). Byrokracie a nep psychologická práce byly respondenty našeho výzkumu rovněž zmiňovány, avšak jako vnímané stresory.

V rámci předloženého výzkumu bylo identifikováno a vysvětleno množství pracovních stresorů objevujících se u psychologů v klinické praxi. Dále byla věnována pozornost vlivu stresorů, zkušenostem s vyhořením a vzájemné propojení. Vzhledem k nedostatku psychologů ve zdravotnictví a klinických psychologů mohou být výsledky výzkumu apelem ke změně ze stran zdravotnického systému i samotných zaměstnavatelů. Řada stresorů a přetížení byla externího charakteru a vázala se na systémově stanovená pravidla a požadavky, se kterými se respondenti musí potýkat. Zajímavé bylo množství požadavků v kontrastu se zdroji a podmínkami, ve kterých respondenti pracují. Z výzkumu vyplývá, že respondenti referují na vysoké požadavky, ale malé zdroje a špatné podmínky pro samotnou psychologickou práci. Tato skutečnost poté může přispívat k odchodům z pracovních pozic, snižování či rozdělování úvazků mezi více zařízení i státní a soukromou sféru. Na základě působících stresorů a přetížení tak může obecně docházet k odlivu psychologů ze zdravotnictví či státních zdravotnických zařízení. Pracovní stresory a potenciální vyhoření však neovlivňuje pouze psychology samotné, ale i další spolupracující personál, pacienty i ekonomickou a systémovou stránku zdravotnictví. Modifikace pracovních stresorů a snaha o jejich redukci tak může přispívat k well-beingu psychologů, kýžené efektivitě práce, a působit protektivně proti vyhoření. V případě, že se pacientům v rámci přetížení či vyhoření personálu nebude dostávat adekvátní péče, může docházet ke stagnaci či poškození jejich psychického stavu a zdraví a následné systémové zátěži například v případech, že se pacient i z těchto důvodů bude do systému opakovaně vracet.

Primárním přínosem výzkumu je vzhledem ke kvalitativní povaze hlubší možnost prozkoumání a porozumění dané problematice, která v českém prostředí nebyla doposud

zpracována. Výsledky tak mohou sloužit jako základ pro další výzkumné práce či podnícení zájmu o danou tematiku. V praktické rovině jsou výsledky rovněž aplikovatelné v rámci edukace studentů psychologie, psychologů v předatestační přípravě i dalšího personálu v sektoru českého zdravotnictví. Rovněž mohou informace sloužit k reflexi pracovního prostředí a ke zkvalitňování péče o psychology působící v klinické praxi.

8.1 Limity a doporučení pro další výzkum

V rámci předloženého výzkumu je nutné zmínit řadu přítomných limitů. Respondenti byli rekrutováni na základě stanovených kritérií a ochoty se výzkumu účastnit. Dále jejich motivy účasti nebyly reflektovány. Je proto možné, že se vzorek skládal primárně z psychologů, kteří ve své praxi vnímají řadu pracovních stresorů a rovněž mají zkušenosti se syndromem vyhoření. O účast na výzkumu rovněž projevilo zájem značně menší množství mužů.

Limitem je rovněž výsledné složení respondentů. Ideální by vzhledem k povaze kvalitativního výzkumu byl co nejvíce homogenní vzorek. Jednalo by se například o respondenty pracující pouze na plný úvazek, v určité věkové kategorii, s podobnou délkou praxe, respondenty pracující na určitém typu pracoviště (psychiatrická léčebna, všeobecná nemocnice, ambulance, apod.) či zapojení pouze psychologů ve zdravotnictví či klinických psychologů. Vzhledem k povaze diplomové práce i obtížnosti získávání respondentů však k této unifikaci nedošlo a byla nastavená kritéria výběru, která byla shledána jako reálná pro účely výzkumu. Za důležité k diskusi rovněž považuji účast respondentky s kódem R10, která měla nejdelší působnost ve zdravotnické praxi (52let) a z participantů byla tak profesně i osobně nejstarší. Respondentka ze skupiny participantů výzkumu velmi vyčnívala i v rámci svých odpovědí na výzkumné otázky, primárně v rámci nevnímání pracovních stresorů a referencí na žádné zkušenosti s pracovním vyhořením. Aktuální věk i silně retrospektivní pohled na profesní dráhu mohly vést ke zkreslení i přes stálou působnost na pracovní pozici (v rámci úvazku 0,2) a je možné, že by odpovědi vypadaly odlišně, pokud by otázky byly položeny v jiné části kariéry. Roli ve výpovědích respondentky rovněž může hrát velké množství zkušeností, jejich odlišnost v rámci rozdílných podmínek vzdělávání, působnosti ve zdravotnickém systému i v odlišnosti doby, ve které respondentka do zdravotnictví nastupovala a primárně působila. Vstupovala do zdravotnictví za podmínek dnes již neaktuálních a nyní disponuje dlouholetým pracovním místem a pozicí, která může vnímání stresorů z pracovního prostředí značně ovlivňovat. Respondentka rovněž popisovala, že má zkušenost s pracovně mladší kolegyní, která je z práce dle jejích slov silně vystresovaná, tudíž se nejspíše nejedná o specifikum daného pracoviště ale o odlišné podmínky, zkušenosti a pozici dané respondentky. I přes tuto odlišnost

byla respondentka do výzkumného vzorku zařazena právě z důvodu zajímavého kontrastu ve vnímání pracovních stresorů i vyhoření a zajímavého srovnání se zkušenostmi ostatních respondentů.

Dalším limitem byl výběr polostrukturovaného interview. V rámci polostrukturovaných otázek nebylo možné dodržet naprostou přesnost a identičnost rozhovorů, což na druhou stranu poskytovalo možnost hlubšího porozumění a pochopení individuálních zkušeností respondentů. Návodně mohlo působit i pokládání otázek týkajících se kategorizace pracovních stresorů i přesto, že byli respondenti upozorněni na skutečnost, že v rámci dané kategorie mohou i nemusí vnímat pracovní stresory. Jako limit je rovněž vnímána osoba výzkumníka i přesto, že docházelo k pravidelné reflexi výzkumného zájmu a reflexi možných vstupů výzkumníkovi osoby. Ideálním postupem by například bylo oddělení výzkumníka od vedení samotných rozhovorů k dosažení nezájatosti při prováděných interview.

Vzhledem k povaze kvalitativního výzkumu se jedná primárně o exploraci zkušeností a subjektivního vnímání pracovních stresorů a syndromů vyhoření u psychologů působících v klinické praxi. Výsledky tak reflektují pouze zkušenosti daných respondentů a není možné je zobecnit. V rámci budoucích výzkumných projektů by bylo možné provést kvalitativní studie s větší časovou dotací pro získání dalšího množství respondentů v rámci specifitěji stanovených podmínek výběru. Zajímavé by rovněž bylo longitudinální šetření zaměřené na proměnlivost vnímání pracovních stresorů a stresu v průběhu psychologické praxe ve zdravotnictví či důvody vstupu a opuštění klinické psychologické praxe ve státním sektoru. Výsledky je rovněž možné využít ke konstrukci kvantitativního výzkumu ve formě dotazníkového šetření pro získání větší míry zobecnitelnosti výsledků.

Závěr

Hlavním cílem diplomové práce bylo zmapovat problematiku pracovního stresu a syndromu vyhoření u psychologů v klinické praxi. Literárně-přehledová část práce se zaměřila na definování pracovního stresu, syndromu vyhoření, představení profese psychologa pracujícího v klinické praxi v českém prostředí a předložila dosavadní poznání v rámci pracovního stresu a vyhoření u pracovníků této pozice. V empirické části byl popsán kvalitativní výzkum provedený pomocí deseti polostrukturovaných rozhovorů s klinickými psychology a psychology ve zdravotnictví, který se věnoval exploraci pracovních stresorů, dále pak zkušenostem se syndromem vyhoření i následnému propojení obou témat.

V rámci analýzy bylo vygenerováno 6 hlavních kategorií pracovních stresorů (nedostatečná podpora ze strany instituce, stresory spojené přímo s pacienty, nejasná pozice psychologa ve zdravotnictví, náročnost vzdělávání, systémová zátěž, osobní stresory), které byly složeny z 19 ti respondenty nejčastěji zmiňovaných témat. Dále byly popsány zkušenosti se syndromem vyhoření a jeho subjektivně vnímané projevy (nejčastěji byly zmiňovány projevy jako: únava, vyčerpání, ztráta dřívější energie, nadšení a radosti z práce, profesní nejistota, absence smysluplnosti, ztráta zájmu o pacienty a práci, menší angažovanost, ad.). Vyhoření bylo respondenty nejčastěji přisuzováno nedostatečné práci s vlastními hranicemi, počátečnímu nadšení a rychlému startu, většímu množství práce, než se dá stihnout, tlaku na výkon, náročnosti klientů, fyzickým pracovním podmínkám, absenci supervizora, absenci kontaktu s dalšími kolegy a dalším již méně frekventovaným stresorům.

V rámci práce se podařilo naplnit stanovené cíle a odpovědět na předem položené výzkumné otázky. Poznatky mohou být využity k účelům edukace juniornějších kolegů na obdobných pracovních pozicích, studentů připravujících se na potenciální dráhu psychologů v klinické praxi či dalšího zdravotnického personálu, se kterým psychologové spolupracují. Dále mohou být výsledky využity jako reflexe současné pozice a pracovních podmínek psychologů v prostředí českého zdravotnictví a k možnému apelu na případné změny či iniciaci většího zájmu a péči o psychology pracující v této oblasti.

Zpracované téma představuje sondu do práce psychologů v českém zdravotnictví a otevírá tak diskusi a množství otázek, kterým je třeba věnovat pozornost v rámci zájmu o celkové nastavení péče o duševní zdraví v České republice.

Reference

Åborg, C., & Billing, A. (2003). Health effects of ‘the Paperless Office’ – evaluations of the introduction of electronic document handling systems. *Behaviour & Information Technology*, 22(6), 389–396. <https://doi.org/10.1080/01449290310001624338>

Ahmad, J., Zahid, S., Wahid, F. F., & Ali, S. (2021). Impact of Role Conflict and Role Ambiguity on Job Satisfaction the Mediating Effect of Job Stress and Moderating Effect of Islamic Work Ethics. *European Journal of Business and Management Research*, 6(4), 41–50. <https://doi.org/10.24018/ejbmr.2021.6.4.895>

Almondes, K. M. de, & Araújo, J. F. (2009). The impact of different shift work schedules on the levels of anxiety and stress in workers in a petrochemicals company. *Estudos de Psicologia (Campinas)*, 26(1), 15–23. <https://doi.org/10.1590/S0103-166X2009000100002>

American Psychological Association. *Professional Health and Well-being for Psychologists* (2008). <https://www.apaservices.org/practice/ce/self-care/well-being>

Atshan, N. A., Al-Abrow, H., Abdullah, H. O., Khaw, K. W., Alnoor, A., & Abbas, S. (2022). The effect of perceived organizational politics on responses to job dissatisfaction: The moderating roles of self-efficacy and political skill. *Global Business and Organizational Excellence*, 41(2), 43–54. <https://doi.org/10.1002/joe.22141>

Ayyagari, Grover, & Purvis. (2011). Technostress: Technological Antecedents and Implications. *MIS Quarterly*, 35(4), 831. <https://doi.org/10.2307/41409963>

Bakker, A. B., & Demerouti, E. (2007). The Job Demands-Resources model: State of the art. *Journal of Managerial Psychology*, 22(3), 309–328. <https://doi.org/10.1108/02683940710733115>

Ballenger-Browning, K. K., Schmitz, K. J., Rothacker, J. A., Hammer, P. S., Webb-Murphy, J. A., & Johnson, D. C. (2011). Predictors of Burnout Among Military Mental Health Providers. *Military Medicine*, 176(3), 253–260. <https://doi.org/10.7205/MILMED-D-10-00269>

Barling, J., Dupré, K. E., & Kelloway, E. K. (2009). Predicting Workplace Aggression and Violence. *Annual Review of Psychology*, 60(1), 671–692. <https://doi.org/10.1146/annurev.psych.60.110707.163629>

Barling, J., Kelloway, E., & Frone, M. (2005). *Handbook of Work Stress*. SAGE

Publications, Inc. <https://doi.org/10.4135/9781412975995>

Bartošíková, I. (2006). *O syndromu vyhoření pro zdravotní sestry* (Vyd. 1). Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů.

Bartůňková, S. (2010). *Stres a jeho mechanismy*. Praha: Karolinum.

Braun, V., & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3(2), 77–101. <https://doi.org/10.1191/1478088706qp063oa>

Braun, V., & Clarke, V. (2013). *Successful qualitative research: A practical guide for beginners*. SAGE.

Bridgeman, P. J., Bridgeman, M. B., & Barone, J. (2018). Burnout syndrome among healthcare professionals. *American Journal of Health-System Pharmacy*, 75(3), 147–152. <https://doi.org/10.2146/ajhp170460>

Brožková, D. (2017). *Prožívání profesních začátků psychologa ve zdravotnictví* (Bakalářská práce, Univerzita Karlova). Digitální repozitář Univerzity Karlovy. <https://dspace.cuni.cz/handle/20.500.11956/91701>

Colligan, T. W., & Higgins, E. M. (2006). Workplace Stress: Etiology and Consequences. *Journal of Workplace Behavioral Health*, 21(2), 89–97. https://doi.org/10.1300/J490v21n02_07

Coope, C., Donovan, J., Wilson, C., Barnes, M., Metcalfe, C., Hollingworth, W., Kapur, N., Hawton, K., & Gunnell, D. (2015). Characteristics of people dying by suicide after job loss, financial difficulties and other economic stressors during a period of recession (2010–2011): A review of coroners' records. *Journal of Affective Disorders*, 183, 98–105. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2015.04.045>

Crompton, S. (2011). What's stressing the stressed? Main sources of stress among workers. *Canadian Social Trends*, 92, 44–51.

Cushway, D., & Tyler, P. (1996). Stress in Clinical Psychologists. *International Journal of Social Psychiatry*, 42(2), 141–149. <https://doi.org/10.1177/002076409604200208>

Cushway, D., & Tyler, P. A. (1994). Stress and coping in clinical psychologists. *Stress Medicine*, 10(1), 35–42. <https://doi.org/10.1002/smi.2460100107>

Česká televize. *V Česku chybí kliničtí psychologové, čekací doby jsou až třičtvrtě roku. Zádrhel je v jejich vzdělávání* (2023, Leden 17). <https://ct24.ceskatelevize.cz/domaci/3558242-v-cesku-chybi-klinicti-psychologove-cekaci-doby-jsou-az-tri-ctvrte-roku-zadrhel-je-v>

Dewe, P., O'Driscoll, M., & Cooper, C. (2012). Theories of psychological stress at work. In R. J. Gatchel, & I. Z. Schultz (Eds.), *Handbook of occupational health and wellness* (pp. 23-38). (Handbooks in Health, Work, and Disability). Springer. https://doi.org/10.1007/978-1-4614-4839-6_2

Dewe, P. J. (2017). *Work stress, and coping: Forces of change and challenges* (1st edition). SAGE Publications.

Di Benedetto, M., & Swadling, M. (2014). Burnout in Australian psychologists: Correlations with work-setting, mindfulness and self-care behaviours. *Psychology, Health & Medicine, 19*(6), 705–715. <https://doi.org/10.1080/13548506.2013.861602>

Doverspike, D., & Blumental, A. (2001). Gender issues in the measurement of physical and psychological safety. *Journal of Prevention & Intervention in the Community, 22*(1), 21–34. <https://doi.org/10.1080/10852350109511208>

Dreison, K. C., White, D. A., Bauer, S. M., Salyers, M. P., & McGuire, A. B. (2018). Integrating Self-Determination and Job Demands–Resources Theory in Predicting Mental Health Provider Burnout. *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research, 45*(1), 121–130. <https://doi.org/10.1007/s10488-016-0772-z>

Edelwich, J., & Brodsky, A. (1980). *Burnout: Stages of Disillusionment in the Helping Professions*. Dordrecht: Kluwer Academic, Plenum Publishers.

Edwards, J. R. (1996). An examination of competing versions of the person-environment fit approach to stress. *Academy of Management Journal, 39*(2), 292–339. <https://doi.org/10.2307/256782>

Einarsen, S., Hoel, H., Zapf, D., & Cooper, C. L. (Ed.). (2020). *Bullying and harassment in the workplace: Theory, research and practice* (3rd edition). CRC Press.

Emery, S., Wade, T. D., & McLean, S. (2009). Associations Among Therapist Beliefs, Personal Resources and Burnout in Clinical Psychologists. *Behaviour Change, 26*(2), 83–96. <https://doi.org/10.1375/bech.26.2.83>

European Commission (EC). (2016). *Mutual evaluation of regulated professions – Overview of the regulatory framework in the health services sector – Psychologists and related professions* (Report GROW/E5). <https://ec.europa.eu/docsroom/documents/16683?locale=en>

EuroPsy. National requirements norway (2023). <https://www.europsy.eu/national-requirements-norway>

Feuerhahn, N., Kühnel, J., & Kudielka, B. M. (2012). Interaction effects of effort–reward imbalance and overcommitment on emotional exhaustion and job performance. *International Journal of Stress Management*, *19*(2), 105–131. <https://doi.org/10.1037/a0028338>

Frese, M., & Semmer, N. (1986). Shiftwork, stress, and psychosomatic complaints: A comparison between workers in different shiftwork schedules, non-shiftworkers, and former shiftworkers. *Ergonomics*, *29*(1), 99–114. <https://doi.org/10.1080/00140138608968244>

Garcia, H. A., McGeary, C. A., Finley, E. P., McGeary, D. D., Ketchum, N. S., & Peterson, A. L. (2016). The influence of trauma and patient characteristics on provider burnout in VA post-traumatic stress disorder specialty programmes. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, *89*(1), 66–81. <https://doi.org/10.1111/papt.12057>

Gilbert-Ouimet, M., Brisson, C., Vézina, M., Milot, A., & Blanchette, C. (2012). Repeated exposure to effort–reward imbalance, increased blood pressure, and hypertension incidence among white-collar workers. *Journal of Psychosomatic Research*, *72*(1), 26–32. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2011.07.002>

González-Siles, P., Martí-Vilar, M., González-Sala, F., Merino-Soto, C., & Toledano-Toledano, F. (2022). Sense of Coherence and Work Stress or Well-Being in Care Professionals: A Systematic Review. *Healthcare*, *10*(7), 1347. <https://doi.org/10.3390/healthcare10071347>

Harkness, K. L., & Hayden, E. P. (Eds.). (2020). *The Oxford handbook of stress and mental health*. Oxford University Press.

Heaney, C. A., Israel, B. A., Schurman, S. J., Baker, E. A., House, J. S., & Hugentobler, M. (1993). Industrial relations, worksite stress reduction, and employee well-being: A participatory action research investigation. *Journal of Organizational Behavior*, *14*(5), 495–510. <https://doi.org/10.1002/job.4030140510>

Hofmann, S. G. (Ed.). (2017). *International Perspectives on Psychotherapy* (1st ed. 2017). Springer International Publishing : Imprint: Springer. <https://doi.org/10.1007/978-3-319-56194-3>

House, J. S. (1981). *Work stress and social support*. Addison-Wesley Pub. Co.

Chang, C.-H., Rosen, C. C., & Levy, P. E. (2009). The Relationship Between Perceptions of Organizational Politics and Employee Attitudes, Strain, and Behavior: A Meta-Analytic Examination. *Academy of Management Journal*, 52(4), 779–801. <https://doi.org/10.5465/amj.2009.43670894>

Ioannidi, D.-E., Nikolatou, I., Sioula, E., Galanakis, M., Chrousos, G. P., & Darviri, C. (2016). The Implications of the Conflict between Work and Family in Strain Levels: A Review Paper. *Psychology*, 07(08), 1138–1145. <https://doi.org/10.4236/psych.2016.78114>

Israel, B. A., Baker, E. A., Goldenhar, L. M., & Heaney, C. A. (1996). Occupational stress, safety, and health: Conceptual framework and principles for effective prevention interventions. *Journal of Occupational Health Psychology*, 1(3), 261–286. <https://doi.org/10.1037/1076-8998.1.3.261>

Kain, J., & Jex, S. (2010). Karasek's (1979) job demands-control model: A summary of current issues and recommendations for future research. In P. L. Perrewé & D. C. Ganster (Ed.), *Research in Occupational Stress and Well-being* (Roč. 8, s. 237–268). Emerald Group Publishing Limited. [https://doi.org/10.1108/S1479-3555\(2010\)0000008009](https://doi.org/10.1108/S1479-3555(2010)0000008009)

Karasek, R. A. (1979). Job Demands, Job Decision Latitude, and Mental Strain: Implications for Job Redesign. *Administrative Science Quarterly*, 24(2), 285. <https://doi.org/10.2307/2392498>

Kebza, V., Šolcová, I. (2013). Současné sociální změny, jejich důsledky a syndrom vyhoření. *Československá psychologie*, 57(4), 329-341.

Kim, G., Kim, J., Lee, S.-K., Sim, J., Kim, Y., Yun, B.-Y., & Yoon, J.-H. (2020). Multidimensional gender discrimination in workplace and depressive symptoms. *PLOS ONE*, 15(7), e0234415. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0234415>

Kocianová, R. (2010). *Personální činnosti a metody personální práce* (Vyd. 1). Grada.

Křivohlavý, J. (2009). *Psychologie zdraví* (Vyd. 3). Portál.

Laireiter, A.-R., & Weise, C. (2019). The Heterogeneity of National Regulations in Clinical Psychology and Psychological Treatment in Europe. *Clinical Psychology in Europe*, 1(1), e34406. <https://doi.org/10.32872/cpe.v1i1.34406>

Machút, O. (2015). *Práce a praxe klinického psychologa na somatickém oddělení nemocnice* (Bakalářská práce, Univerzita palackého v Olomouci). Thesis.cz. https://theses.cz/id/xh8ves/Prce_a_praxe_klinikho_psychologa_na_somatickm_oddlen_nem.pdf?info=1;issnlret=hospicové%3Bpéči%3B;zpet=%2Fvyhledavani%2F%3Fsearch%3DSociáln%C3%AD%20aspekty%20hospicové%20péče%26start%3D62

Maslach, C., Jackson, S. E., & Leiter, M. P. (1997). Maslach Burnout Inventory: Third edition. In C. P. Zalaquett & R. J. Wood (Eds.), *Evaluating stress: A book of resources* (pp. 191–218). Scarecrow Education.

Maslach, C., & Leiter, M. P. (2017). Understanding Burnout: New Models. In C. L. Cooper & J. C. Quick (Ed.), *The Handbook of Stress and Health* (s. 36–56). John Wiley & Sons, Ltd. <https://doi.org/10.1002/9781118993811.ch3>

Maslach, C., Schaufeli, W. B., & Leiter, M. P. (2001). Job Burnout. *Annual Review of Psychology*, 52(1), 397–422. <https://doi.org/10.1146/annurev.psych.52.1.397>

McCormack, H. M., MacIntyre, T. E., O’Shea, D., Herring, M. P., & Campbell, M. J. (2018). The Prevalence and Cause(s) of Burnout Among Applied Psychologists: A Systematic Review. *Frontiers in Psychology*, 9, 1897. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2018.01897>

Meijman, T. F., & Mulder, G. (1998). Psychological aspects of workload. In P. J. D. Drenth, H. Thierry, & C. J. de Wolff (Eds.), *Handbook of work and organizational: Work psychology* (pp. 5–33). Psychology Press/Erlbaum (UK) Taylor & Francis.

Ministerstvo zdravotnictví České republiky. *Přehled oborů a vzdělávání nelékařských zdravotnických pracovníků* (2021). <https://www.mzcr.cz/prehled-oboru-a-vzdelavani-nelekarських-zdravotnickych-pracovniku/>

Národní soustava povolání. *Psycholog ve zdravotnictví* (2017). Otevřená a všem dostupná databáze povolání spravovaná Ministerstvem práce a sociálních věcí ČR. <https://www.nsp.cz/jednotka-prace/56e2c971b1>

Národní zdravotnický informační portál [online]. Praha: Ministerstvo zdravotnictví ČR

a Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR, 2023 [cit. 09.02.2023]. Dostupné z: <https://www.nzip.cz>. ISSN 2695-0340.

National Careers Services. *Clinical psychologist* (2023). <https://nationalcareers.service.gov.uk/job-profiles/clinical-psychologist>

Nekonečný, M. (1998). *Základy psychologie*. Praha: Academia.

Nelson, D. L., & Simmons, B. L. (2011). Savoring eustress while coping with distress: The holistic model of stress. In J. C. Quick & L. E. Tetrick (Eds.), *Handbook of occupational health psychology* (pp. 55-74). Washington, DC: American Psychological Association.

National Health Service. *Studying for the psychological professions* (2023). <https://www.healthcareers.nhs.uk/explore-roles/psychological-therapies/studying-psychological-therapies>

Nisafani, A. S., Kiely, G., & Mahony, C. (2020). Workers' technostress: A review of its causes, strains, inhibitors, and impacts. *Journal of Decision Systems*, 29(1), 243–258. <https://doi.org/10.1080/12460125.2020.1796286>

Norrman Harling, M., Högman, E., & Schad, E. (2020). Breaking the taboo: Eight Swedish clinical psychologists' experiences of compassion fatigue. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-Being*, 15(1), 1785610. <https://doi.org/10.1080/17482631.2020.1785610>

O'Connor, K., Muller Neff, D., & Pitman, S. (2018). Burnout in mental health professionals: A systematic review and meta-analysis of prevalence and determinants. *European Psychiatry*, 53, 74–99. <https://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2018.06.003>

O'Connor, R. C., Wetherall, K., Cleare, S., McClelland, H., Melson, A. J., Niedzwiedz, C. L., O'Carroll, R. E., O'Connor, D. B., Platt, S., Scowcroft, E., Watson, B., Zortea, T., Ferguson, E., & Robb, K. A. (2021). Mental health and well-being during the COVID-19 pandemic: Longitudinal analyses of adults in the UK COVID-19 Mental Health & Wellbeing study. *The British Journal of Psychiatry*, 218(6), 326–333. <https://doi.org/10.1192/bjp.2020.212>

Ota, A., Masue, T., Yasuda, N., Tsutsumi, A., Mino, Y., Ohara, H., & Ono, Y. (2009). Psychosocial job characteristics and insomnia: A prospective cohort study using the Demand-

Control-Support (DCS) and Effort–Reward Imbalance (ERI) job stress models. *Sleep Medicine*, *10*(10), 1112–1117. <https://doi.org/10.1016/j.sleep.2009.03.005>

Palomino, M. N., & Frezatti, F. (2016). Role conflict, role ambiguity and job satisfaction: Perceptions of the Brazilian controllers. *Revista de Administração*, 165–181. <https://doi.org/10.5700/rausp1232>

Paulík, K. (2017). *Psychologie lidské odolnosti* (2., přepracované a doplněné vydání). Grada.

Poissonnet, C. M., & Veron, M. (2000). Health effects of work schedules in healthcare professions. *Journal of Clinical Nursing*, *9*(1), 13–23. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2702.2000.00321.x>

Psykonet. Specialisation Programmes in Psychology (2023). <https://sites.tuni.fi/psykonet-en/specialization-programmes/>

Prado-Abril, J., Sánchez-Reales, S., Gimeno-Peón, A., & Aldaz-Armendáriz, J. A. (2019). Clinical Psychology in Spain: History, Regulation and Future Challenges. *Clinical Psychology in Europe*, *1*(4), e38158. <https://doi.org/10.32872/cpe.v1i4.38158>

Quick, J. C., Quick, J. D., Nelson, D. L., & Hurrell, J. J. (1997). *Preventive stress management in organizations*. Washington, DC: American Psychological Association.

Quick, J. C., Cooper, C. L., Nelson, D. L., Quick, J. D., & Gavin, J. H. (2003). Stress, health, and well-being at work. In J. Greenberg (Ed.), *Organizational behavior: The state of the science* (2nd ed., pp. 53-59). Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum.

Rupert, P. A., & Kent, J. S. (2007). Gender and work setting differences in career-sustaining behaviors and burnout among professional psychologists. *Professional Psychology: Research and Practice*, *38*(1), 88–96. <https://doi.org/10.1037/0735-7028.38.1.88>

Rupert, P. A., Miller, A. O., & Dorociak, K. E. (2015). Preventing burnout: What does the research tell us? *Professional Psychology: Research and Practice*, *46*(3), 168–174. <https://doi.org/10.1037/a0039297>

Rupert, P. A., & Morgan, D. J. (2005). Work Setting and Burnout Among Professional Psychologists. *Professional Psychology: Research and Practice*, *36*(5), 544–550. <https://doi.org/10.1037/0735-7028.36.5.544>

Rupert, P. A., Stevanovic, P., & Hunley, H. A. (2009). Work-family conflict and burnout among practicing psychologists. *Professional Psychology: Research and Practice*, *40*(1), 54–61. <https://doi.org/10.1037/a0012538>

Sandblad, B., Gulliksen, J., Åborg, C., Boivie, I., Persson, J., Göransson, B., Kavathatzopoulos, I., Blomkvist, S., & Cajander, Å. (2003). Work environment and computer systems development. *Behaviour & Information Technology*, *22*(6), 375–387. <https://doi.org/10.1080/01449290310001624356>

Sembajwe, G., Wahrendorf, M., Siegrist, J., Sitta, R., Zins, M., Goldberg, M., & Berkman, L. (2012). Effects of job strain on fatigue: Cross-sectional and prospective views of the job content questionnaire and effort–reward imbalance in the GAZEL cohort. *Occupational and Environmental Medicine*, *69*(6), 377–384. <https://doi.org/10.1136/oem.2010.063503>

Siegrist, J. (1996). Adverse health effects of high-effort/low-reward conditions. *Journal of Occupational Health Psychology*, *1*(1), 27–41. <https://doi.org/10.1037/1076-8998.1.1.27>

Siegrist, J., & Li, J. (2016). Associations of Extrinsic and Intrinsic Components of Work Stress with Health: A Systematic Review of Evidence on the Effort-Reward Imbalance Model. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, *13*(4), 432. <https://doi.org/10.3390/ijerph13040432>

Sim, W., Zanardelli, G., Loughran, M. J., Mannarino, M. B., & Hill, C. E. (2016). Thriving, burnout, and coping strategies of early and later career counseling center psychologists in the United States. *Counselling Psychology Quarterly*, *29*(4), 382–404. <https://doi.org/10.1080/09515070.2015.1121135>

Singh, J., & Hassard, J. (2021). Emotional labour, emotional regulation strategies, and secondary traumatic stress: A cross-sectional study of allied mental health professionals in the UK. *The Social Science Journal*, 1–15. <https://doi.org/10.1080/03623319.2021.1979825>

Singh, J., Karanika-Murray, M., Baguley, T., & Hudson, J. (2023). Work-related experiences of mental health professionals during COVID-19 pandemic: A qualitative study. *Counselling Psychology Quarterly*, 1–24. <https://doi.org/10.1080/09515070.2023.2180618>

Slováčková, K. (2016). *Vzdělávací potřeby začínajících psychologů ve zdravotnictví* (Bakalářská práce, Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně). Knihovna, Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně. <http://hdl.handle.net/10563/37326>

Sonnentag, S., Binnewies, C., & Mojza, E. J. (2010). Staying well and engaged when demands are high: The role of psychological detachment. *Journal of Applied Psychology, 95*(5), 965–976. <https://doi.org/10.1037/a0020032>

Sonnentag, S., & Fritz, C. (2015). Recovery from job stress: The stressor-detachment model as an integrative framework: THE STRESSOR-DETACHMENT MODEL. *Journal of Organizational Behavior, 36*(S1), S72–S103. <https://doi.org/10.1002/job.1924>

Sorenson, C., Bolick, B., Wright, K., & Hamilton, R. (2016). Understanding Compassion Fatigue in Healthcare Providers: A Review of Current Literature: Compassion Fatigue in Healthcare Providers. *Journal of Nursing Scholarship, 48*(5), 456–465. <https://doi.org/10.1111/jnu.12229>

Sotolářová, M. (2007). *Posttraumatický intervenční tým HZS ČR, 2007*. Interní materiály HZS ČR pro výcvik posttraumatických intervenčních týmů.

Steel, C., Macdonald, J., Schröder, T., & Mellor-Clark, J. (2015). Exhausted but not cynical: Burnout in therapists working within Improving Access to Psychological Therapy Services. *Journal of Mental Health, 24*(1), 33–37. <https://doi.org/10.3109/09638237.2014.971145>

Stevanovic, P., & Rupert, P. A. (2004). Career-Sustaining Behaviors, Satisfactions, and Stresses of Professional Psychologists. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training, 41*(3), 301–309. <https://doi.org/10.1037/0033-3204.41.3.301>

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

Sweeney, P. D., McFarlin, D. B., & Inderrieden, E. J. (1990). Using relative deprivation theory to explain satisfaction with income and pay level: A multistudy examination. *Academy of Management Journal, 33*, 423–436.

Triana, M. del C., Jayasinghe, M., Pieper, J. R., Delgado, D. M., & Li, M. (2019). Perceived Workplace Gender Discrimination and Employee Consequences: A Meta-Analysis and Complementary Studies Considering Country Context. *Journal of Management, 45*(6), 2419–2447. <https://doi.org/10.1177/0149206318776772>

Turgoose, D., & Maddox, L. (2017). Predictors of compassion fatigue in mental health professionals: A narrative review. *Traumatology, 23*(2), 172–185.

<https://doi.org/10.1037/trm0000116>

UCAS. Courses and apprenticeship (2023).

<https://www.ucas.com/explore/search/all?query=clinical%20psychology>

van Vianen, A. E. M. (2018). Person–Environment Fit: A Review of Its Basic Tenets. *Annual Review of Organizational Psychology and Organizational Behavior*, 5(1), 75–101. <https://doi.org/10.1146/annurev-orgpsych-032117-104702>

Volpe, U., Luciano, M., Palumbo, C., Sampogna, G., Del Vecchio, V., & Fiorillo, A. (2014). Risk of burnout among early career mental health professionals: Burnout in early career phases. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 21(9), 774–781. <https://doi.org/10.1111/jpm.12137>

Voydanoff, P. (1990). Economic Distress and Family Relations: A Review of the Eighties. *Journal of Marriage and the Family*, 52(4), 1099. <https://doi.org/10.2307/353321>

Yerkes, R. M., & Dodson, J. D. (1908). The relation of strength of stimulus to rapidity of habitformation. *Journal of Comparative Neurology and Psychology*, 18, 459-482.

Yu, S. F., Nakata, A., Gu, G. Z., Swanson, N. G., Zhou, W. H., He, L. H., & Wang, S. (2013). Co-effect of Demand-control-support model and effort-reward imbalance model on depression risk estimation in humans: Findings from Henan Province of China. *Biomedical and Environmental Sciences: BES*, 26(12), 962–971. <https://doi.org/10.3967/bes2013.031>

Zhang, Y., LePine, J. A., Buckman, B. R., & Wei, F. (2014). It's Not Fair ... Or Is It? The Role of Justice and Leadership in Explaining Work Stressor–Job Performance Relationships. *Academy of Management Journal*, 57(3), 675–697. <https://doi.org/10.5465/amj.2011.1110>

Seznam příloh

Příloha č. 1 – polostrukturované interview

Příloha č. 2 – leták s nabídkou výzkumu

Příloha č. 3 – informovaný souhlas

Příloha č. 1 – Polostrukturované interview

POLOSTRUKTUROVANÉ INTERVIEW

Dobrý den, děkuji vám ještě jednou za účast na výzkumu, který se zabývá stresem a syndromem vyhoření u psychologů v klinické praxi. Mé jméno je Klára Milfaitová a následující téma zpracovávám v rámci své diplomové práce na katedře psychologie FF UK. Rozhovor bude trvat přibližně jednu hodinu, účast je dobrovolná a potvrzená vámi podepsaným informovaným souhlasem. Výsledky budou zpracovány pro účely diplomové práce a přispějí k lepšímu pochopení pracovního prostředí a stresu jež je spojený s prací klinických psychologů. Případně mohou do budoucna přispět k návrhu toho, jak lze vylepšit pracovní podmínky pracovníků této profese.

Otázky jsou rozděleny na tři tematické celky, kterým se dnes společně budeme věnovat. Máte v tuto chvíli jakékoliv dotazy nebo můžeme přejít k samotnému rozhovoru?

Charakteristika pracovního prostředí

Můžete mi svými slovy popsat svou současnou pracovní pozici?

Jaká je vaše pracovní náplň?

Jak vypadá váš běžný pracovní den, z jakých úkonů se skládá nebo co všechno se v něm může objevit?

Existuje pro váš nějaký nejnáročnější pracovní den? Pokud ano jak vypadá?

Pracujete spíše individuálně nebo v týmu a jak tento pracovní tým vypadá (popište mi prosím kdo je váš nadřízený, podřízený, spolupracovníci)?

Pracovní stres, stresory

Jak si pro sebe definujete stres a stresory?

Za jak stresující považujete svou současnou pracovní pozici na škále 1-10 a proč?

Řekl/a byste, že je na vaší práci něco náročněho případně co?

Co je pro vás nejnáročnější ve vaší práci?

Jaké zdroje stresu ve své práci vnímáte?

Následně vám vyjmenuji některé oblasti týkající se pracovního prostředí (některých jsme se již dotkli, jiných ne) a poprosím vás, abyste mi popsal/a zda je vnímáte jako stresující, případně co konkrétně vám v souvislosti s nimi připadá náročné.

- Pracovní podmínky (fyzické prostředí, zdroje – vše potřebné k práci)
- Pracovní role (jasně stanovená role, náplň práce, kompetence, profesní růst)
- Nároky pracovní pozice (vzdělávání, osobní vklad, konflikt práce-domov, pracovní doba)
- Ekonomické ocenění (adekvátní finanční ocenění, finanční růst)
- Sociální stránka (kolektiv, konflikty na pracovišti)
- Emoční stránka (únava ze soucitu)
- Vedení a pozice v organizaci (vztahy s vedením, vnímaná pozice v organizaci)
- Užívání technologií (administrativa, usnadnění nebo naopak ztížení práce)
- Kontakt s pacienty (např. náročný, nespolupracující, sebevražedný pacient atd.)
- Osobní nároky, očekávání (vlastní nároky na výkon, vnitřní jistota, spravedlnost, víra ve vlastní kompetence, emoční vklad)

(v závorkách uvedené příklady toho co kategorie znamená, jak ji chápat)

Napadá vás ještě něco, co vnímáte jako stresující a doposud nezaznělo?

Popište mi nejvíce stresující pracovní situaci za poslední měsíc a v čem konkrétně pro vás byla stresující?

Popište mi nejvíce stresující pracovní situaci, kterou jste kdy na pracovní pozici zažil/a?

Co vám pomáhá stresory a náročné situace zvládat? / Jak se Vám to daří zvládat?

Syndrom vyhoření

Jak si pro sebe definujete syndrom vyhoření?

Máte s ním zkušenosti/zažil/a jste ho?

a) Pokud ano

Co si myslíte, že bylo důvodem?

Vnímáte nějaké propojení s konkrétními stresory, o kterých jsme se dnes zmínili? Jaké?

b) Pokud ne

Co si myslíte, že by mohlo být důvodem k vyhoření na této pracovní pozici?

Vnímáte nějaké propojení s konkrétními stresory, o kterých jsme se dnes zmínili? Jaké?

Doplňující otázky

Je ještě něco důležitého, co nezaznělo?

Je něco dalšího, co byste doporučili jiným kolegům pro zvládnání stresu?

Tímto jsou veškeré mé otázky zodpovězeny a já moc děkuji za vaši ochotu se rozhovoru účastnit. Napadá vás ještě něco, co byste chtěl/a dodat?

Pokud ne, předávám svůj kontakt a můžeme v případě zájmu zůstat ve spojení. Diplomová práce bude následně k dispozici v digitálním repozitáři FF UK.

Jste klinický psycholog/psycholog v předatestační přípravě aktuálně pracující ve zdravotnictví?

Jste ochotni sdílet zkušenosti každodenní praxe?

Zapojte se do výzkumu!

V rámci své diplomové práce se zabývám pracovním stresem a syndromem vyhoření u psychologů v klinické praxi. Zaujímá mě s čím se ve své praxi setkáváte, co vnímáte jako náročné a jakou máte zkušenost se syndromem vyhoření. Výzkum probíhá formou rozhovoru v přibližném trvání 45 minut.



V případě zájmu mě prosím
kontaktujte:
milfaitovak@seznam.cz



Příloha č. 3 – informovaný souhlas

Informovaný souhlas s účastí ve výzkumu a se zpracováním osobních údajů

Informace o výzkumu:

Následující výzkum je prováděn v rámci diplomové práce studentky Bc. Kláry Milfaitové. Cílem výzkumu je mapování pracovních stresorů a potenciálního syndromu vyhoření u psychologů v klinické praxi. Výzkum bude probíhat pomocí polostrukturovaných rozhovorů v přibližné délce trvání jedné hodiny. Rozhovory budou nahrávány a následně uloženy na zaheslovaném disku. Po uplynutí pěti let budou nahrávky kompletně vymazány. Účastník výzkumu si vyhrazuje právo požádat o smazání nahrávky i před uplynutím výše stanovené doby.

Informace o účastníkovi výzkumu:

jméno a příjmení:

datum narození:

e-mail:

Prohlášení

Já níže podepsaný/-á potvrzuji, že

- a) jsem se seznámil/-a s informacemi o cílech a průběhu výše popsaného výzkumu (dále též jen „výzkum“);
- b) dobrovolně souhlasím s účastí své osoby v tomto výzkumu;
- c) rozumím tomu, že se mohu kdykoli rozhodnout ve své účasti na výzkumu nepokračovat;
- d) jsem srozuměn s tím, že jakékoliv užití a zveřejnění dat a výstupů vzešlých z výzkumu nezakládá můj nárok na jakoukoliv odměnu či náhradu, tzn. že veškerá oprávnění k užití a zveřejnění dat a výstupů vzešlých z výzkumu poskytnu bezúplatně.

Zároveň prohlašuji, že

- a) souhlasím se zveřejněním anonymizovaných dat a výstupů vzešlých z výzkumu a s jejich dalším využitím;
- b) souhlasím se zpracováním a uchováním osobních a citlivých údajů v rozsahu v tomto informovaném souhlasu uvedených ze strany Univerzity Karlovy, Filozofické fakulty, IČ: 00216208, se sídlem: nám. Jana Palacha 2, 116 38 Praha 1, a to pro účely zpracování dat vzešlých z výzkumu, pro účely případného kontaktování z důvodu zpracování dat vzešlých z výzkumu či z důvodu nabídky účasti na obdobných akcích a pro účely evidence a archivace; a s tím, že tyto osobní údaje mohou být poskytnuty subjektům oprávněným k výkonu kontroly projektu, v jehož rámci výzkum realizován;
- c) jsem seznámen/-a se svými právy týkajícími se přístupu k informacím a jejich ochraně podle § 12 a § 21 zákona č. 101/2000 Sb., o ochraně osobních údajů a o změně některých zákonů, ve znění pozdějších předpisů, tedy že mohu požádat Univerzitu Karlovu v Praze o informaci o zpracování mých osobních a citlivých údajů a jsem oprávněn/-a ji dostat a že mohu požádat Univerzitu Karlovu v Praze o opravu nepřesných osobních údajů, doplnění osobních údajů, jejich blokaci a likvidaci.

Výše uvedená svolení a souhlasy poskytnu dobrovolně na dobu neurčitou až do odvolání a zavazuji se je neodvolat bez závažného důvodu spočívajícího v podstatné změně okolností.

Vše výše uvedené se řídí zákony České republiky, s výjimkou tzv. kolizních norem, a bude v souladu s nimi vykládáno, přičemž případné spory budou řešeny příslušnými soudy v České republice.

Potvrzuji, že jsem převzal/a podepsaný stejnopis tohoto informovaného souhlasu.

Dne:

Podpis: