

Univerzita Karlova v Praze

Fakulta humanitních studií

Katedra řízení a supervize v sociálních a zdravotnických organizacích

Ing. Zuzana Klimešová

**Rovnováha mezi pracovním a nepracovním životem lékařů kardiologie a
kardiochirurgie**

Diplomová práce

Vedoucí práce: PhDr. Olga Šmídová-Matoušová, Ph.D.

Praha 2014

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem předkládanou práci zpracovala samostatně a použila jen uvedené prameny a literaturu. Současně dávám svolení k tomu, aby tato práce byla zpřístupněna v příslušné knihovně UK a prostřednictvím elektronické databáze vysokoškolských kvalifikačních prací v depozitáři Univerzity Karlovy a používána ke studijním účelům v souladu s autorským právem.

V Praze dne 1. ledna 2014

Zuzana Klimešová

Poděkování

Děkuji PhDr. Olze Šmídové-Matoušové Ph.D. za odborné vedení a pomoc během přípravy a psaní této diplomové práce. Velice děkuji za cenné rady poskytnuté při konzultacích. Velmi si také vážím času, který věnuje výuce studentů. V neposlední řadě děkuji spolu s ní i Mgr. Blance Tollarové, PhD. za výuku kvalitativního výzkumu, bez něž by zpracování této práce bylo nemožné.

Děkuji i všem ostatním profesorům za rozhled, který mi byl v oblasti řízení a supervize v sociálních a zdravotnických organizacích velmi rozšířen. Dále děkuji za jejich přístup k výuce a konečně i informacím, které mi v době studia byly poskytnuty, a které mi pomohly k vypracování této závěrečné práce.

Ráda bych také poděkovala všem respondentům, kteří mi byli nezištně ochotni poskytnout čas a myšlenky ve svém velkém pracovním vytížení.

Děkuji také své rodině za morální a finanční podporu, kterou mi poskytovali po celou dobu studia. Velké poděkování patří i mému příteli, který mi byl úžasnou oporou nejen při psaní diplomové práce, ale po celé dva roky strávené na Fakultě humanitních studií.

OBSAH

ABSTRAKT	7
1. ÚVOD	9
2. TEORETICKÁ ČÁST	11
2.1. Vymezení pojmu Work – Life Balance	11
2.2. Pracovní vs. nepracovní život	16
2.2.1. Pracovní a rodinné povinnosti	16
2.2.2. Práce a partnerský vztah	17
2.2.3. Práce a založení rodiny	18
2.3. Motivace	19
2.4. Pracovní spokojenost	26
2.5. Role a konflikt rolí	28
2.6. Pracovní podmínky	31
2.6.1. Pracovní doba	31
2.6.1.1. Právní zakotvení práce přesčas	32
2.6.1.2. Dohoda o provedení práce (DPP)	33
2.6.1.3. Dohoda o pracovní činnosti (DPCČ)	34
2.6.1.4. Pracovní smlouva	35
2.6.2. Odměňování	36
2.6.2.1. Složky odměňování	38
2.6.2.2. Odměňování lékařů	39
2.7. Zdraví zaměstnanců	42
2.7.1. Fyzické, psychické a sociální zdraví	42
2.7.1.1. Vztahy na pracovišti	44
2.7.1.2. Stres	45
2.7.1.3. Syndrom vyhoření	47
2.7.1.4. Mobbing a bossing	47

2.7.1.5. Biorytmy a únava	49
2.8. Vzdělávání	51
3. EMPIRICKÁ ČÁST	53
3.1. Vymezení tématu	53
3.2. Cíl výzkumu.....	53
3.3. Formulace výzkumné otázky	53
3.4. Metodologie	54
3.4.1. Sběr dat a vyhodnocení informací	55
3.4.2. Výzkumný vzorek.....	56
3.4.3. Analýza rozhovorů.....	56
3.4.4. Prezentace rozhovorů.....	57
3.5. Kostra příběhu	57
3.6. Výpis kategorií	59
3.7. Interpretace dat	60
3.7.1. Kategorie: Kariérové rozhodování	60
3.7.1.1. Subkategorie: Vlivy a motivy při volbě VŠ.....	60
3.7.1.2. Subkategorie: Vlivy při volbě specializace	64
3.7.1.3. Subkategorie: Očekávání ve zvolené dráze lékaře a jejich naplnění	69
3.7.2. Kategorie: Pracovní podmínky	72
3.7.2.1. Subkategorie: Pracovní doba	72
3.7.2.2. Subkategorie: Byrokracie.....	80
3.7.2.3. Subkategorie: Odměňování.....	89
3.7.3. Kategorie: Vztahy na pracovišti	99
3.7.4. Kategorie: Práce vs. zdraví	104
3.7.5. Kategorie: Práce a rodina	108
3.7.5.1. Subkategorie: Založení rodiny	108
3.7.5.2. Subkategorie: Priorita – rodina vs. kariéra.....	113

3.7.6. Kategorie: Práce a partnerský vztah.....	116
3.7.7. Kategorie: Práce a přátelé	119
3.7.8 Kategorie Volný čas.....	121
3.7.9. Kategorie: Chod domácnosti.....	126
3.7.10. Kategorie: Vzdělávání	127
3.7.11. Kategorie: Kvalita zdravotnické péče	131
ZÁVĚR	138
LITERATURA	147
Použité výzkumy.....	152
Webové stránky	152
Zákony	154
Seznam tabulek.....	155
SLOVNÍČEK POJMŮ A ZKRATEK	156

ABSTRAKT

Diplomová práce se zabývá tématem rovnováhy mezi pracovním a nepracovním životem lékařů kardiologie a kardiochirurgie. Hlavním cílem bylo zjistit, jak mladí lékaři v před-atestační přípravě, spojují své zaměstnání a další oblasti svého života, které považují za důležité a upozornit tak na problémy začínajících lékařů s vizí využití zjištěných poznatků ke zlepšení jejich podmínek jak pro práci, tak i pro život. Pro výzkum bylo použito kvalitativních metod. Data jsou získána z polostrukturovaných rozhovorů.

Teoretická část předkládá informace a koncepty z oblasti rovnováhy mezi pracovním a nepracovním životem týkající se jejich vzájemných souvislostí. Věnuje se profesním a sociálním rolím a jejich případnému konfliktu. Částečně mapuje téma motivace: motivátorů (motivů a aspirací), které vedly mladé lékaře v jejich životě i kariéře, neboť sdílené motivy charakterizují míru a obsah identifikace s profesní rolí a jejich další profesní aspirace. Široce se zabývá pracovními podmínkami mladých lékařů, které k motivaci a demotivaci přispívají. Část je také věnována možným budoucím dopadům na zdraví lékařů při selhávání Work – Life Balance.

Praktická část se orientuje na motivace a kariérové rozhodování lékařů v před-atestační přípravě. Zabývá se profesními i životními očekáváními a jejich případnému naplnění a nenaplnění. Stěžejní oblastí je to, jak respondenti spojují svůj pracovní život, myšleno práci, vzdělání apod., se životem mimopracovním, například osobním, partnerským, rodinným, vztahy s přáteli, chodem domácnosti, trávením volného času aj. Diplomová práce upozorňuje na možné zdravotní – fyzické i psychické a sociální dopady vychýlení Work – Life balance v důsledku nepříznivých pracovních podmínek na kvalitu života mladého lékaře, ale i na pacienty a kvalitu poskytované zdravotnické péče.

Výsledky výzkumu naznačují, že v případě našich respondentů jejich pracovní a nepracovní život není v rovnováze. Nynější situace je pro ně spíše provizoriem, a upínají se na období po složení atestační zkoušky, kdy předpokládají zlepšení jak pracovních, tak životních podmínek.

Klíčová slova: rovnováha mezi pracovním a nepracovním životem, motivace, konflikt rolí, pracovní podmínky, kvalita zdravotnické péče

ABSTRACT

This thesis deals with the work-life balance issues encountered by cardiologists and cardiac surgeons. The main objective of this study was to find out on how these young doctors in cardiology specialization training combine their work and other areas of their lives that they consider important and draw attention to the problems of being junior doctors with a vision to use the obtained results to improve their conditions both for work and for quality of life. Qualitative research techniques were utilized and data were obtained from semi-structured interviews with our respondents.

The theoretical part of this thesis presents the informations and concepts regarding balance between work versus private life concerning their interdependencies. It focuses both on professional and social aspects and their eventual conflict. Partly, it maps motivation: motivators (motives and aspirations), which led these young doctors in their lives and careers, as shared motives characterize the level of content and identification with professional roles and their professional aspirations. Widely, it deals with the working conditions of junior doctors that the de/motivation to contribute. Moreover, part of it was also given to possible future impacts on doctor's health resulting from failure of work-life balance.

The practical part of this thesis focuses on motivation and career decisions of these young doctors in this field of specialization training. It deals with realization of expectations both in professional and life in general. Its key area was how respondents combine their working life (e.g., meaning of work, education, etc.) versus non-working life (e.g., personal life, partnerships, family, relationships with friends, running the household, past times, etc.). This thesis highlights the possible health – physical, psychological and social effect in misalignment of work-life balance. The effects of these adverse working conditions on the quality of life of these young doctors and the quality of medical care they provide were also examined.

The research results indicated that the work and private life was not balanced in our respondents. In their current situation, rather makeshift, they attach to the post-graduate diploma composition, which predicts an improvement in both working and living conditions.

Keywords: work-life balance, motivation, role conflict, working conditions, quality of health care

1. ÚVOD

Tématem této diplomové práce je rovnováha mezi pracovním a nepracovním životem lékařů kardiologie a kardiochirurgie. Tuto oblast lze považovat za ne zcela jednoduše uchopitelnou a značně širokou, nicméně nesmírně zajímavou. Často je autory oprávněně uváděn vztah mezi pracovním a nepracovním životem jako komplikovaný, někdy až přímo konfliktní (Hakim, 2000). Nejen u lékařů, ale u mnohých jiných povolání, je v dnešním pracovním světě, zaměřeném především na výkon těžké plnit své životní role ke spokojenosti všech, kterých se týkají.

Cílem diplomové práce je zjistit, jak vnímají zdravotníci, konkrétně lékaři na oddělení kardiologie a kardiochirurgie, rovnováhu mezi pracovním a nepracovním životem. Dílčími cíli je poskytnout základní přehled o tom, jak mladí lékaři, jež byli vybráni jako respondenti, spojují své zaměstnání a další oblasti svého života, které považují za důležité.

Teoretická část této práce vymezuje chápání pojmu rovnováhy mezi pracovním a nepracovním životem jako takové. Nabízí informace z již provedených výzkumů a odborné literatury na téma balance pracovního a nepracovního života. Dále nastiňuje souvislosti partnerského a rodinného života se životem pracovním, resp. profesním. Také se věnuje tomu, jaké role jedinci v životě mohou zastávat, a jaké následky má případný konflikt mezi nimi, zejména mezi profesní rolí a ostatními sociálními rolemi lékařů. Teoretická část se byť jen částečně, pokouší zmapovat téma motivace, které je sice široké a mnohooborové, avšak velmi důležité pro pochopení motivů a aspirací, které vedou mladé lékaře v jejich kariéře i v životě. V otázce pracovních podmínek, které významně ovlivňují onu pracovní-životní rovnováhu, je věnována část diplomové práce pracovní době, odměňování a vzdělávání v aplikaci na lékařské prostředí. V popředí zájmu autorky je i popis možných dopadů na zdraví jedinců při selhávání rovnováhy mezi pracovním a mimopracovním životem (Work – Life Balance) začínajících lékařů – specialistů v nemocniční praxi.

V praktické části diplomové práce, pro niž byla zvolena metoda kvalitativního výzkumu, je nahlíženo na jednotlivé kategorie, které vyvstaly z vyprávění mladých lékařů, prizmatem konceptu Grounded Theory. Jsou hledány typické významy, které v kontextu vyprávování během rozhovoru s výzkumníci vygenerované kategorie nabývají.

Hlavní zájem je upřen na kariérové rozhodování mladých lékařů před atestací, na to, co je ovlivňovalo a motivovalo v průběhu jejich pracovní dráhy. Často jsou respondenty

zmiňována jejich profesní i životní očekávání a jejich případné naplnění a nenaplnění. Jádrem práce je odpověď na otázku, jak mladí lékaři spojují pracovní život (např. práci a vzdělávání) a život mimopracovní, osobní, konkrétně partnerský vztah, rodinu, přátele, chod domácnosti, jak relaxují a tráví volný čas (koníčky, zájmy).

Cílem diplomové práce je jistě i upozornit na problémy začínajících lékařů v náročných oborech a nemocniční praxi v oblasti rovnováhy mezi pracovním a osobním životem a využít zjištěné poznatky ke zlepšení podmínek jak pro práci, tak i pro život, a především pro jejich rovnováhu, která by zlepšila nejen kvalitu života mladého lékaře, ale v konečném důsledku i jejich pacientů.

Přestože to nebylo původní intencí, diplomová práce částečně upozorňuje i na oblast možného dopadu vychýlení zmíněné rovnováhy v důsledku nepříznivých pracovních podmínek na kvalitu zdravotnické péče. Tato zjištění by mohla vést k veřejné diskusi a jistě by měla v některých bodech směřovat ke změnám v přístupu managementu ke zlepšení pracovních podmínek pro lékaře ve specializační přípravě pro poskytování zdravotní péče.

2. TEORETICKÁ ČÁST

Teoretická část se věnuje profesní roli začínajících lékařů z hlediska rovnováhy mezi pracovním a nepracovním životem. V první řadě je zde věnován prostor pro vymezení pojmu Work – Life Balance a nejdůležitějším oblastem s propojením pracovních a nepracovních oblastí, myšleno především partnerské vztahy, rodinu a její zakládání. Další důležitou kapitolu tvoří motivace a pracovní spokojenost. Značná část je věnována i pracovním podmínkám vsazeným do lékařského prostředí, stejně tak jako dopadům těchto pracovních podmínek na pracovníky.

2.1. Vymezení pojmu Work – Life Balance

„Rovnováha mezi pracovním a nepracovním životem“, pojem a oblast zájmu, jež spatřila světlo světa již v 70. letech minulého století kvůli potřebě větší vyváženosti pracovního a rodinného života (Bedrnová, 2009).

Work foundation uvádí, že definice „Work-life balance“ se velmi různí a je značně komplikované ji vymezit vzhledem k tomu, že pro některé lidi znamená rovnováha mezi pracovním a nepracovním životem to, že tráví více času v práci a méně času doma, zatímco pro jiné znamená zajistit, aby práce nezasahovala do času potřebného pro činnosti jiné (například čas na rodinu, přátele apod.). Z termínu „Work-life“ je očividné, že práce a život mimo práci jsou oddělené. Jak se však dozvíme později v textu, ne všichni vědci, kteří se tématem rovnováhou mezi pracovním a nepracovním životem zabývají, chápou tyto dvě oblasti opravdu jako oddělené.

Existují různé definice pojmu rovnováhy mezi pracovním a nepracovním životem, neboli work-life balance. Work foundation považuje formulaci jednotné definice za velmi komplikovanou. Popisuje však, že by se rovnováha mezi pracovním a nepracovním životem dala definovat jako: „Pocit dostatku kontroly a autonomie nad tím kde, kdy a jak bude osoba pracovat“ (Work-life balance: Rhetoric versus reality? [online]).

Jiná, více obecnější definice zabývající se principem rovnováhy mezi pracovním a nepracovním životem říká: „*Měla by existovat rovnováha mezi prací jedince a jeho životem mimo práci a tato rovnováha by měla být zdravá.*“ (Kodz, 2002: 384).

Vcelku podrobnou definicí může být to, co již zmíněná rovnováha, představuje. Jsou to: „*Zvyklosti a postupy v této oblasti, které se týkají poskytování prostoru pro pracovníky,*

aby mohli uvést do rovnováhy to, co dělají při práci, s povinnostmi a zájmy, které mají mimo práci, a tak smířit konkurující si požadavky práce a domácnosti takovým způsobem, aby to uspokojovalo jejich potřeby i potřeby jejich zaměstnavatelů“ (Armstrong, 2007: 710).

Britská Work Foundation definuje výskyt rovnováhy mezi pracovním a nepracovním životem u takových zaměstnanců, kteří dosahují uspokojivé balance mezi pracovními a mimopracovními aktivitami. Tyto mimopracovní aktivity mohou být například rodičovské povinnosti, zájmy, partnerské vztahy apod. (Work-life balance: Rhetoric versus reality? [online]).

Někteří vymezují rovnováhu mezi pracovním a nepracovním životem tak, že uvádí, co touto rovnováhou myšleno není. Work-Life Balance (dále W-L B) neznamena rovnováhu ve smyslu rovnosti rozvržení časů na určité činnosti. Nelze totiž naplánovat stejný počet hodin pro každou z činností různých pracovních či osobních aktivit. To lze považovat za nereálné a neopodstatněné. Rovnováha může být značně proměnlivá. To, co se může zdát jeden den jako optimální vyvážení mezi jednotlivými složkami aktivit, další den může být situace naprosto odlišná. Za příklad lze uvést změnu, jakou může být těhotenství, porod, sňatek, odchod do důchodu apod. (Bird, 2003).

Vnímání rovnováhy mezi pracovním a nepracovním životem může být značně individuální. Člověk má ve svém životě různé priority a každý by měl usilovat o takovou rovnováhu, která je optimální přímo pro něj. Existují však dva klíčové pojmy, které lze uplatnit na všechny, a to „úspěch“ a „potěšení“, které člověk pociťuje při správné rovnováze v různých oblastech svého života. Tyto dva pojmy však od sebe nelze oddělovat. Úspěšný člověk totiž nemusí být spokojený, nebo zdaleka tak šťastný, jako by měl být. Úspěch se tedy musí vždy pojit i s potěšením z dané činnosti, kterou provádí. Rovnováha by tedy mohla znamenat dosahování každodenních výsledků a uspokojení jak v oblasti pracovní, tak nepracovní (Bird, 2003).

V nynější době se zaměstnavatelé čím dál více zajímají o oblast rovnováhy mezi pracovním a nepracovním životem a snaží se poznatky o této problematice aplikovat do správné praxe. Jedním z důvodů může být trend vyššího procenta pracujících žen. Dříve ženy měly odpovědnost často pouze za domácnost a péči o děti. Dnes jsou plně zapojeny také do pracovního života (Geenhaus a Callahan, Godshalk, 2010). Dalším důvodem pro zvýšení zájmu o W-L B se týká jak mužů, tak žen. U obou totiž došlo ke vzestupu tzv.

„kariéry bez hranic“, kde je uvažováno o tom, že život v domácím prostředí a v zaměstnání se vzájemně více propojuje a měl by optimálně existovat ve vzájemné harmonii. Mezi další důvody motivující ke zvýšení zájmu o W-L B lze zařadit zvyšující se tlak na zaměstnance, kteří cítí, že musí pracovat tvrději a déle, než tomu bylo v minulosti (Arnold, Silvester, Patterson et al., 2007). Také se zvyšuje počet tzv. dvou-kariérních domácností, ve kterých se kvůli pracovnímu vytížení obou partnerů nebo rodičů zvyšuje i celková zátěž a odpovědnost v rodině a domácnosti.

V případě, kdy je celková zátěž v oblastech života – rodina a kariéra pro zúčastněné již stresující, lze hovořit o tzv. konfliktu. Konkrétně literatura hovoří o konfliktu, kdy buď pracovní požadavky zasahují do rodinného života, nebo naopak život rodinný zasahuje do zaměstnání. Přičemž rodinné vztahy jsou stále zatíženy výraznou asymetrií, vzhledem k tomu, že ženy obecně mají pozici často poněkud těžší kvůli tomu, že v životě mají v podstatě kariéry dvě, a to rodinnou kariéru v domácnosti a také v zaměstnání (Vodáková, 2003).

Konflikt práce a rodiny bývá chápán jako „*forma konfliktu životních rolí, kdy nároky související s rolí rodinnou a pracovní se vzájemně neslučují. Vyhovění požadavků v jedné z oblastí komplikuje naplnění požadavků z oblasti druhé*“ (Greenhaus, Beutell, 1985: 77).

Socioložka Rosabeth Moss Kanter byla jedním z prvních, kteří v USA kritizovali převládající předpoklad, že pracoviště a pracovní místa musí být navržena tak, aby oddělovala práci od rodinného života. Napadla tento zažitý stereotyp, protože považuje za společensky nezbytné, pro efektivitu v obou rolích, jak roli rodinné, tak pracovní, se z něho vymanit (Lockwood, 2003).

Konflikt rolí mezi prací a rodinou, tak jak jej pojímají vědci, se zaměřil na přesvědčení, že člověk má omezený čas a zdroje na jednotlivé role. Většina výzkumů byla prováděna se zaměřením na pracovní roli, ve kterém spatřovala konflikt s dopadem především na rodinnou roli. Jak již bylo zmíněno výše, většina firem byla navržena tak, že rodinnou a pracovní složku opravdu oddělují. Role se však nemusí nutně vzájemně vylučovat. Příkladem nám může sloužit společnost Microsoft, která považuje své zaměstnance za největší kapitál. Cení si jejich znalostí a dovedností natolik, že dle slov personální ředitelky této společnosti, Martiny Šmidochové, jejím cílem je: „*získávat další skvělé zaměstnance, aby Microsoft mohl dále rozvíjet potenciál budoucích PC technologií.*“ Dále paní Šmidochová uvedla: „*Neděláme rozdíly, zda jsou naši zaměstnanci ženy, či muži, zda jsou*

svobodní, nebo mají rodinu. Pro každého bez rozdílu se snažíme vytvořit vhodné prostředí, ve kterém se mu dobře pracuje, jeho pracovní a osobní život je vyvážený, může růst a dále se rozvíjet.“ Za péči o své zaměstnance si Microsoft v České republice vysloužil ocenění v soutěži Gender Studies (Rovné příležitosti) 2006, za jejich k zaměstnancům vstřícný program W-L Balance. Lze říci, že Microsoft se úspěšně snaží umožňovat svým zaměstnancům jak projevit a realizovat svůj pracovní potenciál, tak zároveň plnit i svoje ostatní role v osobním a rodinném životě (Work-life balance [online]).

Za největšího „pečovatele“ v otázce rovnováhy mezi prací a osobním životem lze považovat společnost Google. Dle ankety časopisu Fortune, patří mezi pěti společnosti, která byla hodnocena jako nejlepší firma, kde člověk může pracovat. Společnost si je stejně jako Microsoft vědoma svého největšího kapitálu, jímž jsou její zaměstnanci, a proto o ně nadstandardně pečuje. Pracovníci Googlu mohou nejenže v některých případech pracovat z domácnosti, ale v zaměstnání mohou využít dokonce 20% svého času k zábavě a odpočinku. K dispozici je jim zdravé a chutné jídlo v pestré nabídce jako firemní benefity, dále sportovní vyžití, relaxace formou masáží, bazénů a posiloven, lékařská péče či kadeřnické salony. Matky mohou své kojence mít v pracovní době stále u sebe. Samozřejmostí jsou i školky pro větší děti (Google Jobs [online]).

Proč si ale zaměstnavatelé myslí, že je rovnováha mezi pracovním a nepracovním životem tak důležitá, že vkládají nemalé finanční prostředky na rozvoj této oblasti? Průzkumy ukazují, že po zavedení politiky rovnováhy mezi pracovním a nepracovním životem dochází k následujícím jevům (Armstrong, 2007: 711):

- zlepšení produktivity a kvality práce,
- zlepšení oddanosti a morálky zaměstnanců,
- snížení fluktuace,
- zlepšení využití nově získaných pracovníků,
- snížení příležitostné absence.

Work foundation uvádí také další důvody ke zvyšování zájmu zaměstnavatelů, věnovat se otázkám rovnováhy mezi pracovním a nepracovním životem svých zaměstnanců. Výsledky několika studií ukazují, že „Work-life balance“ má vliv také na zdravotní stav pracovníků. Nedostatek rovnováhy u nich způsobuje vyšší úroveň nemocnosti. Dále se podílí na napětí ve vztazích, a to jak v domácím, tak v pracovním prostředí. (Work-life balance: Rhetoric versus reality? [online]).

Také jiné zdroje uvádějí, že zájem firem o W-L B politiku se vyplácí. Organizace „Work-life balance foundation“ potvrzuje výše zmíněné, a fakt, že rovnováha mezi pracovním a nepracovním životem je smysluplná. Jako důkaz předkládá výsledky pilotní studie, které se účastnilo třicet manažerů rady Sunshine Coast Council, kteří ve svých firmách zavedli program podporující W-L B. Ve společnostech brzy došlo k výraznému snížení nemocnosti u zaměstnanců, zvýšení jejich produktivity práce až o 11,9%, zvýšení pocitu spokojenosti v osobním životě, 3krát až 12krát se za určité období snížily absence v zaměstnání a došlo k finančním ročním úsporám v rámci sta tisíc dolarů (Home Create [online]).

2.2. Pracovní vs. nepracovní život

Spojení pracovního a nepracovního života je vcelku komplikovanou oblastí, na níž je mnohdy nahlíženo jako na sféru přímo konfliktní (Hakim, 2000). Zaměstnavatelé často nejen v České republice po svých zaměstnancích vyžadují, aby soukromá složka života v co nejmenší možné míře, nejlépe ve vůbec žádné, zasahovala do pracovní sféry. To však v případech mnohdy dvoukariérních partnerství, ať už s dětmi nebo bez nich, není dost dobře možné. Lze tedy tvrdit, že požadavky zaměstnavatelů, ale i mimopracovního života, do kterého lze zahrnout složku rodinnou a partnerskou, jsou často ve střetu. Pokud danou problematiku ještě více zobecníme, je možné říci, že dnešní společnost je zaměřena proti rodině a rodičovství (Beck, 2004).

2.2.1. Pracovní a rodinné povinnosti

Dle výzkumu prováděného pod záštitou Sociologického ústavu AV ČR o souvislostech proměn pracovního trhu a soukromého, rodinného a partnerského života, prováděného na celkem 4 889 respondentech, bylo zjištěno, že u více než 65% z nich vykazuje pocit, že své rodinné a pracovní povinnosti zvládá bez problémů. Nutno zmínit, že tento výzkum se týkal běžné populace, napříč různými povoláními. 16 % dotázaných uvedlo, že zvládá rodinné a pracovní povinnosti tak na půl. Dalších 13 % respondentů vnímá, že pracovní povinnosti zasahují do povinností rodinných a jdou tak na jejich úkor. Jen 3,2 % jedinců z reprezentativního vzorku uvedlo, že zvládá péči o rodinnou oblast na úkor pracovní a pouze 2,4 % dotázaných nezvládá ani jednu z oblastí. Z tohoto výzkumu lze vyčíst, že v době, kdy byl prováděn, uvedlo 18,6 % respondentů, že vnímají určité napětí mezi pracovním a mimopracovním životem. Důležitým faktem je, že u skupiny, která práci i rodinu zvládá bez větších obtíží, bylo evidováno, že z hlediska profese tato skupina respondentů pracuje v méně náročných oblastech profese, jako je pedagogická činnost či administrativa (Souvislosti proměn, 2007). Zajímavou variantou výzkumu by jistě bylo šetření napříč různými povoláními, například náročným povoláním lékaře pracujícího za běžného provozu nemocnice.

V praktické části je popisováno, jak se respondenti vypořádávají s chodem domácnosti, a tedy vykonáváním domácích prací. Obecně lze říci, že ženy věnují více času péči o domácnost. Toto potvrzuje i autorka Biezrová (2006: 19-26), která ve svém výzkumu zjistila, že ženy se zaměstnáním tráví v průměru 5,71 hodin za den péči o domácnost, děti, nemocné a staré členy rodiny, muži pak těmito činnostmi stráví pouze 3,61 hodiny/den.

Toto nastavení je dáno již historicky, kdy byly ženy dříve běžně ženami v domácnosti. Dnes však tento trend ustupuje a ženy se v kariéře i odměně za práci pomalu začínají, především v západních zemích, přibližovat mužům.

Další výzkum ukazuje to, jakým způsobem hodnotí respondenti vliv pracovního výkonu v jejich zaměstnání na jejich rodinný život. Odpovědi se značně lišily dle náročnosti práce. Čím více bylo zaměstnání respondentů náročnější na čas, a vykazovalo vyšší míru stresu, tím více jedinci hodnotili vliv práce na osobní život negativně. Konkrétní výsledky vypovídají o tom, že ze 4 772 respondentů uvedla 3 % z nich fakt, že jim práce velmi komplikuje život, tato tříprocentní skupina vykazovala podprůměrnou časovou náročnost svého zaměstnání. Celkem 8 % dotázaných s průměrnou pracovní náročností uvedlo skutečnost velkých komplikací rodinného života kvůli práci. Mnohem více, a to 33,8% respondentů sdělilo, že jejich práce je nadprůměrně časově náročná a dostávají se tak do stresových situací a práce jim tak negativně ovlivňuje rodinný život (Souvislosti proměn, 2007).

2.2.2. Práce a partnerský vztah

Česká republika patří mezi země s největší rozvodovostí v rámci Evropské unie. Jsme dokonce vysoko nad průměrem. V roce 2012 bylo rozvedeno 26 402 manželství, sňatků bylo uzavřeno asi 45 206. V ČR je asi 66% rozvodovost, přičemž v EU v průměru asi 44% (Rozvodovost, 2012). Jaké jsou ale příčiny takto vysokého počtu rozvodů? Mohou nějak souviset s vysokým pracovním vytížením partnerů? Někteří autoři dávají za vinu vysokého procenta rozvodovosti rostoucímu společenskému tlaku na vlastní rozvoj jedince a jeho individualizaci a seberealizaci v pracovní oblasti. Následně může dojít, především u žen, ke konfliktu rolí, kdy žena vykonává jak domácí práce, tak vlastní zaměstnání, což nakonec může vyústit v nesoulad v partnerském soužití, jehož důsledkem může být rozchod, nebo rozvod (Souvislosti proměn, 2007).

Jak vyplynulo z kvantitativního výzkumu dotazováním 3320 respondentů, 30 % z nich uvádí, že práce, buď partnera-nebo samotného účastníka výzkumu, byla jednou z příčin rozchodu nebo rozvodu daného soužití. Zbylých 69 % dotázaných neuvvedlo pracovní oblast jako důvod rozchodu či rozvodu. U zmíněných 30 % jedinců se ukázalo, že příčinou rozkolu byla spíše kariéra muže, nežli ženy. Jako příčiny problémů promítajících se do vztahu z pracovní sféry bylo nadprůměrně časově náročné zaměstnání spojené s vysokou

mírou stresu. Vysoké číslo, 45 % jedinců, uvedlo tento fakt jako příčinu rozpadu vztahu ať už u obou partnerů, nebo jen u jednoho z nich (Souvislosti proměn, 2007).

2.2.3. Práce a založení rodiny

V České republice dle Českého statistického úřadu bylo v roce 2012 zaznamenáno 106 952 porodů (Porodnost, 2012). Toto číslo činí naši republiku jako jednu ze zemí s nejnižší porodností ve světě vůbec. Hůře už jsou na tom jen Hongkong, Macao, Singapur, Taiwan, Litva a Japonsko (Informace o zemích světa [online]).

Jaké jsou ale příčiny takto nízké porodnosti u nás? Někteří autoři tvrdí, že důvodem je změna politické situace a přechod ze socialistického hospodářství na tržní ekonomiku (Rychtaříková, 2004). Dalším důvodem by mohla být změna hodnot. Lidé se více zaměřují na kariéru a materiální zabezpečení, než tomu bylo v minulosti (Kučera, 2005). S hodnotami a zájmem o budování kariéry souhlasí i autorka Rychtaříková (2004), která uvádí, že založení rodiny je často spjaté s kariérou ženy, která mnohdy odkládá těhotenství na později, až po vybudování určitého statutu, či stabilní pozice ve své profesi. Jde o pocit, že již žena něčeho dosáhla, a je tak pro zaměstnavatele nenahraditelná. Následkem takového jednání, je však nejen nízká porodnost a tím pádem z určitého hlediska i v budoucnu menší prosperita státu, ale též zdravotní rizika, vyplývající z pozdějšího věku prvního těhotenství jak pro matku, tak pro její dítě.

Z výzkumu provedeného na počtu 789 mladých lidech ve věku 25-39 let, kteří byli bezdětní, a předpokládá se u nich založení rodiny, bylo zjišťováno, zdali by jim práci komplikoval příchod potomka. Zjistilo se, že 30% procent z nich by pocíťovalo větší či menší komplikace pro výkon jejich povolání. Důležitějším zjištěním byl ale fakt, že s rostoucí stresovou a časovou náročností práce a také s rostoucím vzděláním, respondenti vykazovali menší možnost skloubení výkonu zaměstnání se založením rodiny. Potvrdila se skutečnost, že čím byly ženy starší, tím více považovaly své zaměstnání slučitelné s možností založit rodinu (Souvislosti proměn, 2007).

2.3. Motivace

Na úvod kapitoly motivace lze položit základní otázku týkající se tématu této diplomové práce. Z jakého důvodu, jsou lidé přitahováni k tomu, že si vyberou právě povolání lékaře a co je následně v jejich práci motivuje? Pro zodpovězení této otázky je nutné zamyslet se nad tím, co se pod pojmem motivace skrývá.

Motiv je důvod pro to, abychom něco udělali. Motivace se týká faktorů, které ovlivňují lidi, aby se určitým způsobem chovali (Armstrong, 2007).

Motivy neboli pohnutky jednání, či důvody, mají dvě složky (Bělohlávek, 1996: 170):

- energizující, protože dodávají sílu a energii jednání lidí,
- řídicí, protože dávají směr jednání a lidé se rozhodují pro určitou věc (ne pro jinou), vybírají si tak způsoby a postupy, jak daného cíle dosáhnout

Motivace má 3 složky (Arnold, Silvester, Patterson, 2007: 302)

- směr – co se nějaká osoba pokouší dělat;
- úsilí – jak moc se o to pokouší;
- vytrvalost – jak dlouho se o to snaží.

Motivování sebe sama se týká nezávislého stanovování směru a podnikání určitých kroků, které jsou nutné k tomu, aby se jedinec dostal tam, kam chce. Motivování druhých lidí je jejich uvádění do pohybu ve směru, kterým chce jiná osoba, za účelem dosažení určitého výsledku (Armstrong, 2007).

Lze říci, že motivace je značně komplikované téma, a co jako motivátor může fungovat na jednoho, nemusí působit na druhého. Nicméně otázka motivace lidského chování jako takového ve spojení s prací je kromě své složitosti i nadmíru zajímavou oblastí. Existují různé teorie motivace pracovního jednání. Jednou z nich vytvořil Douglas McGregor (1960, in Provazník, 1997), která se nazývá: „teorie X“ a „teorie Y“. Podle „teorie X“ jsou lidé značně nespolehliví, iracionálně jednající, od přírody líní a nelze jim důvěřovat. Z tohoto důvodu je nutné je ovládat formou odměn a trestů. Pokud tento styl řízení není dostatečný, budou se pracovníci snažit uspokojit pouze vlastní potřeby a cíle, které lze logicky považovat za protikladné k cílům organizace. Oproti tomu podle „teorie Y“ lidé hledají a touží po nezávislosti, možnosti rozvinout své schopnosti a dovednosti. Zajímá je seberealizace, dokážou vidět za bezprostřední horizont a jsou schopni se přizpůsobovat nově nastalým událostem. Jsou morální, odpovědní a usilují o dobro pro svou organizaci,

pokud je jim to umožněno (Kolman, Rymešová, Chýlová et al., 2012). McGregor chtěl touto typologií upozornit na to, že jací lidé jsou, záleží na tom, jak se s nimi zachází. Lze zhodnotit, že obě teorie jsou platné a velmi záleží na stylu vedení společnosti. Manažeři/nadřízení totiž velmi ovlivňují, jaký druh motivace bude v zaměstnaneckém prostředí uplatňován. Pokud například nastaví motivaci pouze formou finančních odměn, opravdu mohou být na pracovišti finance tím nejdůležitějším. Na druhou stranu, pokud se manažeři zaměří více na mezilidské vztahy, správnou komunikaci a morální hodnoty, mohou svým spolupůsobením utvořit prostředí, kde se tyto hodnoty stanou důležité i pro jedince, kteří původně byli motivováni a zaměřeni pouze materiální formou (Provazník, 2007).

V kontextu s motivací lze zmínit i teorii sociální, která předpokládá, že chování jedinců určují především jejich sociální interakce a pocit sounáležitosti v zaměstnání. Ty následně určují to, jak pracovník v zaměstnání chápe svoji identitu a přináležitost. Vzájemné dobré vztahy na pracovišti jsou tak výrazněji lepší motivací či motivačním faktorem, nežli je tomu u finančního typu odměňování (Kolman, Rymešová, Chýlová et al., 2012, Arnold, 2007).

Můžeme si všimnout, že náplní či základním kamenem těchto zmíněných teorií jsou vlastně obecně potřeby lidí, ať už se jedná o potřebu vydělat si na živobytí anebo potřebu sociálních vazeb, uznání apod. V případě, že člověku něco chybí, snaží se o znovuzískání rovnováhy. Zaměří se tedy na cíl a jeho dosažení. Jednání jedinců je tedy v podstatě motivováno neuspokojenými potřebami (Armstrong, 2007).

Různé typy motivace popsal i autor David McClelland. Všiml si diferenciací v příčinách vysokého výkonu u různých lidí. Rozlišil tak jedince s:

- Vysokou potřebou **výkonu**, vykazující touhu po neustálém růstu, překonávání překážek, soutěžení, samostatnosti a vlastní odpovědnosti. Tito pracovníci touží po rychlé zpětné vazbě či ohodnocení toho, jak si v dané činnosti vedou. Jejich spokojenost tkví v dobře vykonané práci a uznání. Finanční forma odměny je pro tento typ jedinců pouze potvrzením jejich úspěchu.
- Vysokou potřebou **moci** se vyznačují lidé, kteří mají snahu řídit a ovlivňovat ostatní a být za ně odpovědný. V případě, že jde takto zaměřenému jedinci o blaho organizace a prospěch ostatních, bývá v tomto ohledu vynikajícím manažerem. Problematické je, pokud je tento typ osobnosti zaměřen na získání moci osobní.

- Na vysokou potřebu **afiliace** neboli přátelství jsou zaměřeni lidé, kteří usilují o vytvoření a udržení přátelských vztahů nejen na pracovišti, ale všude kolem sebe. Tento typ jedince není spokojený, pokud pracuje sám, mimo kolektiv. Jeho úspěšnost tkví v personálních útvarech a ve styku s veřejností.

U mladých lékařů, lze předpokládat vzhledem ke zvládnutí náročnosti celého vzdělávacího procesu, vysokou prioritu v potřebě seberealizace, což je jedna z významných potřeb, kterou popisuje Abraham Maslow. On i další jiní se pokusili uspořádat mnohé potřeby zastoupené u lidí obecně a současně tak vysvětlit jejich vztah k motivaci či význam pro jednání lidí v organizaci. Nutné je taktéž zmínit, co se může stát, pokud nejsou potřeby jedinců uspokojovány. Často dochází k frustraci, se kterou se lidé vyrovnávají různě. Někteří více zaktivizují své síly k překonání problémů, někteří se vzdají, další potlačují energii agresí, nebo se zaměří na jiné (náhradní) cíle. Časté je, že lidé racionalizují způsobem, že si sami sobě vysvětlují a odůvodňují, proč je vlastně dobře, že daného cíle nedosáhli, a že vlastně ani nestál za to (Bělohlávek, 1996).

Jaké jsou tedy ale ostatní potřeby kromě seberealizace? Abraham Maslow je shrnul od nejvyšší k nejnižší takto (Armstrong, 2007):

- Seberealizace či sebenaplnění, potřeba rozvíjet své schopnosti a dovednosti.
- Uznání a ocenění, potřeba mít vysoké stabilní sebehodnocení či sebeúctu, být respektován ostatním, pociťovat určitou prestiž, touha po respektu, postavení, úspěchu a sebedůvěře.
- Sociální potřeby (sounáležitost), potřeba lásky, přátelství, akceptace ostatních příslušníků skupiny.
- Jistota a bezpečí, potřeba ochrany proti nebezpečí a nedostatku uspokojování fyziologických potřeb.
- Fyziologické potřeby, potřeba kyslíku, potravy, vody a sexu.

Důležitým faktem je, že Maslowova zjištění byla doplněna různými autory, kteří prováděli výzkumy na toto téma. Nelze například tvrdit, že pokud se uspokojí potřeby v hierarchii nižší, vždy následuje potřeba následující/vyšší, jak se původně předpokládalo. Může totiž do popředí zájmu jedince nastoupit zcela jiná, neočekávaná potřeba. Dále bylo zjištěno, že uspokojení snižuje sílu jednotlivých potřeb, jen pokud se jedná o potřeby v hierarchii nejnižší. Co se týče potřeb vyšších, především potřeba uznání a seberealizace, jejich síla narůstá s jejich uspokojováním. Reálně tedy člověk při jejich uspokojování hledá další

možnosti, jak by mohl dané aktivitě věnovat více času a rozvíjet se v ní (Bělohlávek, 1996).

Výrazný přínos do oblasti motivace a potřeb vnesl výzkumník Frederick Herzberg. Spolu se svými kolegy se dotazoval zaměstnanců, kdy se při své práci cítí velmi dobře, a kdy je tomu naopak. Obecně lze říci, že existují situace, které vyvolávají u pracovníků spokojenost i nespokojenost. Například člověk pracující v dobrém sociálním prostředí s příjemnou atmosférou, bude spokojený, v konfliktní atmosféře tomu bude naopak. Nicméně na otázku motivace můžeme jednoduše nahlížet tak, že pokud jsou pracovníci spokojeni, jsou také nanejvýš motivováni k pracovní výkonnosti. Tyto tvrzení se Herzberg snažil vyřešit a došel k níže uvedeným zjištěním (Bělohlávek, 1996, Adair, 2004).

1. Spokojenost a nespokojenost jsou dva vzájemně naprosto odlišné jevy, které spolu příliš nesouvisí.
2. Jiné příčiny způsobují nespokojenost a jiné spokojenost.
3. Faktory, které způsobují nespokojenost, nazval HYGIENICKÉ, slovem pocházejícím z lékařského prostředí. Hygiena totiž slouží k prevenci zdravotních rizik, ve kterých se lidé vyskytují.
4. Faktory, které způsobují spokojenost, nazval faktory MOTIVAČNÍ.

Mezi hygienické faktory patří:

- pracovní pravidla,
- technické vedení,
- pracovní podmínky,
- vztahy k nadřízeným,
- vztahy ke spolupracovníkům,
- plat/mzda/finanční ohodnocení.

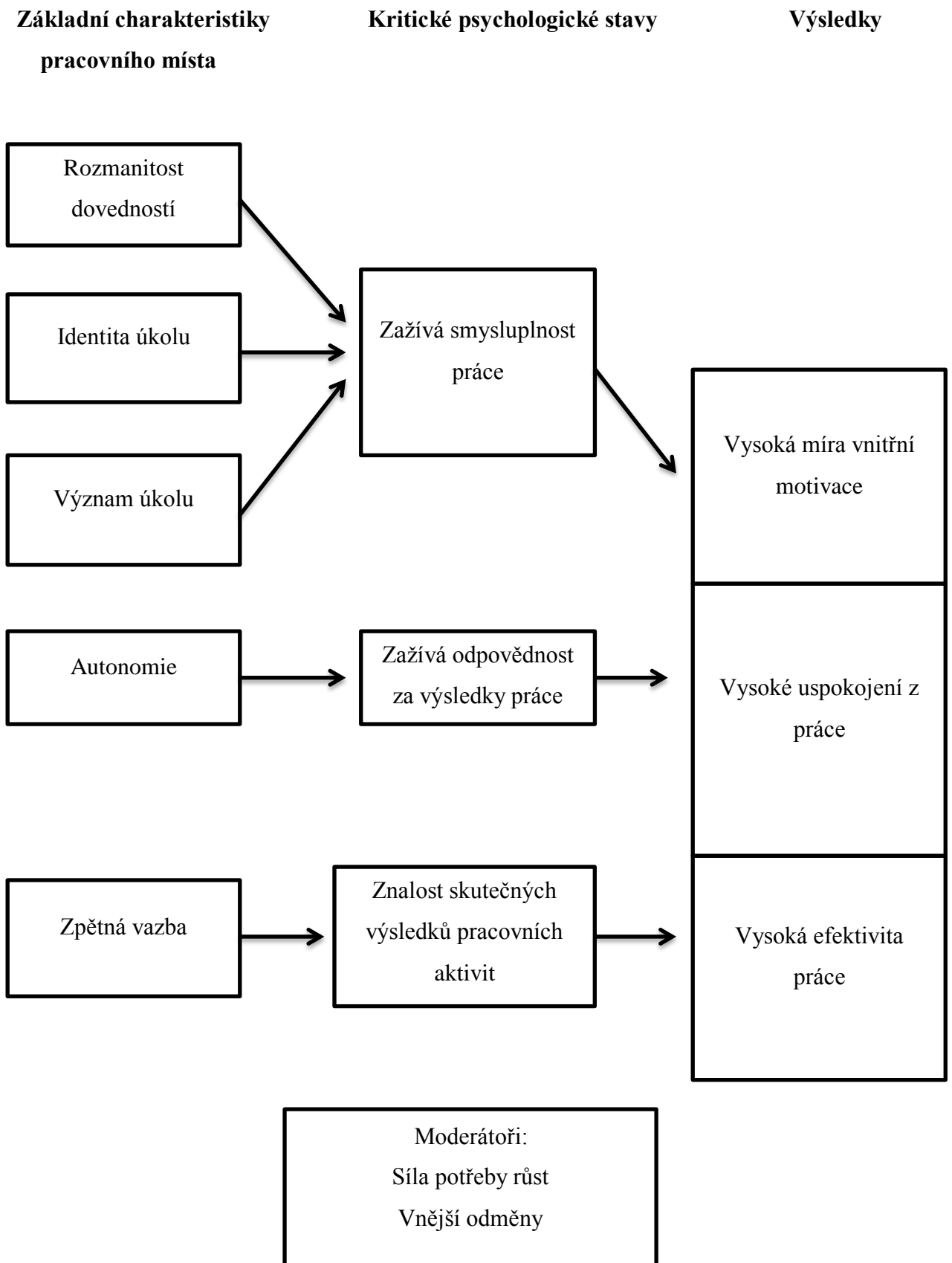
K motivačním faktorům lze zařadit:

- výkon,
- uznání,
- práci samotnou,
- vlastní kariérní růst,
- odpovědnost,
- pojetí práce jako výzvy.

Herzberg přispěl svým výzkumem k vytvoření systémů práce. Stavěl se za to, že nelze motivovat zaměstnance pouze zlepšováním vnějších podmínek, považoval za nutné zaměřit se také k úpravě vnitřních podmínek – obsahu práce, ve kterém viděl vysoký motivační potenciál (Bělohlávek, 1996).

To, díky čemuž jsou pracovní místa vnitřně motivující a uspokojivá, je názorně ukázáno v modelu charakteristiky pracovního místa viz níže (Zdroj: Hackman, Oldham, 1980 in Arnold, Silvester, Patterson, 2007: 336).

Schéma 1



Tento model charakteristiky pracovního místa identifikuje pět základních charakteristik uvedených v rámečcích vlevo (Arnold, Silvester, Patterson, 2007).

- Rozmanitost dovedností poukazuje na rozsah, jak různé a ne-monotónní vyžaduje pracovní místo dovednosti.
- Identita úkolu stanovuje rozsah, v jakém práce produkuje ucelené výsledky.
- Význam úkolu pojímá rozsah, v jakém má pracovní místo dopad na jiné lidi uvnitř nebo vně organizace. Pro představu lze uvést například vliv práce lékaře na uzdravení pacienta.
- Autonomie zastupuje rozsah, v jakém umožňuje pracovní místo pracovníkovi provádět volby a samostatně se rozhodovat.
- Zpětná vazba je rozsah, v jakém práce samotná poskytuje informace o tom, jaké výkony držitel pracovního místa podává.

Důvodem pro poskytnutí informací týkajících se charakteristiky pracovního místa je poukázání na to, že zmíněné charakteristiky skutečně korelují s motivací a uspokojením pracovníků.

2.4. Pracovní spokojenost

V České republice vykazuje spokojenost se svojí prací přibližně 56 % jedinců, což je méně, než v západoevropských zemích. Ukazuje se přitom středně silná asociace mezi pracovní spokojeností a spokojeností v životě. Mezi pohlavími není ve vnímání spokojenosti s prací rozdílné, nicméně lidé ve věku mezi 40-50 lety vykazují největší spokojenost se svou prací (Mareš, Katrňák, 2008).

Bylo zjištěno, že konflikt mezi pracovní a rodinnou sférou se promítá ve vnímání spokojenosti lidí s různými oblastmi života, jako je profesní život, život soukromý a dokonce i spokojenost s partnerským vztahem. Tento fakt lze postavit i opačně, a to pokud jsou jedinci v určité životní rovnováze mezi pracovním a rodinným životem, pozitivně se tento jev projevuje ve spokojenosti lidí jak v soukromém, tak profesním životě (Souvislosti proměn, 2007).

Spokojenost obecně vyjadřuje míru vyrovnání se s okolnostmi života. Pracovní spokojenost je součástí spokojenosti životní. Spokojenost s prací se týká jak postojů, tak pocitů, které mají pracovníci ve vztahu ke své práci. Jednoduše lze říci, že pozitivní a příznivé postoje naznačují spokojenost se zaměstnáním. Negativní a nepříznivé postoje pak naznačují nespokojenost (Armstrong, 2007).

Za zajímavou lze považovat definici, která říká, že pracovní spokojenost je: „*Postoj k práci jako k celku a jednotlivým jejím komponentám, jimž jedinec přisuzuje určitou váhu nebo význam*“ (Výrost, Slaměník, 1998: 46 in Organ, Bateman, 1991: 340)

Kocianová (2010) definuje pracovní spokojenost jako: „*individuální a subjektivní prožívání reality, v níž významnou roli sehrávají emoce, potřeby, postoje a hodnoty*“.

Pojem spokojenost s prací se pojí různými aspekty práce, které na tuto spokojenost mají vliv. Do této skupiny lze zahrnout pracovní podmínky, kolegy, nadřazené, kariérní možnosti, odměňování aj. (Arnold, Silvester, Patterson, 2007).

Neubeger a Allerbecková (1978) in Kocianová (2010) vidí podstatu pracovní spokojenosti v postojích k různým aspektům pracovní situace, které mohou mít sociálně-psychologickou povahu. Jedná se o:

- kolegy v práci
- nadřízeného
- pracovní činnost

- pracovní podmínky
- možnosti rozvoje
- organizace a její vedení
- odměňování
- pracovní doba
- zajištěné pracovní místo.

Následně Kocianová (2010) in Kocianová (2006) uvádí jako výsledek mnohých výzkumů, faktory, které pracovní spokojenost posilují anebo zeslabují. K **posilujícím** faktorům lze zařadit:

- různorodost práce
- průhlednou organizační a personální politiku
- jasné a přiměřené cíle vlastní práce
- možnost vlastní kontroly nad svojí prací, tzn. větší autonomii
- příležitosti k využití vlastních schopností a zkušeností při práci
- ocenění práce a sociální pozice v organizaci
- finanční ohodnocení
- optimální spolupráce a mezilidské vztahy
- bezpečnost vykonávané práce.

Faktory **zeslabující** spokojenost zaměstnanců s prací:

- časový stres
- vysoká pracovní zátěž
- převaha nepředvídatelných vlivů na práci
- nereálné pracovní nároky
- sociální „nepohoda“ na pracovišti a špatné vztahy se spolupracovníky a nadřízeným
- nedostatek času na osobní a rodinný život
- psychosomatické důsledky práce.

2.5. Role a konflikt rolí

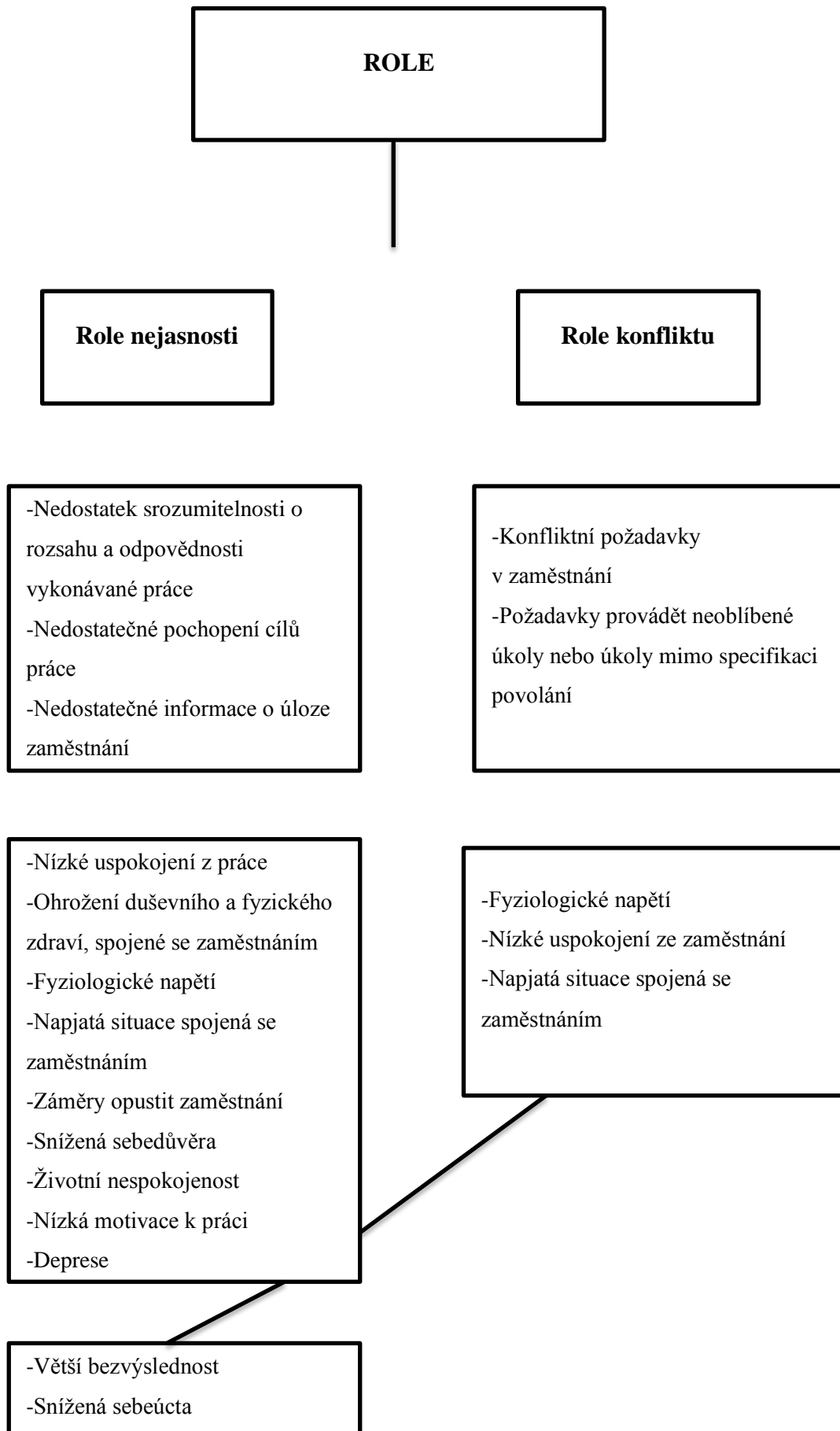
Každý člověk má ve své práci určitou roli, kterou musí hrát při plnění požadavků své práce. Je to způsob chování, který se od nositele pozice v organizaci očekává (Bělohlávek, 1996). Od lékaře kupříkladu můžeme očekávat, že bude důvěryhodný, kompetentní, ohleduplný, chápavý k pacientům, v souladu s etickými zásadami a Hippokratovou přísahou léčit pacienty. Role vyjadřují určité formy jednání, které jsou potřebné k vykonávání určitého úkolu, nebo skupiny úkolů daného pracovního místa (Armstrong, 2007).

Toho, kdo vytváří svá očekávání od druhého na základě svých vlastních představ, lze nazvat „definovatelem role“. Ten, který si sám pro sebe stanovuje požadavky role, a pak splňuje či nesplňuje očekávání definovatele lze nazvat „noselem role“. Lidé mají různá očekávání ohledně rolí určitých jedinců. V případě, že se očekávání mezi definovatelem a noselem role neshodují, může dojít k tzv. konfliktu rolí (Bělohlávek, 1996).

Na Slovensku byl v nynějším roce proveden výzkum zabývající se problematikou propojení práce a rodiny poukázal na různé roviny konfliktu právě v těchto oblastech. Jednalo se o konflikt založený na čase, na napětí a na chování. Konflikt založený na čase předpokládá vznik v důsledku věnování času jedné roli v neprospěch druhé (např. čas strávený v zaměstnání vs. čas strávený s rodinou). Konflikt založený na napětí vzniká v důsledku napětí v jedné z oblastí a bývá důsledkem nadměrné psychické nebo fyzické zátěže, frustrace, neuspokojení potřeb aj. Poslední typ konfliktu je založen na chování. Každá role má svůj obsah, resp. to, co od člověka v dané roli okolí (i on sám) očekává. Pokud tyto očekávání nejsou splněna, dochází k již zmíněnému konfliktu. Za příklad lze uvést matku, od které se očekává starostlivost, péče o rodinu, laskavost apod. Kvůli svému pracovnímu vytížení však tyto očekávání nejsou naplněna (Poltáková, 2013).

Role může být také neurčitě stanovená, resp. nejasná. Tato situace nastává, pokud pracovník neví, co se od něho očekává, nebo jak si vede. Tuto situaci spolu s konfliktem rolí vystihuje schéma č. 2, viz níže (Arnold, Silvester, Patterson, 2007: 394).

Schéma 2



Obecně lze říci, že roli v organizaci pro určitou funkci nastavují organizační normy a kultura organizace (Bělohávek, 1996). Může se stát, že jedinec nesdílí stejné hodnoty, které tvoří přirozenou povahu organizace. To může být způsobeno různými faktory. Jednou z nich může být neshoda mezi pracovníkem a kulturou organizace, které vede až k pocitu izolace jedince a nefungující komunikaci až k ohrožení výkonu jeho práce (Arnold, Silvester, Patterson, 2007). Je obecně známé, že kultura organizace velmi ovlivňuje fungování organizace. U zdravotníků bývá kultura organizace značně specifická. Ve zdravotnických zařízeních totiž často dochází ke koexistenci až střetům více různých kultur. Může se jednat o kultury mezi jednotlivými odděleními nebo napříč specializacemi a profesemi (Havrdová, Šmídová, Šafr et al., 2011).

2.6. Pracovní podmínky

Pro tuto diplomovou práci byly podrobněji popsány pracovní podmínky, které se týkají tématu rovnováhy mezi pracovním a nepracovním životem především ve spojitosti s povoláním lékaře.

2.6.1. Pracovní doba

To, kolik zaměstnanci mohou trávit času v zaměstnání, se liší od legislativní úpravy daného státu. Pokud srovnáme Evropu a Spojené státy americké ve vztahu k rovnováze mezi pracovním a nepracovním životem, USA sice provádějí více výzkumů na dané téma, avšak co se týče pracovních podmínek, Evropa si vede globálně poněkud lépe. V USA zaměstnanci odpracují více hodin, než je tomu u pracovníků v Evropě, kde například Francouzi, kteří pracují nejméně, chodí do zaměstnání většinou na 35 hodin v týdnu. V Dánsku je to 37 hodin a v Belgii 38 hodin za týden. Nejnižší omezení v počtu odpracovaných hodin mají v již zmíněných Spojených státech, kde je zaměstnavatel oproti evropskému zaměstnavateli značně zvýhodněn. V USA zaměstnanci mohou pracovat i 7 dní v týdnu a v krajním případě teoreticky i 24 hodin denně. Legislativa je značně benevolentní a je na zaměstnanci, jaké pracovní podmínky je ochotný při podpisu pracovní smlouvy přijmout (Mzdová praxe [online]).

V České republice zákoník práce č. 262/2006 Sb. uvádí, že pracovní doba zaměstnanců je až na výjimky uvedené dále v textu maximálně 40 hodin týdně. Délka směny, pokud je pracovní doba rozvržena rovnoměrně na jednotlivé týdny, nepřesahuje devět hodin. U nerovnoměrného rozvržení směn může zaměstnanec pracovat při jedné směně maximálně 12 hodin. Mezi jednotlivými směnami navíc musí být 12 hodin odpočinku a jednou v průběhu sedmi dnů po sobě jdoucích dokonce 35 hodin odpočinku. Odpočinek může být zkrácen až na 8 hodin během 24 hodin po sobě jdoucích zaměstnanci staršímu 18 let za podmínky, že následující odpočinek mu bude prodloužen o dobu zkrácení tohoto odpočinku.

Zákoník práce dále upravuje přestávky, přestávku na jídlo a oddech, která musí být zařazena do pracovní doby nejdéle po 6 hodinách v délce nejméně 30 minut. Do pracovní doby se přestávka nezapočítává. Včetně zákoníku práce upravuje pracovní vztahy ještě další legislativa, která je uvedena v příloze č. 1.

2.6.1.1. Právní zakotvení práce přesčas

Lékaři, vykonávající svoje povolání ve zdravotnických zařízeních zajišťujících nepřetržitý provoz, jsou často značně zatíženi mnohými hodinami nad rámec běžné pracovní doby 40 hodin týdně. Práci přesčas upravuje zákoník práce, čili zákon č. 262/2006 Sb. Dle § 93 ji lze konat pouze výjimečně a zaměstnavatel ji může nařídit zaměstnanci pouze z vážných provozních důvodů. U zaměstnance nesmí práce přesčas činit více než 8 hodin v jednotlivých týdnech a **150 hodin** v kalendářním roce. Celkový rozsah práce přesčas tedy nesmí činit v průměru více než 8 hodin týdně v období, které může činit nejvýše 26 týdnů po sobě jdoucích. Tento typ přesčasů může zaměstnavatel zaměstnanci ze zákona nařídit a zaměstnanec je povinen jej odpracovat. Za tento typ přesčasové práce náleží zaměstnanci úhrada minimálně 25 % průměrného výdělku v případě všedního dne. Pokud zaměstnanec pracuje o víkendech či svátcích, navyšuje se suma na 50 % průměrného výdělku. Nutno podotknout, že tato úhrada náleží zaměstnanci pouze v případě, že se se zaměstnavatelem nedohodne na náhradním volnu. Pokud náhradní volno zaměstnanec požaduje, zaměstnavatel není povinen jeho požadavku vyhovět.

Další navýšení přesčasových hodin je možné pouze, pokud se zaměstnavatel se zaměstnancem domluví a vznikne tak kolektivní smlouva, kterou lze navýšit počet hodin navíc až na **266 hodin** za rok.

Další možností navýšení odpracovaných hodin dovoluje Zákoník práce, konkrétně § 93a: „Další dohodnutá práce přesčas ve zdravotnictví“. Jedná se o výjimku ze Směrnice Evropského parlamentu a rady 2003/88/ES ze 4. listopadu 2003, která ve svém článku 22 umožňuje za určitých podmínek, aby zaměstnanec pracoval v průměru víc než 48 hodin týdně. Výjimka vychází z toho, že zdravotnická zařízení jsou často odlišná tím, že jak již bylo zmíněno, musí zajistit nepřetržitý provoz. K tomu, aby byl tento provoz zajištěn, je nutný buď dostatek lékařů, nicméně z provozních aj. důvodů je pro zaměstnavatele lepší menší počet lékařů s více odpracovanými hodinami. Zákoník práce tak zdravotníkům dovoluje překročit pracovní dobu o osm hodin za týden, což za rok činí 416 hodin. Zaměstnanec však jako v předchozím případě, nemůže být do této přesčasové práce nucen. Nutno zmínit, že ke konci roku 2013 bude zrušena platnost paragrafu 93a „Další dohodnutá práce přesčas ve zdravotnictví“. Pokud tedy nedojde k aktualizaci tohoto zákonného předpisu, nebude možné započítávat 416 hodin přesčasové práce plynoucích z této výjimky pro zdravotníky.

Pokud tedy sečteme možnosti výše zmíněných přesčasových hodin, dostáváme se k číslu **832 hodin za rok.**

Přesto, jak se dozvíme i v teoretické části diplomové práce, tento počet hodin je často překračován. Dalším velmi používaným způsobem, jak u jednotlivého zaměstnance navýšit počet odpracovaných hodin, který však hraničí s legalitou, není-li již za hranicí, je kromě práce na hlavní pracovní poměr, který je u každého zaměstnance primárně předpokládán, další smlouva. Další smlouvou jsou konkrétně myšleny dohody o pracích konaných mimo pracovní poměr, mezi něž patří dohoda provedení práce a dohoda o pracovní činnosti. Nutno podotknout, že zákoník práce umožňuje zaměstnanci zdravotnického zařízení, aby po výkonu svého povolání pracoval v jiném zařízení, na jiné pozici. Právně těžce obhajitelné je však, aby zaměstnanec vykonával v podstatě stejnou práci, na stejném místě a stejné pozici na pracovní smlouvu a k tomu ještě na dohodu o provedení práce nebo dohodu o pracovní činnosti.

Pro lepší orientaci v dané problematice je nutné zmínit základní údaje o jednotlivých typech nabytí pracovněprávních vztahů.

2.6.1.2. Dohoda o provedení práce (DPP)

Dohodu o provedení práce upravuje zákoník práce § 75 a § 77. DPP je jedním ze tří základních pracovněprávních vztahů, ve kterých může být vykonávána závislá práce. Tato forma pracovněprávního vztahu má své výhody i nevýhody, které jsou opodstatněné tím, v jakých případech se DPP vhodně používá.

Dohoda o provedení práce má svá specifika, mezi něž patří:

- Počet odpracovaných nesmí být větší než 300 hodin za jeden kalendářní rok.
- Do počtu odpracovaných hodin se započítává také doba práce vykonaná zaměstnancem pro zaměstnavatele v jednom kalendářním roce na základě jiné dohody o provedení práce.
- Lze mít uzavřených několik dohod o provedení práce u různých zaměstnavatelů nezávisle na sobě.
- DPP může být uzavřena i na déletrvajícím pracovním úkolu, například na jeden rok, na dobu delší, i na dobu neurčitou. I zde však platí, že počet odpracovaných hodin nesmí překročit 300 hodin za jeden kalendářní rok.
- Dohoda o provedení práce musí být uzavřena písemně, jinak je neplatná. V DPP musí být uvedena doba, na kterou byla uzavřena, dále musí stanovovat odměnu

s ohledem na minimální mzdu a podmínky jejího poskytování. Měla by obsahovat také specifikaci sjednané práce.

- U dohody o provedení práce nemá zaměstnanec právo na dovolenou, nemocenskou, ani odstupné.

Za výhodu DPP lze zahrnout systém danění. Pokud měsíční příjem z dohody o provedení práce nedosahuje 5000,- Kč (včetně) u jednoho zaměstnavatele, podléhá srážkové dani, a to ve výši 15 %. Tato srážková daň je konečná, což značně snižuje administrativní zátěž. V případě, že částka přesáhne 5000,- Kč, ale je menší než 10 000,- Kč, odvádí se záloha na daň ve výši 15 %. Záloha na daň je už administrativně komplikovanější. Musí totiž dojít k jejímu ročnímu zúčtování, což je povinností zaměstnavatele. V případě, že vyplacená částka zaměstnanci přesáhne 10 000,- Kč, je z příjmu odváděna záloha na daň ve výši 15 % a příjem navíc podléhá zdravotnímu a sociálnímu pojištění. Existují případy, kdy například u studentů či důchodců - zaměstnanců, kteří nemají jiné zdanitelné příjmy než z vyplácených DPP od jednoho zaměstnavatele, je daňová povinnost po uplatnění zákonných odpočtů rovna nule.

2.6.1.3. Dohoda o pracovní činnosti (DPČ)

Dohodu o pracovní činnosti upravuje zákoník práce, konkrétně § 76 a § 77. Na základě dohody o pracovní činnosti není možné vykonávat práci v rozsahu překračujícím v průměru polovinu stanovené týdenní pracovní doby. Z toho plyne, že by nemělo být v průměru překročeno 20 hodin práce za týden. Roční rozsah práce není omezen. Je jí tedy vhodné použít například v případech, kdy rozsah potřebné práce převyšuje 300 hodin za jeden kalendářní rok a nelze tak uzavřít DPP.

Dohoda o pracovní činnosti musí být sjednána písemně a musí obsahovat pojmenování druhu sjednané práce, ujednaný rozsah pracovní doby a výše odměny s ohledem na minimální mzdu/plat.

U DPČ se uplatňuje odvod zálohy na daň v míře 15 % a dohoda o pracovní činnosti podléhá odvodům zdravotního a sociálního pojištění v případě, že příjem z DPČ činí více než 2500,- Kč. Pokud příjem z DPČ činí méně než 2500,- Kč, povinnost odvádět zdravotní a sociální pojištění se nezakládá.

Není-li sjednaný způsob zrušení DPČ, je možné ji zrušit jednostranně z jakéhokoliv důvodu nebo bez uvedení důvodu s patnáctidenní výpovědní dobou, která je započata dne, v němž byla výpověď doručena druhé smluvní straně.

DPP i DPČ je nutné uzavřít písemně ve dvou kopiích, jinak jsou neplatné. Jednu kopii si ponechá zaměstnavatel, druhou obdrží zaměstnanec.

Zcela nejběžnějším způsobem vzniku pracovního poměru je založení pracovní smlouvy.

Jak již bylo zmíněno výše, problémem u dohody o pracovní činnosti nebo dohody o provedení práce nejen ve zdravotnictví často bývá obcházení hodinového limitu pracovní doby. Buď je sjednaný rozsah práce jiný než ve skutečnosti, případně bývají sjednané dvě dohody na dvě různé činnosti, přestože skutečně zaměstnanec provádí jeden a ten samý druh činnosti.

2.6.1.4. Pracovní smlouva

Pracovní smlouvu taktéž upravuje zákon č. 262/2006 Sb., a tedy zákoník práce. Náležitosti pracovní smlouvy upravuje §34. Je v něm uvedeno, že pracovní smlouva musí být uzavřena písemně, nicméně pokud je uzavřena ústně či konkludentně, je platná, neboť nedostatek formy nezpůsobuje neplatnost. Za takto uzavřenou smlouvu však zaměstnavatel může být sankcionován. Pracovní smlouva musí povinně obsahovat vymezení druhu práce, místo výkonu nebo pravidelné pracoviště a den nástupu do práce. Pracovní poměr vzniká ke dni sjednaného nástupu. Pracovní smlouva může být uzavřena na maximálně 40 hodin týdně.

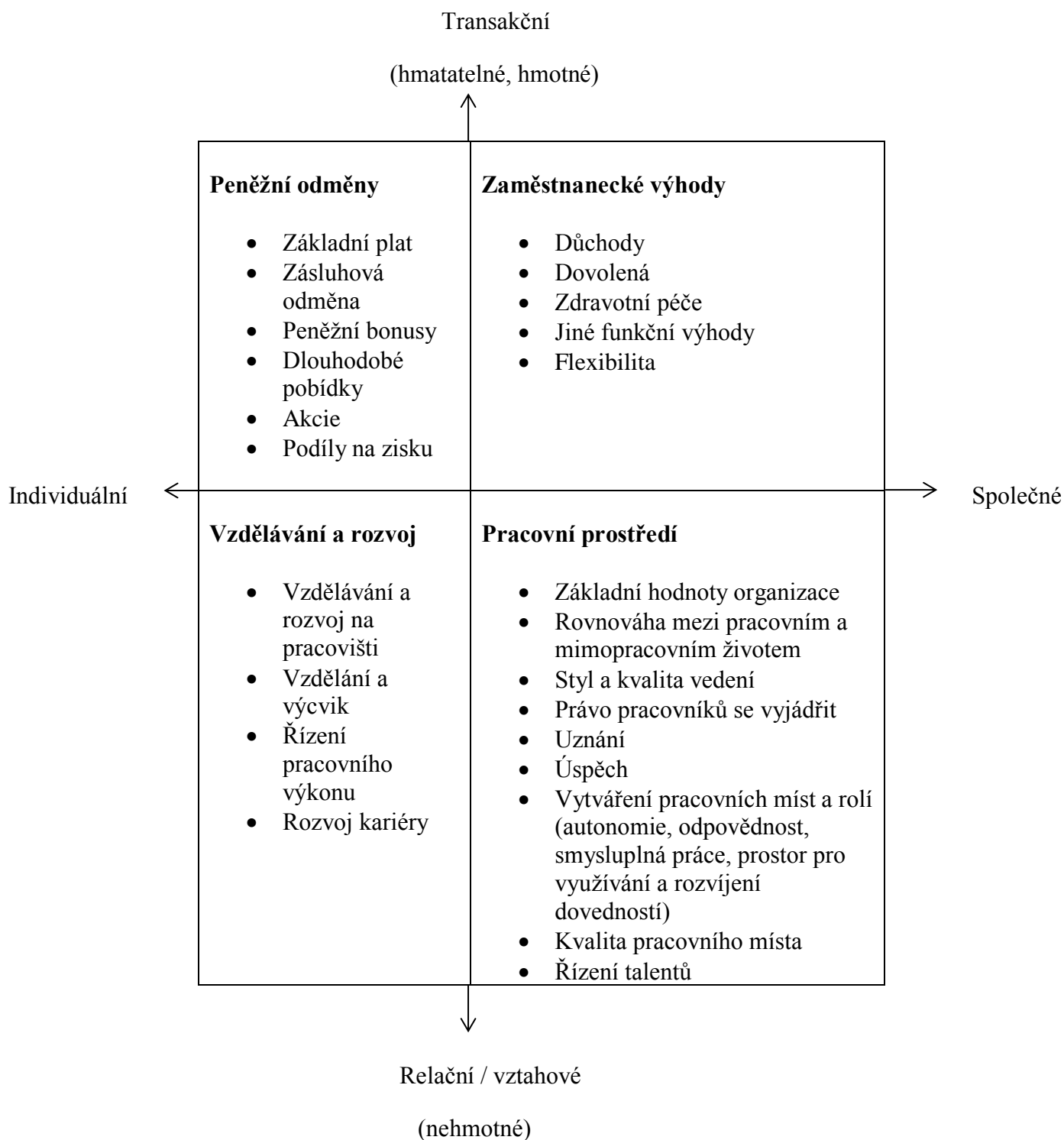
2.6.2. Odměňování

Odměňování spadá do oblasti řízení lidských zdrojů a kvalita tohoto odvětví v každém podniku, společnosti, nebo i zdravotnickém zařízení se odráží na její úspěšnosti. Lidské zdroje by měly být nejvyšším kapitálem každého zdravotnického zařízení, nejen z ekonomického, ale i etického hlediska směřujícího ke kvalitní péči pro pacienty. K tomu, aby výkon zdravotníků byl dlouhodobě co možná nejvyšší, je nutné k co nejlepšímu provádění činností zaměstnance dostatečně stimulovat. Vhodně zvolený systém odměňování je dá se říci jedním z nejvíce efektivních nástrojů motivace pro pracovníky, jakou mají zaměstnavatelé k dispozici (Koubek, 2007).

K čemu systém odměňování slouží a jaké jsou na něj kladeny požadavky, aby bylo co nejoptimálnější a zároveň nejefektivnější, uvádí Koubek (2007):

- Zisk a udržení ideálního počtu dostatečně kvalifikovaných zaměstnanců.
- Přispění k dosažení konkurenceschopnosti ve stejném odvětví trhu.
- Odměňování pracovníků za jejich práci, výkon, výsledky, loajalitu, zkušenosti, dovednosti, aj. požadavky dle významu a náročnosti pracovní pozice.
- Povaha systému odměňování, nákladovost a časová náročnost musí vycházet z ekonomické situace společnosti.
- Motivace a stabilizace zaměstnanců, s jejichž výkonem a výsledky je společnost spokojena, vyšší motivace k efektivnějším pracovním výkonům u zaměstnanců s rezervou v oblasti výkonu a efektivity práce, nástroj pro zlepšování kvalifikace a schopností.
- Odměňování by mělo být pracovníky akceptováno.
- Odměňování by mělo být transparentní, objektivní a spravedlivé.
- Odměňování musí být v souladu s legislativou ČR.

Tabulka 1. Model celkové odměny



Zdroj: Armstrong, 2007: 522

Horní dva kvadranty, peněžní odměny a zaměstnanecké benefity jsou transakčními odměnami. To znamená, že jsou důležité pro zisk a stabilizaci pracovníků, ale konkurenti je mohou jednoduše okopírovat, čímž ztrácí konkurenční význam. Oproti tomu nepeněžní odměny v dalších dvou kvadrantech zvyšují hodnotu a podporují horní dva kvadranty.

Thompson 2002 popisuje, že hlavní a opravdová síla organizace vychází z toho, když se zaměstnavatel postará o kombinaci relačního a transakčního typu odměn (viz. Tab.1) (Thompson, 2002).

2.6.2.1. Složky odměňování

Odměňování může mít různé formy, mezi nejhlavnější lze zahrnout (Armstrong, 2007):

1. Základní a dodatečná peněžní odměna (pevný a pohyblivý plat či mzda)
2. Zaměstnanecké výhody
3. Nepeněžní odměny

Ad. 1 **Základní peněžní odměna** je množství peněz (v případě zdravotníků plat), které tvoří tarif či sazba za určitou vykonanou práci nebo pracovní pozici. Základní plat může být vyjádřen jako roční, týdenní, nebo hodinová sazba. U nás je nejčastější formou sazba měsíční. K základnímu platu se připisují příplatky za práci přesčas, práci ve směnách nebo v neobvyklém čase, jako jsou svátky či dny pracovního klidu.

Ad. 2 Mezi **zaměstnanecké výhody** lze zahrnout například výhody zkvalitňující využívání volného času, jako jsou relaxační, sportovní, kulturní aj. aktivity, které jsou dotované zaměstnavatelem. Dále se může jednat o výhody sociální povahy, jako je životní a důchodové pojištění hrazené z části nebo zcela zaměstnavatelem apod. Časté bývají výhody spojené s postavením v organizaci. Soukromé firmy často přidělují svým zaměstnancům mobilní telefony, automobily aj. benefity. Ve státní zdravotnické sféře bývá nejčastější přidělování pracovního oděvu. Poslední výhodou v této oblasti bývají benefity, které mají vztah k práci. Mezi tento typ nejčastěji patří stravování, vzdělání, které hradí zaměstnavatel, podnikové parkoviště, či příspěvek na úhradu nákladů spojených s dojížděním do zaměstnání (Koubek, 2007: 319-321).

Ad. 3 **Nepeněžní odměny** jsou odměny, které neposkytují žádnou přímou platbu a mnohdy vyplývají z práce samé. Může jít například o pocit vlastní úspěšnosti. Nepeněžní odměny sice tvoří doplňující složku z celkového odměňování, nicméně velmi důležitou z hlediska motivace zaměstnanců. Může se jednat o kupříkladu o uznání a pochvalu od nařízených i spolupracovníků, zpětnou vazbu o výsledcích práce zaměstnance nejen při pravidelném

hodnocení zaměstnanců. Dále mohou být nepeněžní odměny příležitostmi ke zdokonalení a rozvoji. Jako odměna a motivační faktor může sloužit i příjemné pracovní prostředí nebo různá ocenění (medaile, pozornost či čestné uznání). Armstrong uvádí, že nejefektivněji působí pochvala či uznání od nadřízeného pracovníka neformální formou, během každodenního pracovního života. Takováto forma uznání či pochvaly může mít jak ústní, tak písemnou formu. Její uskutečnění může být uděleno v soukromí, nebo i veřejně mezi kolegy.

2.6.2.2. Odměňování lékařů

Lékaři pracující v České republice mají různé finanční zdroje. Jejich příjem většinou zahrnuje:

1. Osobní ohodnocení/příplatek, který může, ale nemusí být zaměstnavatelem přiznán. Jedná se tedy o nenárokovou složku platu.
2. Mimořádné odměny – většinou nenároková složka platu.
3. Práce přesčas – nároková složka platu, pokud se jedná o přesčas nařízený zaměstnavatelem.
4. Pracovní pohotovost – nároková složka platu.
5. Ostatní - dle jednotlivých zdravotnických zařízení.

Mezi ostatní zdroje příjmů lékařů lze zařadit i:

6. Studijní stipendium v případě, že lékař je prezenčním studentem postgraduálního studia.
7. Finanční odměna za výuku studentů lékařské fakulty.

Tato diplomová práce je zaměřena na mladé lékaře v atestační přípravě, proto je nutné uvést také to, jaké finanční ohodnocení se týká právě jich. Lékaři ve fakulturních nemocnicích jsou zaměstnanci státních zdravotnických zařízení, a proto je jejich plat upraven v Nařízení vlády č. 564/2006 Sb., o platových poměrech zaměstnanců ve veřejných službách a správě. Lékaři se po zapsání se do atestační přípravy a jimi zvolené specializaci dostávají z jedenácté do dvanácté platové třídy. Což znamená nárůst platu z 22 340Kč na 23 790Kč hrubého/měsíc (tarifní plat). V této platové třídě lékař zůstává do složení atestační zkoušky, nicméně mění se platový stupeň dle let, které zaměstnanec odpracuje. Záleží tedy na době, kterou lékař stráví na pracovišti do složení již zmíněné atestační zkoušky. V případě kardiologie je tato doba 6 let, u kardiochirurgie je tomu 7 let,

často se však stává, že reálně je doba setrvání na pracovišti před atestací delší (Vorčák 2012).

Pro přehlednost jsou platy lékařů uvedeny v tabulce níže.

Tabulka 2. Stupnice platových tarifů podle platových tříd a platových stupňů pro zaměstnance uvedené v § 5 odst. 4 (v Kč měsíčně)

Platový stupeň	Počet let započitatelné praxe	Platová třída															
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
1	do 1 roku	7 680	8 340	9 040	9 800	10 630	11 520	12 500	13 570	14 720	15 960	22 340	23 790	26 870	30 110	32 000	34 040
2	do 2 let	7 970	8 660	9 380	10 180	11 050	11 970	12 970	14 080	15 270	16 560	22 990	24 490	27 650	30 940	32 910	35 020
3	do 4 let	8 260	8 990	9 730	10 560	11 460	12 410	13 460	14 620	15 850	17 200	23 690	25 240	28 450	31 810	33 850	36 030
4	do 6 let	8 570	9 330	10 120	10 960	11 900	12 890	13 980	15 180	16 450	17 850	24 390	25 990	29 270	32 710	34 820	37 100
5	do 9 let	8 920	9 680	10 500	11 380	12 350	13 380	14 510	15 760	17 070	18 520	25 120	26 790	30 130	33 640	35 830	38 190
6	do 12 let	9 260	10 040	10 890	11 800	12 820	13 880	15 050	16 360	17 710	19 210	25 880	27 610	31 020	34 600	36 880	39 320
7	do 15 let	9 610	10 440	11 310	12 260	13 300	14 410	15 610	16 980	18 400	19 950	26 670	28 470	31 950	35 620	37 970	40 500
8	do 19 let	9 970	10 830	11 740	12 710	13 810	14 950	16 200	17 620	19 090	20 690	27 490	29 360	32 910	36 650	39 110	41 730
9	do 23 let	10 340	11 230	12 190	13 200	14 330	15 520	16 810	18 280	19 800	21 480	28 330	30 280	33 900	37 740	40 290	43 000
10	do 27 let	10 750	11 670	12 650	13 700	14 880	16 110	17 440	18 980	20 560	22 290	29 210	31 230	34 940	38 860	41 510	44 310
11	do 32 let	11 150	12 100	13 130	14 220	15 450	16 720	18 120	19 700	21 340	23 140	30 120	32 220	36 010	40 030	42 770	45 690
12	nad 32 let	11 580	12 570	13 630	14 750	16 040	17 350	18 800	20 450	22 140	24 020	31 080	33 250	37 130	41 240	44 070	47 110

Zdroj: Nařízení vlády č. 564/2006 Sb., o platových poměrech zaměstnanců ve veřejných službách a správě

Pozn.: Stupnice se vztahuje na zaměstnance, který je lékařem nebo zubním lékařem poskytujícím zdravotní péči ve zdravotnickém zařízení ústavní péče nebo v zařízení záchranné služby nebo je lékařem orgánu sociálního zabezpečení.

Odměňování zaměstnanců upravují mnohé právní předpisy, nejdůležitějšími z nich jsou uvedeny v příloze č. 2 na konci diplomové práce.

2.7. Zdraví zaměstnanců

Zdraví jedince, a tedy i zaměstnance nepředstavuje samozřejmý a přirozený stav, ale „zásadní hodnotu, o níž je zapotřebí individuálně i kolektivně pečovat“. „Zdraví je potřebné pro schopnost normálního fungování, které je nutné k tomu, aby člověk dokázal plnit úkoly, jež vyplývají z jeho biologického a socializačního programu“ (Mlčák, 2004: 8-9).

Zdraví se pojí s pozitivním psychickým a tělesným stavem jedince, který kladně souvisí i s jeho dobrým sociálním fungováním, jež umožňuje člověku žít a pracovat. „Nemoc v určitém pojetí představuje nesoulad mezi aspekty psychického a tělesného stavu člověka a úrovní jeho integrace v obklopující síti sociální vztahů“ (Mlčák, 2004: 9)

Zdravotní stav se promítá nejen do našeho osobního a rodinného života, ale jak je zjevné z předchozích definic, i do pracovní sféry. Výkonnost a kvalita práce se spolu se zdravotními potížemi snižuje. V horším případě dotyčný pro pracovní neschopnost do zaměstnání vůbec nedochází. Ve Spojeném království bylo spočítáno, že ročně všichni zaměstnanci dohromady ztratí kvůli nemoci, které souvisí s prací celých 20 milionů pracovních dní (Armstrong, 2007). To je ekonomicky i eticky velmi závažné.

Dle pozitivní a moderní definice WHO je zdraví stav optimální tělesné, duševní a sociální pohody a ne pouze nepřítomnost nemoci (Zdraví [online]).

Přestože se jednotlivé složky zdraví (fyzická, psychická a sociální) dají chápat odděleně, jsou vzájemně propojené, což potvrzuje i vědní obor psychosomatika, který se zabývá vztahy mezi psychikou a tělesnou schránkou člověka (Vokurka, Hugo, 2007).

2.7.1. Fyzické, psychické a sociální zdraví

Zdraví je multikauzálně podmíněný jev, ve kterém uplatňuje svoji roli mnoho faktorů. Z dvaceti procent je zdravotní stav ovlivněn životním prostředím, ve kterém žijeme. Ze stejné míry se podílí genetický základ. Desetiprocentní podíl má zdravotnická péče. Největším a nejvýznamnějším faktorem podílejícím se na zdraví jedince je však jeho životní styl (Mlčák, 2004).

To, co lze nazývat zdravým životním stylem je jistě všeobecně známo. Jak ale mohou zaměstnavatelé ke zdravému životnímu stylu svých zaměstnanců přispět? Za příklad lze uvést existenci programů podpory a ochrany zdraví na pracovišti (POZP). Tento pojem představuje úsilí jak zaměstnavatelů, tak jejich pracovníků s cílem zlepšit zdraví a pohodu

zaměstnanců. Jak toho zle dosáhnout? Evropská agentura pro bezpečnost a ochranu zdraví při práci věří v přispění ke zlepšení zdraví díky (Podpora ochrany zdraví [online]):

- Lepší organizaci práce a pracovního prostředí.
- Podpoře zaměstnanců v účasti na zdraví podporujících činnostech.
- Podpoře rozvoje osobnosti a informovanosti vedoucí ke změně rizikového chování.

Zdravotní stav jedince je z velké míry na odpovědnosti toho, o jehož zdraví se jedná. Svým jednáním, jak již bylo zmíněno, může každý člověk ovlivnit mnohé. Většina lidí však tráví třetinu svého pracovního týdne v zaměstnání, kde jsou kompetence v této oblasti jedincem různě, a často i v určitých ohledech, málo ovlivnitelné. Zaměstnavatel však může učinit preventivní kroky k podpoře pracovního prostředí a celkového zdraví svých zaměstnanců. Mezi možnosti, které má zaměstnavatel ve své kompetenci, patří například úplný zákaz kouření na pracovišti, případně nabídka programů na odvykání kouření, či zajištění podporujícího psychosociálního prostředí. Za organizační opatření lze považovat také umožnění celoživotního vzdělávání nejen v oblasti či směru, kterým se společnost zabývá, ale i životního stylu, programů proti stresu apod. Dále může zaměstnavatel pracovníkům umožnit, aby sami participovali na zlepšování organizace své práce a pracovního prostředí.

Za velmi důležité lze považovat péči o zdraví zaměstnanců správnou výživou. Zaměstnavatel může vhodným výběrem firmy, která zprostředkovává stravu formou společného stravování velmi podpořit pravidelný a správný přísun živin jak kvantitativně, tak kvalitativně. Vhodně zvolenou stravou lze ovlivňovat nejen vznik civilizačních onemocnění, ale například i psychickou aktivitu a pozornost.

Další neodmyslitelnou složkou zdravého životního stylu jsou sportovní aktivity. Zaměstnavatel může kupříkladu financovat sportovní akce či soutěže, které mohou sloužit nejen jako team-building, ale i jako péče o zdraví, pokud se nejedná pouze o ojedinělou či nárazovou činnost. Další variantou, jak podpořit zaměstnance k pohybu, jsou benefity formou poukazů na sportovní aktivity do posiloven nebo center pohybu aj. Touto formou benefitů hrazených z rozpočtu zaměstnavatele, se mohou v rámci prevence zdraví zaměstnancům poskytovat i další poukazy, například na vzdělávací akce, programy protistresových tréninků, relaxace, masáže, wellness aj. (Podpora ochrany zdraví [online]).

Pokud zaměstnavatel zdárně pečuje o zdraví svých zaměstnanců, dle určitých kritérií lze jeho společnost označit jako „Zdravou organizaci“. Tu lze definovat jako: „*organizaci, kterou charakterizuje nejen finanční úspěch (v případě ziskových organizací zisk), ale i*

psychicky a duševně zdravá pracovní síla, která je schopna udržovat po celou dobu zdravé a uspokojující pracovní prostředí a kulturu organizace, obzvláště v období bouřlivého a měnícího se trhu (Anderson, 2001: 402).

Jak si konkrétně takovou organizaci představit? Autoři Arnold, Silvester a Patterson (2007) popisují, že v tomto typu společností existuje vysoká míra oddanosti a loajality zaměstnanců, vysoké uspokojení z práce, dobré zaměstnanecké vztahy, vysoká bezpečnost práce a dobrá ziskovost. Dále je u pracovníků měřena nízká hladina stresu, nízká míra fluktuace, absence a nemocnosti.

2.7.1.1. Vztahy na pracovišti

Ve vztazích na pracovišti dochází k uspokojování mnoha sociálních potřeb zaměstnanců. Jedná se například o potřebu sociálního kontaktu, potřebu poskytování pomoci nebo její přijímání, stejně tak potřeba někoho ovládat či se někomu podřizovat, být akceptován, náležet ke skupině, nacházet osoby blízké vlastní hodnotové orientaci a také potřeba sociálních jistot (Kocianová, 2010). Ve skupině lze najít různé interpersonální vztahy. Jedná se například o vztahy vzájemné spolupráce a pomoci, odpovědnosti, nároků a vztahy konkurence (Provazník, 1997).

Vztahy na pracovišti lze chápat jako vztah zaměstnavatele se svými zaměstnanci a vztahy mezi jednotlivými zaměstnanci navzájem. Celková atmosféra vztahů první ze dvou uvedených možností odráží názory managementu a pracovníků na způsoby, jakými jsou zaměstnanecké vztahy řízeny. Ty mohou být různé povahy, stejně, jako následná atmosféra na pracovišti. Ovlivnit způsob, jak se zaměstnanci na pracovišti cítí, může podpořit vzájemná důvěra vedení podniku a zaměstnanců, stejně jako slušné a ohleduplné jednání. Velmi důležitá je otevřená politika a průhlednost zaměstnaneckých vztahů. Cílem v podpoře harmonických vztahů může být v dobrovolné a chtěné spolupráci vlastních zaměstnanců, nežli autoritativní vynucování zdráhavé poslušnosti. Pokud dojde ke konfliktu mezi zaměstnanci a vedením, vždy by měla fungovat snaha k „win-win“ výsledku, kdy takzvaně obě strany něco získávají a jsou spokojené. Důležitá je rovněž správná míra zainteresovanosti jednotlivých zaměstnanců do cílů organizace. Správným vedením může podnik v tomto ohledu získat mnohé. To se neobejde bez správného vyškolení příslušných nadřízených v přístupech, které by měli ke zlepšování vztahů na pracovišti používat (Armstrong, 2007).

Dobré vztahy na pracovišti se neobejdou bez vzájemné důvěry mezi všemi členy organizace. Důvěra dokonce zlepšuje fungování organizace z hlediska výkonnosti, prokazatelně zlepšuje komunikaci, spolupráci i výsledky, činnosti, inovace, strategii, zapojení, vztahy partnerství, i vztahy se všemi zainteresovanými stranami (Covey, 2009).

Vztahy mezi zaměstnanci mezi sebou, i vztahy mezi zaměstnanci a zaměstnavatelem utvářejí sociální interakci lidí a ovlivňují jejich jednání, které má následně vliv na celkovou atmosféru v organizaci. Vztahy uvnitř mohou tak být spolupracující, nebo napjaté. Velký vliv na atmosféru ve skupině má identifikace zaměstnanců se skupinou, míra shody jedince se skupinou v postojích a přístupech týkajících se práce. Pokud se pracovník cítí ve skupině příjemně, jsou-li v rámci sociální interakce a spolupráce uspokojovány jeho potřeby, pokud je skupinou respektován, oceňován, je zpravidla se skupinou plně identifikován (Kocianová, 2010). Obecně lze říci, že dobré pracovní vztahy pozitivně ovlivňují také výkonnost zaměstnanců. V případě, že vztahy a atmosféra v práci nejsou dobré, může pouze jediný zaměstnanec sehrát pozitivní roli ve zlepšení vztahů, často je však ovlivnit nemůže. Je nutná dlouhodobá péče a prevence ze strany manažerů o tuto oblast. Jistě se jim to vyplatí z mnoha hledisek popsaných výše. Není totiž výjimkou, že špatné vztahy na pracovišti často bývají důvodem k odchodu lidí ze zaměstnání.

2.7.1.2. Stres

V České republice je účinné nařízení vlády č. 290/1995 Sb., kterým se stanoví seznam nemocí z povolání, jejichž uznávání je v kompetenci pracovního lékařství. Zmíněný seznam zahrnuje širokou škálu onemocnění dělených dle původce z prostředí nebo místa postižení. Mezi tyto původce patří chemické látky, fyzikální faktory, dále nemoci dýchacích cest, kožní onemocnění a nemoci přenosné a parazitární. Za zajímavý lze považovat fakt, že seznam nezahrnuje žádné onemocnění psychické včetně stresu spojeného se zaměstnáním, přestože je prokázáno, že stres může způsobovat například onemocnění jako hypertenzi, infarkt myokardu, kolitis (zánět tlustého střeva), revmatickou artritidu, poruchy činnosti štítné žlázy, deprese a mnohá další (Arnold et al., 2007).

Lze tvrdit, že největším a nejzávažnějším problémem se dle výzkumů jeví v poslední době právě stres. Půl milionu jedinců z již zmíněných dvaceti milionů ho uvádí jako hlavního činitele, který vedl k jejich onemocnění (Armstrong, 2007). Toto zjištění potvrzují i údaje z výzkumů prováděných Evropskou agenturou pro bezpečnost a ochranu zdraví při práci, která uvádí, že stres ve spojení s prací je druhou nejčastěji uváděnou příčinou vzniku

zdravotních problémů, načež uvádí, že v Evropě se tento problém týkal 22 % zaměstnaných lidí (Cox, Griffiths, Rial-Gonzalez, 2000).

Stres lze definovat jako „*vnitřní stav člověka, který je buď přímo něčím ohrožován, nebo takové ohrožení očekává a přitom se domnívá, že jeho obrana proti nepříznivým vlivům není dostatečně silná*“ (Křivohlavý, 1994: 10). Za stresové faktory jsou považovány „*ztižené nebo neobvyklé senzomotorické podmínky výkonu činnosti, časový deficit, tlak ohrožení a odpovědnosti*“ (Mikšík, 1980: 102).

Existuje mnoho publikací, které se stresu a jeho zvládnání věnují na úrovni jednotlivce. Co však může udělat zaměstnavatel pro vypořádávání se stresem u svých zaměstnanců, uvádí například Armstrong (2007):

- ❖ Mnoho souvisí s rozpoznáním stresových situací na konkrétním pracovišti, nicméně je důležité zabývat se politikou rovnováhy mezi pracovním a nepracovním životem. Pokud zaměstnavatel nedbá na osobní a rodinný život svých zaměstnanců, situace je jistě pro pracovníky obtížná. Zaměstnavatel může zavedením zvláštní dovolené či pružnou pracovní dobou jistě stresu v mnohých situacích předejít.
- ❖ Další možnost je vzdělávání a angažovanost vrcholových manažerů, kteří by měli být edukováni v oblasti prevence stresu jak u sebe, tak u svých podřízených.
- ❖ Důležitou součástí zvládnání stresu v organizaci, je komunikace o problémech, které se tohoto tématu týkají. Příležitost a atmosféra organizace podněcující k jejich řešení, ať již s nadřízeným, nebo i například s lékařem dané organizace, může velmi v otázce vypořádání se se stresem, pomoci.
- ❖ Neméně důležitá je komunikace o rozvoji kariéry, jejím plánování, vhodném povyšování a řízení kariérního růstu. Jde o otázku spravedlnosti v této činnosti, aby nedošlo k nevhodnému nepovyšování či povyšování.
- ❖ Správné umístování a rozmístování jedinců, jejichž vlastnosti a dovednosti jsou odpovídající dané pozici, je důležité nejen pro správné zvládnání povinností vyplývajících z dané pozice, ale jako prevence proti stresu pracovníka.
- ❖ Z hlediska kompetencí je důležité také optimálně stanovovat reálné či dosažitelné cíle. Stejně tak je důležité pevně stanovit každému pracovníkovi jeho kompetence a vyhnout se tak případnému konfliktu rolí.

2.7.1.3. Syndrom vyhoření

Z hlediska pracovního pozadí lze nejen u pracovníků ve zdravotnické oblasti pozorovat výskyt tzv. „burnoutu“. Syndrom vyhoření je vymezován jako prožitek únavy až vyčerpání, který provází mnohé příznaky, především v oblasti psychické, ale i v oblasti fyzické a sociální. Jeho výskyt je u zdravotníků vyšší, protože se vyskytuje převážně u činností, kde je nutný kontakt s lidmi. U postižených „burnoutem“ jsou zjevné projevy emocionálního a kognitivního opotřebení a vyčerpání. Často se objevuje celková únava spojená s vnitřním odstupem od pracovních problémů a zjevným poklesem pracovního výkonu (Kebza, Šolcová, 2003)

Preventivní opatření proti syndromu vyhoření uvádí Kebza a Šolcová (2003):

- Osobnost a chování zaměstnance spíše dynamičtějšího, aktivního a soutěživého rázu.
- Asertivní typ chování.
- Vhodný time-management.
- Pestrost, různorodost a ne-monotónnost náplně práce.
- Odolnost jedince.
- Kompetence spojené s pocitem dostatku schopností a dovedností ke zvládnutí náplně práce.
- Zdravá sebedůvěra a optimismus.
- Sociální podpora, fungující sociální síť vztahů, rodiny, přátel a především spolupracovníků stejného postavení.
- Správně nastavený systém odměňování, hodnocení nejen ekonomické, ale i společenské.
- Well-being, životní spokojenost, k níž patří být zdravý, vzdělaný, vycvorený, dobře finančně ohodnocený, optimistický, bezstarostný, s vysokým sebehodnocením, sebeúctou a pracovní morálkou.

2.7.1.4. Mobbing a bossing

Ne vždy na pracovišti vládne přátelská a k práci motivující atmosféra. V některých případech se lze v zaměstnání setkat s mnohými neshodami a konflikty. Pokud je nežádoucí situace zdárně vyřešena, všichni účastníci ji brzy považují za uzavřenou. Nebezpečí však skýtá chování na pracovišti, které systematicky, cíleně a mnohdy až protiprávně zasahuje do pracovního a osobního života pracovníka (Kratz, 2005).

Příkladem takového cíleného a systematického jednání je mobbing, který je definován jako: „řada případů negativního až útočného jednání ze strany jednotlivce nebo i několika osob vůči určitému člověku po delší dobu, minimálně jednou týdně po dobu alespoň půl roku“ (Kratz, 2005: 16).

Situace, kdy způsobem popsaným výše utočí nadřízený na podřízeného nebo podřízené, jedná se o bossing. Ve studii prováděné Psychologickým ústavem AV ČR bylo v podmínkách České republiky zjištěno, že právě bossing je nejčastějším druhem šikany na pracovišti. Respondenti uváděli, že původcem mobbingu jsou v celých 73,3% případů nadřízení, zatímco ze strany kolegů se setkali se šikanou pouze ve 23,3%. V naprosto zanedbatelném čísle se jednalo o mobbing pocházející od podřízených. Z toho vyplývá, že mobbing je silně vázán na statut a formální pozici jedince, který má přístup k moci vzniklé danou institucí (Šikana na pracovišti, 2012).

Cílem při těchto netolerovatelných aktivit je zamezení oběti mobbingu mezilidské komunikaci, snížení spolupráce s obětí na minimum a blokáce sociálních vazeb či poškození sociální vážnosti (Kratz, 2005).

Prevence mobbingu je účinná v případě, že jsou opatření proti němu prosazována a uskutečňována nejen jedincem, ale nadřízenými a nejlépe celou organizací. U bossingu je situací vážnější v tom, že ti, kteří by měli chránit, podporovat a motivovat zaměstnance a starat se o zdravé a bezpečné pracovní prostředí, se chovají přesně opačně. Prevencí mobbingu tedy je (Bedrnová, 2009):

- Obezřetnost před nástupem do zaměstnání, stejně tak při začleňování do nového kolektivu.
- Získání kvalitních a všestranných informací o povaze práce a pracovních podmínkách.
- Finanční nezávislost jednotlivce. Díky ní se totiž zvyšuje sebedůvěra a pracovník má větší odvahu k vyhledávání případných lepších pracovních příležitostí. Doporučeno je průběžně si vytvářet finanční rezervu.
- Zvyšování vlastní kvalifikace a ceny na trhu práce.
- Asertivní typ chování, odolnost, sociální podpora přátel, rodiny a kolegů.
- Pracovní a osobní kompetence spojené s pocitem dostatku vlastních schopností a dovedností ke zvládnutí nároků profese a pracovní funkce.

V případě, že nejsou učiněna dostatečná preventivní opatření proti mobbingu a dojde k jeho výskytu, mohou se u těch, kteří jsou mu vystaveni, objevit některá

z psychosomatických onemocnění, deprese, riziko sebevraždy nebo posttraumatická stresová porucha (Bjorkqvist, Osterman, Hjelt-Back, 1994).

Na překvapivé zjištění poukazuje studie provedená v zemích západní Evropy, která ukazuje, že v průběhu své kariéry se stane terčem mobbingu až 5-20 % pracovníků (Hoel, Salin, 2003). Ve spojených státech je to ještě více, kdy procento postižených je až 30% (Lutgen-Sandvik, Namie, Namie, 2009).

2.7.1.5. Biorytmy a únava

Rytmičnost patří k základním rysům a zákonitostem lidského života. Žádný člověk nemůže stále jen pracovat bez odpočinku. Napětí jak svalové, tak duševní nutně musí přejít v uvolnění. Člověk tak při práci potřebuje odpočinkový čas, který pokud je příliš krátký, vzniká únava. Lékaři v nemocnicích pracují velmi nepravidelně a často mnoho hodin v kuse. Odpočinek mezi jednotlivými směnami, zvláště pak po noční službě tak musí být dostatečně dlouhý, aby nezanechal spánkový dluh, který může vést k ohrožení zdraví, duševní vyčerpanosti nebo ke vzniku psychosomatických poruch. Opomenout nelze ani riziko ohrožení bezpečnosti výkonu práce, pokud lékař není dostatečně odpočinitý. Kvalita výkonu práce závisí na mnoha faktorech, jedním z nich je, zdali je činnost vykonávána v denní, anebo noční době, kdy vlivem biorytmu organismu různě kolísají či na sebe navazují stavy bdělosti a únavy či spánkového dluhu. Záleží také samozřejmě na délce provádění pracovních výkonů, tzn. na únavě z práce. Velký vliv má také prostředí, ve kterém zaměstnanec pracuje, jedná se kupříkladu o klimatické či akustické podmínky, vibrace a také atmosféra na pracovišti (Štikař, Rymeš, Riegel, 2003).

Výše zmínění autoři zabývající se psychologii práce určují typy únavy následovně:

- Nutná únava – neboli přirozená, jejíž následky do druhého dne zmizí.
- Zbytečná únava – vznikající na podkladě špatné organizace práce, odstranitelná vhodnou organizací práce.
- Škodlivá únava – jejíž účinky do druhého dne nezmizí a hromadí se u daného pracovníka, což může dát za vznik níže uvedeným fyziologickým i psychickým změnám.

Únava je považována jako něco přirozeného, jako přímý důsledek práce. Projevuje se dočasnými psychickými a fyziologickými změnami, jako například zřakovou únavou, zhoršenou pozorností, špatnou koordinací pohybů apod.) Jiné dělení únavy ukazuje, do jakých sfér či orgánových funkcí člověka může zasahovat (Provazník, 1997: 136):

- ❖ Únava smyslová
- ❖ Únava nervová
- ❖ Únava svalová
- ❖ Únava duševní

Provazník nadále uvádí, že kromě pracovních podmínek záleží také na osobnosti jedince a jeho nastavení fyzické a psychické odolnosti. Lidé se v těchto ohledech od sebe velmi odlišují. Proto je nutné vybírat zaměstnance na náročné pracovní pozice opravdu pečlivě. Při nevhodném výběru pracovníka nebo jen nedostatečném odpočinku se u člověka při neuposlechnutí projevů únavy může dostavit pocit podráždění, citová labilita, úzkost či nepřiměřené reakce. Následně pak dochází až k úplnému psychickému či fyzickému vyčerpání, které je především nebezpečné pro lékaře, protože výrazně negativně ovlivňuje pracovní výkon, což je nebezpečné pro pacienty. Lékař samotný je vystaven až patologickým důsledkům v jeho psychice.

Někteří lékaři a vědci od dob Hippokrata až do současnosti věnují výzkumům biorytmů. Za zajímavé lze považovat zjištění, že cyklický průběh životních funkcí organismu se svou 24 hodinovou frekvencí ovlivňuje chování a prožívání jedince, jeho citlivost, koordinaci pohybů aj. Během těchto 24 hodin kolísá krevní tlak, tělesná teplota, aktivita enzymů i endokrinních žláz. Fyziolog N.J. Perna rozdělil biorytmy člověka do 24-25 bio-psychologických hodin, kdy každá hodina má svá specifika. Kupříkladu nehledě na to, zdali spíme nebo jsme vzhůru, v době brzkých ranních hodin je lidský organismus u většiny v největším útlumu, jehož vrchol nastává okolo třetí hodiny ranní. Okolo šesté hodiny ranní se organismus začíná aktivovat a „běží“ na nejvyšší výkon, což trvá až do 12 hodiny polední, kdy kulminuje. Okolo 14 hodiny křivka zásob potenciální energie klesá. Podrobnému popisu jednotlivých hodin se více věnuje doktorka Buchtová v knize Psychologie člověka pro manažery (2002).

O zdraví jedinců se stará nejen zaměstnavatel, ale skrze něj i stát, který účinnou legislativou upravuje velmi mnoho pro zdraví důležitých oblastí. Nejdůležitější z nich jsou uvedeny v příloze č. 3.

2.8. Vzdělávání

Pro lepší orientaci v praktické části diplomové práce je vhodné popsat systém vzdělávání lékařů.

Prvním krokem k tomu, stát se lékařem je přijetí na studium všeobecného lékařství na některé z lékařských fakult. Předpokladem pro získání titulu MUDr. je absolvování šestiletého studia koncipovaného jak z teoretické, tak praktické výuky. Po absolvování lékařské fakulty musí lékař doložit osvědčení o způsobilosti nejen odborné, ale i zdravotní. Podmínkou, pro samostatný výkon povolání lékaře, je získání specializované způsobilosti. To v praxi znamená, že každý lékař musí kromě absolvování šestiletého prezenčního studia oboru Všeobecné lékařství, díky kterému nabyde odborné způsobilosti ještě absolvovat specializační vzdělávání ukončené atestační zkouškou, kdy nabyde specializované způsobilosti. Tento proces trvá různě dlouho dle zvoleného oboru, většinou však pět, u praktického lékařství 3 roky. Maximální doba přípravy je 8 let (Kocourek, 2010, Jak získat specializovanou způsobilost [online]).

Specializované způsobilosti osoba nabyde po absolvování tzv. základního kmene, který může být například interní, chirurgický, pediatrický, anesteziologický, z praktického lékařství, gynekologický, psychiatrický, radiologický, hygienický či patologický.

Následuje vlastní specializační výcvik, například kardiologie, gastroenterologie, vnitřní lékařství, klinická onkologie, dermatovenerologie, klinická genetika, cévní chirurgie, dětská chirurgie atd. (Jak získat specializovanou způsobilost [online]). Poté dotyčný skládá atestační zkoušku.

Specializační vzdělávání se skládá z praxe na pracovišti v daném oboru, ve kterém hodlá lékař atestovat, dále ze stáží na výše zmíněných pracovištích (tzv. základní kmen), a také ze vzdělávacích kurzů a složení atestační zkoušky (Kocourek, 2010).

Pokud absolvent všeobecného lékařství chce nastoupit na tzv. základní kmen, od roku 2012 musí uzavřít pracovní poměr na akreditovaném pracovišti. Pokud toto pracoviště nepřekročí počet školících míst, získává dotaci na každého rezidenta po celou dobu kmene (Kocourek, 2010).

Časové rozložení při volbě interního oboru, kterým je například kardiologie:
A) Všeobecná povinná praxe na akreditovaném pracovišti (Kocourek, 2010):

- 2 měsíce na oddělení anesteziologie a intenzivní medicíny – lůžkové oddělení resuscitační a intenzivní péče
- 2 měsíce na chirurgii – lůžkové oddělení všeobecné chirurgie s minimálním počtem 35 lůžek
- 2 měsíce vnitřní lékařství – na standardním interním lůžkovém oddělení s neselektovaným příjmem nemocných

B) Dále je nutné absolvovat povinnou praxi v oboru kmene

- 2 měsíce vnitřní lékařství – standardní interní lůžkové oddělení s neselektovaným příjmem nemocných s akreditací I. nebo II. typu
- 1 měsíc neurologie

C) Povinná praxe

- 25 měsíců – vnitřní lékařství – standardní interní lůžkové oddělení s neselektovaným příjmem nemocných s akreditací I. nebo II. typu, z toho minimálně 3 měsíce na standardním interním lůžkovém oddělení s neselektovaným příjmem nemocných s akreditací II. typu, 4 měsíce na JIP na pracovišti s akreditací I. nebo II. typu a 2 měsíce na JIP na pracovišti s akreditací II. typu.

D) Doplnková praxe

Celých 9 měsíců na vybraných pracovištích s akreditací I., II., nebo III. typu těchto oborů:

- kardiologie (2 měsíce)
- gastroenterologie (2 měsíce)
- diabetologie a endokrinologie a ostatních poruch metabolismu výživy (2 měsíce)
- nefrologie (1 měsíc)
- revmatologie (1 měsíc)
- pneumologie a ftizeologie

Dále je nutné absolvovat 1 měsíc na klinické onkologii a 1 měsíc na oddělení hematologie a transfuzním lékařství.

Lékaři v atestační přípravě na akreditovaných pracovištích často nastoupí na PhD studium, jehož forma je prezenční nebo kombinovaná. Při studiu prezenční formy má student nárok na stipendium ve výši asi 8000,- Kč za měsíc. Při kombinované formě tento nárok studentovi nevzniká (Kocourek, 2010).

3. EMPIRICKÁ ČÁST

Druhou část této diplomové práce tvoří výzkumná část zabývající se tématem rovnováhy pracovního a nepracovního života u konkrétních zaměstnanců, a to lékařů kardiologie a jednoho lékaře kardiochirurgie.

3.1. Vymezení tématu

Při přemýšlení o tématu mé diplomové práce jsem byla brzy rozhodnuta, že bych se ráda věnovala problematice, která značně ovlivňuje můj život, i přestože jsem byla doposud pouze „studentem na plný úvazek“, vzhledem ke studiu dvou vysokých škol současně. Mojí inspirací k volbě tématu Work-life balance byla moje maminka, která pracuje jako zdravotní sestra ve fakultní nemocnici, a především můj kamarád, který je na obdobném pracovišti v Praze lékařem. Každý den, když s oběma hovořím, setkávám se s problémy, které se týkají každodenního života mých pracovně vytížených blízkých. Chtěla jsem se na problematiku rovnováhy mezi pracovním a nepracovním životem podívat ze širšího hlediska, protože je lehké nechat se vtáhnout do víru denních událostí a soudit situaci bez již zmíněného širšího rozhledu. Mojí intencí tedy bylo rozšíření vlastních znalostí na dané téma spolu s nadějí v užitečnost, či přispění k uvědomění a zlepšení pracovních, a tedy i životních podmínek pro lékaře obecně.

3.2. Cíl výzkumu

Hlavním cílem tohoto výzkumu bylo popsat pohled mladých lékařů na problematiku rovnováhy mezi pracovním a nepracovním životem. Zjištěné informace by mohly vést k diskusi a možné změně v přístupu řešených oblastí.

3.3. Formulace výzkumné otázky

Hlavní výzkumná otázka

- *Jak vnímají mladí lékaři rovnováhu mezi pracovním a nepracovním životem?*

Vzhledem k tomu, že je mnoho oblastí, které by hlavní výzkumná otázka mohla pojmut, byly vytvořeny i dílčí podotázky, které částečně posloužily i k tvorbě otázek v rozhovoru s respondenty.

- *Jaké vlivy označují mladí lékaři jako určující při volbě jejich vysoké školy.*
- *Jaké vlivy označují mladí lékaři jako určující při volbě jejich specializace.*

- *Jaká očekávání ve zvolené dráze lékaře naši respondenti měli a jaké bylo jejich naplnění.*
- *Jak vnímají mladí lékaři své pracovní podmínky.*
- *Jak vnímají mladí lékaři vztahy na jejich pracovišti.*
- *Jak ovlivňuje zaměstnání respondentů jejich zdravotní stav.*
- *Jak ovlivňuje zaměstnání respondentů jejich rodinný život.*
- *Jak ovlivňuje zaměstnání respondentů jejich partnerský vztah.*
- *Jakým způsobem ovlivňuje zaměstnání respondentů jejich vztahy s přáteli.*
- *Jakým způsobem ovlivňuje profese respondentů jejich volný čas.*
- *Jakým způsobem ovlivňuje profese respondentů chod jejich domácnosti.*

3.4. Metodologie

Pro empirickou část diplomové práce byl vybrán jako metodologický přístup kvalitativní výzkum, a to hned z několika důvodů. Již samotné téma napovídá tomu, že je potřebné zkoumat náhledy a vnímání jednotlivců a odkrývat význam jimi sdělovaných informací. Šlo nám tedy o porozumění a pochopení toho, jak mladí lékaři vnímají rovnováhu mezi pracovním a nepracovním životem. V rámci kvalitativního přístupu bylo cílem prozkoumat dané téma do hloubky a přinést co možná největší možné množství informací k dané problematice. Díky volbě této metodologie bylo výše zmíněné umožněno.

Kvalitativní výzkum je definován jako: „nenumerické měření a interpretace sociální reality. Cílem je odkrýt význam podkládaný sdělovaným informacím“ (Disman, 2008: 285).

Za zajímavou lze také považovat definici, jež sděluje, že „kvalitativním výzkumem rozumíme jakýkoliv výzkum, jehož výsledků se nedosahuje pomocí statistických procedur nebo jiných způsobů kvantifikace. Může to být výzkum týkající se života lidí, příběhů, chování, ale také chodu organizací, nebo vzájemných vztahů“ (Strauss, Corbinová, 1999: 9).

Jedním z důvodů, které uvádí Strauss a Corbinová (1999: 10), proč zvolit jako typ výzkumu výzkum kvalitativní, je podstata zkoumaného problému. Některé zkoumané oblasti jsou vhodné převážně pro kvalitativní typ výzkumu. V rámci kvalitativního přístupu se snažíme odhalit podstatu jevů, o nichž toho ještě moc nevíme.

3.4.1. Sběr dat a vyhodnocení informací

Nástrojem kvalitativního výzkumu je rozhovor, kdy se snažíme získat co možná nejvíce detailní a komplexní informace o studovaném jevu. Kvalitativní výzkum je založen na indukci, což znamená, že touto metodou usuzování získáváme v závěru informaci, která přesahuje informace ve východisku (Švaříček, Šedřová, 2007: 8).

Zvolenou technikou sběru dat byly v této diplomové práci polostrukturované rozhovory, které patří mezi výzkumníky nejčastěji volené. Tento typ sběru dat však vyžaduje náročnější technickou přípravu (Miovský, 2006: 18). Rozhovor je veden na základě předem připravených témat, oblastí zájmu či otázek (Švaříček a Šedřová, 2007: 160). Výhoda polostrukturovaného rozhovoru tkví v tom, že předem stanovené tematické okruhy zajistí, abychom nezapomněli na žádné důležité téma, a zároveň poskytují prostor pro pokládání doplňujících otázek, které pomáhají prohloubit pochopení. V průběhu realizace výzkumu je také možné upravovat okruhy otázek, způsob dotazování se na jednotlivá témata a jejich pořadí v rozhovoru na základě nově získaných poznatků (Miovský, 2006: 18).

Naše rozhovory měly tedy předem stanovená témata, na která byla v průběhu setkání s respondentem zaměřena pozornost. Jednotlivé oblasti na sebe navazovaly a měly přirozenou posloupnost. V úvodu při pokládání otázek byla zachována doporučená struktura i s ujištěním o anonymitě respondenta spolu s vyjádřením jeho souhlasu s nahráváním na audio zařízení. Připravené otázky měly širší záběr, než pouze v rozsahu tématu, se zachováním doporučených úvodních otázek a tzv. otázek v závěru. Respondenti tak odpovídaly volně, ve většině případů bez přerušování a díky tomu byly rozhovory prostoupeny řadou oblastí, ze kterých vyšly velmi zajímavé a cenné informace. Lze říci, že rozhovory byly delšího rázu, časově se pohybovaly od 1h 18min do 1h 36min.

Existují různé typy kvalitativního výzkumu. Pro náš výzkum byla zvolena metoda grounded theory, tedy zakotvená teorie. „Jedná se o strategii, jak vyvinout teorii přímo z existujících dat, bez použití jakýchkoliv předem připravených kritérií pro to, která data mají být vybrána. Jedná se o vyvinutí teorie ryze induktivním procesem, bez pomoci předem připravených hypotéz“ (Disman, 2008: 298). Její výhodou, je to, že grounded theory nabízí každému výzkumníkovi postupy pro analýzu dat, které vedou k vytvoření teorie užitečné přímo pro jeho směr (Strauss, Corbinová, 1999: 11).

3.4.2. Výzkumný vzorek

Výzkum byl prováděn v průběhu února až června 2013 ve spolupráci s mladými lékaři, našimi respondenty, kteří jsou všichni ve specializační přípravě v oboru kardiologie, nebo kardiochirurgie. Celkem byl rozhovor uskutečněn s pěti respondenty. Rozhovory byly uskutečněny v klidné místnosti, ať už na odděleních, kde respondenti pracují, nebo v domácím prostředí. Původní záměr byl uskutečnit výzkum pouze v rámci jednoho oddělení, to však nebylo pro nedostatek respondentů svolných k rozhovoru možné. Tři z pěti lékařů jsem znala osobně, což umožnilo respondentům k uvolněnosti a lze tvrdit, že i k upřímnější zpovědi a menším zábránám. Je možné říci, že rozhovory byly vedeny ve velmi přátelském duchu a respondenti nebyli nervózní, i přesto, že se se rozhovor týkal někdy i velmi osobních témat. Při zpovídání našich respondentů byla ze strany tazatele velká snaha o to, aby jejich monolog nebyl přerušován, a také, aby byl zachován nadhled. Důležité bylo neposkytovat na danou problematiku svůj vlastní názor, což bylo mnohdy těžké. Otázky byly kladeny srozumitelně, podle připraveného schématu. I přesto, že mnohé se mi podařilo dle očekávání, bylo pro mne v některých případech velmi těžké, trefně se doptávat na důležité informace. Tento fakt může sloužit do budoucna jako prostor pro vlastní rozvoj v tomto směru.

Původním záměrem bylo také uveřejnit konkrétní pracoviště respondentů, to však po vzájemné dohodě s nimi bylo zamítnuto. Proto jsou názvy zařízení pod jednotlivými čísly. Číslice jedna značí jedno a to samé zařízení, číslo dva je podobné pracoviště, ale na jiném místě.

Představení respondentů, kteří vystupují pod pseudonymy:

- Bedřich - 25 let, pracuje na oddělení kardiologie ve zdravotnickém zařízení č. 1
- Michael – 30 let, pracuje na oddělení kardiologie ve zdravotnickém zařízení č. 1
- Neda – 26 let, pracuje na oddělení kardiologie ve zdravotnickém zařízení č. 1
- Samuel – 25 let, pracuje na oddělení kardiochirurgie ve zdravotnickém zařízení č. 1
- Ulrika - 26 let, pracuje na oddělení kardiologie ve zdravotnickém zařízení č. 2

3.4.3. Analýza rozhovorů

Při použití výzkumu grounded theory bylo postupováno dle pravidel v posloupnosti, po sběru dat došlo na metodu otevřeného kódování materiálu a následně ke konstruování teorie (Švaříček, Šedová, 2007: 84). Otevřené kódování je část analýzy, která se zabývá

označováním a kategorizací pojmů pomocí pečlivého studia údajů“ (Srauss, Corbinová, 1999: 41). Sebraná data tedy byla selektována do jednotlivých kategorií, které se postupně objevovaly z rozhovorů v přepsaném textu. Došlo k uspořádání, dále k otevřenému kódování, které umožnilo následnou analýzu dat.

3.4.4. Prezentace rozhovorů

Nejtěžší fází byla prezentace kvalitativních dat potencionálním čtenářům. Pro přesnost interpretace dat byla zvolena strategie, co možná největší reprodukce původních zdrojů a poukazování na kontexty vztahující se k vyjádřenému, spolu s odkazy na vztahující se literaturu, případně na teoretickou část diplomové práce. Pro dobrou orientaci v textu, byly citace respondentů uvedeny kurzívou.

3.5. Kostra příběhu

Primárním tématem, a tedy centrálním jevem je odpověď na otázku, která byla vygenerována z dat. Kladou si ji implicitně či explicitně sami respondenti: „Za jakou cenu, je lékař lékařem, neboli, co všechno mladí lékaři podřídili tomu, aby se jím stali?“. Odpovědí může být, že „cena“, kterou respondenti zaplatili a stále platí je vysoká a někdo jí platí rád, většina má však velké výhrady ke stinným a problematickým stránkám výkonu profese. Mladí lékaři totiž museli po nástupu do specializační přípravy slevit ze svých očekávání, vyrovnat se s mnohými skutečnostmi, se kterými ať už počítali nebo nepočítali při volbě jejich profese nebo specializačního zaměření. Dennodenně se potýkají s prací přesčas, která je jimi považována jako jediná možnost, jak dosáhnout na požadované finanční ohodnocení. Na základě práce nad rámec běžné pracovní doby pocítují únavu a nedostatek spánku, což se časem může promítat do jejich zdravotního stavu. Ve svém volném čase se pak především věnují odpočinku. Zájmy hrají u mladých lékařů jen malou roli, někteří uvádějí, že na ně rezignovali již při studiu na vysoké škole právě kvůli nedostatku volného času. Respondenti řeší dilemata, zdali nyní či v budoucnu finančně zabezpečit rodinu, za cenu zkrácení času na kontakt s rodinou a dětmi. Nízké hodnocení respondentů z pohledu zaměstnavatele a ze strany starších kolegů podkopává jejich sebehodnocení a nezřídka vede k přinejmenším dočasnému smíření s nevýhodnými a pro mladé lékaře znevýhodňujícími podmínkami, které na pracovišti panují. Tolerují tak nezdravě autoritativní až povýšené chování některých služebně starších kolegů, které dokonce působí negativně na možnosti učení mladých lékařů od starších a zkušenějších. Vzdělávání je pro ně prioritou, přesto však padá za oběť také opačným zájmům jejich

zaměstnavatele. Další ústupek kromě rezignace na nedostatek času na sebe a svoji rodinu se týká partnerských vztahů, které kvůli přesčasům, psychickému a fyzickému vyčerpání mohou trpět. Nakonec respondenti slevují ve svých morálních hodnotách a tiše tolerují fakt, že nemohou zcela úplně plnit jeden z hlavních cílů toho, proč se chtěli stát lékaři, a to touhu pomáhat lidem kvůli finančním limitům při poskytování zdravotní péče. Vzhledem k podmínkám se mladí lékaři upínají k budoucnosti, a to konkrétně k bodu splnění podmínek pro získání atestace v jimi zvoleném oboru, která by jim měla poskytnout zlepšení v mnohých výše zmíněných oblastech a tedy větší rovnováhu mezi pracovním a osobním životem.

3.6. Výpis kategorií

Kategorie: Kariérové rozhodování

Subkategorie: Vlivy při volbě VŠ

Vlivy při volbě specializace

Očekávání ve zvolené dráze lékaře a jejich naplnění

Kategorie: Pracovní podmínky

Subkategorie: Pracovní doba

Subkategorie: Byrokracie

Subkategorie: Odměňování

Kategorie: Vztahy na pracovišti

Kategorie: Práce vs. zdraví

Kategorie: Práce a rodina

Subkategorie: Založení rodiny

Priorita – rodina vs. kariéra

Kategorie: Práce a partnerský vztah

Kategorie: Práce a přátelé

Kategorie: Volný čas

Kategorie: Chod domácnosti

Kategorie: Kvalita zdravotnické péče

3.7. Interpretace dat

Kategorie:	Kariérové rozhodování
Subkategorie:	Vlivy a motivy při volbě VŠ
	Vlivy při volbě specializace
	Očekávání ve zvolené dráze lékaře a jejich naplnění

3.7.1. Kategorie: Kariérové rozhodování

Pro pochopení následného hodnocení své profese respondenty považují za esenciální zmínit, jakými motivy byli respondenti vedeni k tomu, že si vybrali právě povolání lékaře. Lze všeobecně tvrdit, že rozhodování ve volbě povolání jsou jedinci ovlivňováni okolím, ve kterém žijí.

3.7.1.1. Subkategorie: Vlivy a motivy při volbě VŠ

Jedním z nejvýznamnějších faktorů okolí, které se podílí na volbě budoucího povolání, je jistě rodina. Toto potvrzuje i výzkum prováděný Národním ústavem odborného vzdělávání publikovaném v roce 2008 (Trhlíková, 2008). Předkládaná data odpovídají hodnocení studentů středních škol a ukazují výsledky výzkumu na přibližně 2050 respondentech, z nichž 40 % z nich uvedlo, že si zvolili daný typ vzdělání proto, že si to přáli jejich rodiče. Lze předpokládat, že rodiče studentů středních škol mají na výběr vysoké školy menší vliv než je tomu u absolventů základních škol, nicméně z výpovědí je patrné, že určitý vliv u některých jedinců nelze upřít.

Jistou shodu v tomto tvrzení podporuje respondent Samuel, který připouští, že sám by pocitově původně profesně směřoval zcela jinam, nicméně spatřoval jisté záporné v jeho volbě, které ho uvedly v pochyby, a proto zde vznikl prostor pro názory jeho blízkých příbuzných, kterým důvěřoval.

„No, původní myšlenka dostat se na medicínu nebyla úplně z mojí hlavy, nikdy jsem si nebyl jistý, jestli jestli k tématům, který medicína tak náěk zkoumá aa mám úplně blízko, k tomu jsem přišel až později. Vždycky jsem byl spíš člověk exaktních věd. Ale to, co mě tam v zásadě dokopalo, nechci říct, ale přihrálo mi tu medicínu, byla hlavně rodina, která viděla tuhle šanci pro moji hlavu jako poměrně atraktivní. Takže jsem si říkal, že by to

byla dost zajímavá výzva, protože výzvy mám rád, tak jsem do toho šel a nakonec to dopadlo.“ „Ten moment toho rozhodnutí byla paradoxně moje nerozhodnost. Já sám jsem si úplně nebyl tak jistej, kam vlastně vůbec se chci vrátit s tím, co jsem měl do té doby rád, tak jakože nejvíc, když jako se nemám přiklonit k předmětům gymnázia, který jsem studoval. Tak mi vždycky vycházela nějaká ekonomka, ale uvědomoval jsem si moc dobře, že pokud bych se chtěl stát ekonomem, tak aaa výhledově by byla moje perspektiva určitě obtížnější z hlediska přesycení trhu, kterej já jsem rozhodně viděl. Takže jsem se rozhodl, že puđu do něčeho ještě atraktivnějšího, pro mě teda ve formě týdlectý výzvy a tím momentem, kterej mě k tomudlectomu nějak vrtnul, bylo asi přesvědčení mojí rodiny, která, která tohleto viděla jako dobrou šanci. Hlavně teda moje maminka a moje prateta.“ (Samuel)

Stejný výzkum prováděný Národním ústavem odborného vzdělávání (Trhlíková, 2008) poukazuje na to, že existuje nemálo jedinců, kteří se rozhodují na základě vzorů z rodiny. Výzkum uvádí důvod volby vzdělání na základě vzoru v rodině nebo inspiraci někým z příbuzných, který vykonává zajímavou práci u 10 % z dotázaných. Toto v našem příběhu dokládají kupříkladu Michael nebo Ulrika.

„...možná jsem měl vzor v otcovi, takže asi tak nějak jsem šel v jeho šlépějích...“ (Michael)

„No, tak asi je to jako možná setkání s vlastně s tatínkovou aaa tetou, která je plastickej chirurg aaa docentka XXX na XXX. Ted' už tam teda není, ale byla hrozně známá a já jsem jí strašně jako obdivovala a vždycky jsem chtěla dělat plastickou chirurgii, jakože to byl podle jejího vzoru, že mně to přišlo úplně skvělý...“ (Ulrika)

Mimopracovní aktivity, záliby či koníčky mohou být dalším faktorem, který může mít vliv na volbu kariérní dráhy. Obecně lze říci, že nám koníčky mohou pomoci zaměstnávat hlavu zcela jinou činností a pomohou nám tak relaxovat od práce a následně i dosahovat lepších výsledků. Ale mohou se, a zvláště pak v raném věku, stát determinantou pro naše budoucí pracovní zaměření, jako je tomu u Bedřicha. Ten zmiňuje, že se k dráze lékaře dostal právě díky svému velkému hobby, jímž byl a dosud je sport.

„V podstatě jsem se k tomu dostal přes sport....“ „Uhm Uhm, protože jakmile jsem začal cvičit, tak jsem se začal zajímat o výživu, o lidský tělo a šlo to ruku v ruce...“ (Bedřich).

Existují jedinci, kteří dá se říci, již od narození vědí, čím by jednou chtěli být, a člověk může získat pocit, že jakoby byli předurčení ke svému povolání. Jejich motivace bývá

veliká a v přípravě na své povolání mají oproti ostatním jistě velkou (časovou) výhodu. Takovýmto příkladem může být respondentka Neda.

„Já jsem už už jako malý dítě ve školce chtěla bejt doktor ani nevím proč, akorát jsem všechny kolem sebe snažila léčit, většinou je to dost bolelo aaa a no a nikdy jsem nepřemejšlela o tom, že bych dělal něco jinýho než doktora. Já jsem prostě odjakživa chtěla bejt doktor, tak jsem doktor.“ (Neda)

Jedním z neopomenutelných motivů pro výběr profese lékaře, který pojí všechny respondenty, je pomoc lidem.

„Mně se prostě líbila, líbila celá ta vize toho, že ze mě bude doktor, že budu léčit lidi, že jim budu pomáhat...“ (Neda)

„Samozřejmě, ten primární cíl je pomoci někomu.“ (Michael)

I v nynější době, kdy již své povolání vykonávají, hodnotí potřebu pomoci druhým jako jednu z hlavních příčin smysluplnosti jejich práce.

„...to je vlastně to, proč to děláme všechno, takže to je pak samozřejmě spojený s dobrým pocitem, když člověk na něco přijde, něco objeví, někomu pomůže.“ (Michael)

„...rozhodně mě na tom motivovalo i věc, která samozřejmě měla hrát snad prim z těch všech věcí, co jsem uvedl, a to pomáhat bližním. Jako říkám, že tohleto nebyl můj primární motiv, ale každopádně s postupem času, kdy jsem do té medicíny postupně mohl nahlídnout, tak to byla pro mě čím dál tím víc atraktivnější myšlenka a ten motor, co mě tak nějak hnalo dopředu, jo?“ (Samuel)

Za zajímavý lze považovat fakt, že postoj a tedy určité hodnoty, proč je pro respondenty povolání atraktivní, se s časem mění a vyvíjí se již prakticky od dětství.

Na druhou stranu od pomoci lze předpokládat u našich respondentů určitou míru očekávání uznání směřující nejen od těch, kterým bylo pomoci, ale především od jejich okolí. Prestiž povolání je jistě jedním z faktorů, které jistě mohly mít vliv na výběr dané profese lékaře. Toto tvrzení svými výroky dokládá hned několik respondentů.

Michael, ale i ostatní respondenti v průběhu rozhovoru popisují, že jedním z jejich motivů pro volbu studia všeobecného lékařství byla vidina sebe jako člověka vykonávajícího prestižní lékařské povolání.

„No v podstatě proč jsem asi šel dělat tu medicínu. No protože ehm jsem si říkal, že je to zajímavý a pestrý obor, je to samozřejmě i prestižní povolání, to určitě si myslím, že každéj tohleto v sobě aspoň trošku má tohleto.“ (Michael)

Nutno jistě zmínit i fakt, že dle průzkumů Sociologického ústavu AV ČR bylo povolání lékaře v letech, kdy byl průzkum prováděn (rok 2004, 2007, 2011 a 2013), hodnoceno jako nejvíce prestižní. Poslední průzkum byl prováděn Milanem Tučkem a kol. v červnu 2013 na počtu 1023 dotázaných (Prestiž povolání, 2013).

Závěrem této kategorie lze uvést pro shrnutí a lepší přehlednost schéma 3 (viz níže), které ukazuje, jaké vlivy a motivy se podílejí/li u našich mladých lékařů na rozhodnutí stát se lékařem.

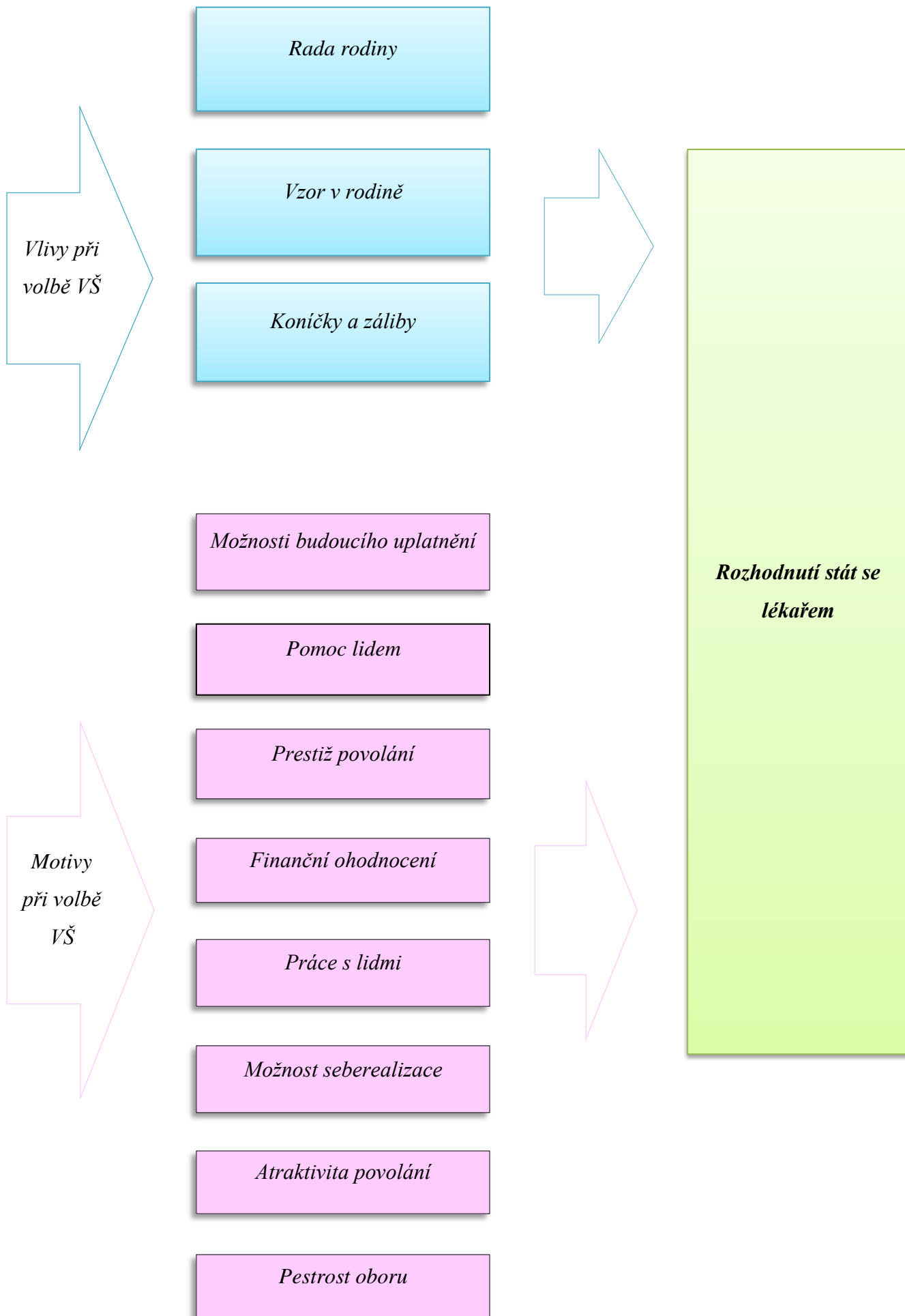


Schéma 3 popisuje vlivy a motivy hrající roli při volbě kariéry mladých lékařů

3.7.1.2. Subkategorie: Vlivy při volbě specializace

Po absolvování šestiletého studia všeobecného lékařství a získání titulu MUDr. jsou lékaři absolventi povětšinou nuceni nastoupit na atestační přípravu. V případě, že nenastoupí do specializačního vzdělávání, jejich šance na uplatnění je značně omezená. V tomto případě mladí lékaři často volí dráhu ve farmaceutických firmách. Pokud však absolvent chce vykonávat povolání lékaře (praktického lékaře pro dospělé, kardiologa, kardiochirurga atp.), musí se věnovat v průměru 5 let práci sekundárního lékaře na oddělení, které mu poskytuje přípravu v jím zvoleném oboru či specializaci. Komplexnější informace týkající se specializačního vzdělávání jsou uvedeny v teoretické části diplomové práce.

Naši respondenti se rozhodovali již v průběhu studií, nebo dokonce i dříve, a to na podobných základech, jako tomu bylo při volbě vysoké školy. Kupříkladu Neda svojí podstatou, jak je popsáno v subkategorii „profesní očekávání“ níže, ráda zkoumá věci do hloubky. Její vidinou bylo, že právě to jí poskytne interní obor – kardiologie, což poznala i při studijní stáži na příslušném oddělení, jež studenti musí povinně navštěvovat v rámci výuky. Avšak jedním z činitelů, které významně zasáhly do jejího rozhodování směrem k této oblasti interní medicíny, byl jeden z pedagogů – zkoušejících právě z oboru kardiologie.

„...Chirurgii jsem zavrhla hned a z tý interny, jednak jsem ve čtvrtáku byla na stáži v XXX na kardiologii, kde se mi to strašně líbilo, hrozně mně hrozně mně ten obor pohltit, protože to srdce jakoby ovlivňuje prakticky všechno, ať už jakýkoliv jiný orgány, takže ty kardiologové musej v malý míře znát všechno a potom druhý bylo když jsem byla zkoušená u státnice z interny, tak mě právě zkoušel kardiolog a já jsem mu říkala, že bych chtěla dělat internu jako všeobecnou a on mi řekl, že mám jít na kardiologii, že kardiolog je prostě jenom lepší internista. Tak jsem šla na kardiologii.“ (Neda)

Stejně jako u Nedy, i Ulrika byla svým vyučujícím směřodatně ve výběru specializace ovlivněna. Dále je vidět, že respondenty na oboru přitahuje samotná možnost hlubšího poznání a perspektiva oboru.

To bylo asi ve čtvrtáku, kdy jsme měli kurz dušnost a bolest na hrudi a byl to tak skvěle organizovanej kurz a profesor XXX, kterej nám přednášel, tak to mi přišlo jako absolutní génius že je a prostě, ty jeho přednášky byly skvělý a úplně mě to kardio tak nadchlo, že jsem si řekla, že to asi bych chtěla dělat, že to je vlastně asi hezkej obor.“ „...já jsem pak vlastně zhodnotila, že tak tu chirurgii opravdu dělat nechci, a že budu dělat nějakou interní

medicínu a z tý interny se mi vůbec nic nelíbilo, jako náplní práce. Mně se tady prostě líbí jakoby všecko na tý kardiologii, prostě to echo, arytmologie, katetrizace, všecko možný, a jak se to prostě hrozně rozvíjí jo, je to prostě strašně perspektivní obor. Tak no.“ (Ulrika)

Stejně, jako Neda, i Michael zpočátku viděl jít sám sebe jiným směrem. U Michaela se však neliší původní preference tak radikálním způsobem. Je u něj však patrné to, že z hlediska šíře záběru interny jako takové, pocíťoval nutnost se specializovat.

„Já jsem vždycky byl interně zaměřenej, že jsem chtěl na internu a ta interna má ale spoustu podoborů, takže já jsem pracoval předtím rok na interně v XXX necelej a viděl jsem, že ten záběr toho tý všeobecný interny je hrozně velikej, takže jsem si říkal, že z toho musím něco vybrat a vyšlo mě to jako ta kardiologie jako nejrozumnější. Ale ona ta interna kardiologie má zase taky spoustu těch podoborů, takže taky nejde obsáhnout celá, ale to už dneska nejde v tý medicíně snad skoro žádnéj obor.“ (Michael)

Jak již bylo jednou zmíněno, Michael uvádí, že vzorem při volbě studia vysoké školy byl jeho tatínek. I na vysoké škole při volbě specializace přemýšlel, že by pokračoval v jeho šlépějích a vážně zvažoval kariéru hematologa. Pracovní nabídka a vidina větší rozmanitosti práce, „pestrosti diagnóz“, ho však zavedly jiným směrem.

„...přišla mně lepší pracovní pozice tady než třeba na hematologii na XXX, kde jsem se hlásil, jako větší trošku záběr, když by tam člověk dělal na těch lůžkách.“ „...tady XXX (pozn. oddělení kardiologie) se léčí těch, mně přišlo, že na tom oddělení, na tý kardiologii se léčí víc těch diagnóz a je to takový pestřejší, než na lůžkovým oddělení hematologie, že jakože lůžkový oddělení hematologie je taková trošku nuda, kde choděj hlavně nějaký febrilní neuropatie, prostě u těch pacientů imunokompromitovaných, nějaký infekce a tak jako se mě ta kardiologie líbila jako trošku víc a tak jsem se rozhodl jít tímhle tím směrem.“ (Michael)

I Bedřich, stejně jako ostatní, našel zalíbení v interním zaměření. Lze říci, že každý člověk má existenciální potřebu, rozuměno prožívání smysluplnosti své vlastní existence. Každý jedinec má svoji vlastní smysluplnost postavenou na odlišných základech, avšak může se vztahovat jak k pocitu nebo představě smysluplnosti práce, tak ke smysluplnosti života jako celku. Zážitek pracovní smysluplnosti je však dílčím úsekem celkové životní spokojenosti a jednou z nejvíce důležitých složek smysluplnosti samotného bytí (Křivohlavý, 1998: 75). Bedřich se tak dostává k samotnému jádru podstaty –

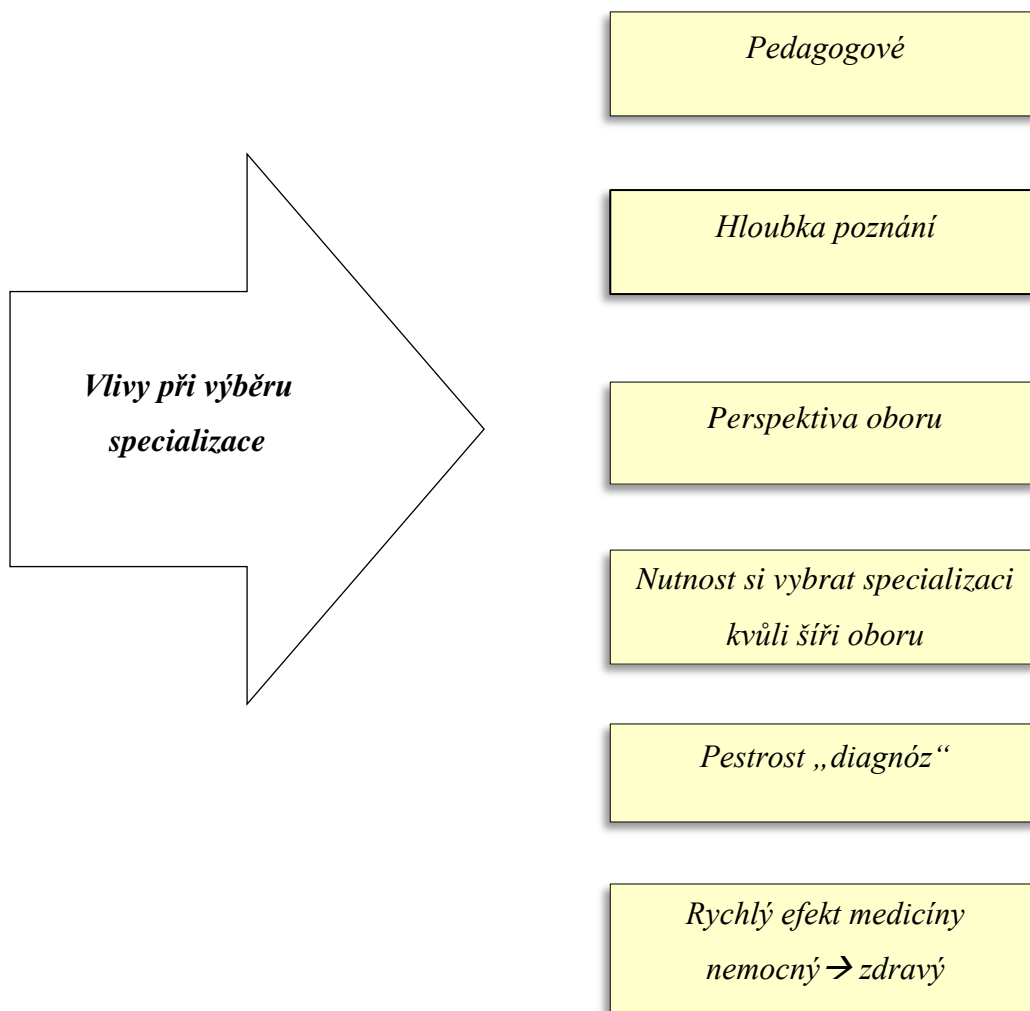
-smysluplnosti svého zaměření, která je v tomto oboru značně zjevná a efekt pomoci často velmi rychlý.

„No já jsem očekával, že budu dělat to, co mě baví, protože v průběhu školy jsem zjišťoval, že se mně líbí spousta interních oborů, potom jsem si vybral kardiologii, tam se specializuji na tu akutní část, na tu akutní kardiologii...“ „...člověk, kterej ti umírá pod rukama, tak ty během malinký chvíličky seš schopná seš schopná mu zachránit život a za dva dny ho pustit domů v poměrně suprovym stavu. Takže tam ten efekt tý medicíny, to, že to má smysl, vidíš v podstatě okamžitě.“ (Bedřich)

Také Samuel, velmi podobně jako Bedřich opodstatňuje svoji volbu pro danou oblast medicíny, která spočívá v efektu samotného léčení, a tedy v některých případech nabytím zdraví z nemoci.

„Přece jenom setkal jsem se v průběhu toho studia s mnohýma s mnohými případy, které teda jsou teda opravdu z hlediska lidskosti dejme tomu zajímavé...“ „Myslím to tak, že ač to teda není, není předmětem všech medicínských oborů, tak skutečně v mnoha lze pozorovat dá se říct instatní nabytí zdraví potom, co byla aplikována nějaká lékařská péče. Mám tím na mysli to, že když jde někdo do nemocnice a nejde si tam vyloženě lehnout někam na internu, ale jde třeba na nějaký dynamičtější obor, kde si prostě půjde lehnout na ortopedii, kde ho spravěj, tak za chvíli bud moct běhat, ačkoliv předtím byl imobilní díky fraktuře dejme tomu. A čím víc jsem si uvědomoval, že spoustu těch oborů todlecto dokáže nabídnout, tak tím víc mne to zase motivovalo k tomu, že je to dobrá volba. A samozřejmě ty věci předtím, který jsem zmínil.“ (Samuel)

Schéma 4 shrnuje vlivy, které byly uplatňovány u respondentů při výběru jejich oboru (specializace)



3.7.1.3. Subkategorie: Očekávání ve zvolené dráze lékaře a jejich naplnění

Očekávání od budoucího zaměstnání se u jednotlivých respondentů vcelku liší. Diametrálně rozdílné je i to, jak byla jejich očekávání naplňována.

U Nedy je zjevné její zaujetí o svým způsobem výjimečný obor medicíny. Často se stává, že čím více člověk rozumí určité oblasti vědění, tím větší zálibení v ní nachází.

„No, že se dozvim, jak to funguje nebo. Prostě aaa ta medicína sama o sobě je je obor, jenom jakoby pro zvaný, pro zúčastněný, pro ty, co tomu jako rozuměj, co to vystudovali, mně se líbí bejt jako součástí něčeho, čemu jako to okolí úplně nerozumí. Samozřejmě je to každej obor, ale ta medicína je taková hrozně specifická a kromě toho mě vždycky strašně zajímalo, jak věci fungujou a hrozně se mi hrozně se mi líbí, že ta medicína mi dala jakoby možnost zjistit, jak to prostě, jak ten organismus funguje. Samozřejmě jako s téma omezeněma znalostma, který má, který mám já, ale líbí se mi, že aspoň do něčeho trochu vidím.“ (Neda)

„...že do toho budu vidět, že něčemu budu rozumět, tak jako kompletně. Prostě moje moje očekávání byla, že budu doktor a budu dobrá.“ (Neda)

Následně Neda hodnotí, že sice se její očekávání ohledně „vědění“ či „zkoumání věcí do hloubky a jejich porozumění“ z části splnila, ale udává, že existují věci, se kterými nepočítala a které jí vadí.

„...ta medicína sama o sobě mi dala nějaký ty odpovědi, něco v tom smyslu, ale je fakt, že ta praxe je trochu jiná, než jsem čekala.“ „Hm, no občas je taková deprimující.“ (Neda)

Následně uvádí konkrétní důvody toho, proč došlo k určitému zklamání. Na tyto důvody bude blíže pohlíženo v dalších částech empirické části diplomové práce. Důležité je však nyní podotknout, že prvky nespokojenosti pramení u Nedy z toho, že měla jiná očekávání, než to, co jí nabízí skutečnost.

„No já si jako myslím, že se nesplnilo, nesplnilo (pozn. respondentka hovoří o očekáváníích), já jsem prostě nečekala, že budu tolik sedět u toho počítače, já jsem čekala spíš, že budu u těch lidí a jako budu jim prostě vyloženě, že ten kontakt bude daleko větší, že jim budu jakoby pomáhat, aaa, né tím, že budu sedět za počítačem a psát do dekurzu jejich léky, ale že prostě budu jakoby s nima...“ (Neda)

Podobně, jako u Nedy, i Bedřich hodnotí, že došlo ke zklamání, a že jeho očekávání při výběru povolání se od nynější skutečnosti značně odlišují. Zároveň ale obhájí své

rozhodnutí tím, že neměl možnost plně proniknout do skutečného života lékaře vykonávajícího svoji profesi, a že to nebylo pouze mladickou nerozvážností, protože dle názoru Bedřicha, má většina lidí mimo medicínské prostředí o lékařské profesi značně zkreslené představy.

„Já jsem bohužel, bohužel nevěděl, jak to vypadá, jak to vypadá ta realita potom, když člověk nastoupí do zaměstnání. Ačkoliv, ačkoliv se najdou jedinci, který budou říkat: „Jo, když ses rozhodoval, byl jsi už dospělej, nebo respektive byl jsi ve věku, kdy už jsi měl rozum a měl jsi tohleto nějakým způsobem vědět, tak pokud' člověk v tom prostředí nežije a neví o něm nic, tak žije v takovejch těch krásnejch představách obyčejných lidí, jak všichni doktoři maj peníze a jak nikdo neviděl chudýho doktora a jak jsou ve společnosti vážený atd. atd.“ (Bedřich)

Své hodnocení naplnění očekávání kvantifikoval Bedřich následovně:

„Částečně, částečně se asi splnily, ale je to tak na 10 %.“ (Bedřich)

Své očekávání od medicíny a budoucího povolání lékaře Samuel specifikoval následovně:

„Od medicíny jsem očekával zapojení hlavy, a to pořádný ☺ Vždycky jsem tak ňák inklinoval k tomu vždycky nelenošit, pořád zaměstnávat mysl ...“ „Seberealizace, jsem chtěl se tak, že když se zaměstnám natolik a budu absolutně vytížen jak psychicky, tak fyzicky, tak že mě to uspokojí.“ (Samuel)

Důležité je podotknout, že prvky nespokojenosti u Samuela na rozdíl od Nedy a Bedřicha nejsou hodnoceny tak negativně, což může být částečně způsobeno i tím, že skutečnosti, se kterými je Samuel nespokojen, do určité míry na rozdíl od Bedřicha a Nedy očekával, což i sám připouští. Samuel sám od sebe také kvantifikoval míru naplnění jeho vlastních očekávání, a to přesně opačně, nežli Bedřich.

„Tak dejmetomu asi asi na 90 %. Myslim si, že všechno, co jsem od medicíny čekal, tak bylo naplněno. Těch 10 % hraje taková ta aa částečná rozlada nad tím, že když někam nastoupíš, tak, tak v zásadě nejsi nic, což mi ale bylo predestiráno v začátcích studia, že ted' tady budeme těch 6 let se něco učit, abychom pak zjistili, že nic neumíme. A proto to je jenom těch 10 %, protože s timdlectim jsem počítal a co se týče ted' mýho momentálního působení, tak můžu říct, že to naprosto odpovídá a nějak mě to nestraší, nevadí mi to, jsem naprosto ztotožněn a беру to tak, jak to je.“ (Samuel)

Ulrika stejně jako někteří jiní respondenti byla při studiu vysoké školy dle jejího popisu značně dezinformována. Skutečnost si představovala mnohem hůře vzhledem k akci „Děkujeme, odejděte!“. Nutno však připomenout, že respondentka pracuje na zcela jiném kardiologickém pracovišti než ostatní respondenti.

„No tak před medicínou jsem si asi myslela, no než jsem tam šla, tak jsem si říkala, že budu určitě plastickej chirurg. Tak jsem si říkala, tak jo, nejdřív budu tvrdě pracovat, ale pak budu mít hodně peněz a slávu a kdesi cosi.“ „No a pak jsem poznala, že vlastně tu chirurgii vlastně ani nějak vůbec nechci dělat a a tím jak jsme no pak přišla taková nějaká krize, že toho byly plný noviny a všeho možnýho: „Děkujeme, odejděte!“ . A prostě že být lékařem v Čechách je naprostá hrůza, že nebudeš mít žádný peníze a spousta odpovědnosti a práce, tak to mě trošku tak jako dostihlo.“ (Ulrika)

„No já si myslím, že jsem byla úplně mile překvapená, když jsem nastoupila, tak jsem počítala s tím nejhorším, že tam budu každý den do osmi, že nedostanu žádný peníze, že mě tam hoděj do vody a nechaj plavat, ale to prostě vůbec nebylo.“ (Ulrika)

I Ulrika popisuje míru naplnění jejich očekávání od jejího povolání:

„No úplně se naplnily, možná se ještě jako vylepšily. Že jsem jako dostala nadmíru toho, co jsem očekávala. I jako finanční ohodnocení jsem čekala, že bude hrozný, ale jako nejsem na tom vůbec špatně, takže prostě no.“ (Ulrika)

Michael nepopisuje svá konkrétní očekávání od budoucího zaměstnání, hodnotí ale to, že rozhodně nečekal, že realita bude vypadat tak, jak se s ní potýkal především po nástupu do zaměstnání. Mezi studenty českých lékařských fakult existuje povědomí o odlišnosti skandinávského vzdělávacího systému, který by měl být více zaměřen na praktickou část výuky. Lze najít zmínky studentů z Erasmu v evaluačních zprávách po návratu ze severských zemí, které toto tvrzení potvrzují (Erasmus [online]).

Z výzkumů publikovaných v monografii „Studentské posuzování kvality výuky na celouniverzitní úrovni“ (Mareš, Došlá, 2008) je vidno, že kvalita výuky na lékařských fakultách je v České republice vysoká, otázkou však zůstává, zdali je výuka dostatečně prakticky zaměřena, aby v co nejvyšší možné míře připravila studenty medicíny na jejich jednoduchý přechod ze školního prostředí do zaměstnání, s co možná nejvyšším možným uplatněním jejich těžce nabytých znalostí.

„...když jsem nastoupil ze školy, to mám takovej jako silnej zážitek, že ta škola byla úplně o něčem jiným, než byla tak praxe. Takže mě ta realita naprosto překvapila po tý škole, na

tom interním oddělení. Na to jsem opravdu nebyl připraven. To ta škola mě na to nepřipravila, ale tak postupně, já jsem už v tý praxi už 6 let, tak mě toho překvapuje stále méně a méně.“ „No co konkrétně? To ses mě měla zeptat před pěti lety. Né, já si myslím, že to, jak člověk má léčit, že to ho nikdo nenaučí, že na to knížky nejsou, že to musí nabrat až praxí. Jo, tyhleto věci, jak člověka léčit, jaký udělat vyšetření, to se může nějak nabiflovat, ale praxe je pak úplně jiná.“ (Michael)

3.7.2. Kategorie: Pracovní podmínky

3.7.2.1. Subkategorie: Pracovní doba

Pracovní podmínky týkající se pracovní doby a přesčasů jsou podrobně rozebrány v teoretické části diplomové práce v kapitole č. 2.6.1.

Jak uvidíme v následujících ukázkách rozhovorů, nejen, že je pracovní doba překračována u respondentů, kteří mají ve smlouvě pouze částečný úvazek, ale i u ostatních, jejichž maximální standardní pracovní doba by neměla přesahovat již zmíněných 160 hodin za měsíc, pokud jim ze zákona zaměstnavatel nepřikáže práci přesčas, která je ale i tak limitována, a našimi respondenty překračována o mnoho hodin. Lze dokonce říci, že někteří respondenti v podstatě pracují i za dva lidi.

Respondent	Úvazek	Čas strávený v zaměstnání
Bedřich	0,5	250-330 hodin/měsíc, většinou okolo 300h/měsíc
Neda	1,0	240-320 hodin/měsíc
Samuel	1,0	odmítl se vyjádřit
Michael	1,0	250-260 hodin/měsíc
Ulrika	0,4	215 hodin/měsíc

Pozn. 1,0 úvazek zavazuje zaměstnance odpracovat 40h týdně, tedy 160h za měsíc

Výše uvedený odpracovaný čas je počet hodin evidovaný a zaplacený zaměstnavatelem. Reálný počet odpracovaných hodin je však nutné ještě navýšit o přesčasy dobrovolné - z hlediska zákona. Respondenti totiž často svoji práci nestihnou během pracovní doby vykonat a zůstávají tak v zaměstnání déle, dokud nejsou všechny jejich povinnosti splněny. Do tohoto času lze započítat asi 15-60 minut za den. Za měsíc se počet těchto přesčasů může navýšit v průměru o 12 hodin.

Jak je zjevné a vyplývající z předchozích výpovědí respondentů, je jim umožněno pracovat dle jejich vlastních potřeb a uvážení. Tuto možnost někteří na jednu stranu oceňují, protože se díky ní navyšuje jejich mzda. Jako připomínku lze uvést výňatek z rozhovoru se Samuelem:

„...ale mám pocit, že tady ta možnost, že tam můžeme sloužit poměrně dle libosti a nějakou tu kačku si vyděláme...“ (Samuel)

Jak bude uvedeno podrobněji v subkategorii odměňování, Samuel se k počtu odpracovaných hodin odmítl vyjádřit a informace na toto téma poskytl pouze mimo záznam, proto je zde nelze zveřejnit.

Bedřich popisuje situaci nadměrných odpracovaných hodin i u ostatních, především jeho kolegů a uvádí konkrétní údaj o počtu kolegů s podobnou pracovní dobou.

*„No do deseti jich bude sto procentně o kterejch vím, že pracujou stejně tak hodně jako já.“
„...můj spolubydlicí, kterej pracuje na záchrance, a ten je tam třeba pět dnů v kuse, pět čtyřadvacítka za sebou“. (Bedřich)*

Nyní je na místě alespoň okrajově zmínit, jak je prakticky smluvně možné, že naši mladí lékaři tráví ve zdravotnických zařízeních více času, než je stanovené platnými zákony ČR. Tato oblast je popsána v teoretické části diplomové práce.

„No mám podepsanou smlouvu na ten celej úvazek na kardiologii, a potom mám ještě podepsanou dohodu (pozn. dohodu o provedení práce) o těch službách, protože to je jakoby mimo, to se nepočítá do té smlouvy s tím úvazkem, prostě ty služby to je na dohodu.“ (Neda)

Bedřich, ale i Michael mají situaci se smlouvami poněkud komplikovanější. Kromě toho, že jsou zaměstnáni ve zdravotnickém zařízení, kde se připravují na atestaci, mají ještě další úvazky v jiných zdravotnických zařízeních.

„Ve (pozn. zdravotnickém zařízení, kde se respondent připravuje na atestaci z kardiologie) mám normální pracovní smlouvu a potom ještě dohodu o provedení práce nebo dohodu o pracovní činnosti. A potom další dohodu o provedení práce nebo pracovní činnosti v jiný nemocnici a další smlouvu mám ještě u fakulty, kde učím. (Bedřich)

Pro orientaci v této „přesčasové“ problematice je pro úplnost důležité zmínit, že všichni naši respondenti pracují ve fakultní nemocnici. Důležité proto, že dle slov Bedřicha mohou existovat rozdíly v množství odpracovaných hodin ve fakultních nemocnicích a menších zdravotnických zařízeních (nemocnicích).

„...člověk, kterej nastoupí do nějaký menší nemocnice, tak rozhodně tolik hodin nepracuje. Naopak člověk, kterej nastoupí do fakultní nemocnice a potřebuje si vydělat nějaký peníze, tak toho času v práci tráví hodně. To tak je.“ (Bedřich)

Již jsme se zabývali kvantifikací odpracovaných hodin, neméně důležité je ale i rozvržení, resp. rozložení celkových hodin do pracovního týdne.

Kupříkladu Bedřich uvádí, že minimálně pracuje osm hodin v kuse, avšak vzápětí dodává, že to se stává jen málokdy vzhledem k drobným přesčasům. Následně uvádí, další časové možnosti jeho pracovní docházky.

*„No, a když je delší, tak třeba pracuješ 48h v kuse, to je u mě, to je u mě normální.“
„Když pracuješ normálně 160 hodin měsíčně, a já pracuju, já pracuju tři sta plus minus nějaký drobný, tak v podstatě dvounásobek toho, že jo, nebo, ten zbytek jsou prostě služby. Který probíhají tak, že stejně seš od rána v práci a seš tam až do druhého dne.“ „...tak třeba teďka v dubnu jsem byl dva víkendy v práci, to znamená od pátku od rána do pondělí do odpoledne...“ „...a k tomu jsem měl, potom k tomu jsem měl ještě další dvě nebo tři služby ještě normálně ve všední den, to znamená, že tam seš od rána do druhého dne do odpoledne.“ (Bedřich)*

Bedřich popisuje časový průběh služeb. Nutno připomenout, že přejíždí mezi dvěma zdravotnickými zařízeními, kde je zaměstnán.

„... záleží totiž, v jaký nemocnici sloužím. Třeba když pracuju tady v Praze ve fakultní nemocnici a, takže tam jsem od rána do odpoledne, přejíždím do druhé nemocnice, kde rovnou začínám a jsem tam do neděle do rána.“ „...takže to je těch 48 hodin v kuse, když sloužím víkend ve fakultní nemocnici, tak jsem tam od pátku od rána, do soboty do odpoledne, takže to máš nějakých 30 hodin v kuse. Potom jdeš na pár hodin domů a přijdeš v neděli ráno a seš tam do pondělí do odpoledne a seš tam zase nějakých 30 hodin v kuse.“ (Bedřich)

Neda popisuje, že kromě toho, že chodí do práce na osm hodin, občas v nemocnici také slouží. Služby mohou být, jak je ukázáno, různě časově náročné.

„No to záleží (pozn. počet služeb), je to různý. Ten primář to píše tak jak si to kdo přeje, já zrovna jako aaa si nějak vyloženě sloužit nepotřebuju, takže sloužím tak třikrát, dvakrát všední a třeba občas mi napíše nějaký víkend, takže sloužím víkend, to je opravdu různý.“ (Neda)

Následně Neda vysvětluje, kolik hodin je v zaměstnání při všední a následně při víkendové službě.

„Ta všední má těch šestnáct hodin, víkendová má 24 plus dalších 8, kdy děláme vizity, takže 32.“ (Neda)

Nyní je na místě, podívat se na problematiku přesčasů ještě z hlediska náročnosti práce. Proč zaměstnavatelé tolerují, nebo dokonce požadují po zaměstnancích takové množství hodin nad rámec, i přesto, že si musí být vědomi ne-legality takového jednání. Laureát Nobelovy ceny za ekonomii řekl: „Za vším hledej peníze“. V tomto případě se nejspíš nemýlil. Obecně systém přesčasů totiž slouží na snížení nákladů (Armstrong, 2007: 324). Práci na směny sice zaměstnavatel zajistí chod zařízení, přesčasovou prací však šetří, což se ale může projevit například na kvalitě poskytované péče. Lze také říci, že v konečném důsledku je pro zaměstnavatele (nemocnici) výhodné, že tabulkové platy mladých lékařů před atestací jsou dosti nízké (viz. Tab. 2), nutí tak totiž mladé lékaře k tomu, aby pracovali přesčas a dostatečně tak pokryly své náklady na živobytí. V následujících ukázkách a z počtu odpracovaných hodin našich mladých lékařů je zjevné, že zdravotnické zařízení nemá dostatečný počet zdravotníků. Tímto ale systém úspor zaměstnavatele nekončí. Je velmi výhodné zaměstnat jednoho pracovníka, který pracuje dvojnásobnou pracovní dobu, protože zaměstnavatel tak státu nemusí odvádět sociální a zdravotní pojištění za dva lidi, ale pouze jednoho.

Jak ale pociťují naši respondenti tuto zmíněnou náročnost práce? Bedřich připouští, že někdy pracuje ještě déle, než zmíněných 48 hodin v kuse. Vzápětí však říká, že již toto časově - pracovní vytížení nepovažuje za vhodné, protože se dostavuje únava a její následky.

„Může bejt, může bejt, ale já osobně bych se delším službám vyhnul, do těch 48h v kuse, i když si někdo může říct, že v noci spíš nebo nespíš, hm, nebo že spíš aspoň chvíli, že ti to pomůže, tak čtyřicet osm hodin v kuse udržet pozornost a neudělat chybu, je poměrně dost náročný.“ (Bedřich)

Koneckonců i Samuel zlehčeně přiznává, že služby mohou být vyčerpávající.

„...pokud se jedná o nějaký vyčerpání, tak můžu říct, že neregistruju v zásadě vůbec. Samozřejmě pokud jsou tady nějaký služby v tý práci, tak je to potom trochu komplikovanější a člověk se nesmí nechat tím snýst tolik, protože bejvá to náročný, ale bohudík pro mě, zatím jenom fyzicky. Takže tak.“ (Samuel)

V průběhu vyprávění ale uvádí jako jeden z důvodů rozchodu se svou přítelkyní fyzickou únavu plynoucí z náročnosti jeho zaměstnání.

„...co se týče teda mého vyčerpání, vidím tam spíš tu fyzickou příčinu, to že jsem teda bejval jako hodně unavený...“ (Samuel)

Dále obecně pracovní vyčerpání popisuje s nadhledem takto:

„Mezi negativní (pozn. pocity při práci patří) určitě nějaká únava, jako je to náročný, ale narovinu prostě ne, že bych úplně strádal. Jako někdy je to hektický, vyčerpávající, nudící a občas to nefunguje prostě všechno tak, jak má, ale přesto všechno si uvědomuju, že to prostě za to všechno stojí a zatím jsem skutečně nepocítoval nějakou větší dekompenzaci.“ (Samuel)

I další respondenti popisují, jaké u nich mají dlouhé pracovní hodiny důsledky.

„Ale jako už se mně stalo, už se mně stalo, že jsem jel víc než 30 hodin v jednom záprahu v kuse bez spánku, furt celou dobu jsem musel pracovat, dělat nějaký medicínský rozhodnutí atd. atd.“ „Jo a pak samozřejmě ta pozornost není taková, jaká by měla být jo. Ono když jako fakt musíš extrémně náročně pracovat, když se fakt něco děje, jo, tak stačí i pár hodin na to, aby tě to vyčerpalo. Vo to horší, vo to horší je to v noci, když ti vozejí záchranky na ambulanci, aa, ty prostě furt dokola ty lidi vyšetřuješ, musíš je zaléčit nějakým způsobem.“ (Bedřich)

„No, tak vždycky, když jsem frustrovaná v té práci, tak si říkám, že jsem měla jít dělat někam jinam, kde se třeba neslouží, kde nemusím pracovat o víkend, prostě cokoli jinýho, ale aaa pracovního místa, to jsem spíš přemýšlela, když se u nás propouštělo, když se právě začalo šetřit a propouštělo se, tak jsem přemýšlela někam, kam bych šla a opravdu mě to nenapadlo.“ (Neda)

Michael uvádí pocity z náročných dlouhých hodin v zaměstnání jako jeden z důvodů plánovaného odchodu z nynějšího pracovního místa po atestaci toto:

„Já myslím, že to už je dostatek důvodů, ale myslím si, že jo, že navíc já bych si dovedl představit, že bych nechtěl třeba dlouhodobě nějak jako sloužit tady, jako ty služby jo samozřejmě na té klinice jsou psychicky i náročnější než třeba když bych vzal tu LDNku a asi jako by mě to nebavilo. Ted' mně je 30, skoro 31, tak to je ještě dobrý, ale jako že bych si představil sebe ve čtyřiceti :// jak tady furt dělám nějakýho...tak to asi ne.“ (Michael)

I Ulrika svým způsobem promítá náročnost práce v tom, jakou má vizi o vhodných a ideálních vlastnostech zaměstnanců na danou pracovní pozici.

„No pro nějaký jakoby houževnatý, pro nějaký prostě co dokážou tvrdě pracovat, co jim nevadí, třeba viš co, zazvoní čtvrtá hodina a chtěli by odejít, tak to úplně taky není vhodný, i když prostě můžeš podle toho, jak jak se s tou prací taky vyrovnáš, jak je taky kdo šikovnej jo. Někdo tam u nás není zrovna třeba, někomu to tak nejde, tak tam prostě sedí do sedmi, protože není to, protože by toho měl tolik, ale protože to prostě nezvládne tak rychle udělat. Takže prostě taky nevím, takový nějaký odolnější.“ (Ulrika)

Dále Ulrika popisuje náročnost zaměstnání v obecnější rovině, kterou pocítila na vlastní kůži při přechodu z vysoké školy na její pracoviště.

„No když jsem nastoupila do práce, tak jsem byla tak strašně unavená třeba ten první měsíc, že jsem přišla domů, něco jsem uklidila nebo něco udělala a šla jsem spát prostě. To jsem byla úplně, ale to bylo spíš z toho, že není člověk zvyklý osm hodin v kuse nějak pracovat nebo nějak prostě to byl úplně jinej druh činnosti, než co jsem doposud dělala no. Takže to bylo z toho všeho asi no. To jsem opravdu šla si vždycky lehnout hned. Jsem byla úplně hotová.“ (Ulrika)

Skutečnost, která je pro zdravotníky pracující v nemocnicích zajišťujících nepřetržitý provoz na denním pořádku, je práce v noci, a tedy noční služby. Jak je popisují naši mladí lékaři je uvedeno na následujících řádcích.

Respondenti popisují, že při běžné noční službě se většinou vyspí 4-5 hodin. Následně pak zůstávají v práci ještě do 12 hodiny polední.

„Tak typicky to probíhá tak, že si dělám vizitu, no a potom záleží na tom, jaký je stav těch pacientů, který jsou na tom oddělení a potom samozřejmě kdo přijde z té ambulance, takže pak jsou samozřejmě nějaký příjmy, dva tři, takže tak jako práce je třeba do jedenácti, do dvanácti večer a pak po té půlnoci to spíš záleží opravdu na tom, zpravidla musím to zaklepat, nechci to ani nějak zakřiknout, ale spíš jako v noci, po té půlnoci se dá pár hodin se jako vyspat. Třeba 4, 5 hodin, že člověka pak třeba občas zavolaj, že něco potřebujou zkonzultovat, nějakýho pacienta, ale jako že. Jako samozřejmě druhý extrém je, že pak přijdou nějaký příjmy ještě po půlnoci a stráví s nima člověk hodně času a pak minimálně spí, ale to zase je spíš extrém, že spíš taková průměrná služba má tak dva tři příjmy, za ten den během té služby a zpravidla tak do těch deseti do dvanácti hodin je hotovo a po půl noci je taky klid trošku že jo. Už po té půl noci už ty lidi do té nemocnice tolik nejezděj.“ (Michael)

Mnozí respondenti popisovali, že se během noční služby někdy vůbec nevyspí. Jedním z nich je i Bedřich, který spatřuje rizika z této skutečnosti plynoucí.

Ale jako už se mně stalo, už se mně stalo, že jsem jel víc než 30 hodin v jednom záprahu v kuse bez spánku, furt celou dobu jsem musel pracovat, dělat nějaký medicínský rozhodnutí atd. atd. “ „Jo a pak samozřejmě ta pozornost není taková, jaká by měla bejt jo. Ono když jako fakt musíš extrémně náročně pracovat, když se fakt něco děje, jo, tak stačí i pár hodin na to, aby tě to vyčerpalo. Vo to horší, vo to horší je to v noci, když ti vozejí záchranky na ambulanci, aa, ty prostě furt dokola ty lidi vyšetřuješ, musíš je zaléčit nějakým způsobem. “ (Bedřich)

Někteří respondenti také popisují své taktiky, jako například oddalování spánku na pozdější dobu z důvodu, zhoršené pozornosti po probuzení uprostřed noci.

Další oblastí týkající se pracovní doby v jejím rozvržení je konkrétně její začátek. Dle průzkumu, který v roce 2009 uskutečnilo ministerstvo zdravotnictví v 15 velkých zdravotnických zařízeních, bylo zjištěno na vzorku 22 374 pacientů, že 60 % z nich vadí ranní buzení a v podstatě je vyloženě obtěžuje. Přitom, jak tvrdí Vladimíra Bošková, předsedkyně Občanského sdružení na ochranu pacientů, brzké buzení pacientů nemá žádné opodstatnění (Krbcová [online]). To vlastně ve výpovědích potvrzují i naši mladí lékaři. Kromě toho, časný začátek pracovní doby nelíbí ani jim samotným, kvůli jejich brzkému vstávání a nejráději by ho posunuli na pozdější hodinu. Všichni respondenti by tedy preferovali pozdější nástup do zaměstnání. Shodují se na časovém rozmezí od 8:00 do 9:00 (většina z nich v nynější době začíná pracovat do 7:30). Pro posunutí začátku pracovní doby respondenti neuvádí z hlediska provozu žádné překážky.

„A jinak když jdu jinak do práce, tak bych posunula začátek pracovní doby. Myslim si, že chodit do práce na půl osmou je hloupost, takže bych to dala třeba na půl devátou. “ „Já jako nevím proč, proč je tak zažitý v tom zdravotnictví, že aaa že jako musíme tam bejt brzo. Možná chirurgové musej, ale my internisti fakt nemusíme. Jako já nechápu, proč my v nemocnici budíme pacienty jako v půl šestý ráno. Jako mně to nepřijde zdravý. “ „... jako neshledávám v tom nic logickýho. Ty sestry ráno buděj pacienty strašně brzo, aby jim daly léky, aby je ošetřily, umyly je a přestlaly jim postele dřív, než tam přijdou doktoři, kteří přijdou na půl osmou a začnou tam dělat vizitu a jako nechápu proč. Myslim, že jako tou hodinou se nic nestane. My máme od půl devátý třeba hlášení a myslim si, že kdybychom přišli do práce a šli rovnou na to hlášení... “ (Neda)

Posledním a velmi zajímavým tématem týkajícím se pracovní doby a časového vytížení našich mladých lékařů, je jejich stravování. Dle zákoníku práce (zákon č. 262/2006 Sb.), paragrafu 88 a 89, je zaměstnavatel povinen poskytnout zaměstnanci nejdéle po 6 hodinách nepřetržité práce přestávku v práci na jídlo a oddech v trvání nejméně třiceti minut. Tímto se nejen předchází již diskutovaným pracovním chybám, ale je zde zájem státu o zdraví lidu. Dle průzkumů se strava na našem zdraví podílí velkou měrou. Nejen však její složení, ale například i její pravidelnost. Naopak nepravidelná strava a dokonce její absence v průběhu dne, mohou způsobovat například civilizační onemocnění typu obezita, kardiovaskulární onemocnění, jako je infarkt myokardu, cévní mozková příhoda, diabetes mellitus II. typu, celkové narušení metabolismu apod. (Atkinson, 20008: 671-685).

Naši respondenti se ve výpovědích týkajících se pravidelného stravování a vůbec čase na oběd od sebe vcelku liší. Některá vyjádření jsou vcelku neuspokojivá. Někteří jídlo ani vůbec nestíhají. V případě Samuela je to dáno délkou operace, pokud tráví den na sálech. Pak oběd odkládá na později. U Nedy je volno na oběd dáno tím, na kterém oddělení pracuje.

„Kdybych měla na každé plánovanéj příjem prostě tři hodiny, tak si s nima klidně popovídám a myslím si, že z nich dostanu daleko víc, ale tam je to prostě o čase, tam nemáš čas skoro vůbec na nic. Tam nemáš čas si dojít ani na oběd.“ „Někdy né (pozn. někdy nechodí na obědy), no, ale teďka poslední dobou se snažim, protože aaa hm se to nedá vydržet celej den pak v tý práci, ale jako občas se to stane, že to člověk nestihne.“
(Neda)

Někteří se sice najedí, ale ne za úplně ideálních podmínek.

„No pauza na oběd, to mám, ale vypadá tak, že jako deset minut, během deseti minut do sebe naházim jídlo, který si přinesu z domova. A většinou u toho ještě píšu propouštěcí zprávu nebo dělám nějaký papíry.“ (Bedřich)

Oproti tomu Ulrika na jiném pracovišti než ostatní, má čas na oběd téměř vždy. Dokonce může svoji polední pauzu přizpůsobit a chodí na oběd s kolegy.

No, tak třeba přestávku obědovou, tu mám kdykoliv si jí udělám, kdy není potřeba něco řešit, kdy mám všechny akutní věci z krku, tak mám přestávku no. Takže tu si dělám víceméně, jak chci já. Nebo jak mi jdou ty věci.“ „No třeba teďka jak jsme na tý to tak já chodim na oběd s kolegama, takže i jim se jako přizpůsobuju. Takže jak jsme se snažili s tou kolegyní na tý antiarytmický jednotce prostě s tou kamarádkou si to rychle udělat a

třeba v jedenáct jít na oběd a potom, potom zase zpátky no. A pak už vlastně žádnou pauzu nemáme. “ „...jako asi třikrát za celou tu dobu se mi stalo, když člověk dělá něco akutního, že jsem to nestihla. “ (Ulrika)

3.7.2.2. Subkategorie: Byrokracie

Existuje téma, které bylo respondenty zmiňováno s velmi vysokou četností. Tímto tématem je administrativní zatížení našich dotazovaných lékařů. Z rozhovorů je vidno, že je tato oblast velmi tíží.

Bedřich dokonce ve spojitosti s administrativou lituje svého rozhodnutí studovat obor všeobecné lékařství. I naprostý laik ví, že pokud se člověk stane lékařem, jeho náplní práce je léčit pacienty. Bedřich však získává při výkonu svého zaměstnání pocit, že jeho profese již není „o pacientech“ nýbrž „o papírech“. Lze tedy říci, že jedním ze stěžejních zdrojů jeho sarkasmu a lítosti nad svým rozhodnutím vydat se na dráhu lékaře, je vysoká administrativní zátěž na jeho pracovní pozici.

„...takže jsem se rozhodl vyzkoušet přijímačky na medicínu a bohužel dopadly a bohužel jsem 6 let studoval tenhle obor, kterej jsem vystudoval a nastoupil jsem do zaměstnání jako lékař, v závorce vysokoškolská sekretářka.“ „Pardon, vysokoškolsky vzdělaná sekretářka.“ „Ten termín v podstatě znamená to, že jako mladý lékař, pokud se dostaneš do fakultní nemocnice na nějaký interní obor, ale je jedno jestli je to nějaký interní obor nebo ne, tak si sedneš za stůl a místo toho, aby se člověk věnoval lidem a medicíně a vzdělávání se, tak neustále píše příjmy, propouštěcí zprávy, žádanky, cokoliv, hafo papírů, telefony, doopravdy práce sekretářky.“ (Bedřich)

I Neda zažívá podobné pocity, při výkonu svého povolání, které souvisí s vizí sebe sama, jak pomáhá pacientům a je s nimi v přímém kontaktu. Tato vize však není naplňována.

„...já jsem prostě nečekala, že budu tolik sedět u toho počítače, já jsem čekala spíš, že budu u těch lidí a jako budu jim prostě vyloženě, že ten kontakt bude daleko větší, že jim budu jakoby pomáhat, aaa, né tím, že budu sedět za počítačem a psát do dekursu jejich léky, ale že prostě budu jakoby s nima a u nich...“ (Neda)

Následující text čtenáři přibližuje výkony, které musí sekundární lékař během pracovního dne zvládat a přidává i informaci o tom, že Bedřich postrádá smysluplnost administrativních výkonů, které provádí. Je zřejmé, že mnohem větší důležitost Bedřich přikládá péči o pacienty. Čas věnovaný administrativě považuje za neúnosný, deprimující a na úkor činností, které respondent považuje za důležitější. Vše souvisí již s očekáváními

našich respondentů uvedených v kategorii „Očekávání ve zvolené dráze lékaře a jejich naplnění“. Lékaři si nespojovali se svou budoucí profesí lékaře takovou mírou administrativního zatížení. Proto je většina z nich v této oblasti takto nespokojena.

„...v průměru píšeš čtyři propouštěcí zprávy denně a napíšeš tři příjmy denně. Jo? Do toho kromě tohodletoho papírování, a to se nebavíme o vyplňování informovaných souhlasů, podepisování různých souhlasů, aa, vyplňování různých kravin, který by mohly dělat sestry, prostě zbytečný papírování, který zabere strašně moc času, tak kromě tohodletoho, by si měla zvládat normální práci, to znamená ráno jít udělat vizitu, na svoji část oddělení. Ty lidi, pokud ti tam leží někdo, kdo potřebuje tvoji péči, tak je nějakým způsobem léčit a řešit jejich zdravotní stav, tak kromě toho ti ještě přibývá tohleto papírování. A když to chceš dělat pořádně, tak pořádně to ani vlastně dělat nejde. Jo? To nejde.“ (Bedřich)

I Neda popisuje, že kvůli administrativě, zbývá málo času na skutečnou péči o pacienty.

„...ale mezi tím (vykonáváním administrativních činností) nám tam prostě ležej ty nemocný lidi, o který my se skutečně máme starat a je strašně málo času, abychom to všechno zařídili.“ (Neda)

Neda také zmiňuje, že za stejně nepříjemné považují fakt nedostatku času na pacienty i její kolegové.

„...myslím si, že to taky jim vadí ta velká část administrativy, zvláště na tý kajce a aaa myslím si, že že to, že jsou taky deprimovaný z toho, že ten čas netrávěj s pacientem.“ (Neda)

Sekundární lékaři připravující se na atestaci pracují na více odděleních v rámci kardiologické kliniky. Jedná se například o koronární jednotku, arytmiologii, intervenční kardiologii, neinvazivní kardiologii či angiologii. Každá divize má jiné zaměření, a proto se od sebe jednotlivé divize odlišují i svým chodem. Bedřich potvrzuje, že se od sebe liší i mírou administrativní zátěže.

„...když jsem na koronární jednotce, tak mě to baví, protože to je ta část kardiologie, kterou mám fakt rád. Tam se dělá intenzivnější medicína, takže ač se tam děje, co se tam děje, beru to tak, že ta práce je potřebná a i přesto, že se tam taky papíruje a taky dost, tak to dělám a nemám s tím žádný problém. Když jsem na standartním oddělení, tak je to trochu horší, tak už se z člověka stává vysokoškolsky vzdělaná sekretářka, jak jsme se bavily předtím. Ale taky to jde nějakým způsobem zvládnout, jakože se kousneš, jó, je to

potřeba a někdo to udělat musí. No a teďka jsem na jednom oddělení, taky standardním, který má obrovské průtok pacientů, který choděj na plánovaný výkony na koronarografie, takže denně na to oddělení je třeba osm, deset příjmů a denně propustíš tak pět, šest lidí. To znamená, podle toho v kolika lidech nebo doktorech tam člověk je na tom oddělení. Ale v průměru píšeš čtyři propouštěcí zprávy denně a napíšeš tři příjmy denně. Jo?“ (Bedřich)

I Neda popisuje velké zatížení administrativními úkony, a to především na standardním oddělení.

„No tak to je na tý kajce (pozn. standardní oddělení), to je minimálně jednou týdně jo, spíš dvakrát a je to kvůli tý administrativě, to je to oddělení, kde se ty pacienti strašně točej, takže se prostě musej ráno udělat vizita, vlastně napsat propouštěčky, pak zase přijmout nový pacienty, ale mezi tím nám tam prostě ležej ty nemocný lidi, o který my se skutečně máme starat a je strašně málo času, abychom to všechno zařídili. No zvlášť když evidentně většina ostatních doktorů pracuje nějak do tří hodin, takže jim člověk musí zavolat dopoledne, aby se něco stihlo zařít, takže je to občas shon no.“ (Neda)

Pro představu lze uvést i další komentář popisující, jak to vypadá na „respondenty neoblíbeném“ standardním oddělení. Respondent klade důraz na to, že kvůli institučnímu nastavení daného oddělení, je průtok pacientů opravdu veliký, což se odráží také na administrativní zátěži a k ne-individuálnímu přístupu k pacientům, na které tak není čas.

„No, je to tak, jako představit si pás těch pacientů, který takhle jedou na ten katetrizační sál nebo na ten arytmiologické sál, prostě jeden-katetrizace, druhé-katetrizace, třetí-katetrizace, takhle se tomu fabrika dá říct, protože to je spojený i s tím, jak jsem říkal o tý administrativní zátěži, když vám třeba denně přijde osm, deset pacientů na příjem s tím, že jdou zítra na katetrizaci, s tím že když tam ráno těch deset pacientů přijde na ten katetrizační sál, tak je to vlastně fabrika. A další den musí odejít, protože přijde dalších deset, jo a je to ta fabrika.“ (Michael)

Michael následně blíže specifikuje oddělení, na kterých pracuje raději než na standardním oddělení a vysvětluje i důvod, který může tkvět v tom, že to, co lékaře baví, je praktikování medicíny, péče o pacienty („případy“). S administrativní prací respondenti příliš nepočítali.

„Tak lepší je to echo, a cévní ambulance, někdy i třeba na tý jednotce intenzivní péče, to záleží situace od situace.“ „... protože některý oddělení fungují spíš jako, jakoby mohli nazvat, administrativní pracovníci. To znamená, že tam prostě přicházej lidi a náš úkol hlavní je to sepsat, příjem udělat, to je prostě strašnej opruz i podepisovat různý

souhlasy s hospitalizací, výkony, no, je to taková strašná administrativní zátěž jo“ „Takže proto třeba na těchletěch odděleních ta práce je míň zajímavá, na druhou stranu když prostě tam můžou přijít pestřejší případy, jako třeba na tu koronárku, nebo na tom echu, kdy může třeba se člověk dostat k zajímavějším vyšetřovacím metodám, tak to je na těchletěch odděleních zajímavější.“ (Michael)

Podobně situaci popisuje Neda.

„...ideální den je někde né na kajce (pozn. kde je nejvyšší míra administrativních úkonů), na nějakým jiným oddělení, třeba mě to strašně bavilo na koronární jednotce a je to právě dobrý, že si tam jakoby můžu vyzkoušet i ty věci, který normálně nedělám nebo ke kterejm se normálně nedostanu právě jako takový ty invazivní nebo seminvasivní výkony jako zavádění centrálního žilního katetru, nebo radiální kanyly jako zkusit si udělat echo a tak. To je fajn.“ (Neda)

Člověk z vyprávění některých respondentů nabývá dojmu, že by jim administrativa nevadila natolik, kdyby se jí nemuseli zabývat v takové míře. Jde tedy o nalezení určité rovnováhy mezi jednotlivými výkony, a tedy praktikováním medicíny a již zmíněnou administrativní činností. Toto tvrzení dokládá následující výpověď respondentky:

„Nejlíp tak padesát na padesát jo (pozn. dle respondentky ideální poměr mezi administrativními výkony a praktikováním medicíny). Jako ono i během toho, co to píšeš, tak jako řešíš spoustu věcí a vlastně ty zprávy, co dostaneš, tak to z toho jakoby o těch pacientech, tak to z toho musíš vyčíst něco, sestavit si diagnózu i z toho pak co ti řeknou, tak to prostě u toho tak sedíš, vlastně nemůžeš bejt furt u toho pacienta a koukat na něj, zabezpečenej a vlastně ty věci okolo toho pacienta dělá sestry, že jo. Ty řekneš: „Dejte kapat tohle tohle“, ale nezvedneš se a nedáš mu to kapat, to prostě dělaj sestry.“ (Ulrika)

Stejnou pointu „rovnováhy“ vystihl svým popisem i Michael, který zmiňuje, proč mu práce lékaře v Německu přijde zajímavější, než zde v České republice.

„Ono víš co. Ono jde vždycky o to, jestli ti k tý administrativní práci nabídnou ještě něco dalšího. Protože vždycky budeš dělat administrativní práci, ale otázka je jestli budeš dělat jenom tu administrativní práci, anebo prostě to budeš mít pestřejší, to znamená, daj ti určitou administrativní práci a k tomu prostě ale i nějaký vyšetřovací metody, atd. Nikdy se tý administrativní práce nezbavíme. To je jako, tak to v tý medicíně je. Ale musí to bejt nějak rozumně udělaný, aby to člověka bavilo, aby věděl, že bude dělat ještě něco jinýho během toho dne, než jenom sedět u počítače a psát a psát a psát.“ (Michael)

Stejný respondent vyjadřuje i touhu, oprostít se více od administrativy zahrnout více manuální činnosti, a tedy výkony do své profese.

„No, jako ono totiž každému vyhovuje něco jiného, ale určitě by ta práce měla být rozmanitá, neměla by být jednotvárná, měla by tam bejt i ta manuální trošku, protože na tý interně nám to trochu chybí taková ta manuální jakoby ať už diagnostika nebo echo, nějaký zákroky a to si myslím, že jako je nejdůležitější.“ (Michael)

Za zajímavý lze považovat fakt, že například některé dopravní společnosti vyžadují u uchazečů o zaměstnání mimo jiné i psychologickou zprávu poskytující informaci o výši uchazečova inteligenčního kvocientu. Důvod je jednoduchý, nejen že dopravní podnik nemá zájem o zaměstnance s příliš nízkým IQ, což je i v souladu se zákonem č. 411/2005 Sb., o provozu na pozemních komunikacích, ale ani o uchazeče s IQ příliš vysokým, protože jednoduše řečeno příliš inteligentní lidé při výkonu povolání (např. řidiči tramvaje) nedostatečně zaměstnávají svůj mozek a zkrátka se nudí. V konečném důsledku tak mají vyšší riziko nepozornosti, a tudíž nehodovosti. Sice ne doslovně, ale lze se domnívat, že toto můžeme aplikovat i na naše zaměstnance. Dle výsledků průzkumu (Jara [online]) je patrné, že lékaři dosahují, z uvedených a běžně se vyskytujících profesí, nejvyšších hodnot inteligenčního kvocientu. Vystává zde tedy otázka, zdali jsou lékaři dostatečně inteligenčně vytíženi a také využiti. Odpověď na tuto otázku nám poskytuje kupříkladu respondent Michael, který popisuje, proč ho práce na oddělení, kde je vysoká míra administrativní složky, nebaví.

„No hlavně kvůli tomu, že to je prostě administrativně takový jako nezáživný, člověk jako cvičená opice píše furt to stejný dokola.“ (Michael)

„A to člověka podle mě nikoho nemůže moc bavit. To člověk může udělat, jo, je to sice práce jako pro sekretářku, to znamená, že jde do práce s čistou hlavou, protože to zvládne každej debil, napsat ten příjem, pak prostě napsat, že pacient přišel, dal se mu stimulátor a odchází-ty propouštěcí zprávy. Čili je to taková práce, která jako si myslím, že dlouhodobě nemůže bavit.“ (Michael)

Kromě toho, že tento typ práce respondenty nebaví a lze se domnívat, že i nedostatečně inteligenčně zaměstnává, setkáváme se i s tím, že lékaři práci právě z těchto důsledků nevykonávají tak, jak by měli. Důkazním materiálem může být článek (Zdravotnická dokumentace [online]), který popisuje, že se lékaři často do zdravotnické dokumentace zaznamenávají nepravdivé údaje, které si sami vymýšlejí.

Jak již bylo zmíněno výše, lékaři, kteří tráví většinu svého pracovního času administrativními úkony, nemohou být dostatečně inteligenčně využiti. Pokud pohlédneme na věc z širšího hlediska pohledu, pro výkon povolání lékaře je potřeba obrovská investice času, i finančních prostředků vložených do studia a následné atestační přípravy. Vystává zde další otázka, kterou si jistě pokládají i zdravotníci, kterých se týká, a to: „Nemohl by administrativní práci za lékaře alespoň z části vykonávat někdo více vhodný, koho by bavila a inteligenčně ho zaměstnávala natolik, aby z ní měl dobrý pocit?“

Na druhou stranu, bylo by špatné, pokud by cílem sdělení výše uvedeného měl být návrh na odejmutí veškeré administrativy z rukou lékařů. Jde totiž o to najít určitý typ rovnováhy, protože jak uvádí respondent Michael, u administrativní práce člověk může svým způsobem relaxovat a vysoce intelektuální činnosti také nelze provádět bez chyb příliš dlouhou dobu. Jde vlastně o určitou strategii zvládnání činnosti, kterou respondent nedělá rád. Odůvodňuje si tak její klady.

„Čili je to taková práce (pozn. administrativní činnost), která jako si myslím, že dlouhodobě nemůže bavit. Jako může si u ní relativně odpočinout, jo říkám, ale zase jako profesně to nikoho nikam neposune.“ (Michael)

Abychom byli důslední a bavili se konkrétně, respondenti se snažili odhadnout, kolik času jim zaberou pouze administrativní úkony. Shrnutí je zde:

„Tak šedesát procent, vlastně sedmdesát, jako opravdu hodně.“ (Neda)

„...osmdesát procent, když nepočítám oběd, tak osmdesát určitě.“ (Michael)

„No to je jako hodně, víceméně, to záleží taky na tom, jestli jsi na tom standardu nebo na tý jipce. Tak třeba na standardu musíš. No a taky záleží na dni, někdy jako musíš řešit spoustu věcí, ale to taky řešíš spíš telefonicky, než bys dřepěla u toho pacienta, zjistíš něco, že je tomu pacientovi a musíš prostě někoho zavolat, musíš to nějak prostě vošéfovat, takže vlastně telefonování je vlastně taky administrativní činnost, ne? Jako dohadování se o tom pacientovi nebo takhle. No tak, to je třeba osmdesát procent.“ (Ulrika)

„Jenom administrativou trávím osmdesát pět procent času“ (Bedřich)

Na druhou stranu Samuel netráví zdaleka tolik času administrativou vzhledem k tomu, že má na rozdíl od ostatních jinou specializační přípravu. Jeho kardiochirurgické zaměření ho determinuje k tomu, že tráví na operačních sálech většinu ze svojí pracovní doby. Tomu odpovídá i jeho kvantifikace času stráveného administrativními úkony.

Každopádně co se týče administrativy, tak nevím, co tam všechno zařadím, ale aktivní práce se u nás odehrává na sále a tam toho moc nenapišu...“ „Jestli jde o tu administrativu, tak to jsou příjmy, propuštění, ordinování, formuláře, tak je to pět až devadesát pět procent času. První když jsem celej den na sále a udělám jen ranní a odpolední vizitu, druhý, když jsem na oddělení a o všechno se starám...“ „...je to proměnlivý, z celkovýho času, kdy v práci pracuju, tak administrativa dělá cca dvacet pět procent všeho času, ale je to chirurgie...“ (Samuel)

Respondenti (až na Samuela) se s pocity spojenými s „papírováním“ vyrovnávají vcelku podobně. Jejich strategie zvládnání aktivity, kterou tak neradi vykonávají, tkví v pochopení důvodu a potřeby vést písemné záznamy o mnohých skutečnostech. Lze říci, že jsou s administrativní činností tedy smířeni.

„No blbě no, je to ale s tím se nedá nic dělat, je to nastavený tak, že seš, všechno musí bejt prostě zapsaný v dnešní době, prostě všechno, naše souhlasy maj deset stránek, jako všechno musí bejt podepsaný, všechno musí bejt zapsaný, takže prostě pak ti zbyde hodně málo času na toho pacienta no. Ale jako změnit to nejde, dnešní doba je taková, jaká je, že by si na to, co není napsaný, by si lidi stěžovali, jo a prostě by se o to soudili a takhle no. No. Tam když se něco řeší a a na něčem se zasekneš, tak je to na úkor toho, že to musíš zapsat to ostatní rychle no.“ (Ulrika)

Můžeme se domnívat, že nízká míra administrativního zatížení budoucího kardiochirurga Samuela se odráží i v jeho hodnocení této činnosti. Resp. i v jeho ne-hodnocení, tím je myšleno to, že Samuel v rozhovoru administrativní zatížení prakticky vůbec nezmiňoval, i přesto, že mu byl poskytnut dostatečný prostor. To může značit, že jeho toto téma nezatěžuje vůbec anebo ne tolik, aby to stálo za zmínku. Po přímém dotázání na administrativní zátěž zmiňuje Samuel pouze, že je pro něj administrativa rutinní záležitostí. Jeho strategií zvládnání je v podstatě i při této činnosti „zapojení mozku“ či „najít si na tom něčeho, co shledává zajímavým.

„... u administrativy, čím víc jsem schopnej zautomatizovat a systematizovat všechn ten proces, tím víc mě to naplní, ...není to tolik rutina, protože se u toho pořád musí myslet, ale vědět, kam šáhnout, je dost praktický...“ „...kam šáhnout myšleno pro vědomosti, konsilium, radu kolegy a podobně“ (Samuel)

U některých respondentů je vidno, že se s vysokou mírou administrativní zátěže snaží vyrovnat a svým způsobem a přirozenou potřebou člověka ptajícího se po smyslu, se snaží odůvodnit si, proč se musí administrativní činností v takové míře zabývat.

Respondent Samuel si kupříkladu potřebu administrativních úkonů zdůvodňuje tak, že dobře provedené administrativní úkony spojené s pacientem mohou zvýšit kvalitu zdravotnické péče.

„...je to změna, my teď procházíme akreditací, takže nás tepaj ještě víc a víc lpěj na drobnostech, zase na druhou stranu chápu, že správnost a jednoznačnost vši administrativy může spět ke zkvalitnění péče...“ (Samuel)

Nedy odůvodnění administrativní práce poukazuje na to, že věří, že všichni sekundární lékaři v přípravě na atestaci nejsou dost kompetentní k výkonům na pacientech, a tak se musí věnovat administrativě, dokud nenabere potřebné znalosti a zkušenosti.

„...ale já si myslím, že to je prostě jenom tím, že jsem jakoby ještě čerstvá a mladá, až budu mít ty zkušenosti, tak je jasný, že mě k těm pacientům pustěj víc a že potom budou jakoby jiný sekundáři, který tu administrativu budou dělat. Jako takhle to prostě to u nás v medicíně funguje. Sekundáři jsou jako kancelářský krysy no...“ „...je tím, že že prostě zatím jsem strašně jakoby mladá a nezkušená a a jako sekundární lékař v podstatě nejsem jakoby moc pouštěna k žádným výkonům a jako vyšetřením a tak a moje práce sestává v tom, že dělám vizity a v podstatě potom je to jenom administrativa, že právě píšou propouštěcí a příjmové zprávy.“ (Neda)

Dle komentáře výše by se dalo předpokládat, že Neda očekává, že se v budoucnu její situace ohledně vysoké míry administrativního zatížení zlepší. Následující řádky, kde popisuje administrativní činnost u kolegů nadřízených, tomu však úplně jednoznačně neodpovídají.

„Jako oni maj taky spoustu administrativy, pokud jsou třeba v nějakých vedoucích pozicích, jako vedoucí oddělení nebo primář, nebo prostě přednosta, prostě už jenom s tím vedením se taky pojí spousta administrativy, ale myslím si, že jako u nás ty specializovaný kardiologové nebo arytmologové, nebo invazivní kardiologové, angiologové prostě dělaj prostě opravdu to, co je baví. Neříkám, že po tom výkonu potom nemusej napsat ten protokol, ale celej den prostě třeba arytmologové že jo pracujou v arytmologický ambulanci, kam choděj pacienti, implantujou kardiostimulátory a elektrofyziologický

vyšetření dělaj, takže jako potom když už se potom po tý atestaci nějakým způsobem specializuješ, tak si myslím, že jako už víc děláš, to co tě baví, ale zase nejseš na tom oddělení s těma pacientama, to už podle mě můžeš jenom jako vedoucí lékař, kterej toho má taky jako na starost hodně z hlediska tý administrativy. Takže asi ti úplně neumím odpovět, jak moc jsou na tom ostatní. Jestli bledě nebo dobře.“ (Neda)

Neda dále uvádí, že je s nynější administrativní situací vcelku smířená a bere věci tak, jak jsou.

„Jojojo, jako já nejsem zklamaná, že to dělám, já si myslím, že to k tomu patří, že to je prostě úděl nováčků na medicíně, jako doktorů nováčků.“ (Neda)

Oproti tomu u Michaela, již takto smířlivý přístup v odůvodnění si vysoké míry administrativních úkonů, jen stěží zaznamenáme. Z jeho vyprávění lze nabýt dojmu, že chápe administrativní zatěžování sekundárních lékařů až jako vykořisťování od zaměstnavatele.

„My jsme tady hlavně ti administrativní pracovníci, my jsme tady hlavně. Ted' je to tady celý na tom založený, že jo hlavně, aby člověk mohl být kardiolog, tak musí dělat v kardiocentru, což je jasnej tah, nebo oni teda říkaj, že jsme pak lépe kvalitní, ale to co tam na tom je to hlavní je to, že oni maj tím pádem i čeledíny, který jim tady pracujou, a píšou jim ty příjmy a to propouštění, čili oni tím pak oni mají dostatek toho materiálu, těch lidí, protože prostě to vzdělávání je kdo chce mít atestaci z kardiologie, musí dělat na akreditovaným pracovišti, což je v podstatě nějaký kardiocentrum. No, takže to je vlastně ten princip. Takže to je ten princip a oni jako bojujou, aby musely být 3, 4 roky na tom kardiocentru, aby tady měly ty lidi, který jim tady budou administrativně pracovat.“ (Michael)

Nakonec respondentka Ulrika popisuje své pocity spjaté s prací v kontextu s administrativním zatížením.

„No, když vím, do čeho jdu, když tam mám milion, milion napsat propouštěček ten den, tak se mi tam nejde, jakože bych si poskakovala, ale v životě bych tam nešla s nějakým odporem nebo z donucení, to v životě ne. Nebo jakože bych si musela vzít neurol a šla, to jako ne. Není tam prostě žádný napětí nebo nějaký nervy, to ne.“ (Ulrika)

3.7.2.3. Subkategorie: Odměňování

Na předchozích stránkách jsme se zabývali pracovní dobou našich mladých lékařů. K ní se neodmyslitelně pojí i odměna, za čas strávený prací.

Jak je již zmíněno v teoretické části diplomové práce, odměňováním se zabývá obor personalistika. Odměňování zaměstnanců má mnoho podob. Všemi nejvíce známé je finanční ohodnocení. Tato forma odměňování může být realizována u zaměstnanců formou platu anebo mzdy (Kocianová, 2010: 160).

Výše finanční odměny a spokojenost s ní je věcí značně subjektivní. To, jak vnímají naši respondenti jejich vlastní finanční ohodnocení od zaměstnavatele je popsáno v následujících odstavcích.

Bedřich s nádechem sarkasmu popisuje, že neshledává jeho zaměstnání dostatečně výdělečným a vlastně v průběhu celého rozhovoru dává jasně najevo, že s finančním ohodnocením není spokojený.

*„...je myslim zbytečný zmiňovat, že ta práce je nedostatečně finančně ohodnocená...“
(Bedřich)*

Neda popisuje vnímání odměňování trošku širěji.

„No, to je ted'ka takový hloupý, protože oni ted'ka nám zrovna snížili platy a celá nemocnice zavedla veškerý úsporný opatření.“ „...já jsem nastoupila a měla jsem ten plat díky Děkujeme - odcházíme zvýšenej a aaa oni nám potom přidali aaa po dohodě s ministrem ještě ty 6,25 procenta aaa, ale nepřidali nám ho jakoby do základu, udělali nám ho jako formou odměny. Což je další věc, my u nás nemáme žádný odměny jako doktorky, aaa myslim jako sekundáři a formou odměny aaa nám to tam nechali pár měsíců a ted'kon jak nemocnice se dostala prostě do nějaký složitější finanční situace, tak nám to sebrali.“ (Neda)

V závěru svého vyprávění Neda s ironickým smíchem shrnuje:

„Jako u nás, (pozn. ve zdravotnickém zařízení) abych pravdu řekla, já jsem od zaměstnavatele nezažila nic jinýho, než že nám pořád snižuje plat, takže :D“ (Neda)

Michael svoje finanční ohodnocení konkretizuje takto:

„Tak já když třeba pracuju. Tak já to mám jednoduchý. Můj čistej plat je, když bych nesloužil asi 20 tisíc. Takže těm představám to moc neodpovídá.“ (Michael)

Samuel přiznává, že se snaží nehodnotit finanční formu odměňování zdaleka jako to nejdůležitější, jak ale brzy zjistíme, není v jeho případě fakt, že peníze nejsou v medicíně tak důležité, zcela jednoznačný. V průběhu rozhovoru se totiž dostáváme k tomu, co by ho motivovalo k tomu, aby odešel pracovat do zahraničí. Za důležitý lze považovat fakt, že Samuel zmiňuje časovou náročnost svého studia, s odkazem nelibosti nad následným nízkým finančním ohodnocením této časové náročnosti, neodpovídajícím.

„Tak to zdravotnictví přece jenom tam má jinou úroveň, ale určitě tím prvním momentem proč bych vlastně tohleto měl zvažovat, tak to jsou peníze. Když si vezmu, že budu se teď na vysoké škole snažit x let v zásadě asi nejvíc let ze všech vysokých škol, abych se připravil do svého budoucího zaměstnání a potom bych měl brát poměrně malý peněz, tak to jsem si říkal, že pokud už jsem zainvestoval já tady svým časem a pokud teda i stát do mě investoval do těch 6 let toho studia, tak aa přece jenom proč bych to nezúročil takhle. To jsem vlastně neřekl úplně vhodně, to si vlastně protiřečím, abych teď neutíkal a nehnali mě tady důchodci s transparentem.“ (Samuel)

Ulrika potvrzuje skutečnost uvedenou v teoretické části diplomové práce, a to, že plat lékařů se může skládat z mnohých částí. Je v tomto ohledu skladby finančního ohodnocení mezi našimi respondenty výjimečná. Odlišná je také v tom, že se svým platem je spokojená a tudíž ani v zásadě neřeší, kolik peněz každý měsíc od zaměstnavatele obdrží. Nutno podotknout, že jako jediná je zaměstnána na odlišném pracovišti než ostatní respondenti, kde jsou platové podmínky lékařů znatelně lepší. (Pozn. primář oddělení přerozděluje finanční odměnu i sekundárním lékařům.)

„Hele co to je za skupinu (pozn. platovou), jako já ani nevím, jako nějaká jedenáctá dvanáctá, jedenáctá asi. Jako nám se plat skládá asi z milionu částí.“ „No tak jednak je to prostě tarifní plat z té platové třídy ve který teda seš, v jedenáctý já fakt nevím, pak je to že jo služby, víkendový, normální, potom máme i příslužby jo, takže z toho se to, potom máme jako každej měsíc osobní ohodnocení, prostě odměny od primáře a plus mám ještě PhD. stipendium a z toho všeho se to všechno poskládá. (Ulrika)

Následně respondentka přiznává, že za PhD. studium dostává měsíčně asi 6 tisíc korun. Na dotaz, zdali Ulrika ví, do jaké platové skupiny byla zařazena, odpovídá:

„Já nevím, já fakt nevím. Myslim, že hrubej plat (pozn. ve zdravotnickém zařízení, kde Ulrika pracuje) v té mé platební třídě asi 36 hrubýho já fakt nevím. Bez těch služeb a bez odměn. Jako ale já fakt nevím. Počkej, já se tady podívám. Ale hele to je nějak moc, né

možná.“ „No tak jak na to tady koukám, tak 36 nevím kde jsem vzala, ale počkej, tady je 26. A já tam ani nejsem na celej úvazek víš, že mně se to prostě, ale on nám to doplácí se, takže máš fakt za to, co tam seš. Hele já vůbec nevím, ale platovou třídu mám, koukám dvanáctou, stupeň jedna. Takže hrubej základ 26 teda.“(Ulrika) (Pozn. zde se respondentka pravděpodobně přehlédla, vzhledem k tomu, že ve 12 třídě, stupeň 1 je platová výměra 23 790 Kč).

Nutno podotknout, že z jejího hlasu je patrné překvapení, že její fixní základ je tak nízký. Její skutečný plat tomu neodpovídá, protože ho navyšují jeho ostatní části a částka za PhD.

Nyní již tušíme, jak naši respondenti vnímají jejich vlastní finanční ohodnocení. Abychom však lépe pochopili naše mladé lékaře, je nutné zmínit i jejich vlastní očekávání ohledně této oblasti.

Bedřich popisuje situaci z pohledu, kdy ještě studoval na gymnáziu. Zároveň tímto komentářem obhajuje svoji „nevědomost“. Tím je myšleno to, že neviděl situaci tak, jak ji vidí nyní – a to protože v ní zkrátka nebyl.

„...tak pokud' člověk v tom prostředí nežije a neví o něm nic, tak žije v takovejch těch krásnejch představách obyčejných lidí, jak všichni doktoři maj peníze a jak nikdo neviděl chudýho doktora a jak jsou ve společnosti vážený atd. atd.“ (Bedřich)

Jeho očekávání ohledně financí (nyní již časově neurčeně) je popsáno i níže. Bedřich také zdůvodňuje, proč si myslí, že právě povolání, jež si vybral, zasluhuje takové finanční ohodnocení, které by mu respondent připsal.

„...že si nějakým způsobem vydělám tolik peněz, abych mohl slušně žít, respektive mně nejde o to patřit, patří mezi nejbohatší vrstvy tady v republice, to vůbec ne, ale po šesti letech studia těžký školy a po spoustě dalších let vzdělávání, že jo, specializační vzdělávání, celoživotní vzdělávání a poměrně náročný práci, která je i v noci a je to práce s lidma, takže jakákoliv chyba je strašně nepříjemná a může se strašně vymstít. Jednak to může ublížit tomu člověku, jednak to může ublížit tobě po profesionální stránce, tak aa, za těchletěch podmínek bych očekával nějaký slušný ohodnocení a né abych pracoval v přepočtu v přepočtu za stovku za hodinu, jo.“ (Bedřich)

Bedřich má ohledně výše finančního ohodnocení jasné představy.

„Po škole si myslím, že základní plat lékaře by měl být nějakých 40 tisíc hrubého. Základní plat, to znamená za 160 hodin měsíčně normální pracovní doby. A plat specialisty ten by

měl být dvounásobný, jo? Dvou až třinásobný podle toho, aa, jak samozřejmě je odborně na výši a podle toho, jestli je v nějaké vedoucí funkci nebo ne.“ (Bedřich)

Michaelovy představy o výši platu jsou ještě o dvě kategorie výš, než je tomu u Bedřicha. Při pracovní době 40 hodin týdně by dle něj byla optimální následující finanční odměna:

„Já vždycky říkám, abych si tady mohl koupit metr čtverečný bytu. Takže kolem těch padesáti tisíc čistýho.“ (Michael)

Povolání lékaře je svým způsobem značně specifické a to tím, že v nemocnicích je nutné zajistit nepřetržitý provoz. Proto jsou lékaři nuceni pracovat přes den i v noci a jejich pracovní doba není pouze osmihodinová. Jak se ale dozvíme, dlouhá pracovní doba, a především služby neslouží jen tomu, zajistit chod nemocnice, a tedy odpovídající péči pro pacienty, ale bývají především hlavním nástrojem toho, jak si lékaři mohou vydělat peníze potřebné na živobytí. Kvůli nadměrným přesčasům tedy ani nelze objektivně hodnotit průměrnou mzdu lékařů, která je detailně rozebrána v teoretické části diplomové práce.

Tvrzení, že služby tvoří více než významný zdroj příjmů u lékařů, potvrzují i naši respondenti.

„...jsem věděla, že prostě budu mít špatnej plat a musím říct, že díky tý akci Děkujeme, odcházíme zase tak špatnej není a jako vyžít se s tím dá, zvlášť s těma službama...“ (Neda)

*„...jestliže si člověk chce vydělat nějaký peníze, tak je to jediné za cenu přesčasů“.
(Bedřich)*

Někteří respondenti jsou kvůli vyšším výdělkům zaměstnaní na více pracovištích. Jedná se o Bedřicha a Michaela.

„...pracuju eště v jedný další nemocnici, kde jsem naprosto sám...“ (Bedřich)

„Já si potřebuju nějakým způsobem vydělat peníze. A ty si vydělám jediné tím, že budu dělat přesčasy a že budu jezdit sloužit jinam. Mně nic jinýho nezbejvá.“ (Bedřich)

„Výhoda je to ta, že člověk může si ty práce na sebe nabalovat, různý služby a tak třeba, ať už je to u záchranky, kde já nesloužím, anebo třeba v nějakých jiných nemocnicích, LDNkách, takže jako si myslím, že si ty práce můžeš přidávat a tím pádem vydělat víc peněz, ale je to teda hodně na úkor, na úkor volnýho času. Takže to je svým způsobem výhoda i nevýhoda. Záleží na tom, kolik má člověk toho volnýho času.“ (Michael)

„Můj čistej plat je, když bych nesloužil asi 20 tisíc. Takže těm představám to moc neodpovídá. Když teda hodně si k tomu přidám služeb a těch dalších věcí, takže pak teda v podstatě strávím v práci téměř dvojnásobnou dobu. Tak pak vydělám dvojnásobek. Takže já se můžu třeba dostat na 40 tisíc za cenu, že odsloužím tři vikendy, prostě v tom měsíci a prostě další ještě služby. Tak pak se třeba dostanu k těm čtyřiceti čistýho prostě s tímhlectím úsilím, ale jak dlouho to člověk může dělat, to nevím. Asi moc dlouho ne. Takže zatím to teda těm představám neodpovídá. To jako vůbec, zdaleka.“ (Michael)

Samuel se v rozhovoru odmítl k otázce přesčasů vyjádřit a na toto téma komunikoval pouze mimo záznam. Nicméně z toho, co bylo Samuelem schváleno k publikování, je vidno, že i on může v zaměstnání pracovat tolik času, kolik požaduje.

„...nevím, nevím jak to, že to tam tak hezky funguje, a jak moc o nás pečuje tenhlecten náš zaměstnavatel, ale mám pocit, že tadlecta možnost, že tam můžeme sloužit poměrně dle libosti a nějakou tu kačku si vyděláme, je asi nejsilnějším motivem, když teda pomínu to: „Pomáhat lidem“.“ (Samuel)

Velmi důležitou a neopomenutelnou součástí odměňování jsou i zaměstnanecké výhody a nepeněžní odměny. Mezi zaměstnanecké výhody lze zahrnout sportovní či relaxační a kulturní akce hrazené zaměstnavatelem. Mezi věcné benefity, které zaměstnavatel nejčastěji poskytuje lze zařadit automobil či mobilní telefon (Koubek, 2007: 319-321). U zdravotníků zaměstnavatel nejčastěji přiděluje pracovní oděv. Více o typech odměn je uvedeno v teoretické části diplomové práce v kapitole o odměňování.

Pod pojmem „nepeněžní odměny“ si lze představit kupříkladu uznání či pochvalu od zaměstnavatele, nadřízených, nebo i spolupracovníků (Armstrong, 2007: 519).

Ne nadarmo v americkém Walmartu, který je obdobou českého potravinového řetězce Tesco, vyhláší pravidelně „zaměstnance měsíce“. Tato a mnohé jiné formy ocenění zaměstnanců jsou především v zahraničí čile využívány. Důvod je prostý. Nefinanční složka ohodnocení zaměstnanců hraje větší roli, než jsou zaměstnavatelé v České republice zatím ochotni, především ve státním sektoru, připustit. Touto oblastí se zabývali i naši respondenti, kteří hodnotili, jak se o ně zaměstnavatel po této stránce stará. Připisování zaměstnaneckých výhod a nepeněžních odměn mají v kompetenci jak zaměstnavatelé, tak nadřízení našich mladých lékařů. V tomto případě se může jednat o slovní ohodnocení, kupříkladu prostou pochvalu. Nutno podotknout, že především udělování bonusů se u respondentů liší především dle toho, v jakém zdravotnickém zařízení jsou zaměstnáni.

Konkrétně se tedy naši respondenti zabývali otázkou, jakou péči jim zaměstnavatel a jejich nadřízení poskytnou mimo finančního ohodnocení. Respondenti kromě Ulriky vypovídali, že pociťují, že se o ně zaměstnavatel vůbec nestará a nemají ani žádné zaměstnanecké výhody. Většina se shodla na tom, že jako jeden z mála benefitů bylo oblečení, které však kvůli své kvalitě respondenti ani neocenili.

„No tak já si myslím, že se o mě zaměstnavatel nestará. Nepřijde mi, že by se o mě nějak moc staral. Jako předpokládal bych, že mně třeba zajistí aspoň oblečení. Což teda, když jsem donesl tady k nám, na to není ani prádelna, to je prostě místnost, kde ty ženy vydávají prádlo, tak mně řekly, ať si ty díry v těch kapsách zašiju a ty knoflíky ať si došiju, takže pak jsem si koupil svoje vlastní oblečení na sebe, protože to bylo asi po čtyřech letech, jo. Prostě bez šance vyměnit si oblečení. Přijde mi, že to je jako základ. Jako boty mně řekly, že boty si můžu vyměnit po roce a půl, že pro ty jsem si mohl přijít už dávno, ale prostě aby mně měnily kalhoty roztrhaný, nebo košile, že jo, pláště, nic! Takže z tohoto hlediska se o mě moc nestará.“ „...minimálně si myslím, že by teda jako to oblečení, to mi jako přijde takový minimum, co by jako teda mělo být, mně to přijde celkem trapný totiž. Tak jako já jsem si na to teda už zvyk a koupil jsem si teda svoje oblečení no a peru ho doma.“ (Michael)

Praní zdravotnického oděvu je upraveno v příloze č. 4 ve vyhlášce č. 195/2005 Sb., která říká, že prádlo ze zdravotnických zařízení, jak v lůžkové, tak ambulantní složce se pere výhradně v provozovnách, které mají k tomuto účelu uzpůsobený režim a nedochází ke křížení zdravotnického prádla s prádlem ostatním – nezdravotnickým. Předchází se tak procesu přenosu a šíření nákaz, nejčastěji bakterií a virů.

To, že zaměstnavatel nedokáže zajistit Michaelovi na dané pracovní pozici odpovídající a dostatečně reprezentativní oděv, má za následek nedodržování zmíněné vyhlášky zaměstnancem. Ten si je svého jednání vědom a následně popisuje důvody, které ho přiměly k tomu, odnášet si pracovní oděv na praní domů.

„No je to blbý, že si ty hadry člověk tahá domů, ty špinavý, ale nechce se mně tyhle ty drahý věci posílat, oni to posílají někam do Kladna náklad'ákama, a to se mi nechce, protože by to někde zničili.“ (Michael)

Na druhou stranu Michael zmiňuje i některá pozitiva, kterých si je od zaměstnavatele, v oblasti benefitů, vědom.

„Ale zase abych mu přiznal tak něco taky, tak je tady dobrá jídelna, kde celkem dobře vařej, a je fakt, že mně umožní, umožní ehm na ty postgraduální kurzy, který potřebuju před atestací, a zatím mi je vždycky proplatili, když jsem potřeboval.“ (Michael)

Otázkou je, do jaké míry má jeho zaměstnavatel vliv na kvalitu a chutnost stravy poskytované místní jídelnou. Respondent zmiňuje proplácení postgraduálních kurzů zaměstnavatelem, respondent měl s největší pravděpodobností na mysli specializační vzdělávání, protože není studentem PhD. Od novelizace z roku 2011 zákona č. 95/2004, O vzdělávání a získávání zdravotní způsobilosti, se Ministerstvo zdravotnictví podílí na podpoře specializačního vzdělávání formou dotací. Nejčastěji je mladému lékaři hrazeno 24 měsíců z jeho specializační přípravy, ale v některých případech je možné získat dotaci na celou dobu, až do již zmíněné atestace. V našem případě bohužel nebylo možné zjistit informace, zdali o dotace bylo zažádáno.

„No já si myslím, že každěj by měl mít stanovenej plán toho svýho vývoje. Jakoby co by chtěl absolvovat v těch kurzech třeba například.“ (Michael)

Samuel, přestože neuvádí nespokojenost s poskytovanými či neposkytovanými benefity, z jeho popisu je patrné, že na tom bude velmi podobně, jako ostatní, avšak oproti nim, vidí poskytování nepeněžních odměn, poněkud v širším kontextu, a to v „nepřímém působení zaměstnavatele při výběru zaměstnanců“.

„Myslím, že klíčem k tomu, jak se o nás ten zaměstnavatel stará, tak není snad jeho přímý působení, ale spíš nepřímý působení v tom, že tam má fajn lidi, který mezi sebou můžou vycházet dobře a dělaj to a pokud teda někdo chodí do práce a netěší se tam jen kvůli tomu, že je tam špatný prostředí, tak si myslím, že je to ten největší trest pro zaměstnání a naopak, pokud to teda klape, tak hezky, jako že já si myslím, že na našem pracovišti to klape, tak je to naopak zas největší odměna...“ (Samuel)

Respondentka Ulrika z jiného zdravotnického zařízení popisuje, jak vnímá péči a vlastní ohodnocení formou zaměstnaneckých výhod.

„Tak nemocnice se o mě asi stará, ted' jsem dostala nějaký unišky, ale víc to nějak nepociťuju, já jsem ještě nebyla v situaci, kdy bych si na něco stěžovala, nebo potřebovala něco řešit, takže to nějak výrazněji jako nepociťuju, že by něco. Plat mám každěj měsíc ve stejnou dobu, smlouvu mám taky asi snad v pořádku, tak já nevím no.“ (Ulrika)

Dále Ulrika konkretizuje, co je myšleno pod slovem „unišky“.

„Jako to ti zaměstnavatel dá nějaký poukázky, který můžeš použít ve strašně moc zařízeních a obchodů. To je něco jako benefity zaměstnanecký no...“ „...ted'ka jsem dostala za 1300. Tak jsem si říkala, že půjdu na masáž.“ (Ulrika)

Sociolog Vojtěch Bednář tvrdí, že jednou z nejdůležitějších a zároveň nejefektivnějších nástrojů motivace zaměstnanců, je ve vhodný čas správně složená pochvala (Firemní sociolog [online]). Totéž je řečeno i v knize: „Kritikou a pochvalou k vyšší motivaci zaměstnanců“. Nejen, že pak zaměstnanci dosahují lepších výsledků v práci, ale zdravě se jim zvyšuje sebevědomí, zlepšuje se atmosféra na pracovišti a v konečném důsledku se zvyšuje spokojenost zaměstnanců s prací (Rychtaříková, 2008: 96-101)

Naši mladí lékaři pociťují absenci tohoto druhu ocenění. Ulrika je výjimkou a na jejím příkladu je vidět, jaký důsledek může vyvolat upřímná neformální pochvala od kolegyně a nadřízeného. V prvním příspěvku respondentka popisuje, že jí jde práce, jak se říká „od ruky“ v porovnání s jejími kolegy vrstevníky.

„No ta (pozn. kolegyně) ta jak mě právě měla na starosti, tak ta říkala, že to se mnou jde 4x rychleji než s tamtěma klukama...“ (Ulrika)

V druhém příspěvku Ulrika vysvětluje, kdo jí pochválil a jaké důsledky ocenění vyvolalo, přestože její nadřízený nepochválil přímo jí, ale člověka, který doporučil Ulriku jako uchazeče do zaměstnání.

„A ted'ka mě pochválil i primář, takže na to jsem jako hrdá...“ „No že to byl dobrej..., vlastně on mi to říkal ten člověk, ten šéf koronárky, přes kterýho tam jakoby jsem, ke kterému jsem chodila na tu praxi, tak mu říkal, tak ho prostě pochválil za to, že mě tam jakoby přivedl, přitom jakoby on mě jenom..., jako já jsem mu jenom říkala, jestli je tam místo. Že to zase nebyl on, kdo mě tam přivedl, ale přes něho tam vlastně jakoby znám XXX (pozn. zdravotnické zařízení, kde nyní respondentka pracuje) a on se ptal toho primáře o místo a taky. Tak to jsem měla velkou radost no.“ (Ulrika)

Na následujících výňatcích z rozhovorů je vidět, jaký vliv má na naše respondenty absence zaměstnaneckých výhod a nepeněžních forem odměn.

U respondentky Nedy převládá pocit, že zaměstnavateli, ani přednostovi oddělení na ní vůbec nezáleží, je lehce nahraditelná a podle toho je i odměňována.

„...pokud jde o nemocnici, tak mám pocit, že nemocnice se absolutně vůbec nestará. Ty jsem jakoby úplně ukradená...“ „...aaa já to teda srovnávám s tím (pozn. jiné

zdravotnické zařízení než to, ve kterém respondentka pracuje), *ale tam maj zaměstnanci slevu v lékárně, maj samozřejmě příspěvek v tom FKSP, což je ten fond, kterej, kterým se dá platit různý pojištění, nebo se to dá využít na dovolenou, nebo na různý já nevím kulturní akce aaa, potom maj aaa různý jakoby aaa sponzorovaný akce, třeba že jim aaa právě dá nějaký lístky zadarmo do divadla, nebo něco takovýho. No prostě jsou to maličkosti, prostě, že má zaměstnanec, prostě že má zaměstnavatel snahu, aby se tam zaměstnanec cejtil dobře.*“ (Neda)

„A co se týče přednosta, tak aaa si myslim, že na tý úrovni, na který jsem já ten sekundární lékař a ještě poměrně dost nezkušený, jsem mu taky docela ukradená. Jsem taková síla, která je poměrně snadno nahraditelná. Jo, pokud by šlo prostě o nějakýho už atestovanýho kardiologa, tak to je samozřejmě úplně něco jinýho, ale myslim si, že jakoby každej rok vyjde x stovek studentů medicíny a von si prostě může vybrat kohokoliv a za pár měsíců z něj bude mít to, co jsem já, takže si myslim, že jako jeho určitě nezajímám.“ (Neda)

Následně Neda na jednu stranu udává, že pro ni peníze nejsou pro pocit spokojenosti v zaměstnání důležité, nicméně je zklamaná, že si jí a její práce přednosta oddělení, na kterém pracuje, vůbec necení a pro něj zcela nahraditelná, nemluví o pocitu jedinečnosti.

„Takže jako já ty odměny nepotřebuju, abych byla šťastnější v tý práci, jako mně vo ty peníze..., já jsem šla na medicínu s tím, že jsem věděla, že prostě budu mít špatnej plat a musim říct, že díky tý akci Děkujeme, odcházíme, zase tak špatnej a jako využít se s tím dá, zvlášť s těma službama. Ale aaa aaaa no tak jako pokud se ptáš na to, kdo by nám mohl dávat ty odměny, tak je to přednosta, kterej dostává nějaký objem peněz, kterej má rozdělit podle svýho uvážení a ten evidentně uvážil, že aaa my ty peníze nepotřebujem, nebo nejsme hodni, nebo já nevím no. Je to spíš takovej jakoby, mě to spíš vadí jako psychologicky. Né že by mi vadilo, že ty peníze nedostávám, ale je to takový vod něj nehezky poselství, že my jsme právě taková jakoby ta poslední linie, která je snadno nahraditelná, a u který je mu úplně jedno, kdo to dělá, hlavně, že tam má dostatek těch pěšáků a drží si tam ty svoje atestovaný doktory, což je jako v pořádku, že jo, ale mám takovej pocit, že je mu úplně fuk, jestli tam jsme nebo ne.“ (Neda)

„...já nemám pocit špatnýho finančního ohodnocení, ale je fakt, že u nás je to takový nestandardní že zase je to taková informace, která se mi donesla jakoby z druhý ruky, že jakoby ředitelství každému přednostovi každému jakoby vedoucímu nějaký divize aaa

jakoby dává peníze na odměny. Ale my je nedostáváme jako sekundáři. On je prostě rozděluje mezi atestovaný kardiology...“ (Neda)

„...no tam ale nemá smysl se...Prostě jak říkám, my jsme nahraditelný my seknudáři. My jsme prostě spotřební zboží, jo. Ty atestovaný doktoři jsou ty prostě, který jako už tam maj svoje místo jistý.“ (Neda)

Budoucí kardioložka Ulrika dostala za úkol popsat vizi její ideální práce. To, že zmiňuje důležitost ocenění její práce, jen dokládá, že literatura se v potřebě nepeněžních odměn zaměstnanců opravdu nemýlí. Pro zajímavost lze zmínit i fakt, že dle průzkumu LMC, provozovatele pracovních portálů jobs.cz a práce.cz, a agentury Factum Invenio mezi 4077 respondenty je finanční ohodnocení a benefity vždy na prvním místě, přesto ale bylo prokázáno, že zaměstnancům, kteří jsou spokojeni se svým platovým ohodnocením díky jeho navýšení, vydrží tento pocit pouhé tři měsíce a pouze po tuto dobu působí finanční stránka jako motivační faktor. Toto tvrzení vychází z analýzy psychologických testů 250 tisíců Čechů. Proto odborníci považují za důležitější, zaměřit se na dlouhodobé motivační faktory, které v zaměstnancích upevní loajalitu a vzbudí pocit dlouhodobé spokojenosti. Asi není nutné dodávat, že tímto motivačním faktorem by mohly sloužit právě nepeněžní odměny, například formou slovních ocenění (Finanční ohodnocení [online]).

„No ideální práce je něco prostě co děláš rád, co tě neubijí, za co seš pak jakoby, to nemusí bejt ohodnocení finanční, ale aspoň aby ti někdo řekl, že si toho váží, že prostě tam nejseš nějak jenom poskok, co tam za někoho něco udělal, že prostě si toho někdo váží ty práce, co jsi udělal, prostě nevím v přátelskym kolektivu a to jako to udělá hrozně moc věci.“ (Ulrika)

Můžeme si pokládat otázku, jaké vlivy se podílejí na tom, proč zaměstnanci chodí do zaměstnání rádi. Zmapovat je by bylo nad rámec této diplomové práce. Lze jen okrajově zmínit, že z výše uvedených výzkumů vyplývá, že jedním z faktorů, které budou hrát důležitou roli, bude jistě i finanční ohodnocení (Finanční ohodnocení [online]). Jaká je však míra tohoto vlivu se však můžeme jen dohadovat a možná ani samotní respondenti nevědí, jaký význam pro ně finance v této otázce mají. Dokladem tohoto tvrzení může být uvažování či bilancování respondenta Samuela, který za určitých podmínek, například kdyby mu zaměstnavatel radikálně snížil finanční ohodnocení, připouští, že by u něj mohl nastat syndrom vyhoření. Na druhou stranu přiznává, že za stávajících pracovních podmínek by pracoval i za životní minimum, a to velice rád.

„A samozřejmě potom kdyby se mělo jednat o základní prvky nějakýho toho vyhoření, tak pokud by se třeba změnilý nějaký personální poměry. Dejme tomu, že by všichni začali na sebe bejt zlý. I třeba to, kdyby třeba zaměstnavatel nějakým radikálním způsobem chtěl ovlivnit výši mýho příjmu. Já si myslím, že všechny tyhlecky faktory jsou poměrně důležitý, k tomu, aby člověk měl možnost vyhořet...“ (Samuel)

„...a naopak, pokud to teda klape, tak hezky, jako že já si myslím, že na našem pracovišti to klape, tak je to naopak zas největší odměna a snad když to teda řeknu s nějakou nadsázkou, tak kdybych si prostě vydělal životní minimum, tak chodit do práce, kde je to takovýhle, tak to je prostě úžasný. Asi to není určitě k zahození a stojí to za to, zkrátka.“ (Samuel)

3.7.3. Kategorie: Vztahy na pracovišti

Vzhledem k tomu, kolik času lidé, a především naši respondenti, na pracovišti tráví, lze předpokládat, že oblast vztahů v zaměstnání pro ně bude velmi důležitá. Výzkum prováděný portálem Jobs.cz prováděný na 1600 dotázaných potvrdil tvrzení výše zmíněné. Ukázalo se totiž, že zaměstnanci nejen, že potvrzují důležitost dobrých vztahů na pracovišti, ale že zhruba 2/3 respondentů se dostalo do situace, kdy se především kvůli špatným vztahům s kolegy nebo nadřízenými, rozhodli ze stávajícího zaměstnání odejít. Další čtvrtina respondentů dospěla k rozhodnutí, najít si práci jinou, a také tak v minulosti učinili (Dobré vztahy na pracovišti [online]).

Naši respondenti popisují vztahy na jejich pracovišti vcelku rozdílně. Z výpovědi respondenta Bedřicha lze vyčíst prvky vztahů založených na konkurenci. Ty mohou pramenit z přirozeného jednání zdravého jedince, který se snaží vyniknout ve své práci a uplatnit tak své schopnosti a dovednosti. V případě, že je takovýto jedinec správně a citlivě usměrňován, může zvýšit výkonnost pracovní jednotky. V případě, že však respondent není tímto způsobem veden, může dojít k přeměně v nepřiměřené jednání a vznik nežádoucích vztahů, nadměrné soutěže či soupeření, které zamezí efektivní činnosti a způsobí nezdravou a konfliktní atmosféru na pracovišti (Pauknerová, 2006: 197)

„Ty nejsou moc dobrý (pozn. vztahy na pracovišti). Protože mezi mladejma doktorama, teda aspoň u nás na pracovišti vládne, vládne konkurence, nebo prostě taková rivalita, ale hodně nezdravá. Ono možná i mezi těma staršíma, jo, ale to zase my mladý tolik nevidíme. Ale určitě je i mezi staršíma. Ale v podstatě, když někdo zjistí, že uděláš nějakou chybu, jo? A to může bejt, já nevim, že třeba zapomeněš něco vytisknout, nějakěj podepsanej souhlas,

nebo nevím prostě nějakou takovouhle banalitu, tak to velice rád proti tobě použije a použije to ještě v situaci, kdy aa tam třeba u toho je někdo ze starších, aby tě před ním shodil. To je tam na denním pořádku, to se děje normálně.“ (Bedřich)

Je mnoho stylů řízení nebo vedení nadřízených či manažerů. Jedním z typů stylu manažerské práce dle Reinsise Likerta je styl autoritativní. Při jednání se zaměstnanci zaměstnavatel přiděluje pracovní úkoly direktivně a nežádá žádnou zpětnou vazbu, zaměstnanec musí na slovo poslechnout. Zaměstnavatel se nesnaží vytvořit se zaměstnancem vztah vzájemné důvěry a ve všech rozhodnutích se považuje za to, že má pravdu. Komunikační kanál je tzv. shora dolů (Švec [online]). Využití tohoto stylu je vhodné v krizových situacích. Tam většinou přináší kýžené výsledky (Hospodářová, 1997: 46). Často je však tento typ řízení praktikován i v neindikovaných situacích. V těchto případech nekrizových situací zaměstnanci pocítují tento typ jednání jako omezování vlastní svobody, tyto lidé se pak vyhýbají přidělování úkolů a odpovědnosti a v podstatě neradi pracují. V prostředí direktivního řízení je vysoká fluktuace, čímž podnik ztrácí (Kotler, 1992: 747).

Daleko závažnější, nežli autoritářské jednání v neopodstatněné situaci je tzv. mobbing. Tento pojem zahrnuje cílené, někdy až protiprávní jednání zasahující do pracovního a osobního života některého ze zaměstnanců. Jedná se o opakovaný útok na určitou osobu, využívající degradující přístup, nadměrnou kritičnost, zesměšňování, menší či větší intriky. Mobbing skýtá také útočné jednání proti určitému člověku minimálně jednou týdně po dobu alespoň jednoho roku (Bedrnová, 2009: 246).

Z výpovědí respondentů nelze odhadnout, o jaký druh jednání nadřízených se jedná, nicméně je zřejmá jeho neopodstatněnost. Nastavení hierarchie je také evidentní. Na vrcholu „řetězce“ stojí nadřízení, tok příkazů jde směrem dolů, k neatestovaným lékařům.

„No jistě, tam každé atestovanéj tě může, to nikdy nevíš, jakou maj náladu a vozej tě za věci, který ani netušíš, jako proč to dělaj. Jo, je to a dokonce jsem se jednou setkala s tím, že mě vědoucí oddělení vynadal za věc, kterou mi sám přikázal, abych udělala, přestože jsem s tím nesouhlasila a říkala jsem mu, že to tak prostě dělat nechci a on mi řekl, ať to udělám a aaa pak se zjistilo, že to prostě dělat nemělo a on za mnou přišel a vynadal mi, že jsem to udělala.“ (Neda)

Ulrika zmiňuje, jak se od jejího nadřízeného, jehož funkci nespécifikovala, projevuje autoritativní chování.

„No, jakože občas občas prostě se na nás zvýší hlas nebo takhle, to jako jo. V oprávněnejch, i méně oprávněnejch důvodech.“ (Ulrika)

Následně Ulrika uvádí, jak se s takovými a podobnými situacemi vyrovnává.

„No většinou jako dobře, jednou jsem se jako fakt rozbřečela, protože to bylo neoprávněně, jsem dostala za něco hrozně vynadáno. Ale to bylo v takový hrozně vypjatý situaci, kdy se tam prostě řvalo hrozně moc lidí a to jsem prostě jako nedala nějak. Ale to jsem byla i nějak špatně naložená, jinak jako já vydržim docela dost věcí.“ „To bylo o nějakýho stran logistiky o pacienta, kterež ležel někde na áru (pozn. ARO) a ted' se řešilo, komu se to mělo říct, komu se to nemělo říct a takhle.“ (Ulrika)

Nevhodné jednání, i v mírnějších dimenzích, než je mobbing zhoršuje jak výkonnost toho, jež je tomuto chování vystavován, tak i jeho schopnost a možnost učit se (Mobbing [online]). To svým způsobem potvrzuje i Neda svojí výpovědí.

„Ty atestovaný doktoři jsou ty prostě, který jako už tam maj svoje místo jistý, jako samozřejmě né všichni, někteří se k nám chovaj skvěle, snažej se nás něco naučit různě a vysvětlujou nám, co se dá, ale prostě jsou prostě lidi, za kterežma bych se v životě něšla zeptat, protože vim, že jediný co by se stalo je, že by mně vynadali.“ (Neda)

Ulrika na rozdíl od Nedy uvádí, že její nadřízený je v hierarchii sice také velmi vysoko, ale má pocit, že za ním může s čímkoliv přijít. To nasvědčuje tomu, že jeho typ vedení a autority je „zdravý“ a zaměstnance v jejich efektivitu práce a učení podporující.

„No a primář, ten se o nás jako stará, ten prostě já mu tykám, můžu mu kdykoliv cokoliv říct, to prostě jako to je jako taky super.“ „No jako nejvyšší autorita je ten XXX ten primář. Jako ten tu autoritu má, to prostě to je jakoby jako každej primář, i ačkoliv mu teda všichni tykaj, tak jako když něco má bejt, tak to tak prostě je, to jako jde všechno stranou, takže no.“ (Ulrika)

Z jejích komentářů lze vyčíst, že má k primáři oddělení kladný vztah.

„ No se vším, jsem spokojená s primářem, jsem spokojená s těma lidma...“ (Ulrika)

Pracovní chování zaměstnanců určuje mnoho faktorů. Jedním z nich je jejich motivace. Tu lze charakterizovat jako soubor činitelů, které představují vnitřní hnací síly činnosti jedince, které usměrňují jeho jednání. Mezi nejvýznamnější motivační síly lze zahrnout zaměstnancovy zájmy, potřeby, postoje či hodnoty. Obecně lze říci, že správná motivace vede k optimálním pracovním výkonům (Kocianová, 2010: 22). Naši respondenti také

naráží nejen na motivaci vlastní, ale i ostatních zaměstnanců, se kterými musí v rámci své profese spolupracovat. Mnohdy tato spolupráce není jednoduchá, jak popisuje respondentka Neda.

„...teda musím říct radši u nás třeba na našem pracovišti nejsou jakoby úplně hezký mezioborový vztahy. Že vždycky jako strašnej problém něco zařídit, s někym jakoby jiným než kardiologem, s internistama-kardiologama, jako všichni se vykrucujou, aby nemuseli nic dělat. Takže by se mi jako líbilo, kdybych někam zavolala a oni by mi řekli: „Jasně, paní doktorko, hned jí pošlem“. Nebo něco takovýho.“ „Já mám pocit, že my se vždycky snažíme vyjít každému vstříc, ale jako třeba speciálně s těma radiologama, aaa my je jednak nemáme moc dobrý ty radiology a my hlavně přicházíme spíš do kontaktu s těma radiologickejma asistentama, což je jakoby ten pomocnej personál a já jsem zjistila, že ten pomocnej personál, prostě to je jako jeho pravděpodobně životním údělem je pořád remcat a nadávat. Já nevím jako proč to tak maj, ale i naše sestřičky, i naše sanitářky, cokoliv člověk naordinuje, o cokoliv je poprosí, tak prostě remcaj. Já nevím, jestli si tak prostě ulevujou, oni to vždycky nakonec udělaj, ale prostě vždycky si musej zaremcat. Jako co jsem to zase naordinovala, nebo proč to proboha dělám, když to měl včera a tak. Vždycky si prostě musej zaremcat a ty radiologové, ti radiologičtí asistenti tak to je to samý jako: „A proč to chcete, a proč to chcete dneska? A co z toho budete mít, a opravdu to je potřeba?“ A tak. Jako pak to sice udělaj, ale člověk by si mohl ušetřit patnácti minutovej rozhovor, kterej mu zkazí den.“ (Neda)

Spolupráci, konkrétně mezioborovou spolupráci, popisuje z odlišného pohledu i respondentka Ulrika. V zaměstnání dochází často ke vzniku neformálních pracovních skupin, což má i vliv na plnění pracovních úkolů. Tento vliv může být jak pozitivního, tak negativního rázu. O kladném vlivu lze hovořit tehdy, když se jedná o přátelské, poctivé a humánní vztahy. Naopak o záporných vlivech můžeme hovořit tehdy, pokud se setkáváme s falešnou solidaritou vedoucí k nízké disciplíně a také ke vzájemnému krytí různých přestupků či chyb (Vacínová 1995: 116). Právě vzájemné krytí při určitém pochybení je popisováno respondentkou Ulrikou.

„No občas možná jakoby (pozn. je méně spokojená) s komunikací v rámci toho oddělení. Jo jako to je spíš takový jako speciální, že nám ty katetrizátoři, co nám ty pacienty katetrizujou, tak třeba neřeknou něco, a pak prostě aaa prostě to nenapišou a pak se divěj, že to nevíme, nebo něco takovýho. Takový spíš špičkování občas mezi těma jakoby tam se vytvořej na velkym oddělení takový skupiny, to jsou jako katetrizátoři, pak to jsou echisti,

pak to jsou lidi na standardu, spíš takový jakoby že vlastně víceméně je to takový hrozně rozkouskovaný, jako kamarádíme se všichni, známe se všichni, večírky děláme společně, všechno, ale víš jak oni pak držejí takhle ty lidi mezi sebou spíš, když o něco jde. By se mohlo jako spíš sjednotit celý.“ „...no (pozn. projevuje se to) třeba právě aaa právě, když dojde k nějakému něčemu, většinou samozřejmě když jde všechno hladce, tak se to vůbec neprojeví, až když dojde k nějaký k nějakému řešení nějakýho problému, tak vlastně si ty katetrizátoři si stojej za svým a aaa jakoby nepřiznaj svoji chybu, i když by jí udělali jako rozumíš prostě.“ (Ulrika)

Již bylo dost zmíněno o negativních typech vztahů na pracovišti. Existují i protipóly jednání, jako jsou například vztahy vzájemné odpovědnosti, spolupráce či vzájemné pomoci. Dalo by se říci, že tímto s opakem vztahů na pracovišti zmíněných ve výše uvedených výpovědích, se setkává Samuel na oddělení kardiochirurgie. Respondent hovořil značně ze široka a obecně, přesto však uvádí jako jeden z důvodů naprosté pohody ve svém zaměstnání to, že jeho kolegové mají smysl pro humor a v práci se tak jednoduše řečeno, dobře baví.

„Co se týče teda týdlectý mojí spokojenosti, tak chci tím naznačit to, že dejmetomu třeba kolektiv, do kterýho jsem se dostal tak mi přijde snad, jakože ideální. Až na pár výjimek, který jsou úplně všude, mi vyhovuje naprosto všechno, co se v mezilidský oblasti odehrává, a když to teda srovnám se zkušenostma svých kolegů, bejvalejch spolužáků, tak mě to přijde snad jakože úplně pohádka, teda když mám možnost se setkat s jednáním ať už kolegů spolužáků na pracovišti, tak mi to přijde jakože neuvěřitelnej skok, prostě tady v tomhlectom baráku, kde já dělám je to fajn, a někde o pavilon vedle je to hrozný a všichni si tam jdou po krku. Což si myslim, že je asi ta nejsilnější demotivace od toho iniciálního-pomáhat lidem.“ (Samuel)

„To mi na našem kolektivu přijde skvělý, že se dokážeme jako i vtipně bavit, že to není jen o tom, že jsou si všichni rovni, že všichni si pomáhají atd., ale není to rozhodně nějaký sucharský prostředí. Skutečně, každej tam umí pár vtipů ☺“ (Samuel)

Samuel sice přiznává určité stinnější stránky v oblasti vztahů na pracovišti, je však tolerantní a nepřikládá jim velký význam.

„...tak samozřejmě (pozn. některé věci nejsou úplně ideální), ale to si myslim, že pramení snad z nějakých nedostatků osobnostních u jednotlivých kolegů. Co se týče nějakých vlastností, každej má nějaký špatný vlastnosti. Myslim si, že zrovna tohleto je nějaká věc,

co se špatně ovlivňuje, a já musím říct, že mám pocit, že moji kolegové těhletých špatnejch vlastností maj minimum. Takže to mě právě na tom úplně udivuje, že se to tak poštěstilo a funguje nám to tam poměrně hezky.“ (Samuel)

Respondent se zamýšlí nad tím, proč jsou charakterové vlastnosti jeho kolegů tak pozitivní.

„Otázkou je taky to, jak moc se na tomhlectom hodňáctví interpersonálním podílí vůbec jako to pracoviště na kterým dělám. Jestli teda to, že kardiochirurgie je snad v očích některých vznešený obor, tak že si to uvědomujou všichni, co tam se mnou dělaj, a právě proto jsou hodný, anebo jsou akorát ryze hodný a ryze pomáhající a nezištný. Těžko říct.“ (Samuel)

Z popisu Samuela se můžeme domnívat, že zaměstnavatel nepříliš často používá autoritářský přístup ke svým zaměstnancům.

„No náš zaměstnavatel se stará o naši spokojenost tak, že nemám pocit, že by po nás nějak výrazně musel dupat. Tam byly nastavený určitý podmínky, který zase to vychází ze štěstí na personál, protože mám pocit, že kolegové skutečně tyto podmínky respektujou a nějak zvlášť nemaj potřebuje je porušovat.“ (Samuel)

3.7.4. Kategorie: Práce vs. zdraví

Zdraví je dle definice WHO z roku 1948 „Stav úplné tělesné, duševní a sociální pohody, a ne jen pouhá nepřítomnost nemoci či slabosti“ (Zdraví [online]).

Náplní práce lékaře, je péče o zdraví svých pacientů. Jak je to ale s péčí o jejich vlastní zdraví ve spojitosti s jejich zaměstnáním?

Na zdraví lékaře se lze dívat i z pohledu pacienta. Každý pacient má právo na kvalitní zdravotnickou péči. Kde je hranice, kdy mu ji lékař ještě může poskytnout, a kdy se již jeho zhoršený zdravotní stav projeví při výkonu jeho povolání?

Bedřich prodělal v nedávné době závažné, akutní a život ohrožující onemocnění a takto popisuje toto období nemoci:

*„No samozřejmě jsem s tím chodil pracovat normálně. Užíval jsem léky, tak to je snad jasný, ale místo toho, abych s tím ležel v nemocnici, tak jsem s tím pracoval v nemocnici.“
„...bylo s (pozn. s onemocněním Bedřicha), 330 hodin v práci a celej ten prosinec jsme byli na oddělení jenom ve dvou místo ve třech, takže to bylo fakt hodně, ten prosinec byl hodně hnusnej, myslim, že jsem si to hodně vyžral (Bedřich)*

Zde Bedřich zdůvodňuje své jednání:

„Jako normální to není, ale co ti zbejvá. Já jsem, na jednu stranu jsem nechtěl, máš v sobě aa takovou tu tendenci popření toho, že tě to onemocnění může nějakým způsobem limitovat nebo ohrozit na životě, což samozřejmě mohlo, že jo. Já jsem, já jsem s prominutím magor, jsem si to nechtěl připustit. Do poslední chvíle jsem tomu nevěřil, i když prostě je to můj denní chleba, že jo a ty (pozn. typ onemocnění, který postihl Bedřicha) atd. Ale jakmile se to týká tebe, tak si to nechceš připustit no a nevím, co bych k tomu ještě řekl.“ (Bedřich)

Následně respondent odpovídá na otázku, zdali jeho zaměstnavatel věděl, v jak vážném zdravotním stavu jeho zaměstnanec dochází do práce.

„Ten o tom vůbec nevěděl a věděl, nebo věděli o tom moji nadřízení a ty jako oficiálně řekli, že samozřejmě, to jsou doktoři, tak moc dobře vědí, že s tímleto stavem jsem tam měl ležet v tý jo nemocnici nebo bejt doma na neschopence a to, jenomže to bylo období před Vánocema, všichni si vybrali dovolenou, nikdo v tý nemocnici nebyl. Takže ti se jenom tiše modlili a byli rádi za to, že jsem tam zůstal.“ (Bedřich)

Následně Bedřich zpětně přemýšlí, zda by se v dané situaci zachoval stejně, a jaké ponaučení si celého náročného období ve svém životě odnesl. Ve stručnosti lze říci, že by se již zachoval jinak a s onemocněním by zůstal doma.

„Nevím, nevím, asi možná ne, asi bych s tím možná chvíli zůstal doma.“ „...pomohlo mi to si uvědomit, že prostě se nemá cenu extrémně přemáhat, stresovat se, prostě to nemá cenu, nikam to nevede a je mi jedno, je mi jedno, co se děje nebo tak a prostě kašlu na to!“ „...já fakt už prostě nehodlám znovu podstupovat to, že bych sebe vystavoval svoje zdraví kvůli tomu, aby se prostě nějak v práci udělalo všechno, tak jak se má, za jakoukoliv cenu.“ „A fakt je mě to jedno, i kdyby se to tam nějakým způsobem mělo položit nebo by se tam měl stát jakejkoliv obrovské průšvih, kterej by nešel přímo na moje triko, tak je mně to úplně jedno.“ (Bedřich)

Další otázkou jsou infekční onemocnění. Je vhodné chodit do práce například s lehkou virózou k pacientům, kteří jsou už tak oslabeni svým základním onemocněním? Každý člověk včetně lékařů, má hranici s jakou indispozicí do práce ještě jít, a kdy už ne, někde jinde. Někteří, jako například Samuel, by šli do práce i s horečkou 38 stupňů.

„No určitě bych to řešil, vzal bych si paralen a šel bych do práce. Ač teda se to nemá, ale hm, vim, že se to nemá, kvůli chronickému poškození mého endokardu :D

Samozřejmě tak jako pokud bych zvážil svůj zdravotní stav, tak není žádný problém dělat si, co chci. Pokud by to samozřejmě bylo něco vážného, tak by bylo nerozumný do práce vůbec chodit.“ (Samuel)

Neda na druhou stranu zmiňuje rizika pro pacienty a raději by zůstala doma.

„No vzala bych si paralen a nešla bych do práce, teda když by to šlo :D Aaaa no tak jako my jsme právě na těch odděleních aaa jsme většinou přidělený tak, abychom tam jakoby zvládali tu práci, i když jeden z nás tam není, takže si myslím jako, nebo takhle, když bych jako byla opravdu nemocná a fakt bych se jako cejtla mizerně a hlavně bych, tak jako ono to není jenom o mně, že jo. Jako i ti pacienti, já tam nemůžu prostě mezi těma kardiakama přijít a chrchat tam na ně. Tak jako kdyby mi bylo opravdu mizerně, tak bych zůstala doma, děj se co děj a oni by za mě vždycky nějakou náhradu našli, to není zas takovej problém, už se nám to párkrát stalo, že prostě lidi byli nemocný a vždycky se to jakoby nějak zvládlo. No ale jako já většinou právě nemám horečky, jenom mě prostě bolí v krku, bolí mě hlava, to jsou jako ty věci, který se prostě jakoby, se kterýma se dá normálně fungovat. Takže jako s tím chodím normálně do práce.“ (Neda)

Respondent Michael popisuje, že většinou zůstává s teplotou doma, avšak nebere si neschopenku, ale náhradní volno nebo dovolenou. Ulrika oceňuje možnost zůstat doma v případě, že onemocní. Opět se zde dobrý vztah k primáři oddělení, kterému se nebojí sdělovat i nepříjemné věci.

„...když by mi u toho bylo špatně, tak bych asi zavolala do práce, že je mi špatně a že tam nepřijdu, což jsem teďka udělala vlastně nedávno, jsem zvracela celou noc, a protože jsem snědla něco špatnýho a ráno jsem se jala, že půjdu do práce a já jsem se prostě málem jakoby jsem omdlela, jak jsem byla zeslabená z toho jo a bylo mi fakt špatně, tak jsem zavolala primárovi, že je mi jako špatně, a že prostě potřebuju dneska zůstat doma a jako v pohodě.“ (Ulrika)

Jak již bylo napsáno v úvodu, zdraví jedince se týká i jeho psychického stavu. Nejčastěji skloňovaným pojmem ve spojení se zaměstnáním je stres nebo syndrom vyhoření. Naši respondenti jsou převážně na začátku své kariéry, a proto nelze očekávat, že by se tyto dvě veličiny týkaly i jich. Přesto se však naši mladí lékaři o stresu, a méně i o syndromu vyhoření zmiňují.

Bedřich přiznává, že se v zaměstnání dostává do stresujících situací.

„Jasně, doktoři maj peníze, ale za jakou cenu? Za cenu přesčasů a otázkou je, jestli tohleto má smysl, jestli zbytečně se stresovat má smysl, protože občas se člověk dostane do situací, který jsou hodně stresující, někdo to zvládá, někdo to nezvládá.“ (Bedřich)

Následně respondent popisuje, že se se stresovými situacemi vyrovnává dobře, jistě ale stres v některých situacích pociťuje, protože vzápětí popisuje situaci, se kterou se setkává.

„No já se s tím, já se s tím zatím vyrovnávám v pohodě, respektive, uvědomuju si, že tak jak já pracuju, to že pracuju ještě v jedný další nemocnici, kde jsem naprosto sám (na mnoho oddělení, více popsáno v kategorii Kvalita zdravotnické péče), sice mám oficiálně na telefonu příslužbu, který můžu zavolat, ale ./ né vždycky, né vždycky zvedne telefon, a to jsem ještě nikdy nevolal, nevolal kvůli medicínský stránce věci, ale jenom kvůli nějakým právním záležitostem, který jsem musel řešit ve službě, abych se poradil ohledně právních záležitostí, tak vim, že né vždycky zvedne telefon a né vždycky je čas volat. Protože občas jsou situace, kdy se člověk musí rozhodovat hned, když tomu pacientovi jde třeba o život.“ (Bedřich)

Ulrice působí stres nahromadění více práce najednou. Bere to však jako přirozenou součást své profese.

„No tak aaa ideální den v práci si představuju tak, že přijdu ráno, je hlášení, všechno proběhne v pohodě, nic není co žádný komplikace, nikdo nevolá, že něco chtěj, pak si prostě se propustí nějaký pacienti, co jsou na propuštění, aaa je na všechno dostatek času, nic není ve stresu, což jako většinou nebejvá, což to prostě není, aaa no. Prostě takhle. Že máš prostě dostatek času na to si všechno v klidu udělat.“ (Ulrika)

A následně odpovídá na otázku, jestli to takto vypadá i v jejím zaměstnání.

„Většinou se to nasune na jednu chvíli hrozně moc a musíš prostě řešit tisíc věcí najednou a takhle. A to asi není pak jako nemocnice, když bys na všechno měla dost času.“ (Ulrika)

Michael zmiňuje syndrom vyhoření a popisuje svoje zkušenosti s ním. Dokonce upozorňuje na to, že prevencí proti „burn-outu“ on a jeho kolegové použili zaměření se na jinou důležitou oblast jejich život, a to rodinu.

„No potom, co se ti narodí dítě, založíš rodinu, tak ta práce se ti pak zdá míň důležitá, než sis myslel předtím. My jsme tady měli ted' takovej baby boom kardiologickéj. My jsme byli na hranici vyhoření, tak jsme si řekli, ...to je pak úplně jinej impulz, to člověk pak bere všechno jinak.“ „No tu práci už nemám asi na tom prvním místě. No jako předtím ta práce

byla jako důležitější, protože co tam jakoby bylo, jo? Když člověk přišel z té školy, tak ta práce pohlcovala mnohem víc času, teď bylo všechno nové, učil ses, trávil v té práci mnohem víc času, teď kon už se naučil člověk co je důležitý, ty věci si odpracuje...“ „...a jako může se víc věnovat té rodině.“ (Michael)

Samuel nepocituje, že by se syndrom vyhoření týkal jeho, popisuje však, co si myslí, že by k němu mohlo přispět právě u něj a popisuje jej u svých kolegů. Jednou z věcí je monotónnost práce, kterou vykonává. Kardiochirurgie je totiž značně úzký obor a prováděných výkonů v podstatě není mnoho. Dalším faktorem hrajícím roli v syndromu vyhoření dle Samuela může být fakt, že je vždy vázán na kliniku a nemůže si v rámci kardiochirurgie otevřít vlastní ordinaci. I atestační příprava, která trvá minimálně sedm let je časově náročnější, než u jiných specializací. S tím se pojí nižší finanční ohodnocení, které by dle něj jistě spojuje právě s burnoutem. Jako další, čistě hypotetickou cestu k syndromu vyhoření Samuel vidí především ve zhoršení vztahů na pracovišti. U svých kolegů následně respondent popisuje výskyt burnoutu a toho, jak se u nich projevuje:

„...mají nějakou přílišnou zodpovědnost, aa mají příliš práce, po který ani neviděj ani nějaký významnější stopy, čili se zabývají něčím, co je prakticky jakoby nic. Nejsou oceňováni aa, mnozí z jejich kolegů neměli nebo nemají ještě ani možnost tolik sloužit, čili vydělat nějakou tu kačku navíc. Ty vztahy na pracovišti taky nebývají ideální, všechno tohleto už bylo tisíckrát převyprávěno, o to víc mě motivuje pracovat na pracovišti, kde jsem, protože jsem si vědom všech těch benefitů, který tam zatím pocituju.“ (Samuel)

3.7.5. Kategorie: Práce a rodina

Subkategorie: Založení rodiny

Subkategorie: Priorita – rodina vs. kariéra

3.7.5.1. Subkategorie: Založení rodiny

Pozdější založení rodiny je všeobecný trend. Toto tvrzení dokládají i informace poskytnuté z Českého statistického úřadu. V roce 1989 se ženy vdávaly průměrně ve věku 21 let, muži ve věku 24 let, v nynější době, dostupná data z prvního pololetí roku 2013 ukazují, že průměrný věk při vzniku sňatku je u žen 29 let a u mužů 32 let. To znamená, že lidé se berou o celých 8 let později, než tomu bylo před dvaceti čtyřmi lety. S těmito daty souvisí i zvyšující se věk prvorodiček. Jednoduše řečeno, děti se rodí stále starším ženám. Jak již bylo řečeno, data ukazují, že jde o všeobecný trend, nicméně u našich respondentů lze předpokládat, že průměrný věk ať již při sňatku, nebo při zplození potomka, budou

odkládat více, než je tomu u běžné populace. Můžeme se tak domnívat proto, že studium všeobecného lékařství netrvá standardních pět let vysokoškolského studia, ale o rok více. Následně většina mladých lékařů a lékařek nastupuje na atestační přípravu, která v průměru trvá pět let. Zda jsou naše domněnky v případě Ulriky, Bedřicha, Nedy, Michaela a Samuela správné se dozvíme z jejich komentářů k tomuto tématu.

Nad otázkou, proč dnešní mladí lidé oddalují založení rodiny, se zamýšlí respondentka Ulrika. Do svých úvah zakomponovává i aplikaci tohoto faktu na profesi lékaře/lékařky.

Respondentka Ulrika ve svých komentářích potvrzuje jev odkládání svatby i rodičovství do pozdějšího věku. Jako příklad poukazuje na svých šest kolegů, z nichž vdaná je pouze jedna lékařka, a to čerstvě. Jejich věk se pohybuje od 28 do 31 let a všichni ještě nesložili atestační zkoušku. Poznává, že to může být také důvodem pro odložení založení rodiny. Následně Neda popisuje, jaké jsou její vlastní intence týkající se plánování potomků.

„No tak já to mám, že nechci mít děti dokud' nebudu mít pocit, dokud nebudu v tom oboru tak aspoň trošku nepostradatelná, že prostě budu mít jistotu, že budu moct odejít a potom se vrátit jakoby bez nějakýho většího rizika. Já bych teďka nerada odešla, protože teď vem, že bych po těch dvou letech mateřský všechno zapoměla a začínala bych znova. To by byly úplně zahozený dva roky mého života. Takže bych chtěla mít děti až po atestaci.“
(Neda)

Nedy tvrzení tedy dokládá, že pociťuje nutnost nejdříve složit atestační zkoušku, a především neztratit znalosti, které po několik let v zaměstnání před atestací získala. V následujícím komentáři Neda vyslovuje časový horizont, do kdy by dítě ráda měla, ale číslo je to spíše orientační, protože respondentka v této oblasti nemá vnitřně jasně stanovený čas. Z jejího komentáře vyplývá skutečnost, že její kariérní postup „z nuly“ na atestovanou lékařku nebo lékařku těsně před atestací má přednostní prioritu, oproti založení rodiny.

„Já doufám, že to stihnu do těch pětatřiceti. Nevím no, jako ta atestace mohla bych jí dělat za čtyři roky, já nevím, tak třeba ve třiceti, v jednatřiceti bych ráda zkusila otěhotnět, možná ve dvaatřiceti. Anebo jako možná těsně před tou atestací, abych měla dítě, ale prostě abych měla jistotu, že už v tom oboru, že už jakoby ho relativně zvládám, a potom jakoby si jenom dokončím ty potřebný kroky k tomu získání té atestace, a potom bych mohla začít někde pracovat, abych prostě nebyla zase nula, která přijde ve třiceti někam a

bude, bude úplně stejná nula, jako je teď. Prostě nevím, jestli bych to ve třiceti zkousla.“
(Neda)

Podobný názor na danou věc má z mužského pohledu i Michael.

„...myslím, že (pozn. ženy) to mají horší v tom, že ta medicína je takovej jako rychle se měnící obor, a když jdou na delší dobu na mateřskou, tak pak z té mateřský pak jakoby přijdou do té práce, tak je to skoro jako kdyby téměř začínaly od začátku, odznova, jo? Do jistý míry.“ „No, jakoby do jistý míry pak začínaj po tom těhotenství znova.“ (Michael)

Respondent ještě poskytuje jeho pohled na ženy lékařky po dobu mateřské a rodičovské dovolené a na její návrat z ní.

„A představa, že nastoupíš do práce za tři roky potom, co jsi jí opustila, tak to je úplně nověj obor, že jo. Ale jako, taky se na to adaptujou, ale je to na nich ale vidět. Jako je no, je to na nich vidět. Mění se i ten kolektiv, přijdou mezi kolektiv, kde se vystřídali dvě třetiny lidí, jo. Takže ty lidi ani neznaj najednou.“ (Michael)

Následně měl respondent Michael popsat, zdali vidí nějaký rozdíl mezi ženami, které otěhotněly před atestací a po ní. Jeho názor je zajímavý, za ještě zajímavější však lze považovat fakt, že na jeho pracovišti prakticky po porodu žádné ženy nezůstávají.

„Víceméně já teda moc lidí, co jsou tady po těhotenství, moc jich tu nezůstalo. Jako já teda nevím, která atestovaná žena měla děti.“ „Jako já si myslím, že je to celkem pochopitelný, že tu nejsou, chtěj vychovávat děti a že jo, jako představa, že tady prostě budou do čtyř hodin do odpoledne hákovat tady na standardním oddělení je scestná. Jako chtěj do ambulance, kde si to můžou trochu zařídit po svým.“ (Michael)

I Bedřich přidává svůj pohled na věc a odpovídá na otázku, zda u něj na oddělení pracuje nějaká žena, která by měla děti.

„Ne, neznám. U nás nikdo takovej nepracuje.“ (Bedřich)

„Většinou, většinou, buďto holky maj dítě hnedka po škole, nebo je maj až potom, co si udělaj specializaci. Jo a málokdo, málokterá mezitím.“ (Bedřich)

A přidává odůvodnění, proč si myslí, že tomu tak je:

„No protože musej bejt furt v práci a nemaj čas na rodinu.“ (Bedřich)

Z předchozích výpovědí respondentů se lze domnívat, že náročnost jejich zaměstnání by mohla být určující v rozhodování založení rodiny. Na druhou stranu se Neda zamýšlí nad

tím, zda má její vlastní profese lékařky vliv na její rozhodnutí mít děti. Z tohoto komentáře však nelze čekat jednoznačnost, protože výpověď má vcelku váhající charakter.

„Jo, určitě (pozn. souhlasí, s tím, že zaměstnání ovlivňuje její rozhodnutí pořídit si dítě), ale já nemám úplně, já si nejsem úplně jistá, jestli bych dělala nějaké jiné obor, ve kterém bych mohla mít děti, jestli bych je jako teďka chtěla. Jako nevím, jestli to opravdu ta moje profese ovlivnila ten názor nebo to rozhodnutí, kdy chci mít děti, nebo kdy je mít nechci, fakt nejsem schopná odpovědět. Jako je to možný, že to hrálo svojí roli, ale teďka děti nechci a nevím třeba jestli, myslím si, že by to rozhodnutí bylo stejné, ať bych dělala cokoli.“ (Neda)

Michael v rozhovoru poskytuje informaci o tom, zdali se zaměstnavatel ženám s dítětem/děťmi vychází nějakým způsobem vstříc k usnadnění jejich střetu rolí, a to role matky a role ženy budující kariéru.

„Tak jako taky jsou tady nějaký částečný úvazky, že někdo chodí na jeden den, ale to je spíš absurdní, ale jakoby ta práce je někdy natolik náročná, že to jako nejde ústupky, prostě to člověk tak musí vzít, nebo nechat.“ (Michael)

Nyní se z rozhovoru s Bedřichem dozvídáme, jaké jsou jeho vize ohledně založení rodiny a jeho názoru na to, jak se může v souvislosti se založením rodiny měnit vztah k profesi.

„No, to já ti asi nejsem schopnej v tuhleto chvíli odpovědět, protože v tudleto chvíli si rodinu nezakládám, nemám to ani v nejbližší budoucnosti v plánu.“ „No jediný, co ti k tomu můžu říct je to, že jako ty rodiny ta profese tě ještě začne ještě víc štvát, když zjistíš, že musíš bejt furt v práci a ani na tu svoji vlastní rodinu nemáš čas. No a mě osobně by tohle štválo, protože já bych osobně docela rád byl účasten tomu, abych nějak viděl vyrůstat, vyrůstat svoje děti.“ (Bedřich)

Zajímavým pohledem může být výpověď respondenta Michaela, který již dítě má. Lze říci, že hlavní důvod, proč lidé pracují, je zajištění životních potřeb, k čemuž jsou nutné finance. Michael popisuje svůj střet potřeb, a to potřebu finančního zaopatření rodiny vs. potřebu věnovat se svému potomkovi.

„Já si jako nestěžuju. Já jako nejsem člověk, kterej by nadával. Považuju se za vyšší střední třídu. Takže jako jsem spokojenej s tou životní úrovní. Kdyby to říkám, jediný, kdybych si tuhleto životní úroveň udržel a nemusel třeba sloužit, čili jako si spíš kladu otázku, otázku za jakou cenu je ta životní úroveň dosažená.“

Na tuto otázku si mladý lékař záhy odpovídá:

„No, za dost velkou. Protože člověk má teď kon to dítě a chtěl by třeba být víc s ním, tak si musím klást otázku, jestli mi to za to stojí no, ale zase to dítě má pak taky větší nároky, žena na mateřský, nebo teď už na rodičovský, takže taky pokles příjmů, takže zatím je to prostě nutný, aby se ta životní úroveň udržela. Pak by to muselo být za cenu poklesu té životní úrovně.“ (Michael)

I další respondenti kromě Nedy zmínili své plány týkajících se založení rodiny.

„Zatím žádný. Zatím na to není čas ani podmínky. Nejdřív prostě to беру tak, že musím zajistit takový podmínky, abych se dokázal o tu rodinu postarat, což v dnešní době není zrovna extra nějak jednoduchý a zvlášť, když kdokoliv, kdo venčí psy v Praze bere dvakrát tolik za hodinu víc než ty v nemocnici jako doktor.“ (Bedřich)

Michael, který je čerstvý rodič, má asi 8 až 9 služeb za měsíc přičemž jeho manželka je doma na mateřské/rodičovské dovolené. V dalším komentáři se zamýšlí nad tím, jak bude vypadat budoucnost jeho rodiny, a to konkrétně situace, až manželka, také lékařka, odejde z rodičovské dovolené zpět do zaměstnání.

„No, to si vůbec nedovedu přestavit, zatím. Ale chtěl bych, aby chodila třeba na začátku aspoň na částečnej úvazek a občas třeba jednu dvě služby si taky dala, z důvodu jak profesního, tak finančního.“ (Michael)

Michael se také zamýšlí nad tím, že jeho otec byl lékařem a on jako dítě neměl pocit, že by ho jeho vytiženost nějak trápila:

„No, mě to jako asi nějak dramaticky nepoznamenalo, můj táta byl doktor.“ (Michael)

Posléze ale přiznává, že jeho maminka nebyla povoláním lékařka, a tak měla čas na péči o rodinu. V následujících řádcích přichází na to, že jeho situace je jiná, protože jeho manželka je taktéž lékařka.

„To né, maminka je učitelka. Ta byla hodně doma.“ (Michael)

Pro tuto situaci existuje pojem „dvoukariérové manželství“, což je soužití či svazek, ve kterém se oba partneři věnují své profesní kariéře a jejímu uskutečnění. Kariéra má pro oba tyto partnery velký význam. Při dvoukariérovém partnerství může, ale nemusí být budování kariéry upřednostňováno před jinými hodnotami, kupříkladu rodičovstvím (Splítková, 2008).

„Jako dvoukariérní, to máš jako pravdu, to si jako neumím odpovědět úplně. Ale samozřejmě to bude tak, aby pořád byl někdo doma no. A asi to nebude jako do extrému, nechtěl bych, aby sloužila šest dní v týdnu, ale jako jeden dva dny za ten měsíc, to si myslím, že bude. Ale nevím, jaké to bude mít vliv no, je pravda, že znám pár, kterej jsou lékaři oba dva a obě dvě ty jejich děti, ani jeden tu medicínu bez šance :D :D. Že možná, že to potom jako když tam není ten jeden rodič, kterej by byl furt..., a dělal tu domácnost, tak to asi může mít hodně negativní vliv na ty děti. Ale nepřemejšlel jsem zatím nad tím.“
(Michael)

Samuel dané téma týkající se založení jeho vlastní rodiny vnímá ze širšího pohledu a zprvu popisuje rozhodnutí založit si rodinu jako velkou zodpovědnost. Posléze udává, že už samotné studium, které považuje za náročné a svým způsobem i nepřející k zakládání rodiny nebo alespoň k postavení základních předpokladů k tomu potřebných. Samuel uvádí i časový údaj odpracovaných pěti let, kdy by pro něj bylo schůdné založit rodinu. Následně ale vnímá pocit, že nechce být starším otcem, což uvádí jako důvod, proč by si měl rodinu založit v dřívějším věku.

„Nevím, do jaké míry se na tom podílí to, že jsem teď šest let strávil studiem vysoký školy poměrně náročný, která aa mi prostory pro rodinné zájmy tolik nenabízí, takže to si myslím, že to trochu můj náhled na tuhle věc posouvá trochu do budoucna. Každopádně já si myslím, že víc než nějaký konkrétní moment mám představu spíš let. Já si myslím, že třeba po pěti letech (pozn. v zaměstnání) by se u mě mohla objevit nějaká větší potřeba řešit otázku rodiny.“ „No jako po pěti letech, kdy budu fungovat jako normální lékař.“
„...spíš si uvědomuju to, že čím starší budu, tak tím starší uvidím svoje děti, pokud je tedy kdy vůbec budu mít, v produktivním věku jejich kariér, což je teda zatím takovým tím ideálem, tedy do budoucna, to bych si přál. Vidět svoje děti prosperující a eventuálně i svoje vnoučata tak nějak v rozkvětu. Ale tohle to je si myslím je asi jako jediná motivace, která by mě měla do budoucna hnát, abych si rodinu založil.“ (Samuel)

3.7.5.2. Subkategorie: Priorita – rodina vs. kariéra

Priority „rodina“ a „kariéra“ vyplynuly jako dvě hlavní a nejdůležitější oblasti pro většinu lidí a potažmo i pro respondenty. Pro lepší pochopení priorit našich mladých lékařů je nutné zmínit i to, jak popisují, jaké místo zaujímá práce v jejich životě. Resp. to, jak si stojí na žebříčku hodnot. Respondenti se ve svých výpovědích do jednoho shodují, že práce je pro ně velmi důležitá a ač ve většině případů není na prvním místě, jistě se vyskytuje v žebříčku hodnot velmi vysoko.

„No docela dost pro mě znamená práce. No to jako docela na přední pozici.“ (Ulrika)

„No, já si myslím, že hodně (pozn. je pro něj práce důležitá). Po mojí rodině asi na druhým místě. Myslím jako práce obecně, nemyslím si, že práce tady. Jako to na tom já nelpím, že to musí bejt tady, ale práce jako taková samozřejmě jako je důležitá.“ (Michael)

Velmi zajímavé je, že Samuel popisuje zařazení práce do svých hodnot na přední příčky jako něco, co udělal vědomě. Období devíti měsíců koresponduje s dobou od nástupu na přípravu na atestaci na oddělení kardiochirurgie, kam se dostal ihned po ukončení studia všeobecného lékařství.

Bedřich to, jaké místo zaujímá jeho práce, popisuje poněkud komplikovanějším dojmem. Vše vychází ze skutečnosti, že není v práci spokojený.

„Já nevím, jestli na tohleto dokážu odpovědět. No, když k tomu budu přistupovat hodně racionálně, tak zaujímá asi tak 90 % mého veškerého času. Né, 90 % né, ale dost, můj osobní život není žádnej v podstatě, nebo extrémně, extrémně omezenej, a co pro mě (pozn. práce) znamená? Víš, kdybych tam byl spokojenej, tak si myslím, že by mě to i naplňovalo, protože jsou momenty, když mě ta práce fakt baví. Já chápu, že jakákoliv práce je furt práce, zaměstnání a člověka občas nemůže bavit, ale to je naprosto normální, ale i přesto si myslím, že kdyby člověk fungoval v lepších podmínkách, tak že by mě to fakt bavilo a že bych tomu věnoval, věnoval ještě o dost víc úsilí, víš, že bych nebyl tak znechucenej z toho a že by se mě pracovalo o dost líp.“ (Pozn. v závěru Bedřich přiznává, že by byl více motivován.)

Michael podotýká, že časová náročnost jeho zaměstnání se promítá na rodinném životě.

„Tak já myslím, že to (pozn. práce) má vliv na to, že mám míň toho volného času na rodinu...“ „To máš tak, že sloužíš v pátek, v neděli, a pak zase ve středu a to mě vždycky hrozně nabourá, mě pak ten měsíc strašně rychle uteče, jo, to si předtav, že jdeš jako z práce, ted' člověk sloužil, takže je pak utahanej, tak už se mu nic nechce, druhý den dobrý, další den člověk zase slouží, takže už je pak nervózní, takže ty služby docela jakoby mě zatěžujou v tom dletom.“ (Michael)

Nyní je stěžejní uvést, jak respondenti vnímají rodinu na svém žebříčku hodnot ve spojení s jejich zaměstnáním.

Neda popisuje své priority do budoucna, protože ještě děti nemá.

„...myslím si, že pokud má člověk rodinu, tak ta rodina se dostane na první místo a ta priorita se posune někam jinam, a když vím, že mě doma budou čekat děti a další jiný starosti, tak se prostě musím přepnout do jinýho režimu a prostě si myslím, že spíš v tý práci myslíš na ty děti, než obráceně.“ (Neda)

Michael, na rozdíl od Nedy, už vzhledem k tomu, že je čerstvým otcem, může hodnotit situaci z vlastních zkušeností. Od vnímání Nedy se však vcelku neliší.

„No potom, co se ti narodí dítě, založíš rodinu, tak ta práce se ti pak zdá míň důležitá, než sis myslel předtím.“ „...to je pak úplně jinej impulz, to člověk pak bere všechno jinak.“ „...tu práci už nemám asi na tom prvním místě.“ „...předtím ta práce byla jako důležitější, protože co tam jakoby bylo, jo? Když člověk přišel z tý školy, tak ta práce pohlcovala mnohem víc času, teď bylo všechno nový, učil ses, trávil v tý práci mnohem víc času, teďkon už se naučil člověk co je důležitý, ty věci si odpracuje, udělá, má trochu víc toho času, už se to naučil a nemusí v tý práci být třeba přesčas a jako může se víc věnovat tý rodině. (Michael)

I na komentářích respondentů, týkajících se jejich kariérních plánů do budoucna, je vidět, co je pro ně důležité.

„ Já bych chtěl mít jako dvě děti a jako rodina je pro mě důležitá, na prvním místě takže jako jo, já se určitě nechci nějak omezovat ze stran toho rodinnýho života, ale chtěl bych a to je to proč by mě třeba lákala i ta ambulance, by mě třeba dovolila, že bych jednoduše měl víc peněz a nemusel jsem tolik sloužit, nebyl bych v tý nemocnici a měl bych pak víc času. Já bych si uměl představit, že bych pak chodil do práce, jako jiní lidi to znamená přes den a v noci bych byl doma. Takže to je to co bych chtěl do budoucna. A dokonce a vůbec by mně nevadilo a vím, že takhle kolega jeden odtud teďka odešel s atestací z angiologie a ten pracuje od pondělí až do čtvrtka. Pátek má volnej. Jako občas někde slouží, ale mnohem míň. Jakoby v mnohem menší míře. Takže taková čtyřdenní pracovní doba, tak jako taky bych se tomu nebránil.“ (Michael)

U Nedy, která je bezdětná, má prozatím určité pracovní preference. Připouští však fakt, že s příchodem dětí se tyto priority mohou změnit.

„Já bych chtěla dělat arytologa. Já bych chtěla dělat arytlogii. Chtěla bych prostě aaa asi bych chtěla zůstat v nemocnici aaa nevím no, možná se to změní, až budu mít děti a rozhodnu se, že budu normálně ambulantní kardiolog, ale zatím jako bych sis spíš přála být arytmolog a zůstat v nemocnici a dělat prostě, mít svoji arytmologickou ambulanci a dělat různý elektrofyziologický vyšetření a tak.“ (Neda)

3.7.6. Kategorie: Práce a partnerský vztah

Všichni respondenti kromě Michaela jsou svobodní a bezdětní. Michael je ženatý a má malého syna. Všichni, kromě Bedřicha mají v nynější době partnera.

Bedřich tedy žije jako „singles“, proto vliv zaměstnání na jeho partnerský vztah nemůže hodnotit, nicméně vzpomíná na svůj minulý vztah a přiznává, že se mnoho hodin strávených v zaměstnání promítalo na jeho partnerském vztahu.

„No samozřejmě málo času (pozn. pociťoval).“ „Když přece nemáš čas na toho druhýho a nemůžeš se mu věnovat, tak určitě ten vztah trpí, když mu nevěnuješ dostatečnou pozornost.“ (Bedřich)

Neda popisuje jako výhodu fakt, že její partner je taktéž povoláním lékař. Zároveň ale stejně jako Bedřich udává nedostatek času stráveného společně s partnerem.

„Nooo, dobře dobře (pozn. spojuje práci a vztah s přítelem), partner je taky doktor, takže má pochopení. My se hodně bavíme doma o práci. My se taky moc nevidáme, protože partner pracuje furt, takže se třeba, třeba se stane, že se tři, čtyři dny vůbec nevidíme.“

„No já sloužím standardně tak třikrát, čtyřikrát. No a partner tam se třeba stane, že může sloužit dva víkendy, což je šest dní, tak já bych řekla tak deset až čtrnáct dní, možná spíš jenom těch deset.“ (Neda)

I Michael má, nyní již manželku, která je povoláním lékařka, v čemž náš respondent spatřuje značnou výhodu, vzhledem k pochopení časového vytížení.

„Tím, že já mám lékařku, tak mám v tomhle pochopení. Věřím, že může být problém, když má někdo ne ze zdravotnickýho oboru. Prostě z úplně jinýho, hlavně si myslím, že je to spíš problém muž a žena doktorka.“ „...protože tam si to neumím vůbec představit. Ten muž nechápe, že ta žena není s ním. To těžko se s tím smiřuje.“ (Samuel)

Stejně, jako Neda, i on konkrétně popisuje, kolik dní se společně nevidí.

„No kdyby pracovala, tak jsme se třeba opravdu neviděli 4 dny v tejdnu, když to vyšlo, že ona sloužila, pak já jsem sloužil, to se taky nedá docílit toho, že bychom sloužili oba ve

stejný den. A teď si vezmeš, že já jsem třeba měl těch pět, šest služeb. Ona měla těch pět, šest služeb, to je dvanáct dní. Kolik má měsíc? Třicet. Takže jako třeba třetinu času jsme spolu nebyli.“ (Michael)

Lékař Samuel popisuje, jaký má v jeho životě profese vliv. Jako první zmiňuje, že se rozešel s přítelkyní, taktéž lékařkou, a jako podíl na jejich rozchodu z velké části podezírá náročnost jejich zaměstnání. Následně zmiňuje, že jeho novou partnerkou je zdravotní sestra pracující ve stejném zdravotnickém zařízení, na oddělení kardiochirurgie, která pracuje ve stejné budově. Zajímavý je již samotný fakt, že si respondent našel novou partnerku z tak blízkého okolí. Kupříkladu z průzkumu společnosti STEM/MARK pod vedením sexuologa Petra Weise, vyplývá, že na pracovišti v Česku přiznává vztah 33,5 % mužů a téměř 30 % žen (Vztah na pracovišti [online]). Lze tedy říci, že tento jev není nikterak ojedinělý. Vystává zde ale otázka, zda se může skutečnost nejen náročnosti jako takové, ale i časové náročnosti zaměstnání podílet na výběru partnera ze stejného prostředí. Samuel se k této věci vyjadřuje vcelku jasně.

„... jsem jaksi se rozešel s jednou partnerkou a objevil jsem novou. Nevím, do jaký míry, se na tom podílela práce v který teď působím. Přece jenom, byli jsme oba spolužáci a oba dva jsme začali působit ve zdravotnictví, oba dva jako lékaři a řekl bych, že je to taková nedořešená věc, jestli za tím našim rozchodem nebyla teda nějaká taková počáteční rozlada, jak to v tom zdravotnictví funguje a jestli to nebyl i jako, nebyla jedna z příčin, proč to jako skončilo. Jestli nějaká vyčerpanost a maska jménem úsměv doma, že nestačila, tak si myslím, že dost možná tohleto byla, byl jeden z původců proč tohleto muselo skončit.“ „No, já teda musím říct, že to bylo asi oboustranný, co se týče teda mého vytížení, vidím tam spíš tu fyzickou příčinu, to že jsem teda bejval jako hodně unavený, a ze strany teda druhý, tak si myslím, že ta byla unavená zase psychicky (pozn. kvůli psychické náročnosti oboru onkologie, který si zvolila). A tak nějak to byl asi jeden z efektů práce na můj život.“ „Ale nechci samozřejmě říct, že za tím, co mezi náma stálo (pozn. nyní již s bývalou přítelkyní) je jenom práce...“ „...takže tam si myslím, že byly rozkoly i další, ale to zaměstnání přičítám jako jednu z možných příčin.“ (Samuel)

Pro úplnost lze uvést, že Samuel považuje skutečnost, že našel v zaměstnání svojí partnerku, za velký benefit, který velmi umocňuje spokojenost se zaměstnáním jako celku.

„No ona sice je na stejný klinice, ale je jakoby v jiné části té kliniky, takže tam jde o to, že se nevidáme jakoby konstantně, ale k sobě blízko rozhodně máme a musím teda říct, že

jeden z největších benefitů toho, že teda jsem začal dělat tam, kde jsem začal je teda to, že jsem tam objevil někoho, kdo mi rozumí. Hm, takže to určitě chci vyzdvihnout.“ (Samuel)

Jak Samuel již popisoval, občas pocítuje fyzickou náročnost svého zaměstnání, která se projevuje i potom, co práci opustí. Psychicky se snaží od pracovních problémů oprostit s příchodem domů a oddělit tak vliv pracovní oblasti od partnerského vztahu.

„No jako když bych to měl zobecnit, tak může být dost zásadní, jako není skutečně jednoduchý přijít po náročném dnu přijít domů a usmívat se na celý kolo a být příjemnej. V mym případě s tímle problémem nemám, vzhledem k tomu, že to stavím jakoby úplně odděleně a ač teda jsou v práci třeba problémy, který mně na srdci určitě ležej, tak s tím, když já z práce odejdu, tak se s těmadle dvěma problémama loučím a nechávám je tam. Hm, myslím si, že ač teda jsem lékařem na plnej úvazek, tak rozhodně aa nejsem životním lékařem na plnej úvazek. Jako chci si samozřejmě zachovat takovou nějakou vnitřní integritu, a pokud bych nedokázal tu práci nějakým způsobem izolovat od svého partnerskýho nebo jinýho osobního života, tak bych myslím si, mohl dost dobře kandidovat na nějakou ten burnout.“ (Samuel)

Ulrika v době, kdy probíhaly rozhovory s respondenty, byla nezadaná, nicméně to se nyní změnilo, a tak i ona mohla přispět k tématu, jak vnímá spojení práce a partnerského vztahu. Zajímavou skutečností, shodnou se Samuelem je to, že si nového partnera našla taktéž v zaměstnání, kde oba pracují, a také není tento partner lékař, tudíž je jeho pracovní doba méně časově náročná.

„Tak jelikož ten můj přítel je na stejným pracovišti jako já, tak prostě to se dá docela dobře zkloubit. A jelikož ta pracovní doba je taková, respektive těch služeb do měsíce nemám tolik. Prostě odpoledne a většinu víkendů mám volných, tak prostě mně to vůbec nezasahuje do toho vztahu. A navíc můj přítel sice pracuje na stejným pracovišti jako já, ale on není doktor a má lepší pracovní dobu ještě než já. Má ji teda podle směn, že třeba má jeden den v tejdnu volno a potom má třeba dvanáctihodinovou, desetihodinovou nebo osmihodinovou a začíná ve stejnou dobu většinou a nemá noční jako já.“ (Ulrika)

Dále se Ulrika zamýšlí nad faktem, že na pracovišti je 6 mladých lékařů a z toho je vdaná pouze jedna kolegyně. Ostatní jsou dle jejích slov nezadaní.

„No já ti nevím jako, jestli by za to mohla až tak ta práce? Nevím, jakože nechoděj třeba tolik ven, ale jako to máš právníci nechoděj taky jako.“ (Ulrika)

3.7.7. Kategorie: Práce a přátelé

Samuelův rozhovor nám poskytuje informaci o tom, že je zaměstnáním časově velmi vytížen, a že se to projevuje i na jeho osobním životě týkajícím se přátel.

„...mám spoustu služeb kolem, tak dost často zalejzá i do mých koníčků, když se chci nějak realizovat, nebo se sejít s kamarády, je to prostě problém.“ (Samuel)

„Tak na přátele, ty jsou samozřejmě rádi, že maj za známýho doktora, nebo kamaráda doktora. Jinak jinej vliv to na ně asi nemá.“ (Bedřich)

Následně ale Bedřich přiznává:

„...na přátele je málo času kvůli tomu, jak jsem furt v práci.“ (Bedřich)

U Nedy, dle jejích slov, došlo k tomu, že se s určitými přáteli již nestýká a to ani ne z důvodu časové náročnosti, jako spíš z důvodu jiných zájmů. Středem zájmu, a tedy i nejčastějším komunikačním tématem je u Nedy oblast lékařství a medicíny. To však neplatí u některých jejích kamarádů. Přiznává tedy, že se už přátelí jen s lidmi z lékařského prostředí.

„Snažíme se scházet i s našima kamarádama, takže občas zajdeme někam na kulečnick, sem tam i na nějaký výlet, i když to zřídka.“ (Neda)

„Já jsem zjistila, že už se vůbec jakoby nestýkám se svejma kamarádama, který jakoby mám třeba ze XXX, jako s těma nejlepšíma se scházím pořád, ale úplně se mi změnil okruh známých, protože aaa ta medicína je takovej svět sám o sobě a moje kamarády prostě nebavilo poslouchat, jak se šťourá v mrtvolách a a v různých exkrementech a prostě nějak nám ochably ty vztahy, takže teďka se v podstatě kamarádím jen s lidma z medicíny.“ „No jako já už mám pocit, že si s nima nemám co říct. Oni prostě maj na svět úplně jinej pohled na svět než já. Než...je to, oni taky hlavně většina mejch kamarádů ze střední eště nedostudovali překvapivě, i přestože já už jsem dva roky pracující, takže už jenom ten pohled jakoby aaa pracujícího člověka a studenta je úplně jinej. A ještě když já dělám toho doktora a oni studujou já ani nevim co, nějakou filozofii a humanitní vědy a tak a nevim, co si s nima mám povídat a mám z nich prostě takovej nedokončený pocit.“ (Neda)

Respondent Michael na druhou stranu nepocituje od nástupu do zaměstnání žádnou změnu jak v četnosti, tak v komunikačních tématech.

„Hm, tak ooo nemůžu říct, že. Teda takhle, ač jsem v práci určitě vytíženější, než tomu bylo za dob studií, myslim teda časově, tak nepocituju teda nějaký ochlazení vztahů, který jsem

s kamarádama měl, nadále se s nima vídám, nadále se s nima dokážu bavit normálně jako dřív a nepocituju nějakou závažnou nebo nějakou i málo závažnou změnu v chování mým vůči kamarádům nebo vůbec teda v nějakým kamarádkým životě, sociálním životě.“ (Michael)

Ulrika popisuje, že s nástupem do zaměstnání získala i nové přátele.

„No práce mi dává, no dala mi toho hrozně moc. Tak dala mi obživu, hrozně moc kamarádů.“ (Ulrika)

Přiznává, že vzhledem k tomu, že již nenavštěvuje univerzitu, vidí své přátele logicky méně. S ostatními se frekvence kontaktu nezměnila, až na nejlepší kamarádku. Důvod však není znám ani respondentce.

„No samozřejmě se vídám míň s těma z vysoký školy, že jo, s kterejma jsem byla furt. Tak s těma se vídám míň, ale furt udržujeme nějaký kontakt. A s těma aaa s těma úplně mejma kamarádama nezávislejma na vysoký škole a na práci, tak s těma ta frekvence je jak když jsem chodila do školy zhruba no.“ (Ulrika)

*„...nebo aaa jako já mám, hrozně často se scházím s přátelama, třeba s tou XXX, jsme jako spolu furt někde chodily, jako teď už třeba míň, ale aaa jako cvičit spolu chodíme...“
„Já nevím už proč teďka (pozn. se nevidíme tak často). Ale třeba teďka ve středu jdeme cvičit, to jo, ale jinak jako nevím no, proč jako už, nevím co se to, prostě jsme to teďka nějak omezily, ale jako né že by se mezi náma něco stalo, to ne, ale nevím.“ (Ulrika)*

3.7.8 Kategorie Volný čas

Volný čas lze pojímat různými způsoby. Važanský a Smékal (1995: 23-24) uvádí v možnosti chápání tohoto termínu dva směry. Jedním z nich je tzv. negativní pojem, kdy volný čas je zcela „čistý“, míněno ten, který zbyde po studijně nebo pracovním podmíněném čase, úkolech v domácnosti a po uspokojení základních fyziologických potřeb. Druhým termínem je tzv. pozitivní pojem, kdy je volný čas chápán jako disponibilní časový prostor, jež znamená pro jedince svobodu, kdy může svobodně realizovat to, co sám chce, aniž by ho do toho někdo nutil nebo k čemu je podvědomě nucen sám.

Zajímavé jsou i formy aktivit volného času. Naši respondenti tráví nejvíce volného času s rodinou, kamarády, svými koníčky a mimořádně i výlety. Nicméně, jak již bylo uvedeno v předchozích částech diplomové práce, mladí lékaři jsou velmi časově vytíženi a jejich volný čas jde na úkor jejich zaměstnání a to jak v kvantitě, tak i kvalitě jeho trávení. Literatura zmiňuje, že při různých formách trávení volného času lze spatřovat shody podle různých sociálních charakteristik, tj. podle sociálního původu, postavení ve společnosti, věku, pohlaví, vzdělávání nebo druhu vykonávané práce (Faltýsková, 1996). U našich respondentů je zajímavé, co je podmíněno jejich kulturou profese, a typem práce, stejně tak jako pohlavím či stádiem jejich kariéry. Kvůli věku, rodinnému stavu, kultuře profese, typu práce a jistě i stádiu jejich kariéry lze očekávat ústupky zasahující do jejich volného času.

Extrémním případem může být vnímání Bedřicha týkající se jeho volného času.

*„...můj osobní život není žádnéj v podstatě, nebo extrémně, extrémně omezenej...“
(Bedřich)*

Další respondent připomíná, že nadměrná pracovní činnost ukrajuje z jeho volného času.

„Výhoda je to ta, že člověk může si ty práce na sebe nabalovat, různé služby a tak třeba, ať už je to u záchranky, kde já nesloužím, anebo třeba v nějakých jiných nemocnicích, LDNkách, takže jako si myslím, že si ty práce můžeš přidávat a tím pádem vydělat víc peněz, ale je to teda hodně na úkor, na úkor volného času. Takže to je svým způsobem výhoda i nevýhoda. Záleží na tom, kolik má člověk toho volného času.“ „Tak já myslím, že práce má vliv na to, že mám míň toho volného času na rodinu nebo na nějaký ty koníčky, kterým se teda moc nevěnuju, nebo třeba na nějaký sportovní aktivity.“ (Michael)

Samuel, jako předchozí respondenti uvádí, že pracovní vytížení zasahuje do jeho volného času. Nicméně, nestěžuje si vzhledem k jeho žebříčku hodnot.

„Za další to, že tam funguju nejenom ve všechny dny, nejenom osm a půl hodiny, ale mám spoustu služeb kolem, tak dost často zaležná i do mých koníčků, když se chci nějak realizovat, nebo se sejít s kamarády, je to prostě problém. Ale ne takový, kvůli kterému bych litoval, že lituju toho, kde pracuju. To rozhodně nechci takhle říct. Každopádně práce se teď stala mým zaměstnáním číslo jedna.“ (Samuel)

Ulrika, oproti ostatním, pozitivně komentuje skutečnost, že pociťuje více volného času, než tomu bylo při studiu medicíny.

„...přijde mi, že mám o hodně víc času volného, než jsem měla.“ (Ulrika)

Pro úplnost je nutné k této skutečnosti uvést i fakt, že Ulrika vnímala volný čas na vysoké škole jako téměř žádný, protože neustále měla pocit, že by se měla učit.

„...šest let prostě víš co, člověk se učil šest let, furt něco měl každě den nějakou povinnost se něco naučit, a když jsi jel někam na víkend, tak sis už prostě musel vzít nějakou knížku nebo něco takovýho. Takže teďka to hrozně jako odpadlo tohle všechno a člověk je z toho úplně nesvůj, jako vypleskej, jakože fakt nic nedělá, když nemusí. Ze začátku jsem si vůbec nemohla zvyknout, to mi přišlo jak něco úplně úžasnýho, prostě opustit práci a už na to nemyslet a prostě jít si a nemyslet co chceš, nebo jet na víkend a nezat si s sebou učebnici. To mi jako přišlo úplně neskutečný. :D“ „Na vešce nemáš nikdy klid, i když si na ty Vánoce tu učebnici nevezmeš, tak prostě pak už odbije Štědrej den a ty návštěvy a pak už ti šrotuje v hlavě až prostě přijedeš, co se všechno budeš muset naučit no. To jako teďka nemáš.“ „No jako je to paráda, fakt jsem z toho byla úplně na větvi. Ted' už si člověk na to zvykne ale opravdu jako prvního půl roku, to jsem to jsem byla fakt na větvi z toho.“ (Ulrika)

Jako následek toho, že jsou naši mladí lékaři v práci více, než je obvyklé, lze z jejich výpovědí vyzorovat značnou shodu. Tato shoda se týká, jejich procesu odpočinku, a to především spánku. Pro názornost byly podobné výrazy v průběhu textu této kategorie označeny tučně. Na otázku, jak respondenti tráví svůj mimopracovní čas, všichni na první místo uvedli právě již zmíněný spánek. Už samotný fakt, že respondenti spánek v procesu trávení mimopracovního času vůbec zmiňují, lze pokládat za zajímavý. Následně, potom, co si dostatečně odpočinou a naberou síly, jsou už jejich preference ohledně trávení volného času individuální.

*„No základem je, **dospat se**. Dospat ten krutej **spánkový deficit**. Takže když nemusím vstávat, tak **spim** hodně, hodně dlouho. Potom záleží na počasí, na náladě, na tom, co se*

mně chce dělat, co se mně nechce dělat, takže. Aaa, jdu se třeba projet autem, nebo jsem se sjezda kamarádama, když pořádáme nějaký posezení nebo tak.“ (Bedřich)

„Já si odpočívám sportem, a teda občas se samozřejmě musím vyspat :D.“ (Samuel)

Někteří respondenti v průběhu rozhovoru uvedli, jak tráví svůj volný čas ve všední den. Tento druh odpočinku, který je popisován respondenty Nedou a Bedřichem v následujících dvou ukázkách poukazuje na jejich vyčerpanost, nicméně je považován z hlediska správného time-managementu jako spadající do činností nenaléhavých a nedůležitých. Tato oblast je odborníky neodborně nazývána jako „mrhání časem“. Jinak se těmto činnostem říká „únikové aktivity“, kterými by se člověk v podstatě vůbec neměl zabývat. Literatura tvrdí, že tento druh odpočinku nemusí nutně sloužit k opravdové obnově sil, i když zpočátku jej hodnotíme jako příjemný. Dlouhodobý užitek však přináší opravdový odpočinek, například spánek, který je potřebný k tomu, aby se lidé mohli věnovat ostatním více z dlouhodobého hlediska smysluplným činnostem naplno (Covey, 2008: 43).

„...chodím cvičit, takže jít si zacvičit, večer si pustit nějaký film, prostě relax a to se prostě bavíme o dnu o všedním dnu přes týden. Víkend by samozřejmě vypadal trošku jinak.“ (Bedřich)

„No tak jako mně to chvilku trvá, než se dostanu domů (pozn. Neda dojíždí hodinu do práce), takže když přijdu domů, takže tak aaa si třeba přečtu noviny, hodně koukáme na seriály různé, takže si prostě pustíme nějaký seriál, dáme si k tomu třeba panáka, uvaříme si večerku a jdeme spát v deset hodin a pak jdeme zase do práce.“ (Neda)

Naši mladí lékaři nám dovoluují nahlédnout na trávení jejich času mimo zaměstnání i o víkendu, když neslouží. Bedřich se ve svém volnu snaží věnovat sportu.

„Spím, jim, XXX, občas, když mám volno, tak se snažím užívat volného času.“ „...Aaa, pak přátelé, když pořádáme nějaký akce, protože myslím si, že jsem společenskej člověk, takže to mám fakt rád no a XXX asi sport, nějaký aktivní vyžití.“ (Bedřich)

Michael víkendy tráví čistě relaxačně, již zmíněnými „únikovými aktivitami“.

„Když nejsem v práci? No hele těch dní je tak strašně málo, když v tý práci člověk není. To je občas nějaký víkend. Tak pak odpočívám, třeba ležím, koukám na televizi, abych úplně vypnul.“ (Michael)

Neda tráví víkendy především s rodinou, což popisuje v kategorii Práce a rodina jako využití času, které má velmi ráda. Zřídka se vidí o víkendu s přáteli. Ulrika taktéž

navštěvuje rodinu, ráda nakupuje, relaxuje a schází se s přáteli, i když nyní v ne takové míře, jako na vysoké škole. Stejně jako Bedřich se věnuje sportu.

Jaké jsou ale další zájmové aktivity ostatních mladých lékařů? Michael uvádí, že se zájmovým aktivitám příliš nevěnuje a jak je však vidno, ani si koníčky příliš „nedovoluje“ kvůli tomu, že brzo bude atestovat.

„Koníčky nebo tak, ale to já nemám zase tak jako výrazný.“ „...jako já jsem občas lepil nějaký modelářství, spíš z papírových věcí. Ale to už jsem taky dlouho nedělal, takže to asi nemůžu považovat za svoje hobby. Pak jako koníček by se dala říct třeba hra na kytaru, ale to je takový hodně amatérský, to se taky jako počítá na půl, protože se tomu věnuju tak že to vezmu do ruky jednou, dvakrát za měsíc třeba tak na hodinku, na dvě. A odkládám to, že se tomu budu víc věnovat po atestaci :D Až si prostě splním takovou tu hlavní podmínku.“ (Michael)

Další věcí, zasahující do aktivit respondentů je, v případě Michaela kromě brzké atestace, nepravidelný pracovní režim, který mu narušuje jakoukoliv pravidelnou zájmovou činnost.

„Já jako moc sportovní typ nejsem, ale chodíval jsem třeba občas si zaplavat do bazénu nebo tak, to teda kvůli práci úplně padlo. Ale chtěl bych to obnovit, myslím si, že, jako mně spíš vadí takovej ten nepravidelnej rytmus. To máš tak, že sloužíš v pátek, v neděli a pak zase ve středu a to mě vždycky hrozně nabourá, mě pak ten měsíc strašně rychle uteče, jo, to si předtav, že jdeš jako z práce, ted' člověk sloužil, takže je pak utahanej, tak už se mu nic nechce, druhej den dobrý, další den člověk zase slouží, takže už je pak nervózní, takže ty služby docela jakoby mě zatěžujou v tom dletom.“

„...co se týče těch hodin, tak v zásadě tady jde jen o ty služby, který v ten časovej harmonogram dokážou narušit...“ (Samuel)

Neda uvádí, že její práce jí zaměstnává a zmáhá natolik, že se nevěnuje kulturnímu vyžití a dodává, že zájmy, které měla v minulosti, již opustila s příchodem na vysokou školu z důsledku náročnosti studia. Všechny zájmy tedy přizpůsobila svému snu, který měla již od malička a v závěru dodává, že je s tím tak spokojená.

„...jako já jsem prostě z té práce víc unavená, takže třeba nemám čas jako kulturně žít, nemám čas, nebo nedělám už to, co jsem dělala jakoby svoje zájmy, který jsem měla, než jsem šla studovat vysokou školu, takže...“ „...jsem hrála na flétnu, aaa tancovala jsem, jo ale tady to jsem v podstatě ukončila už když jsem začla chodit na medicínu, protože jsem to prostě nestíhala s tím a byla jsem tam tou medicínou pohlcená a prostě třeba to tancování,

my jsme měli tréninky třikrát tejdně a to jsem jako opravdu nezvládala, takže všechny tadyty věci jsem ztratila vlastně už na tý medicíně. To není nic, co je co bych jako teďka ztratila, když jsem začala pracovat, ale aaa jako aaa jakmile jsem šla na medicínu, tak medicína byla byla všechno, co jsem v tom životě chtěla a měla, takže jsem k tomu jakoby všechno podrídila, ale ne jako nevádí mi to, já jsem prostě ráda.“ (Neda)

Neda popisuje vizi svého ideálního dne, kdy by nemusela pracovat. Zrcadlí se zde její potřeba odpočinku. Lze zde spatřovat známky psychické únavy.

„Spala bych dlouho a pak je mi to v podstatě jedno. Jako mně to je jedno. Když si můžu dělat, co chci. A hlavně si prostě odpočnout, hlavně nemyslet na ty pacienty, nemyslet na tu práci a bejt někde jinde...“ „...úplně nejradši jsem doma, kde nejsou žádný lidi a opravdu koukám na nějaký seriál, nebo si čtu knížku prostě, no. Hraju třeba nějaký přiblblý hry na počítači, nebo tak. Opravdu jako úplně nejradši jsem prostě doma, když třeba jenom jako bych měla bejt doma a vařit nebo třeba pít, tak je to pro mě opravdu relax než se někde táhnout, hlavně mě prostě, jak jsem pořád s těma lidma v práci, tak pro mě je hlavně důležitý, abych s žádnějma lidma jako cizíma nebyla. A co dělám nejradši? Nejradši jsem doma a třeba si tady lehnu na gauč a koukám na nějaký seriály.“ (Neda)

Také u Michala se projevuje potřeba odpočinku a sám zmiňuje protipól, který vyplývá z jeho potřeby právě toho, co se mu dostatečně nedostává – spánek a odpočinek.

„...můj ideální den je jasnej. Tak ráno se vyspat, celý dopoledne se proflákat, potom tak jako takový snídání hodinu, dvě hodiny si tak jako nasnídat, odpočnout si a odpoledne jet na nějaký výlet nebo tak něco. Tak to by byl asi takovej optimální den. Takhle se snažim, když mám třeba volnej víkend. Že prostě ráno nikam nespěchám, což je takovej protipól k tomu všednímu dnu, kdy člověk musí brzo vstávat, užít si prostě to volný dopoledne a potom tu aktivitu takovou třeba výjezdovou.“ (Michael)

I Samuel a Ulrika touží po protipólu. Často totiž chceme právě to, čeho se nám dostává nejméně.

„Úžasný, tak svůj ideální den si představuju tak, že vstanu, kdy budu chtít a pak si pustim televizi a celej den proválim v posteli.“ „A potom samozřejmě si pudu třeba zasportovat, ale, ale, nepovažuju se za úplnýho lenocha. Na druhou stranu, rád si užívám pohody a vážim si momentu, kdy aa nemusim nic nějak extra řešit.“ (Samuel)

„Tak jako to bych vstávala o hodně pozdějc, dala bych si kafe, pak bych někam určitě šla, protože já nesnáším sedět doma, aaa třeba na film, pak večer na cvičo, nakoupit a udělat večeri a v klidu se kouknout na film.“ (Ulrika)

3.7.9. Kategorie: Chod domácnosti

V této kategorii se respondenti vyjadřují ke spojení práce a péče o domácnost.

„No na úklid není moc času, takže jenom to základní nejnnutnější. Vaření, tak to si vařím, protože musím jíst. Chod domácnosti si myslím, že je v pohodě.“ (Bedřich)

Dle dalšího popisu Bedřicha je ale vidět, že pobytu doma si příliš, vzhledem ke svému pracovnímu vytížení, neužije.

„No já bych to popsal, jakože jsem jako kočovnej cikán. Nemám místo, který bych mohl označit za domov. Přespávám na čtyrech různých místech. Dvě místa z těch čtyrech míst jsou nemocnice a pendluju mezi nemocnicema sem a tam autem.“ „No tak občas se jedu podívat na rodiče. A to druhý místo je byt v Praze, kde přespávám.“ (Bedřich)

Podobně popisuje frekvenci úklidu domácnosti společně s jeho ženou lékařkou i Michael. Samotnou frekvenci úklidu nehodnotí dobře.

„Tak jako špatný, to jsme vždycky jednou za týden až dva týdny. Spíš za ty dva asi no.“ „No třeba jsme si řekli, hele už je tady strašnej bordel, jdeme uklízet, a tak jsme spolu uklízeli.“ (Michael)

Neda vyjadřuje, že péči o domácnost zvládá v pořádku, což podmiňuje malým prostorem na úklid. S domácími pracemi jí také navíc pomáhá přítel. O péči o domácnost se dle jejích slov dělí. Za jedinou věc, kterou nestíhá, uvádí žehlení.

„Noo, tak my máme strašně, no my máme poměrně malej byt. Samozřejmě tak jako nestíhám to, mám plnou skříň nevyžehleného oblečení, žehlím tak jednou až dvakrát měsíčně, spíš jednou. Ale tak jako myslím si, že ten základ zvládáme, jako čistý oblečení máme na sobě, uklizeno tady taky máme, občas i něco uvařím, sem tam se o možná dá i sníst :D“ „...my ten byt máme opravdu tak jakoby aaa na pohodu, já mám ráda kolem sebe pořádek, takže třeba opravdu se snažím uklízet aspoň jednou tejdně. Ale a to, takže jako nemám s tím problém.“ (Neda)

V dřívějších dobách byly role mužů a žen značně odlišné. Muži fungovali jako živitelé rodiny. Ženy na druhou stranu, pečovaly o chod domácnosti a o děti, zatímco muž byl v zaměstnání. Domácí práce připadaly na ženy. Dnes se rozdíl v tomto ohledu značně

stírají. I Michael je toho důkazem a stejně jako Nedy přítel, na chodu domácnosti se v péči o ní podílí.

Na otázku, zda doma Michael vykonává domácí práce, odpovídá jasně:

„No, určitě.“ „Vynášim smetí, vysávám, umývám nádobí, resp. ho dávám do myčky, všechno v podstatě téměř. Neperu prádlo a nežehlím, to máme jako rozdělený s ženou, ale ona je taky doktorka, takže ona je stejně zaměstnaná jako já, takže to máme jako takhle rozdělený, že oba pracujeme. Vařím, třeba když je potřeba.“ (Michael)

Následně odpovídá na otázku, zdali jeho žena není nyní na mateřské dovolené.

„Ted' samozřejmě ano, ale ta mateřská, to je taky full-time job.“ „Představa, že žena doma něco udělá, to jsem už vzdal. To bohužel ne.“ (Michael)

Z jeho tvrzení tedy vyplývá, že rozdělení domácích prací trvá i přesto, že žena je přes den s dítětem doma. To je velmi zajímavé, protože rodinné vztahy často bývají stále zatížené asymetrií, kdy výkon domácích prací a zátěž rodinnými povinnostmi, např. péčí o děti, leží v převážné většině na ženách. Zajímavým faktem je, že dle výzkumů ženy si kvůli pocitu ohrožení často nezvyklou aktivitu mužů v konečném důsledku nepřejí, vzhledem k obavě o ztrátu dominantního postavení jako rodič, i přestože jsou ve svých důsledcích v nevýhodném postavení (Vodáková, 2003).

Ulrika shledává spojení práce a chodu domácnosti vcelku dobře. Úklid ale odkládá na dny, kdy není unavená z práce.

„No, docela dobře, ale aaa s tím že nějaký velký úklidy když přijdu z práce, tak na to už moc nemám. Takže prostě většinu věcí, co je potřeba zařídit, vyžehlit, vygruntovat, tak to prostě přesouvám na volný dny. Prostě že přes ten týden jsem jakoby nemám výkon na nějaký velký výkony.“ (Ulrika)

3.7.10. Kategorie: Vzdělávání

Vzdělávání studentů medicíny a začínajících lékařů je dá se říci jejich prioritou. Veškerý dosavadní život podřídili právě získávání znalostí v oboru, tak to alespoň sami vnímají. Věnovali se vzdělání na úkor rozvíjení svých schopností a zájmů. I další oblasti jejich života nebyly, dá se říci, „plnohodnotně naplněny“. Právě v období mládí, kdy si jejich vrstevníci zkouší, o by je vlastně bavilo, rozvíjejí své potence, navazují přátelské partnerské vztahy, baví se. Sociologie v tomto období mládí hovoří v pojmech „moaratoria rolí“.

Vzdělávání lékařů je již od prvního dne nástupu na lékařskou fakultu velmi náročné. Studenti medicíny jsou mnohdy nuceni vzdát se svých dosavadních zájmů, což mnohdy pociťují jako ztrátu:

„Tak já jsem hrála na flétnu, aaa tancovala jsem, jo ale tady to jsem v podstatě ukončila, už když jsem začla chodit na medicínu, protože jsem to prostě nestíhala s tím a byla jsem tam tou medicínou pohlcená a prostě třeba to tancování my jsme měli tréninky třikrát tejdně a to jsem jako opravdu nezvládala, takže všechny tadyty věci jsem ztratila vlastně už na tý medicíně“. (Neda)

Studium často berou jako velkou investici do života jak svoji, tak ze strany společnosti:

„...tak to jsem si říkal, že pokud už jsem zainvestoval já tady svým časem a pokud teda i stát do mě investoval do těch 6 let toho studia...“ (Samuel)

Lze s jistotou říci, že ukončením studia všeobecného lékařství a získáním titulu MUDr., vzdělávání lékařů nekončí. V mnohých, především praktických dovednostech, totiž teprve začíná. Respondenti uvádějí, že nároky na vzdělávání mají (sami od sebe a na sebe) velké. Všichni vykazují vysokou potřebu seberealizace a jsou v podstatě motivováni složit atestační zkoušku co nejdříve. To však není cílem jejich zaměstnavatele. Zaměstnanci sice mívají těsně před atestací studijní volno, nicméně nelze říci, že by zaměstnavatel měl zájem o brzké ukončení předatestační přípravy u svých zaměstnanců.

„Od mýho zaměstnavatele nároky na moje vzdělávání nejsou nároky vůbec žádný. Tam jde v podstatě o to, aby tam byl někdo, kdo bude dělat tu kancelářskou práci, za co nejmiň peněz.“ (Bedřich)

„Nároky jsou (pozn. Samuelovi vlastní nároky na vzdělávání) tak poměrně vysoký. Otázka je ta, jak moc se s těmadle nárokama dokáže ztotožnit můj zaměstnavatel. Já, todlecto je věc, kterou jsme vlastně nařukávali už předtím, samozřejmě chci co nejdřív si udělat kmen, aa vytvořit si tady aspoň nějakou jakous takous specializaci na působení v chirurgických oborech, ale aa todlecto samozřejmě není úplně kompatibilní s přáním a provozem kliniky, na který dělám, takže je to spíš taková otázka k dořešení. Není to samozřejmě k charakteru nějakýho neurčitě, ale rozhodně to nebude v klasickym dvouletym termínu, protože prostě někdo u nás pracovat musí, takže fungovat tam nějak musim.“ (Samuel)

U respondentů je patrné, že je zaměstnavatel neponouká ke vzdělávání. Někde umožňuje účast na vzdělávacích seminářích, nicméně respondenti se jich ne vždy mohou účastnit, právě kvůli pracovnímu vytížení. Výuka by však v předatestační přípravě měla fungovat

dennodenně v rámci výkonu zaměstnání. Starší lékaři po atestaci by měli pomáhat a vzdělávat mladší kolegy, což je spíše výjimkou, kterou si velmi cení.

Kupříkladu Bedřich uvádí, jakou „péči“ pocítuje ze strany starších týkající se vzdělávání:

„Třeba že se ti nikdo nevěnuje, nikdo tě nevzdělává?!“ (Bedřich)

Přístup starších kolegů respondenti někdy nehodnotí kladně. V případech, kdy však ano, hodnotí to velmi tuto skutečnost velmi kladně. Pedagogické aktivity starších zkušených kolegů přispívají k dobrému vnímání a hodnocení celkové atmosféry a spokojenosti respondentů na pracovišti.

„...jako samozřejmě né všichni, někteří se k nám chovaj skvěle, snažej se nás něco naučit různě a vysvětlujou nám, co se dá, ale prostě jsou prostě lidi, za ktorejma bych se v životě něšla zeptat, protože vim, že jediný co by se stalo je, že by mě vynadali.“ (Neda)

Respondenti uváděli, že po nástupu na kardiologické oddělení se jich nikdo neujmul a nejen začátky tak pro ně byly těžké. Pouze na jiném kardiologickém oddělení, kde pracuje Ulrika, byla situace velmi odlišná:

„...kolegyně, asi o 4 roky starší, která jako organizačně je velice schopná, takže mě tam se vším prostě pomohla, já jsem první tejdén nedělala sama skoro nic, jakože jsem jí byla vyloženě pod křídlem a ukázala mi ten systém a všechno, mohla jsem se na cokoliv prostě zeptat, jako nenechali mě tam samotnou někde, ať se plácám, prostě ona se mnou příjmy udělala, jak se dělaj, propouštěčky, jak se dělá epikríza, na všechno jsem se mohla zeptat, to bylo prostě super.“ (Ulrika)

Vzdělávání musí jistě fungovat i na individuální rovině, má-li být efektivní. Respondenti ale mnohdy nemají čas a především energii se po navýšeném penzu pracovní doby učit. Tento fakt – kolize požadavků a potřeby celoživotního vzdělávání na jedné straně a vytváření bariér pro naplnění tohoto požadavku ze strany zaměstnavatele je velmi zajímavý, a to především proto, že respondenti považují vzdělávání sebe sama za prioritu. Proto je tato skutečnost zdrojem jejich nespokojenosti.

„...tak se mi zatím moc nepodařilo ve volným času najít moc místo pro učení. Když je třeba volnej víkend, tak jako dřív jsem chodil, když jsem studoval, tak to je pohoda, to člověk neměl nic jinýho na práci, ale teď když přijde domů a teď se věnuju třeba tý rodině, tak člověk musí nakupovat, chodit na nákup, uklízet doma, tak jako už není tolik prostoru,

aby se někde sedlo a učilo se.“ (Michael) Pozn. respondent Michael má několik měsíců před atestací.

„...když přijdeš domů utahaná, nevyspaná, tak to je konec. To jako se fakt nedá, nemáš chuť už prostě si nic číst a člověk je znechucený a fakt to dát nejde. A to jako občas se fakt nutím, abych se na něco podíval, jo, že se fakt nutím, ale jde to hodně těžce.“ (Bedřich)

Dalším tématem, o kterém se respondenti zmiňují, je vzdělávání ambulantních lékařů. Celoživotní vzdělávání je pro kardiology povinné. Jednoduše řečeno, každý atestovaný lékař musí buď provádět publikační nebo přednáškovou činnost, účastnit se vzdělávacích akcí pořádaných buď Českou lékařskou komorou, dalšími subjekty sdruženými v asociaci, nebo subjekty provádějícími celoživotní vzdělávání dle zákona č. 95/2004 Sb. Mezi další možnosti, jak takzvaně sbírat kredity, kterých musí lékař, pokud chce vykonávat své zaměstnání, dle jednotlivých oborů nasbírat dostatečný počet za dané období, je absolvování klinických stáží, klinických dní, zúčastnění se elektronické formy vzdělávání, anebo studium odborné literatury s autodidaktickými testy (Vzdělávání [online]).

Vzdělávání je však pro mladé lékaře nejen nutností, ale i prioritou a prostředkem k jejich seberealizaci. Na jednu stranu nejsou spokojeni s pracovními podmínkami, na druhou stranu jim však zdravotnické zařízení kde pracují, poskytuje možnost zůstat v kontaktu s nejnovějšími vědeckými poznatky, což respondenti velmi oceňují. Tato skutečnost dává vznik dilematu, které pocítují při rozhodování, zdali zůstat po složení atestační zkoušky ve fakultní nemocnici, či odejít do ambulantní praxe, kde by provoz mohli uzpůsobovat vlastním požadavkům.

„Je to část tý kardiologie (pozn. arytmie a EKG), která mě strašně zajímá a v tý nemocnici aaa no já prostě nemám teďka moc dobrou zkušenost s tou ambulancí s tou sférou. Je to kvůli tomu, že jsem teďka pracovala na tom centrálním příjmu, kam posílali ti ambulantní doktoři ty svoje pacienty. Jako je to samozřejmě ovlivněný tím, že aaa jenom špatný doktoři posílají takovýhle kraviny do nemocnice, ale co jsem viděla, ti ambulantní kardiologové, tak mně přišli úplně blbý. A já bych hrozně nerada prostě dřela celej svůj život, abych se stala atestovaným kardiologem, a potom jsem skončila jako nějaký blbeček aaa v nějaký ambulanci, kam za mnou budou chodit lidi, říkat mi svoje potíže a já budu jenom vypisovat žádanky do nemocnice.“ (Neda)

„Profesní plány do budoucna? Dřív jsem si vždycky říkala, že udělám atestaci a budu mít svojí ambulanci a takhle, ale asi bych nechtěla mít svojí ambulanci, protože zjišťuju, že

prostě když seš na klinice a můžeš si dělat vědu a máš přístup ke všemu k nejnovějším informacím a studiím, co se dělají ve tvém oboru, tak já bych asi já od toho bych, tak jsem tam deset měsíců, že jo, ale já bych asi nechtěla se uklidit někam do ambulance a opečovávat si tam nějaký pacienty a ani nevědět já nevím, co se děje, prostě nevím, takže bych určitě si chtěla udělat atestaci, a pak bych chtěla být na koronární jednotce.“ (Ulrika)

Nakonec Ulrika přiznává, že kardiologové v ambulanci ztratí kontakt se současnou vědou a postupy: „No, ztratěj.“ (Ulrika)

3.7.11.Kategorie: Kvalita zdravotnické péče

Na Fakultě humanitních studií, v oboru Řízení a supervize v sociálních a zdravotnických organizacích je studijní zaměření orientováno i na kvalitu péče ve zdravotnictví. Z výpovědí respondentů vyplynuly skutečnosti, které nelze v této diplomové práci opomenout, protože jejich poukázání by mohlo a v určitých případech by dokonce mělo, vést k zamyšlení a možná případným návrhům na zlepšení dané situace. Na prvním pohled se může zdát, že ne všechny komentáře přímo souvisí s tématem „work-life balance“. Po náhledu z širšího hlediska však lze říci, že oblast kvality zdravotnické péče respondenty zajímá a v mnohých případech, kdy popisují svoje znepokojení je vidět, že je situace opravdu trápí a podílí se tak na jejich celkovém vnímání obrázku toho, co je pro respondenty jedna z nejvíce důležitých oblastí jejich života, a to jejich zaměstnání, kde koneckonců tráví většinu svého času.

Jednou z oblastí zájmu by mohlo být propouštění pacientů. Na oddělení některých našich respondentů se pacienti dle jejich slov někdy propouštějí předčasně, i když tomu jejich stav ještě neodpovídá. Proč se tak děje? Můžeme se jen domnívat, zdali by se zde opět nedal uplatnit citát od Milтона Friedmana: „Za vším hledej peníze“.

„Potom je na tom ještě horší to, že i když teda jako se to fakt snažíš dělat pořádně a zůstaneš v té práci dýl, jo, tak i přesto nastanou, potom momenty, kdy přijde tvůj nadřízený a řekne: „Tak, teďka máme ještě další plánovaný příjmy, nemáme tady lůžka na našem oddělení, musíme ještě někoho propustit.“ A ty propouštíš domů lidi, o kterých víš, že by tam v té nemocnici měli dál ležet, protože jejich zdravotní stav ještě není natolik dobrý, aby se mohli vypustit do ambulantní péče nebo do domácí péče.“ (Bedřich)

Poté Bedřich zdůvodňuje, proč se pacienti pouští domů dříve, než je indikováno. Je to dáno již zmíněným ekonomickým hlediskem věci.

„Pouští se z toho důvodu, aby se na ty lůžka mohli uložit pacienti, u kterých jsou plánovaný výkony a za který klinika dostane více peněz než za pacienta, který tam leží a v uvozovkách jen užívá léky“ (Bedřich)

Následně náš mladý lékař popisuje, jaké pocity v takových situacích zažívá. Jak zmiňuje v předešlém úryvku, práci se snaží dělat dobře, nicméně kvůli hierarchickému nastavení a jeho pozici „pěšáka“ se musí řídit vůlí svého nadřízeného. Čistě teoreticky by se mohl vzepřít, tím by se ale dostal do velmi nežádoucí pozice, kterou již zmíněné hierarchické nastavení dovoluje.

„Štve mě to, ale co můžu dělat? Já s tím neudělám nic, že jo já musím poslechnout nadřízenýho. Jediný co, tak můžu můžu můžu napsat do papírů, do papírů, že s tím nesouhlasím, nebo že je to z rozhodnutí vedoucího lékaře oddělení, ale tak tahleta mince má taky dvě stránky, že jo...“ „...no tak třeba si proti sobě poštvěš toho vedoucího, že jo. A ten ti udělá ze života peklo.“ (Bedřich)

I Michael ve svém rozhovoru uvádí, že pociťuje, že pacienty musí propouštět dříve, než je vhodné.

„Já si myslím, že to tady funguje jako ta fabrika. Představ si, že máš někoho léčit a chceš jakoby se o něj postarat.“ „A chceš ho třeba propustit, tak až bude zaléčenej, jak si myslíš, že je správný.“ „Ale to můžeš za situace, kdy nemusíš položit dalších deset pacientů, který ti přišli na další výkon další den. Ty je musíš nějak propustit, furt někoho přijímáš, furt někoho propouštíš, hlavně, aby byly lůžka a ty lidi si měli kam lehnout, aby ta klinika vydělávala. Já si myslím, že tohleto je typický pro tu kardiologii, Jakože to množství těch zákroků, těch koronarografií, těch implantací těch stimulátorů, těch katetrizací těch nohou, je to charakteristický pro tu kardiologii takovejhle ten obrat těch pacientů.“ (Michael)

„Málokdy se zeptáme toho pacienta, jako obrazně, jestli se mu ta kvalita toho života zlepšila, i když máme optimální výsledek toho vyšetření, jako víš co, na internu ti přijde pacient s anémií, ty ho tam necháš a vyšetřuješ mu anémii. Přijde ti pacient s dekompenzovaným diabetem, tak si ho tam necháš a kompenzuješ mu diabetes, přijde ti tam pacient s nějakou infekcí a zase si ho tam necháš a léčíš mu infekci. Tady ti přijde pacient na katetrizaci, ty mu uděláš ten zákrok a propustíš ho. Mezitím ti přijde, který třeba taky má nějakou dušnost třeba při bronchitidě, nebo něco, nějaký potíže, kvůli kterým se dostane k nám, no tak ty ho tak trochu nějak zaléčíš, aby se neřeklo, ale jakmile je potřeba lůžko, tak ho prostě pustíš, aby tam mohl přijít někdo jinej, že jo :/ (Michael)

Následně respondent vysvětluje potřebnost většího počtu lůžek v nepředvídatelnosti počtu pacientů, které bude nutné hospitalizovat. Je evidentní, že se ho situace dotýká a nesouhlasí s ní. Svoji práci nemůže vykonávat dobře dle svých vnitřních etických zásad.

„No jako jo, ale mně se právě vždycky hrozně otvírá kudla v kapse, když někdo říká: „No ale vy máte třeba sedmdesáti, osmdesáti procentní obložnost, ti lidi si neuvědomují, že ti pacienti stonají ve vlnách, a že někdy se koukáš, že jo a prostě seš tady a je poloprázdný to oddělení a jindy nevíš, kam ty lidi položit, jo. Ale to je obecně v těch nemocnicích, nemůžeš takový ty manažeři, kteří přijdou a ruší lůžka, to nemůže bejt! Ty vždycky musíš mít nějaký lůžka volný, pro ty pacienty, který přijdou. Ty nevíš, jestli za tu noc ti přijde pět pacientů, který budeš muset hospitalizovat, nebo deset, nebo žádnéj. To nikdo dopředu neví, takže jako maximální možná obložnost je nějakých 80, 90 % a už i to je prostě na hraně. Nikdy nebudou pacienti ležet na všech lůžkách, protože co pak uděláš s tím, kterej ti přijde další?!“ (Michael)

I Neda má k tématu co říci a stejně jako Michael, nesouhlasí s uzavíráním lůžek.

„...já si myslím, že jakoby peníze ve zdravotnictví rozhodně jsou, ale jsou úplně na špatnejch místech, jsou rozvrstvený tak nevhodným způsobem, že prostě nakonec aaa na tom posledním článku ty nemocnice, to oddělení a potom na těch pacientech chyběj ty peníze chyběj. My prostě šetříme, kde se dá, uzavíraj se lůžka, ale myslím si, že to není řešení, že prostě od toho posledního článku se prostě nikdy moc neušetří. Jo, že zavíráním lůžek prostě nemá vůbec žádnéj smysl prostě dlouhodoběj. Myslim si, že u nás je prostě je největší problém v tom, že aaa jako jsou, jsme držení v šachu pojišťovnama, že u nás to všechno říděj pojišťovny. A dokud' si pojišťovny můžou diktovat jako ty podmínky, který si diktujou, tak jsou u nás jakoby těch peněz na to zdravotnictví, na tu tu péči, na toho pacienta jako nikdy nebude dostávat tolik, abychom byli spokojený.“ (Neda)

Na jednu stranu jsme zmiňovali vysokou administrativní zátěž našich mladých lékařů před atestací, pracujících ve fakultní nemocnici, kdy popisují, že se jen málo dostanou ke zdravotnickým výkonům. Opakem je stav, kdy respondent v práci v městské nemocnici zažívá vysokou míru odpovědnosti, která mu nepřísluší, což i sám přiznává. Má totiž na starosti ambulanci, mezioborovou jednotku intenzivní péče, standardní interní oddělení, v případě potřeby konziliární vyšetření pro chirurgii a také ještě dohlíží na pět oddělení LDN najednou. To vše vykonává sám, pouze s příslužbou na telefonu, což znamená, že

v případě nutnosti, lékař který je například doma, do třiceti minut od zavolání, musí dojet do zdravotnického zařízení.

„...možná, když by se dozvěděla veřejnost to, že absolvent, kterej je pár měsíců po škole slouží sám, slouží jednotku, nebo slouží na jednotce intenzivní péče, k tomu má standardní oddělení, k tomu má ambulanci, kam přijížděj záchranky, kam choděj lidi z ulice, k tomu dělá konzilia, pacientům v celý nemocnici, třeba předoperační konzilia a eště ve službě má na starost nějakých dalších 140 nebo 120-140 lůžek následný péče, kde se taky cokoliv může přihodit, jo i když je to furt léčebna nebo lůžka následný péče, léčebna dlouhodobě nemocných, tak jako nevim, jestli by z toho lidi byli nadšený, že takhle český zdravotnictví funguje.“ (Bedřich)

Nejen, že je tento stav rizikový pro pacienty, ale i pro samotného mladého lékaře absolventa, který je za životy svých pacientů odpovědný. Tuto situaci hodnotí z vlastního pohledu neřešitelně.

„Já vim, že to není správně tohleto, tak by to bejt nemělo, ale co můžu dělat. Já si potřebuju nějakým způsobem vydělat peníze. A ty si vydělám jedinež tím, že budu dělat přesčas, a že budu jezdit sloužit jinam. Mně nic jinýho nezbejvá.“ (Bedřich)

Další, velmi zajímavou výpovědí týkající se kvality poskytované péče, byl rozsáhlý komentář Nedy, kde se zamýšlela nad tím, pokud věc pojmem z větší širě pohledu, jakou má v České republice zdraví vlastně hodnotu. Neda totiž poukazuje na to, že zdraví pacientů nezáleží jen na nich samotných, na lékařích nebo řediteli nemocnice, nýbrž na zdravotních pojišťovnách. Můžeme se například ptát, proč lidé s chronickým a bolestivým onemocněním zvaném revmatoidní artritida dostávají v 15ti % v Německu a ve 40ti % v USA nejmodernější možnou, avšak nákladnou biologickou léčbu, a u nás má na ni nárok pouze 1 % nemocných (Vyšínová [online]). Za příklad by bylo možné uvést mnoho dalších podobných otázek. Tato oblast je však velice komplikovaná a není v kapacitě této diplomové práce ji obsáhnout. V závěru tohoto komentáře lze považovat za nutné připomenout, že lékaři jsou vázáni Hippokratovou přísahou, která tvrdí, že lékařské úkony bude lékař konat v zájmu a ve prospěch nemocného, dle svých schopností a svého úsudku. Vystříhají se všeho, co by bylo ke škodě, a co by nebylo správné (Hippokratova přísaha [online]).

„Jako samozřejmě, teď jsme se dostali do situace, kdy ta nemocnice opravdu tvrdí, že je v mínusu, že prostě nejsme schopný si na sebe vydělat, což má samozřejmě za důsledek to, že nemáme žádné materiály, musíme si vybírat ty pacienty a tak, ale já si myslím, že prostě jako jedinou možností do budoucna je kompletně restrukturalizace zdravotnictví a prostě aaa změna toho pojišťovnictví tak, aby, ...já ani nevím jak :D. Ale opravdu, opravdu mám pocit, že držej, držej nás v šachu. Drží nás v šachu VZP, jak si diktuje ty podmínky, tak to prostě nemá bejt. Ty podmínky si maj diktovat doktoři a ředitelé těch nemocnic, který maj rozhodovat se, co je pro ty pacienty nejlepší, a co oni řeknou, že je potřeba, to by mělo být potřeba a né, že prostě někde v pozadí stojí nějaký úředník, kterej řekne, že né, na tohle se peníze dávat nebudou. Takže v podstatě v konečném důsledku o zdraví našich pacientů nerozhodoujou ani doktoři, ani prostě vedení těch nemocnic, ale potom nějaký blbeček v obleku, kterej vůbec netuší, která bije a netuší, jakou hodnotu to zdraví pro toho jednotlivce má. On prostě kalkuluje jenom s číslama a myslím si, že by tohleto měli dělat lidi, který maj náhled do toho zdravotnictví. Neříkám, že doktoři, protože doktoři jsou strašně špatní manažeři, ale myslím si, že mělo by být nějaký vzdělání jakoby v tom zdravotnickém oboru, zdravotnickej management, nebo něco takovýho.“ (Neda)

Následně byla Neda dotázána na výše podtržené, a to, co myslela pod pojmem „vybírání si pacientů“.

„No my si jako nevybíráme pacienty úplně, ale třeba, aaa já si nejsem jistá, jestli tadyto úplně můžu říct, každopádně aaa třeba u VZP se občas stane, že koncem roku už nejsou peníze na určitý výkony a zákroky, což znamená, že třeba já nevím v říjnu nám řeknou, že s pacientama, že u pacientů s VZP nesmíme implantovat žádný defibrilátory a aaa můžeme to implantovat až od nového roku, což je prostě. Zažila jsem zažila jsem, že jsem měla pacientku, který v polovině listopadu oznámili, že jí tadyto implantovat nemůžem, protože je z VZP, takže musela ležet musela ležet dva měsíce v nemocnici, než se jí mohl implantovat ten defibrilátor. A pak jsme měli pacienta, kterej tadyto jakoby odmítal vydržet a pak umřel na fibrilaci komor jenom kvůli tomu, že kvůli tomu, že VZP řekla, že nemůžeme implantovat před koncem roku.“ (Neda)

Lze považovat za nutné zdůraznit, že pacient, který zemřel na fibrilaci komor, nepřežil v důsledku toho, že mu nebyla poskytnuta zdravotní péče, která mu poskytnuta být měla, a jeho smrt je tak zbytečná. Respondentce byla položena otázka, zdali měla pacientka možnost jít do jiného zdravotnického zařízení, kde by jí potřebnou péči poskytli. Na to

však respondentka nemá jistou odpověď a následně se dozvídáme, že by přechod do jiného zdravotnického zařízení s největší pravděpodobností ani neměl význam.

„To popravdě nevím. Je to možný, že někde, ale ona ta VZP, oni jí vždycky prostě nějak docházej ty peníze, někdy na přelomu toho října/listopadu, tak nevím, jak někde to mají jiný zdravotní zařízení, je fakt, že my jsme to kardiocentrum a implantujeme těch ICDček a těch kardiostimulátorů docela dost, ale myslím si, že ty kardiocentra, co jsou třeba v Praze, jsou na tom podobně. Ono jich zas tolik není, kde se implantují tadyty věci, nevím kolik jich je, třeba šest nebo sedm v Praze, tak si myslím, že na tom budou úplně stejně. Jo, možná tam bude rozdíl nějakých tejdů, ale myslím si, že ke konci roku jim VZP řekne konec.“ (Neda)

Neda ještě upřesňuje, od koho plynou instrukce implantované kardiostimulátory pacientům nevoperovat.

„No my to dostáváme přímo od pojišťovny a cestou prostě primáře. Primář nám řekne, že od pojišťovny přišel dopis, že už prostě jsme vyčerpali možnosti a aaa že nemůžeme implantovat. A samozřejmě já jako sekundář, já to neindikuju, takže kdy mám našim arytmologům, že bych potřebovala jako tady u toho pacienta, tak mi řeknou, že to nejde a první na co se mě zeptaj vždycky, jakou má pojišťovnu. A třeba zase druhéj opačnej extrém jsou takový ty menší pojišťovny, nevím, jestli to je dvěstě sedmička, dvěstě jedenáctka a takovýhle, aaa vlastně jakoby to, kolik nám pojišťovna jakoby jakej nám dá limit, na ten další rok se počítá z toho předchozího roku a aaa těch pacientů u VZP je strašně moc, ale u ty dvěstěsedmičky, dvěstějedenáctky jich zas tolik není. Takže aaa my vždycky musíme na konci roku implantujeme jak diví u pacientů s dvěstě jedenáctkou a dvěstěsedmičkou, abysme získali aspoň stejně velkej limit, jako jsme měli na ten rok, takže každej, každej, i když ty jo to třeba není jako úplně stoprocentně indikovaný nebo i když by se dalo chvíli počkat nebo tak, tak se mu to implantuje kvůli tomu, abysme aby se mohl zavzít do toho do toho finančního rozpočtu danýho roku a oni nám to potom započít do toho roku následujícího.“ (Neda)

Dle práv pacientů ČR, má pacient právo získat od svého lékaře údaje potřebné k tomu, aby mohl před zahájením každého dalšího nového diagnostického či terapeutického (léčebného) postupu zasvěceně rozhodnout, zda s ním souhlasí (Práva pacientů ČR [online]). Proto byla Nedě položena otázka, jak informují pacienty o tom, jak moc je léčba indikovaná, zdali by se dalo ještě počkat a především o tom, že je záležitostí pojišťovny,

zdali implantát dostanou, či nikoliv. Otázku, zdali odpověď splňuje podmínky práv pacientů, si každý jistě zodpoví sám.

„Tady o tom jim rozhodně, tadyto jim jako říct nemůžeme, ale my jim nabídneme. Já to vždycky dělám tak, jakože ten pacient má jakoby definitivní slovo, je to jeho zdraví, tak mu to prostě nabídnu, že jsme se rozhodli, že bychom to chtěli udělat takhle, že si myslíme, že je to pro něj to nejlepší, což jako ve své podstatě, jako žádná implantace kardiostimulátoru ho nezabije, tak maximálně mu to pomůže, pokud tam opravdu něco je. My to jako neděláme u pacientů kterejm, u kterých to není indikovaný, jo to by byl postup non lege artis, ale spíš to děláme jakoby u pacientů, třeba ta implantace toho ICDčka, tam se řeší jakoby v rámci primární prevence, to se dává u pacientů s těžkou dysfunkcí komory srdeční, protože tam byla vědecky zjištěna, že maj větší riziko maligních arytmií no a je tam ale ta tenká hranice toho, jak těžká ta dysfunkce musí být, jo, každej to spočítá trošku jinak, takže u těchle lidí už se jakoby ta hranice trošinku posune nebo se spíš toleruje. Jako není to špatnej postup, a předpokládá se, že se mu ta funkce stejně časem zhorší, že by do toho stejně dospěl a tak no. Takže já se jako ale rozhodně jim neříkáme, že je to kvůli tomu, že ta pojišťovna. No takže takže jako neděláme to, abychom je nějak poškodili, děláme to v podstatě pro ty pacienty v tom budoucím roce, abychom měli peníze na ty ICDčka a na ty kardiostimulátory v příštím roce. (Neda)

Neda ještě přidává, informace, které má o pacientech, kteří nedosáhli na kardiostimulátory vzhledem k finančním limitům zdravotní pojišťovny.

„No tady to je pán, o kterym vim (výše zmíněný, který na základě neimplantovaného kardiostimulátoru zemřel) od svých kolegů, jako vim, z vlastní zkušenosti o dvou pacientech, kterým jsme to nemohli implantovat a museli jsme je pozvat na lednovej termín. Ty to teda přežili, protože to bylo v rámci tý primární prevence, ale aaa abych pravdu řekla, moc ne, my jsme se bavili o tomhle pánovi, protože to byl takovej extrém, ale jinak se to moc mezi náma nešíří tohleto.“

ZÁVĚR

Diplomová práce se zabývá rovnováhou mezi pracovním a nepracovním životem u lékařů kardiologie a kardiochirurgie. Oblastí zájmu bylo, jak mladí lékaři spojují své zaměstnání a další oblasti svého života, které považují za důležité. Proto byla zvolena metoda kvalitativního výzkumu, která umožňuje zkoumat náhledy a vnímání jednotlivců do hloubky a odkrývat tak význam jimi sdělovaných informací. Cílem práce bylo upozornit na problémy začínajících lékařů a využít zjištěné poznatky ke zlepšení jejich podmínek jak pro práci, tak pro život.

Obsah výpovědí mladých lékařů na téma rovnováhy mezi pracovním a nepracovním životem byl v mnoha bodech značně podobný u všech respondentů. Interview nám velmi pomohla k alespoň částečnému porozumění jevů, které vyvstaly v průběhu provádění výzkumu a analýzy dat. Přesto vzniklé jevy nelze zobecňovat, už kvůli zvolené metodě kvalitativního výzkumu, která to nedovoluje. Jevy jsou tedy platné pouze na vzorek našich mladých lékařů (Švaříček, Šedřová, 2007: 25).

Začátek kariérové dráhy lékařů lze spatřovat již při jejich rozhodování a výběru vysoké školy. Mnohdy byli respondenti ve volbě stát se lékařem či lékařkou ovlivněni svojí rodinou, ať už se jednalo o vzor v rodině nebo radu. V tomto faktu se mladí lékaři nevymykají od normálu, vzhledem k prováděným výzkumům na toto téma (Hlad'o, 2010, Trhlíková, 2008). V kariérovém rozhodování byli respondenti motivováni vizí dobrého budoucího uplatnění, nadprůměrného finančního ohodnocení a prestiže povolání. Velmi četně byla jimi zmiňována pomoc lidem a také vlastní seberealizace, po které velmi touží. Nelze opomenout ani mladými lékaři uváděnou atraktivitu a pestrost, kterou práce v medicíně skýtá. V průběhu studia, nejpozději při jeho ukončení jsou lékaři nuceni vybrat si obor, a tedy specializaci, které se v průběhu svého povolání hodlají věnovat. Zde se uplatňují představy o perspektivě zaměření samotného, jeho pestrosti a možnosti získat hluboké poznání v dané oblasti, kterou chtějí vykonávat kvalitně a budou v ní dobří. S hloubkou poznání jistě souvisí i možnost a vize seberealizace. Svou roli jistě sehráli i pedagogové, se kterými se respondenti setkali při svém studiu. Někteří respondenti zmiňovali jako jeden z motivů pro výběr jejich budoucí specializace kardiologie a kardiochirurgie tzv. instantní nabytí zdraví, neboli rychlý efekt medicíny, kdy se z jedince, který byl doposud nemocný či nemohoucí, stává jedinec zdravý, který může plnohodnotně žít. Křížová (2006) popisuje tento jev jako orientaci na akci a technickou stránku výkonu profese. Všechny výše zmíněné vize budoucího povolání souvisí i s očekáváními našich

respondentů. Mladí lékaři se povětšinou zaměřují především na neočekávané až překvapující jevy v negativním slova smyslu, výjimečně se ve výpovědích objevují překvapení pozitivního rázu. S jistotou však lze říci, že naplnění či nenaplnění očekávání souvisí s mnohými faktory, mezi něž patří například pracovní podmínky a instituční nastavení zdravotnických zařízení, kde mladí lékaři pracují.

Jedním z hlavních a respondenty často zmiňovaných témat byla jejich pracovní doba. I při necelých úvazcích, jak se dozvídáme, respondenti pracují v průměru 260 hodin měsíčně, přičemž dle zákoníku práce by standardní pracovní doba při celém pracovním úvazku neměla přesahovat hodin 160, přičemž povolený počet přesčasů je do konce roku 2013 celkem 832 hodin za rok. Od roku 2014 se tento součet sníží na polovinu. Důležitou otázkou však je, jak respondenti vnímají či pocítují fakt, že jsou v práci o mnoho hodin navíc. Někteří uvádějí, že je jejich pracovní doba náročná a že jsou si vědomi rizik, které vzhledem k jejich přetížení hrozí nejen jim, ale i jejich pacientům. To je však v rozporu s onou sice často samozřejmou, ale důležitou ideou – hodnotou, která motivuje i sociálně legitimuje volbu profese, a tj. ono pomáhat lidem. Mladí lékaři uvádějí například nedostatek spánku, únavu, vyčerpání, které vedou ke snížení pozornosti. Někteří respondenti vysoký počet odpracovaných hodin akceptují a berou ho jako samozřejmé nastavení plynoucí z nařízení zaměstnavatele. Někteří dokonce možnost trávit v práci mnoho hodin navíc oceňují, a to především z toho důvodu, že je to jediná možnost, jak dosáhnout na požadované finanční ohodnocení, a tedy možnost, jak si vydělat peníze. Plat většina respondentů nepovažuje vztaženo k počtu odpracovaných hodin za dostačující, neodpovídá jejich představám. Hodinová sazba se reálně pohybuje mírně pod celostátním průměrem. Za poslední čtvrtletí 2013 byla průměrná mzda 24 836 Kč, což v přepočtu činí asi 155 Kč/hodinu (Mzdy [online]). Naši mladí lékaři pracují za 148,7 Kč/h. V porovnání s platy vrstevníků vysokoškoláků pracujících ve státní sféře jsou nástupní platy lékařů jistě nadprůměrné. Ve sféře soukromé však nikterak nad průměrem nejsou, naopak, například u absolventů ekonomie, programátorů či v oblasti bankovníctví a obchodu jsou jejich nástupní platy podprůměrné (Zadrazilová, 2013). Někdo by mohl podotknout, že reálné průměrné platy lékařů jsou o mnoho vyšší, než tabulkové. Jak již bylo nastíněno, je to dáno vysokou mírou přesčasové práce. Ke stejným závěrům jako v našem výzkumu došla i Křížová (2002) ve studii prováděné na lékařích v České republice. Jedním z výstupů bylo, že oslovení jedinci vykazovali nespokojenost s finančním ohodnocením a dokonce si stěžovali i na finanční problémy. Představy o výši platu jsou u našich respondentů

ovlivněny opět jejich očekáváními. Pociťují nespravedlnost v oblasti odměňování především ve srovnávání s ostatními vysokoškoláky. Svě studium totiž považují za velmi náročné a navíc i delší než je běžné. Uvědomují si tak svoji nevratnou časovou investici do vzdělání, obětování řady zájmů již v mládí, a anticipují i to, že v případě lékaře musí být vzdělávání v podstatě celoživotní. Jejich další profesní očekávání a směřování je ovlivňováno faktem, že jejich zaměstnání považují za náročné, jak fyzicky, tak psychicky, musí pracovat nejen dlouho v kuse, ale i v noci a jejich režim je tak nepravidelný. Často zmiňují také stále hrozící riziko pochybení, poškození pacienta a následně i svojí reputace. Tyto skutečnosti jsou zdrojem jejich obav a stresu. Opomenout nelze ani respondenty zmiňovanou prestiž, která se v jejich představách pojí i s nadprůměrným finančním ohodnocením. V námi vybraném vzorku se však objevují i jedinci, kteří si nestěžují na své finanční ohodnocení. To je ovlivněno buď tím, že plat jedince je opravdu vyšší, protože je zaměstnán v jiném zdravotnickém zařízení než ostatní respondenti anebo spojením financí v rámci partnerského vztahu. Na respondentech je taktéž patrný efekt nepeněžní formy odměňování a jejího poskytování nebo neposkytování ať už od zaměstnavatele, pracovně starších lékařů a kolegů. Mladí lékaři popisují, že se jim v tomto směru nedostává žádné péče, a tudíž, že se o ně zaměstnavatel téměř nestará. To respondenti vnímají jako vlastní devalvaci. Obecně lze z výpovědí respondentů vyčíst, že jejich sebehodnocení z pohledu zaměstnavatele je velice nízké a cítí se snadno nahraditelní a bez jistoty zaměstnání. To se však podle jejich představ a očekávání změní po získání atestace, kdy se dle jejich slov, lékař „pěšák“ konečně stává opravdovým lékařem a má již ve zdravotnickém zařízení nějakou hodnotu. Od tohoto faktu se odvíjí i mnoho dalších skutečností. Dosažení atestace pro ně představuje jakési vysvobození, pocit, že pak už jsou plně profesionalizovaní a mají jistotu uplatnění. Této vidině, která je jejich největší motivací, podřizují svůj život a tolerují mnoho skutečností, se kterými nejsou spokojeni, a které narušují rovnováhu mezi jejich pracovním a nepracovním životem. Dokonce jsou kvůli ní i v rozporu s ústřední hodnotou jejich profesní kultury – pomáhat a léčit. Faktem, na který běžně odkazují je, že jsou ve zdravotnickém zařízení ve značně nevýhodné pozici, která se vyznačuje závislostí, velkou mírou kontroly a nízkou autonomií a podřízeností. Mladí lékaři jsou fakticky závislí na výukovém pracovišti, právě kvůli potřebě setrvat zde do složení atestační zkoušky. Po jejím úspěšném vykonání si lékaři mohou otevřít vlastní praxi, zvyšuje se jim i při setrvání ve fakultní nemocnici plat, z nedůstojného postavení podřadného „pěšáka“ se stanou plnohodnotnými lékaři a především mohou konečně dělat „to, co je baví“. Tímto

respondenti myslí například to, že již nebudou natolik administrativně zatíženi, jako v před-atestační přípravě a budou se moci věnovat skutečným odborným výkonům.

Vysoká míra administrativní činnosti, jak ukazují výzkumy (Křížová, 2002), je obecně v rámci lékařské profese vnímána velmi nelibě. I respondenti v našem výzkumu popisují velkou nespokojenost s tím, kolik času stráví takzvaně papírováním. Dokonce sami o sobě mluví jako o „vysokoškolsky vzdělaných sekretářkách“. Někteří uvádějí, že neočekávali takovou míru administrativního zatížení, to proč zvolili kariéru lékaře, byl zájem o medicínu, péči o pacienty, provádění zdravotnických výkonů či touha pomáhat lidem. Lékaři před atestací však stráví až 90 % svého pracovního času prací s počítačem, což neodpovídá jejich očekávání, ani tomu, co je naplňuje. Nutno podotknout, že často vnímají potřebu a nutnost provádění administrativních činností, nicméně by si přáli, aby tuto práci v takové míře nemuseli dělat právě oni. Toto vyřešili například v některých zdravotnických zařízeních v Německu, kde v rámci oproštění se od administrativního a byrokratického balastu zavedli nahrávání sdělení lékaře na diktafon. Administrativní pracovníci pak zanáší tyto údaje do elektronické formy. Intencí bylo zabránit administrativní únavě lékařů a také ekonomický přínos, který tkví v efektivním využívání (pro zdravotnické zařízení) drahého času lékařů (Křivohlavý, 1998). Za zajímavé lze považovat strategie zvládnání zmiňované administrativní zátěže. Respondenti si často odůvodňují potřebu dané činnosti a svým způsobem kvůli institučnímu nastavení vidí toto jako „údel nováčků v medicíně“. Zmiňují, že administrativní činnost jim přece přísluší pro nedostatek zkušeností s „opravdovou medicínou“, myšleno provádění zdravotnických výkonů apod. Někdo smířeně, někdo méně smířeně vykonává administrativní práci s vizí, že po složení atestační zkoušky se situace možná zlepší a především respondenti popisují fakt, že jim vysokou míru administrativní zátěže vynahradí již zmiňovaná „opravdová medicína“. Jde o vidinu jakési vyváženosti mezi jednotlivými činnostmi a představu, že nynější stav je jen provizoriem, které musí přestat. Respondenti si racionalizují potřebu administrativní práce například jako možnost, si u ní odpočinout. Již bylo zmíněno, jedním z hlavních motivů pro výkon povolání lékaře je seberealizace. K naplnění této potřeby však u respondentů v případě výkonu administrativní práce nedochází.

Dalším jevem, který vyvstal z analýzy dat, jsou vztahy na pracovišti, které respondenti hodnotí značně odlišně především podle situace v konkrétním zdravotnickém zařízení, kde pracují. V jedné skupině je patrné značně hierarchické rozdělení pracovníků dle starších, zkušených či atestovaných a pak mladých lékařů. Ti často hodnotí vztahy mezi kolegy jako

založené na konkurenci a rivalitě. Mnohdy je popisována konfliktní atmosféra na pracovišti. Evidentní je i nezdravě autoritativní až svrchované chování některých služebně starších kolegů, které působí negativně na možnosti učení mladých lékařů od starších a zkušenějších. Mladí lékaři často nejen, že nejsou podněcováni k tomu, aby se se staršími atestovanými kolegy radili, ale dokonce jsou odrazováni arogancí zkušených kolegů. Možná i neochota a shazování mladých lékařů, kteří se ptají, je součástí konkurenčních bojů. Zajímavý je i fakt, že tento typ autoritářského jednání se nevyskytuje pouze u přímých nadřízených, ale i u jedinců, kteří jsou pouze služebně starší. Oproti tomu byly u dvou respondentů pracujících na jiných pracovištích zmiňovány i naprosto opačné vztahy. Přestože nadřízení zde neztrácejí na autoritě, vztahy jsou hodnoceny kladně, podněcují proces učení a efektivitu práce. V tomto případě se jedná o zdravý typ autority, který dokonce může zvyšovat motivaci zaměstnanců k lepším pracovním výkonům (Kocianová, 2010: 22).

Křížová (2002) z provedeného kvantitativního výzkumu zjistila, že lékaři často pociťují při výkonu svého povolání stres. I naši respondenti se dostávají do stresových situací pro náročnost výkonu profese, pocit nedostatku času a tíhu odpovědnosti. V případě syndromu vyhoření jsou, dá se říci, velmi ohroženi, a to i přesto, že většina z nich nastoupila do zaměstnání před necelým rokem. Respondenti spatřují rizika vedoucí ke vzniku burnoutu ve zhoršení vztahů na pracovišti, vidina ne-potřebnosti práce a jejích výsledků, neodpovídající odměňování apod. Z hlediska vztahu práce a (fyzického) zdraví bylo zjištěno, že někteří respondenti jsou ochotni chodit do zaměstnání i v případě nemoci, a někteří tak dokonce činí. Hranice, s jakým (např. nakažlivým) onemocněním ještě jdou do práce, a kdy už zůstávají v domácím léčení, je u každého respondenta jiná. Nicméně všichni přiznávají, že mají možnost v případě nemoci zůstat doma. Ne všichni toho ale využívají a jsou si vědomi ohrožení sebe i svých pacientů. Významný podíl na této skutečnosti mohou mít například nepsané organizační tlaky, které respondenti pociťují.

Velmi významnou kapitolou výzkumu bylo spojování práce a rodiny. V České republice je zaznamenáván všeobecný trend odkládání založení rodiny do pozdějšího věku, například ve srovnání s dobou před dvaceti lety. Z výpovědí respondentů je patrné, že plánují příchod potomka až po složení atestační zkoušky nebo ještě později, přičemž u žen je tento fakt navíc doplněn o nutnost stihnout založit rodinu do určitého věku. Na rozdíl od mužů zmiňují u vymezení věku vhodného pro příchod dítěte i jeho horní hranici. Rozhodování respondentů o založení rodiny je ovlivňováno kariéřním postupem, vidinou toho, že již

dosáhnou vytyčeného cíle-atestace, a budou tak něco znamenat, mít větší jistotu uplatnění a finančního zabezpečení. Zajímavým faktem je, že na oddělení kardiologie, ani kardiochirurgie nepracují žádné ženy, které by měly děti. Tuto skutečnost respondenti vysvětlují podmínkami, které ve zdravotnickém zařízení panují, a které nejsou nakloněné ústupkům či individuálnímu přístupu k jednotlivým potřebám zaměstnanců v jejich osobním či rodinném životě. U respondentů (žen i mužů) dochází ke střetu zájmů mezi touhou věnovat se rodině (i do budoucna, pokud ji ještě nemají) a potřebou seberealizace, vzdělávání a především potřebou zůstat v kontaktu s vědou, což jim poskytuje právě fakultní nemocnice. Na druhou stranu ale vědí, že odchodem do soukromé sféry by toto sice ztratili, měli by však více času na rodinu. Většina z nich stojí teprve před volbou rodinu založit a rozhodnutí nechávají na dobu příchodu dítěte a po složení atestační zkoušky. V případě jednoho z respondentů, který již rodinu má, je patrný střet potřeby zaopatřit rodinu, ale zároveň se věnovat svému potomkovi. Na žebříčku hodnot je u všech respondentů práce hodnocena jako jedna z nejdůležitějších oblastí. Z výzkumu vyplývá, že do doby, než založí rodinu, bývá profesní růst a práce na přední příčce. S příchodem rodiny však předpokládají nebo se tak již stalo, že první místo zaujme rodina. Práce a dosažené profesní postavení je chápáno nejen jako seberealizace, ale i jako důležitý prostředek pro zajištění rodiny. I proto je zřejmě rodina muži plánována až po atestaci.

Z výzkumu vyplynula zajímavá skutečnost, že jak již bylo zmíněno, na oddělení kardiologie nepracují žádné ženy, které by měly děti. Na oddělení kardiochirurgie však nepracují ženy – lékařky vůbec žádné. Jeden respondent připisuje tento fakt, na základě zkušenosti kolegů, kdy ženy na oddělení kardiochirurgie ještě pracovaly, jejich přílišné ambicióznosti a vidiny rychlého kariérního vzestupu, který dlouhá před-atestační příprava a i následná dlouhodobě rutinní práce v kardiochirurgii nemůže poskytnout. Dalším faktem je, že v tomto oboru není možné otevřít si v budoucnu vlastní ambulanci praxi.

Další oblastí, kterou musí mladí lékaři vybalancovat s prací je jejich partnerský vztah. Vzhledem k časovému vytížení někteří respondenti popisují negativní vliv práce na jejich vztah. V případě jednoho respondenta lze zaznamenat dokonce připsání určitého podílu práce na rozpadu dlouhodobého partnerského vztahu kvůli fyzické a psychické náročnosti profese. Respondenti, kteří mají za partnera taktéž lékaře, tuto skutečnost svorně oceňují, především kvůli partnerovu pochopení pracovní vytíženosti. Někteří se totiž nevidí i deset až čtrnáct dní v měsíci. Zajímavým zjištěním bylo, že čtyři z pěti respondentů mají partnera ze zdravotnického prostředí. Pátý respondent je nezadaný. Jako některé z příčin

tohoto jevu lze vyvozovat shodu zájmu o medicínu, časovou vytíženost či málo sociálních příležitostí.

Pracovní vytíženost se promítá i do vztahů respondentů s přáteli. Z výpovědí lze vyčíst, že často nemají čas se s nimi scházet. Dalším důvodem je zaměření zájmů do oblasti medicíny a získání si tak nových přátel zdravotníků, se kterými mají podobná komunikační témata.

Spojení práce a volného času je u respondentů veskrze taktéž konfliktní. Pokud bereme v potaz mimopracovní čas, respondenti jeho valnou část tráví spánkem. Dohánějí tak deficit získaný dlouhými pracovními směňami. První zmínkou, kterou při popisování času stráveného mimo zaměstnání tedy mladí lékaři uváděli, byla potřeba spánku a pasivního odpočinku. Pokud se zaměříme na čistý volný čas, jehož trávení záleží pouze na volbě respondentů a do kterého práce nezasahuje vůbec žádným způsobem, kromě jedné respondentky, všichni vykazují pocit jeho nedostatku, který se promítá do složky rodinné a zájmové, kdy je respondenty zmiňováno také málo času na sportovní aktivity. Možnost věnovat se koníčkům jim také narušuje nepravidelnost práce (práce v noci, mnohdy každý den v jinou dobu), neboť nemohou aktivity dlouhodobě plánovat. Jedna respondentka se od ostatních vnímáním volného času liší proto, že srovnává jeho míru se studiem medicíny, kdy pocitově vnímala volný čas jako prakticky žádný. Zajímavým faktem je, že trávení času mladých lékařů se v malé míře omezuje pouze na rodinu, přátele, sport a velmi ojediněle výlety. Nikdo kupříkladu nezmiňuje kulturní vyžití, pouze u respondentky, která popisuje, že jej dle jejích slov vůbec nestíhá. Obecně lze říci, že oblast zájmů a koníčků, kterým by se respondenti potenciálně měli ve volném čase věnovat je značně podřízena a obětována medicíně, ať už v letech studií respondentů nebo nyní jejich práci.

V nepracovním životě se respondenti musí také starat o domácnost. U mladých lékařů se povětšinou do jejího chodu promítá únava a především časová vytíženost v práci. Z výzkumu je patrné, že i zadaní muži participují na úklidu aj. podobných činnostech, počítají s tím, že žena na mateřské nebo rodičovské dovolené má také v domácnosti plný pracovní úvazek. Téměř všichni respondenti zmiňují, že na chod domácnosti nemají dostatek času.

Jednou ze stěžejních oblastí zájmu respondentů je, jak deklarují a jak prokázali studiem medicíny, jejich potřeba vzdělávání a odborného růstu. Je dá se říci, jejich prioritou, již v podstatě podřizují veškerý dosavadní život. Berou ji jako investici do života pro sebe i

společnost. Problémem a částečně i paradoxem je, že jim podmínky pro naplnění této potřeby příliš nenahrávají. Zaměstnavatelé mohou mít v případě vzdělávání mladých lékařů a brzkého složení atestační zkoušky opačné zájmy a nepodporují lékaře v rychlém profesním růstu a postupu. Samotní lékaři již po prodloužené pracovní době nemají chuť a energii věnovat se samostudiu. Zaměstnání, by jim však mělo poskytnout kromě teoretických znalostí v oboru i dovednosti praktické. Jsou však převážně vytíženi papírováním a podřadnými rutinními činnostmi. Mnohdy nemají odvalu ke kladení otázek některým svým starším kolegům, od kterých by se měli učit, neboť vědí, že budou odmítnuti či dokonce poníženi za svou neznalost. V případech, kdy respondenti hodnotí přístup starších kolegů k učení kolegů mladších kladně, vysoce jej oceňují a tato skutečnost se pak promítá v celkovém hodnocení atmosféry a spokojenosti na pracovišti.

Poslední kapitolou, která vyplynula z výpovědí respondentů spontánně, je kvalita zdravotnické péče. Jak již bylo zmíněno, respondenti chtějí vykonávat svoji práci dobře, proto se situace kvality zdravotnické péče podílí na jejich celkovém vnímání jedné z nejdůležitější oblasti jejich života – jejich práce. Mladí lékaři se zabývají otázkou předčasného propouštění pacientů, které je způsobeno nastavením instituce s vidinou ekonomických cílů ve formě úspor. Vzhledem k definici jejich vlastního postavení „pěšáků“ však zachovávají konformní postoj i přesto, že často mají dilema, zdali ne zcela vyléčeného pacienta propustit domů jen z důvodů organizačních a často čistě ekonomických. Nemohou však, jak to sami vnímají, jít proti svým nadřízeným. Další oblast v rámci kvality zdravotnické péče se týká taktéž ekonomických úspor. Zde se můžeme ptát: „Jakou má zdraví hodnotu?“ nebo „Je zdraví vyčíslitelné?“ Z výpovědi respondentky vyplývá, že jsou lékaři nuceni obelhávat pacienty o průběhu jejich léčby. Děje se tak na popud zdravotní pojišťovny (VZP), která po překročení stanovených finančních limitů jednotlivých zdravotnických zařízení odmítá nemocnici proplatit poskytnutou péči. Ten o tom však není pravdivě obeznámen, z jakého důvodu mu nebyla léčba poskytnuta. Poskytování zdravotní péče se tak stává službou, a v případě, kdy „dojdou peníze“, nemusí být v některých případech poskytnuta. Tomuto tvrzení však neodpovídá samotná Listina základních práv a svobod, která v Čl. 6 tvrdí, že: „Každý má právo na život. Lidský život je hoden ochrany již před narozením.“ Z pohledu lékaře ani Hippokratova přísaha nebo obnovený lékařský slib v zákoně o vysokých školách č. 111/1998 Sb., nepodporuje takové jednání. Nejen, že tedy mladí lékaři nemohou svou práci vykonávat dobře, ale jistě i porušují svoje etické zásady v rámci lidskosti. Obelhávají tak

pacienty, prožívají neřešitelné morální dilema, a v konečném důsledku pocítují demotivaci a rezignaci na dosažení hodnotových cílů profese.

Na závěr lze položit poslední otázku: „Za jakou cenu je lékař lékařem?“. Z výpovědí respondentů je patrné, že podřídit tomu musí opravdu mnohé. Volba kariéry lékaře zasahuje již od dob studií do všech oblastí života námi pro výzkum oslovených jedinců. Respondenti jsou nicméně natolik celkově motivováni svojí vlastní vizí samotné profese, motivy a motivátory, jež je vedly pro výběr jejich povolání, a možná i nemožností změnit profesi po mnoha letech investice, kterou do své kariéry vložili. Toto vše je vede k tomu, že jsou ochotni vyrovnat se s demotivujícími aspekty objevujícími se na počátku jejich kariéry, jako jsou výše zmíněné pracovní podmínky, etická dilemata a další, a jsou tak svolní této vizi „podřídit“ svůj život. Velmi zajímavé a přínosné by bylo uskutečnění dalšího výzkumu na jedincích kariérně starších, abychom mohli srovnávat, zdali a v jakých oblastech dochází ke změnám z hlediska Work – Life Balance, a jestli to, k čemu se naši respondenti tak upínají (atestační zkouška a život po ní), opravdu zajistí lepší rovnováhu mezi pracovním a nepracovním životem, anebo longitudinálně sledovat tytéž lékaře v průběhu jejich další kariéry.

LITERATURA

- Adair**, John Eric. 2004. *Efektivní motivace*. Praha: Alfa Publishing, ISBN 80-868-5100-1.
- Anderson**, Neil. 2001. *Handbook of industrial, work and organizational psychology*. London: Sage, ISBN 978-076-1973-706.
- Armstrong**, Michael. 2007. *Řízení lidských zdrojů: nejnovější trendy a postupy: 10. vydání*. Praha: Grada, ISBN 978-80-247-1407-3.
- Arnold**, John, Joanne Silvester, Fiona Patterson, et al. 2007. *Psychologie práce: pro manažery a personalisty*. Brno: Computer Press, ISBN 978-80-251-1518-3.
- Atkinson**, Greg et al. 2008. *Exercise, energy balance and the shift worker*. *Sports Med* 38(8):671–685.
- Beck**, Ulrich. 2011. *Riziková společnost: na cestě k jiné moderně*. 2. vyd., Praha: Sociologické nakladatelství, ISBN 978-807-4190-476.
- Bedrnová**, Eva. 2009. *Management osobního rozvoje: duševní hygiena, sebeřízení a efektivní životní styl*. Praha: Management Press, ISBN 978-80-7261-198-0.
- Bierzová**, Jana. 2006. Rozdělení domácích prací v rodinách s dětmi. *Gender, Rovné příležitosti, výzkum*. roč. 7, č. 1. <Dostupné z: http://www.genderonline.cz/uploads/5a27cc06e2f4220bde54b069a0b6a5232f56cfaa_rozdeleni-domacich-praci.pdf>.
- Bird**, Jim. Work-Life Balance Defined. *Work-Life Balance* [online]. 2003 [cit. 2013-09-09]. Dostupné z: <Dostupné z: <http://www.worklifebalance.com/worklifebalancedefined.html>>.
- Bjorkqvist**, Kaj, Karin Osterman, Monika Hjelt-Back. 1994. „Aggression among University Employees.“ *Aggressive Behaviour* 20 (3): 173–184.
- Buchtová**, Božena. 2002. *Psychologie člověka pro manažery*. 1. vydání - pilotní verze. Brno: Masarykova univerzita v Brně, Ekonomicko-správní fakulta.
- Covey**, Stephen, A., Rebecca R. Merrill. 2008. *Důvěra: jediná věc, která dokáže změnit vše*. Praha: Management Press, ISBN 978-80-7261-176-8.
- Covey**, Stephen, A. Roger Merrill, Rebecca R. Merrill. 2008. *To nejdůležitější na první místo*. Praha: Management Press, ISBN 978-80-7261-187-4.

- Cox**, Tom, Amanda Griffiths, Eusebio Rial-Gonzalez. 2000. *Research on work-related stress*. Lanham, Md.: Bernan Associates, ISBN 92-828-9255-7.
- Disman**, Miroslav. 2008. *Jak se vyrábí sociologická znalost: Příručka pro uživatele*. Praha: Karolinum, ISBN 80-246-0139-7.
- Faltýsková**, Jarmila et al. 1996. *Kapitoly z pedagogiky volného času*. Brno: Masarykova univerzita v Brně, ISBN 80-210-1274-9.
- Greenhaus**, Jeffrey H., Gerard A. Callanan a Veronica M. Godshalk. 2010. *Career management*. 4th ed. Thousand Oaks: Sage, ISBN 978-1-4129-7826-2.
- Greenhaus**, Jeffrey H., Nicholas J. Beutell. 1985. Sources of conflict between work and family roles. *Academy of Management Review*, 10: 76-88.
- Hakim**, Catherine. 2000. *Work-lifestyle choices in the 21st Century: preference theory*. Oxford: Oxford University Press, ISBN 01-992-4210-0.
- Havrdová**, Zuzana, Olga Šmídová, Jiří Šafr, Ingrid Štegmanová et al. 2011. *Organizační kultura v sociálních službách jako předmět výzkumu*. Praha: FHS UK, ISBN 978-808-7398-159.
- Hlad'o**, Petr. 2010. Vliv sociálního okolí na kariérové rozhodování žáků při přechodu do vyššího sekundárního vzdělávání. *Pedagogická orientace*, roč. 20, č. 3. <Dostupné z: <http://www.vychova-vzdelavani.cz/download/pedor.pdf>>.
- Hoel**, Helge, Denise Salin. 2003. „Organisational Antecedents of Workplace Bullying.“ Pp. 203–218 in S. Einarsen, H. Hoel, D. Zapf, C. L. Cooper (eds.). *Bullying and Emotional Abuse in the Workplace. International Perspectives in Research and Practice*. London: Taylor & Francis.
- Jara**, Rodrigo de la. 2006. Modern IQ ranges for various occupations. *IQ Comparison Site* [online]. 2006 [cit. 2013-12-21]. <Dostupné z: <http://www.iqcomparisonsite.com/Occupations.aspx>>.
- Kocianová**, Renata. 2010. *Personální činnosti a metody personální práce*. Praha: Grada Publishing, Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-2497-3.
- Kocourek**, Tomáš. 2010. Předatestační vzdělávání, aneb jak to vlastně je. *Mladí lékaři o.s.* [online]. 2010 [cit. 2013-12-21]. <Dostupné z: [148](http://www.mladilekari.com/wp-content/plugins/downloads-</p>
</div>
<div data-bbox=)

manager/upload/P%C5%99edatesta%C4%8Dn%C3%AD%20vzd%C4%9B%C3%A1v%C3%A1n%C3%AD,%20aneb%20jak%20to%20vlastn%C4%9B%20je.pdf>.

Kodz, Jenny, Heather Harper, Sally Dench. 2002. *Work-life balance: beyond the rhetoric*. Brighton: Institute for Employment Studies, ISBN 978-185-1843-138.

Kolman, Luděk, Pavla Rymešová, Hana Chýlová et al. 2012. *Motivace, produktivita a způsob života*. Praha: Linde, ISBN 978-807-2018-925.

Koubek, Josef. 2007. *Řízení lidských zdrojů: základy moderní personalistiky*. 4. rozš. a dopl. vyd. Praha: Management Press, ISBN 978-80-7261-168-3.

Kratz, Hans-Jürgen. 2005. *Mobbing: jak ho rozpoznat a jak mu čelit*. Praha: Management Press, ISBN 80-726-1127-5.

Krbcová, Lenka. Vstávej, paciente, je šest ráno! Platí to ještě?. 2011. *Vitalia* [online]. 2011 [cit. 2013-12-21]. <Dostupné z: <http://www.vitalia.cz/clanky/vstavej-paciete-je-sest-rano-plati-to-jeste/>>.

Křivohlavý, Jaro. 1994. *Jak zvládat stres*. Praha: Grada - Avicenum, ISBN 80-716-9121-6.

Křivohlavý, Jaro. 1998. *Jak neztratit nadšení*. Praha: Grada, Psychologie pro každého. ISBN 80-716-9551-3.

Křížová, Eva a Dominika Grundová. 2002. Identifikace s povoláním u začínajících lékařů a role sociálního kapitálu. *Zdravotnictví v České republice*, roč. 5, 3-4.

Křížová, Eva. 2006. *Proměny lékařské profese z pohledu sociologie*. Praha: Sociologické nakladatelství, Studie (Sociologické nakladatelství), ISBN 80-864-2957-1.

Kučera, Miloš. 1995. Učitelská profese a příprava na ni očima studentů: Commitment a věčné rozpory učitelského povolání. In: *Stát se učitelem*. Praha: Pedagogická fakulta Univerzity Karlovy, s. 516. <Dostupné z: http://userweb.pedf.cuni.cz/kpsp/psse/pdf/stat_se_ucitelem/stat_se_ucitelem.pdf>.

Kučera, Rudolf. 2005. Příčiny evropské malé porodnosti. *Český rozhlas* [online]. 2005 [cit. 2013-11-12]. <Dostupné z: http://www.rozhlas.cz/evropskaunie/komentare/_zprava/156006>.

- Lockwood**, Nancy R. 2003. *Work/Life Balance: Challenges and Solutions*. Society for Human resource management [online]. 2003. [cit. 2013-12-01]. <Dostupné z: http://www.ispi.org/pdf/suggestedReading/11_Lockwood_WorkLifeBalance.pdf>.
- Lutgen-Sandvik**, Pamela, Gary Namie, Ruth Namie. 2009. „Workplace Bullying: Causes, Consequences, and Corrections.“ Pp. 27–52 in P. Lutgen-Sandvik, B. D. Sypher (eds.). *Destructive Organizational Communication. Processes, Consequences, & Constructive Ways of Organizing*. New York: Routledge.
- Mareš**, Petr a Tomáš Katrňák. 2006. *Sociální studia: Hodnota práce u české veřejnosti v letech 1991-2008*. Brno: Masarykova univerzita, Fakulta sociálních studií, 2006, sv. 2. ISBN 1214-813X.
- Mikšík**, Oldřich. 2005. *Hromadné psychické jevy: (psychologie hromadného chování)*. V Praze: Univerzita Karlova v Praze, nakladatelství Karolinum, ISBN 80-246-0930-4.
- Miovský**, Michal. 2006. *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. Praha: Grada, ISBN 80-247-1362-4.
- Mlčák**, Zdeněk. 2004. *Psychologie zdraví a nemoci*. Ostrava, Ostravská univerzita (skripta).
- Pauknerová**, Daniela. 2012. *Psychologie pro ekonomy a manažery*. 3., aktualiz. a dopl. vyd. Praha: Grada, Management (Grada). ISBN 978-80-247-3809-3.
- Polťáková**, Zuzana. 2013. Náročné situácie v práci s negatívnym dopadom na rodinný život. In: Neusar, Aleš a Lucie Vavrysová. *Kvalitativní přístup a metody ve vědách o člověku XII: Hranice normality*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, ISBN 978-80-244-3905-4.
- Provazník**, Vladimír. 1997. *Psychologie pro ekonomy*. Praha: Grada, ISBN 80-716-9434-7.
- Splítková**, Radka. 2008. *Rodina versus kariéra*. Nepublikovaná diplomová práce. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci.
- Strauss**, Anselm, Juliet Corbinová. 1999. *Základy kvalitativního výzkumu. Postupy a techniky metody zakotvené teorie*. Brno: Albert.
- Štikař**, Jiří. 2003. *Psychologie ve světě práce*. V Praze: Karolinum, ISBN 80-246-0448-5.

Švaříček, Roman, Klára Šed'ová a kol. 2007. *Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách*. Praha: Portál.

Švec, Jakub. 2012. Styl vedení lidí závisí na situaci. *Interquality* [online]. 2012 [cit. 2013-12-22]. <Dostupné z: <http://www.interquality.cz/%C4%8CL%C3%81NKY/tabid/67/ItemId/11/View/Details/AMID/431/Default.aspx>>.

Thompson, Marc. 1998. Trust and reward, v: Perkins, S. Sandringham, St. J. (ed.): Trust Motivation and Commitment: A reader. Farringdon, Strategic Remuneration Research Centre. Thompson P. 2002. Total reward. London, CIPD.

Trhlíková, Jana, Jiří Vojtěch a Helena Úlovcová. 2008. Rozhodování žáků při volbě vzdělávací cesty a úspěšnost vstupu na trh práce: Sonda založená na šetření absolventů středních škol, kteří se zúčastnili jako patnáctiletí výzkumu PISA-2003 a vybraného vzorku jejich zaměstnavatelů. *Národní ústav odborného vzdělávání* [online]. 2008 [cit. 2013-12-01]. <Dostupné z: http://www.nuov.cz/uploads/MS_setreniabsazam08final_prowww.pdf>.

Vacínová, Marie. 1995. *Psychologie a společenská výchova*. Praha: Victoria Publishing, ISBN 80-718-7006-4.

Vážanský, Mojmír a Vladimír Smékal. 1995. *Základy pedagogiky volného času*. Brno: Paido, ISBN 80-901-7379-9.

Visser, Fiona Laura Williams. 2006. *Work-life balance: rhetoric versus reality? An independent report commissioned by UNISON*. London: Work Foundation, ISBN 1843730308.

Vokurka, Martin a Jan Hugo. 2007. *Velký lékařský slovník*. Praha: Maxdorf, ISBN 978-80-7345-130-1.

Vorčák, Ivan. 2012. Platové ohodnocení mladých lékařů v ČR. *Mladí lékaři* [online]. 2012 [cit. 2013-12-15]. <Dostupné z: <http://www.mladilekari.com/2010/01/platove-ohodnoceni-mladych-lekaru-v-cr/>>.

Výrost, Jozef a Ivan Slaměník. 1998. *Aplikovaná sociální psychologie I: [člověk a sociální instituce]*. Praha: Portál, ISBN 80-717-8269-6.

Vyšínová, Renata. 2011. Pacientům s revmatem účinně pomáhá biologická léčba. *Ordinace.cz* [online]. 2011 [cit. 2013-12-23]. <Dostupné z: <http://www.ordinace.cz/clanek/pacientum-s-revmatem-ucinne-pomaha-biologicka-lecba/>>.

Vztah na pracovišti. 2011. *Ihned.cz* [online]. 2011 [cit. 2013-12-23]. <Dostupné z: [http://byznys.ihned.cz/?p=020000_d&article\[id\]=51711830](http://byznys.ihned.cz/?p=020000_d&article[id]=51711830)>.

Zadražilová, Jitka. 2013. Finance: V jaké profesi dostanete nejvyšší nástupní plat?. *Mediafax.cz* [online]. 2013 [cit. 2013-12-29]. Dostupné z: <http://mediafax.nova.cz/clanek/finance/v-jake-profesi-dostanete-nejvyssi-nastupni-plat.html>.

Použité výzkumy

Kombinace pracovního a rodinného života v perspektivě genderových vztahů, sociální a zaměstnavatelské politiky ČR. 2005. Sociologický ústav AV ČR.

Porodnost, 2012. Český statistický úřad.

Prestiž povolání, 2013. Sociologický ústav AV ČR, <Dostupné z: http://cvvm.soc.cas.cz/media/com_form2content/documents/c1/a7054/f3/eu130903.pdf>.

Rozvodovost, 2012. Český statistický úřad.

Souvislosti proměn pracovního trhu a soukromého, rodinného a partnerského života. 2007. Sociologický ústav AV ČR.

Šikana na pracovišti v prostředí českých univerzit: výskyt, formy a organizační souvislosti, 2012. Psychologický ústav AV ČR.

Webové stránky

Dobré vztahy na pracovišti - nezbytnost nebo luxus?. PAM - práce a mzdy [online]. 2011 [cit. 2013-12-08]. <Dostupné z: <http://www.pamprofi.cz/?uniqueid=gOke4NvrWuPVy2eNz784n8Ssknhgo-3rCjAfKtmfKBkk&coolurl=1>>.

Erasmus: Program celoživotního učení. *Zprávy ze studijního pobytu Erasmus: Databáze zkušeností* [online]. 2013 [cit. 2013-12-12]. <Dostupné z: <http://erasmus-database.naep.cz/modules/erasmus/report.php?action=display&id=27630&country=22&year=&school=>>>.

Finanční ohodnocení motivuje zaměstnance jen krátkodobě: Klíčovým motivem, za kterým se dospělí ženou, je úspěch. *CFO World* [online]. 2010 [cit. 2013-12-01]. <Dostupné z: <http://cfoworld.cz/ostatni/financni-ohodnoceni-motivuje-zamestnance-jen-kratkodobe-464>>.

Firemní sociolog. *Pochvala - nejlepší motivace* [online]. 2012 [cit. 2013-12-01]. <Dostupné z: <http://www.firemni-sociolog.cz/clanky/38-pochvala-nejlepsi-motivace2>>.

Google Jobs. *Google.com* [online]. 2013 [cit. 2013-10-15]. <Dostupné z: <http://www.google.com/about/jobs/>>.

Hippokratova přísaha. In: *Wikipedia: the free encyclopedia* [online]. San Francisco (CA): Wikimedia Foundation, 2001- [cit. 2013-12-23]. <Dostupné z: http://cs.wikipedia.org/wiki/Hippokratova_p%C5%99%C3%ADsaha>.

Home Create a healthier balance sheet through healthier, more balanced employees. *The Work Life Balance Foundation* [online]. 2013 [cit. 2013-11-15]. <Dostupné z: <http://www.worklifebalancefoundation.com/>>.

Jak získat specializovanou způsobilost - lékaři. *IPVZ - Institut postgraduálního vzdělávání ve zdravotnictví* [online]. 2013 [cit. 2013-12-21]. <Dostupné z: <http://www.ipvz.cz/lekari/jak-ziskat-specializovanou-zpusobilost-lekari.aspx>>.

Informace o zemích světa. *SvětDnes.cz* [online]. 2013 [cit. 2013-11-12]. <Dostupné z: <http://www.svetdnes.cz/zebricek/celkova-porodnost.html>>.

Mobbing ve zdravotnickém prostředí a možnosti jeho prevence. *Sestra* [online]. 2010 [cit. 2013-12-22]. <Dostupné z: <http://zdravi.e15.cz/clanek/sestra/mobbing-ve-zdravotnickem-prostredi-a-moznosti-jeho-prevence-451699>>.

Mzdová praxe: Pracovní doba po evropsku nebo americku. *Wolters Kluver Česká republika* [online]. 2013 [cit. 2013-12-01]. <Dostupné z: <http://www.mzdovapraxe.cz/blog/detail-pripspevku/articleid-212-pracovni-doba-po-evropsku-nebo-americku/>>.

Mzdy - vývoj mezd, průměrné mzdy 2013. *Kurzy.cz* [online]. 2013 [cit. 2013-12-29]. <Dostupné z: <http://www.kurzy.cz/makroekonomika/mzdy/>>.

Podpora ochrany zdraví na pracovišti – pro zaměstnavatele. *FACTS: Evropská agentura pro bezpečnost a ochranu zdraví při práci* [online]. 2010 [cit. 2013-12-01]. <Dostupné z: https://osha.europa.eu/cs/publications/factsheets/cs_93.pdf>.

Práva pacientů ČR. *Ministerstvo práce a sociálních věcí* [online]. 2005 [cit. 2013-12-23]. <Dostupné z: <http://www.mpsv.cz/cs/840>>.

Vzdělávání. *Česká lékařská komora: Camera medica bohemica* [online]. 2013 [cit. 2013-12-03]. <Dostupné z: <http://www.lkcr.cz/zakladni-informace-203.html>>.

Work-life balance jako blud, který nestojí za to. *Vedeme.cz* [online]. 2012. [cit. 2013-10-15]. <Dostupné z: <http://www.vedeme.cz/vede25o/pro-vedeni/inspirace/301-work-life-balance.html>>.

Zdraví. In: *Wikipedia: the free encyclopedia* [online]. San Francisco (CA): Wikimedia Foundation, 2001- [cit. 2013-12-01]. <Dostupné z: <http://cs.wikipedia.org/wiki/Zdrav%C3%AD>>.

Zdravotnická dokumentace? Údaje si vymyslím. *Medical Tribune* [online]. 2010 [cit. 2013-12-12]. <Dostupné z: <http://www.tribune.cz/clanek/16222-zdravotnicka-dokumentace-udaje-si-vymyslim>>.

Zákony

- **2/1993 Sb.**, usnesení předsednictva České národní rady o vyhlášení Listiny základních práv a svobod
- Nařízení vlády č. **564/2006 Sb.**, o platových poměrech zaměstnanců ve veřejných službách a správě
- Nařízení vlády ze dne 6. dubna 2011, kterým se mění nařízení vlády č. **290/1995 Sb.**, kterým se stanoví seznam nemocí z povolání
- Nařízení vlády ze dne 7. prosince 2011, kterým se mění nařízení vlády č. **564/2006 Sb.**, o platových poměrech zaměstnanců ve veřejných službách a správě, ve znění pozdějších předpisů
- Vyhláška č. **195/2005 Sb.**, kterou se upravují podmínky předcházení vzniku a šíření infekčních onemocnění a hygienické požadavky na provoz zdravotnických zařízení a ústavů sociální péče
- Zákon č. **111/1998 Sb.**, o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách)
- Zákon č. **411/2005 Sb.**, o provozu na pozemních komunikacích

- Zákon č. **95/2004 Sb.**, o podmínkách získávání a uznávání odborné způsobilosti a specializované způsobilosti k výkonu zdravotnického povolání lékaře, zubního lékaře a farmaceuta
- Zákoník práce č. **262/2006 Sb.**

Seznam tabulek

- **Tabulka 1.** Model celkové odměny, zdroj: **Armstrong**, Michael. 2007. *Řízení lidských zdrojů: nejnovější trendy a postupy: 10. vydání*. Praha: Grada, ISBN 978-80-247-1407-3.
- **Tabulka 2.** Stupnice platových tarifů podle platových tříd a platových stupňů pro zaměstnance uvedené v § 5 odst. 4 (v Kč měsíčně), zdroj: Nařízení vlády č. **564/2006 Sb.**, o platových poměrech zaměstnanců ve veřejných službách a správě.

SLOVNÍČEK POJMŮ A ZKRATEK

ARO – Anesteziologicko-resuscitační oddělení

DEFIBRILÁTOR - přístroj určený k defibrilaci, který pracuje na principu elektrického výboje. Používá se k zevní resuscitaci, u osob ohrožených fibrilací. Implantuje se při závažných poruchách srdečního rytmu, které pacienta ohrožují na životě.

DEKURS – zdravotnická dokumentace, denní záznam obtíží pacienta, jeho stavu, léčby, naplánovaných vyšetření, diety apod.

DPČ - dohoda o pracovní činnosti

DPP - dohoda o provedení práce

FKSP – fond kulturních a sociálních služeb

ICD - implantovaný defibrilátor, z angl. implantable cardioverter defibrillator

JIP - jednotka intenzivní péče

KAJKA – standardní oddělení

LDNka – léčebna dlouhodobě nemocných

POZP - programy podpory a ochrany zdraví na pracovišti

SINGLES - osoby, které z různých důvodů, ať již dobrovolně či nedobrovolně volí nebo jsou donuceni okolnostmi žít život o samotě, tedy bez partnera

VŠ - Vysoká škola

VZP – Všeobecná zdravotní pojišťovna

WHO – z anglického World Health Organization, v překladu Světová zdravotnická organizace

W-L B – Work-Life Balance = rovnováha mezi pracovním a nepracovním životem

XXX - vynecháno z důvodu ochrany zdroje